



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL
COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO DE
PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE
MAMA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A :

MARISELA ROJAS TORRES

DIRECTOR DE TESIS: LIC. IGNACIO JAVIER MALDONADO MARTÍNEZ

MÉXICO, D. F.

MARZO 2012



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.

AGRADECIMIENTOS

Antes que a nadie, me gustaría agradecerle a mi familia, y en especial a mis padres, por acompañarme en esta travesía; sin lugar a dudas fue larga la espera, en momentos hubo desesperación pero también mucho apoyo y ganas para seguir adelante. A mi padre Javier Rojas Solís por ser siempre la persona que me ha brindado tanto amor, apoyo incondicional y confianza; por inculcarme valores, por darme una educación, por su lucha constante por alcanzar no sólo sus sueños sino también el de toda su familia; por darme tantas alegrías y oportunidades, gracias Javis por ser tan hermoso ser humano. A mi mamá Amada Mayte Torres Cortés por ser mi compañera en la batalla de la vida, la mujer que nunca me dejó caer, que fue dura y enérgica en nuestra relación, pero que siempre quiso ver en mi fortaleza, porque sabía podía lograrlo, a ella quien me ofreció una niñez hermosa y me enseña a sonreírle a la vida, muchas gracias. A mi hermana Azucena Rojas Torres que durante mucho tiempo fue mi sostén para no caer, mi amiga, con quien compartí muchas travesuras al igual que momentos difíciles, y que aún a pesar de las diferencias que llegamos a tener siempre estamos juntas apoyándonos. A estas tres personas les agradezco enormemente su compañía, sus enseñanzas y los momentos que hemos compartido. Los amo profundamente, son mi razón de ser y uno de los motivos para salir adelante.

A mi mamá adoptiva Araceli Reyes quién ha sido también parte fundamental de mi vida, a esta mujer que nos ha acompañado en tantos momentos, buenos y malos, con quien hemos reído mucho y a quien quiero enormemente, gracias por cruzarte en nuestro camino, y a quien junto con su familia me empujaron a seguir adelante, con quienes encontré consuelo y refugio ante mis problemas pero con quienes compartí también momentos formidables, al señor Jaime Olguín, a Jaime, a Rodrigo y a Ricardo, muchísimas gracias.

A Marco Antonio Salazar Martínez quién desde el momento en que lo conocí me apoyo, quien me cuida, me hace reír y a veces enojar, quien me enseña un panorama de la vida menos complicado, quien me hace disfrutar los detalles que en ocasiones no llegó a valorar ni a percibir, pero sobretodo quien es mi amigo, y de quien estoy segura llevaré en mi corazón no importando la situación en la que nos encontremos, así como a su mamá y hermanas quienes me han acobijado y me han demostrado cariño. Gracias.

A Jair y a la Dra. Herlinda por ser los ángeles que me guiaron con la persona que sin lugar a dudas me levantó y dio de nuevo esperanza a mi vida, iluminando el camino que en momentos era tan sombrío que no parecía haber salida, al Dr. Jorge Sánchez Guerrero, excelente doctor y persona.

A mis amigas(os), en especial a Lucero, a Paloma, a Claudia y a Mora, quienes vivieron conmigo momentos difíciles pero también placenteros, demostrándome el significado de la amistad; a Adriana Menchaca con quien compartí muchas alegrías, ilusiones y travesuras, siempre andando como pececitos en el agua, jaja; a Cinthya, a Mau, a Magali y a Irazema por compartir conmigo momentos únicos y especiales, porque con sus ocurrencias se alijeraban las horas de clases, a mis amigas(os) de Upiicsa y del Tepeyac con quienes disfrute gratos momentos y a demás amigos que sin lugar a dudas han sido pieza importante para disfrutar la vida. Perdón por no mencionarlos a todos, pero sé que saben lo que significan para mí.

A mis primos, en especial a Ady, a Gris, a Pepé, a mi hermano Miguel, a Angie, quienes siempre me alentaban a seguir adelante. A mi primo Trinidad, quien por un tiempo también fue un gran apoyo, quien me protegió cuando más vulnerable me encontraba. A mi tío Trini, quien a pesar de que ya no está físicamente sigue vivo en mi mente y en mi corazón, quien siempre me acompaña y quien siempre me brindo gran cariño y una sonrisa.

A aquellas personas que estuvieron en mi camino, algunas dándome la mano, otras, haciendo que el camino fuera un poco difícil, pero que por todas aprendí y por tanto, ayudaron a que continuará en la búsqueda de la felicidad.

Al profesor Nachito quién compartió conmigo este tan largo proyecto, jaja. Porque la enseñanza fue enorme y la compañía muy amena, divertida y agradable. Gracias, porque además de aprender conocí a una persona valiosa.

Y a todos y cada uno que forman parte de mi vida que no pude mencionar individualmente pero que quiero. Gracias. Ojalá pudiera redactar un capítulo de agradecimientos, pero al no ser así espero día a día poder retribuir lo mucho que han aportado a mi persona.

Gracias a todas estas personas por darme tantos momentos de felicidad, tantas risas que hacen que disfrute más de su compañía.

A todos, gracias.

Los quiero mucho.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.	VI
CAPÍTULO 1. HISTORIA DEL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD.	1
1.1 La enfermedad en las civilizaciones primitivas.	2
1.1.1 La enfermedad en Mesopotamia.	2
1.1.2 La enfermedad en Egipto.	5
1.1.3 La medicina hebrea.	9
1.1.4 La enfermedad en India.	12
1.1.5 La enfermedad en China.	17
1.1.6 Enfermedad en las civilizaciones precolombinas.	23
1.1.6.1 Enfermedad azteca.	24
1.1.6.2 Enfermedad maya.	26
1.1.6.3 Enfermedad inca.	27
1.2 La enfermedad en Grecia.	30
1.2.1 Medicina hipocrática.	31
1.2.1.1 Hipócrates.	35
1.2.2 Enfermedad alejandrina	40
1.3 La enfermedad en Roma.	41
1.3.1 Personajes destacados.	42
1.4 La enfermedad en la Edad Media.	45
1.4.1 Medicina monacal.	45
1.4.2 Medicina árabe.	48
1.5 La enfermedad en el Renacimiento.	50
1.6 La enfermedad en el siglo XVII.	53
1.7 La enfermedad en el siglo XVIII.	56
1.8 La enfermedad en el siglo XIX.	59
1.9 La enfermedad en el siglo XX.	63

CAPÍTULO 2. EMOCIONES.	66
2.1 Definición de emoción.	67
2.1.1 Origen de la emoción.	68
2.2 Aspectos de la emoción.	69
2.2.1 Aspectos biológicos de la emoción.	69
2.2.1.1 Teoría de James-Lange.	69
2.2.1.2 Perspectiva contemporánea.	70
2.2.2 Hipótesis de retroalimentación facial.	72
2.2.3 Aspectos cognitivos de la emoción.	72
2.2.4 Aspectos sociales y culturales de la emoción.	79
2.3 Tipos de emoción.	81
2.3.1 Miedo.	81
2.3.1.1 Funciones del miedo	82
2.3.1.2 La respuesta fisiológica del miedo.	82
2.3.1.3 La conducta motora y expresiva del miedo.	83
2.3.2 Alegría.	84
2.3.2.1 Funciones de la alegría.	85
2.3.2.2 Respuesta fisiológica de la alegría.	86
2.3.2.3 Respuesta motora y expresiva de la alegría.	86
2.3.2.4 Respuesta experiencial-subjetiva de la alegría.	88
2.3.3 Sorpresa.	89
2.3.3.1 Funciones de la sorpresa.	89
2.3.3.2 Respuesta fisiológica de la sorpresa.	90
2.3.3.3 Conducta motora y expresiva de la sorpresa.	91
2.3.3.4 La respuesta experiencial de la sorpresa.	91
2.3.4 Ira.	91
2.3.4.1 Funciones de la ira.	92
2.3.4.2 Respuesta fisiológica de la ira.	92
2.3.4.3 Conducta motora y expresiva de la ira.	93
2.3.5 Tristeza.	93
2.3.5.1 Funciones de la tristeza.	94
2.3.5.2 Respuesta fisiológica de la tristeza.	94
2.3.5.3 Conducta motora y expresiva de la tristeza.	94

2.3.6 Hostilidad.	95
2.3.7 Envidia.	96
2.3.8 Vergüenza.	98
2.3.9 Ansiedad.	99
2.3.10 Culpa.	102
2.3.11 Esperanza.	104
2.3.12 Nostalgia.	106
2.4 Las funciones de la emoción.	106
2.4.1 Funciones de enfrentamiento y resolución.	108
2.4.2 Funciones sociales.	110
CAPÍTULO 3. PSICOLOGÍA DE LA SALUD.	112
3.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud.	113
3.1.1 El surgimiento de la Psicología de la Salud.	115
3.2 Áreas relacionadas con la Psicología de la Salud.	117
3.2.1 Medicina comportamental.	117
3.2.2 Salud comportamental.	119
3.2.3 Medicina psicosomática.	120
3.2.4 Psicología médica.	121
3.2.5 Psicofisiología experimental.	121
3.2.6 Psicología clínica.	121
3.2.7 La sociología médica.	122
3.2.8 Antropología médica.	123
3.3 Definición de la Psicología de la Salud.	123
3.4 Terapia Conductual.	125
3.5 Aportaciones.	126
CAPÍTULO 4. ONCOLOGÍA Y PSICOONCOLOGÍA.	135
PARTE I. CÁNCER DE MAMA.	
4.1 Definición de cáncer.	136
4.2 Definición de cáncer de mama.	136
4.3 Aspectos históricos del cáncer de mama.	137
4.4 Epidemiología del cáncer de mama.	144
4.4.1 Factores de riesgo.	144

4.5 Historial Natural.	149
4.6 Tratamiento médico del cáncer de mama.	151
4.6.1 Diagnóstico.	151
4.6.2 Tratamiento.	153
4.6.2.1 Tratamientos quirúrgicos locales.	154
4.6.2.2 Tratamientos sistémicos.	156
4.7 Clasificación por estadios.	159

PARTE II. PSICOONCOLOGÍA.

4.8 Psicooncología.	162
4.8.1 Repercusiones psicológicas en el paciente diagnosticado de cáncer	164
4.8.2 Fases y respuestas psicológicas en la enfermedad por cáncer.	166
4.8.3 Estilos de afrontamiento en la enfermedad por cáncer.	168
4.8.4 Factores psicosociales y cáncer.	169
4.8.5 Alteraciones psíquicas en pacientes con cáncer.	171
4.9 La psicooncología en el cáncer de mama.	174
4.9.1 Importancia estética de la mama.	176
4.9.2 Factores psicosociales en la etiología del cáncer mamario.	178
4.9.3 Factores psicológicos en la detección y el tratamiento del cáncer de mama.	179
4.9.4 Factores psicosociales relacionados con el cáncer de mama.	180
4.9.5 Percepción y actitud hacia el cáncer de mama.	181
4.9.6 Reacciones psicológicas al diagnóstico y al tratamiento.	185
4.9.6.1 Reacciones psicológicas al diagnóstico.	187
4.9.6.2 Impacto psicológico de los tratamientos médicos.	190
4.9.6.2.1 Reacciones clínicas.	193

CAPÍTULO 5. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL (TREC).194

5.1 Antecedentes.	195
5.2 Terapia Racional Emotiva Conductual.	196
5.2.1 Problemas de salud y trastorno emocional.	200

CONCLUSIONES.	212
BIBLIOGRAFÍA.	218

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad, el hombre se ha tenido que enfrentar a una serie de síntomas, molestias, anormalidades o padeceres corporales, que conllevan las enfermedades, que por el sufrimiento que causaban o por las limitaciones que imponían en la satisfacción de las obligaciones, placeres o simples actos de la vida diaria, el individuo tuvo necesidad de combatir.

Siendo de tal modo, esta situación diferente de la normal, la que siempre lo preocupó, al no poder escapar de ella, llevándolo a buscar en cada época, una explicación del porqué surge la enfermedad y cómo poder combatirla o curarla.

De acuerdo con el filósofo contemporáneo Paul Ricoeur, el cuerpo humano hace a la persona o es la persona, pero este material de origen biológico toma forma con la participación de la sociedad y la cultura; de modo que, ésta enferma cuando aquel es atacado por una enfermedad, la cual trae consigo, la pérdida del bienestar, que adquiere ciertas características por la influencia que la sociedad y la cultura han ejercido, y ejercen, en el ser humano.

Si bien yo soy mi cuerpo, hay ocasiones en que yo soy el amo de mi cuerpo y otras en las que soy su esclavo, como acontece con la enfermedad y el padecer.

Cuando mi cuerpo responde perfectamente bien a todos mis deseos y necesidades, es decir, que me encuentro en estado de salud, puedo decir que soy el dueño de éste porque puedo hacer con él lo que yo quiera, ya que obedece a mis necesidades y caprichos.

Sin embargo, si me ataca una enfermedad se invierten las cosas y entonces yo como persona me convierto en el esclavo de mi cuerpo, y por tanto, ya no puedo hablar del cuerpo como de una propiedad de la que puedo disponer a mi arbitrio; ya que, ahora es él el que me impone las reglas, el que no me deja comer esto o aquello, el que me impide correr, bailar, caminar o ver la luz que ilumina el día, el que me limita y me prohíbe continuar con mi rutina diaria a la cual estaba acostumbrado, antes de que la enfermedad apareciera.

Antes, las funciones del cuerpo, así como, su forma, tamaño y color, eran imperceptibles y poco valoradas para la persona sana, pero ahora que el cuerpo está constituido en amo y señor, el enfermo lo extraña, de tal forma que, ahora está atentísimo a cada una de ellas y hasta a cada mirada de los demás sobre ese cuerpo que se ha erigido en amo autoritario y cruel.

Todo ello se da, porque el cuerpo es un organismo silencioso en salud que grita solamente cuando hay una infección o un tumor y cuando la lesión está en la vida de la persona, cuando duele.

Por lo tanto, en virtud de lo anterior, el cuerpo debe ser considerado como una experiencia existencial y no como un objeto; ya que, no puedo ser sin mi cuerpo, a través del cual, estoy expuesto a mí mismo, al mundo y a los otros.

El paciente es una persona que está padeciendo la pérdida del bienestar físico, psíquico y social, que define o explica lo que es la salud, y que por esta razón busca ayuda médica. Es su padecer lo que esta persona le presenta o expone al doctor en la consulta médica, el cual está constituido por los síntomas y las interpretaciones y significados personales de estos fenómenos.

Por tal motivo, además de interpretar el malestar o el padecer del paciente desde el punto de vista de las ciencias médicas, se debe completar con el conocimiento de lo que ese malestar o padecer significa para la persona que lo está viviendo.

La preocupación, la cual, generalmente es la expresión de miedos o temores referidos a la impotencia, al sufrimiento, a la inutilidad, a la marginación social, al desprecio y a la muerte, que acompañan la percepción de la enfermedad, es una de las maneras más frecuentes del paciente de sentir su padecer, aunado a la desesperación, la vergüenza, el disgusto por molestar a los familiares, el sentimiento de minusvalía o inferioridad, entre otros.

Por ende, la enfermedad se padece como una agresión personal, que restringe a la persona a llevar una vida normal, por lo cual, hay reclamos a la vida del porqué le sucedió a ella.

La expresión misma, padecer una enfermedad, conlleva una connotación ambivalente, que por un lado, significa sentir física y corporalmente un daño, dolor, enfermedad, pena o castigo; y por otro lado, sentir los agravios, injurias, o pesares que se experimentan; es decir, se trataría siempre de hallarse en una posición pasiva, a merced de algo que nos daña, nos injuria o nos posee.

Ante la presencia de la enfermedad, el mundo cotidiano es bruscamente destruido; las posibilidades, los valores y las perspectivas de la persona cambian, y el paciente no vive sino su enfermedad, por lo cual, son los demás quienes deben adaptarse a ella.

Por todo ello, el centro de interés debe ser el hombre en su calidad de persona con problemas de salud.

Sin embargo, desgraciadamente, la medicina se ha ocupado más del estudio de lo que la enfermedad es o puede ser desde el punto de vista del observador –médico, biológico, químico o físico-, descuidando constantemente, el punto de vista del enfermo.

Debido a esto, surgió en mí el interés por estudiar el significado que para el paciente tiene la enfermedad, en específico el cáncer de mama, el cual puede ser el causante del impacto psicológico que tenga la mujer ante el diagnóstico, y por tanto, cómo reaccione al mismo.

La inquietud por trabajar este tema, se avivó más, a partir de la experiencia personal que tuve como psicóloga en el entorno hospitalario donde hice mi servicio social, en el cual, pude observar que el estado anímico que la paciente presenta ante el diagnóstico de la enfermedad, puede perjudicar tanto las áreas que conforman su vida como la adherencia al tratamiento médico, debido a que la propia enfermedad conlleva una serie de pérdidas, tales como: la pérdida de

la salud, la pérdida de la imagen corporal ante los cambios físicos que pueden presentarse, ya sea a causa de los efectos secundarios que tiene el tratamiento o por la misma enfermedad; la pérdida del control de su vida, que lo deja desprotegido y, por ende, dependiente de los demás, dándose de tal modo, una regresión en el paciente, entre otras, que, en consecuencia, provocan sufrimiento emocional, por lo cual, puede reaccionar con enojo, rabia, tristeza, culpabilidad e impotencia ante el padecimiento, por el cambio de vida al cual tiene que adaptarse, dependiendo esta adaptación y aceptación de la personalidad y de los recursos emocionales con que cuenta.

Sin embargo, a pesar de tener el área médica conocimiento de lo antes mencionado, la mayoría de las veces, sigue todavía enfocándose únicamente al tratamiento de la dolencia física devaluando la dolencia emocional que también presenta la paciente; la cual es de vital importancia, no sólo por la adherencia al tratamiento médico, sino también, por la calidad de vida de la misma; ya que actualmente se sostiene, que el estado anímico puede tanto estabilizar como disminuir nuestro sistema inmunológico y en consecuencia nuestras defensas, de manera que, cuando uno está deprimido, somos más propensos a contraer más virus, ya que nuestras defensas bajan, lo cual es lo contrario al tener un estado anímico más adecuado.

Por tal motivo, la justificación por la cual considero importante abordar este tema de salud en relación al ámbito de la psicología, es que, a pesar de que se ha estudiado este aspecto en el sector salud, no se le ha dado aún la debida importancia; ya que los médicos no consideran tan necesario el tratar el lado emocional de los pacientes, al creer que únicamente se debe tratar el aspecto fisiológico de la enfermedad, desprendiendo por tanto a la persona de las áreas que conforman su vida: su estado afectivo, su entorno familiar y social, el rol que desempeña en la sociedad y dentro de la familia, etcétera, las cuales se alteran en menor o mayor medida con el padecimiento y que por consecuencia tendrá que adaptarse a tales cambios.

Por consiguiente, al anular del tratamiento el área emocional, la paciente se puede volver más vulnerable a emociones excesivas e inadaptativas, que la

llevan a decaer anímicamente, perdiendo así su sentido y calidad de vida, con el riesgo de no adherirse al tratamiento médico y que por lo tanto se deteriore cada vez más su salud.

En consecuencia, esta investigación documental está dirigida al área clínica de la psicología, en la cual propongo la terapia racional emotiva conductual, como acompañamiento psicológico frente al diagnóstico de este padecimiento, que ayude a la paciente a fortalecer su estructura yoica, para que, de este modo, pueda retomar el control de su vida; dando dicha investigación como resultado, que este acompañamiento es fundamental en el proceso de adaptación de la persona ante su enfermedad; ya que, hay un desequilibrio en los factores que constituyen su personalidad ante las pérdidas que va teniendo en el transcurso de su afección, las cuales, podrá asimilar y aceptar mejor por medio de una terapia psicológica, al trabajar con las creencias irracionales que la perturban, logrando de este modo, una calidad de vida en la persona.

A pesar de todo esto, encuentro como posible limitante, el cambiar la formación de los médicos ante el tratamiento de una enfermedad, por lo cual, será lento el atraer la atención al departamento psicológico en los hospitales y que tomen a consideración los médicos como indispensable esta terapéutica, aun cuando el paciente no la haya solicitado.

Y con base a lo anterior, decidí estructurar mi investigación en cinco capítulos, los cuales llevan una continuidad, cuyo fin último será, el poder sustentar que la terapia racional emotiva conductual es eficaz en la atención de la paciente diagnosticada de cáncer de mama.

En el primer capítulo, que lleva por nombre la historia del estudio de la enfermedad, se abordará el cambio de percepción que se dio al concepto de la enfermedad, la cual pasó de un aspecto mágico-religioso a un carácter científico, y en donde, con base a las creencias que cada cultura y época tienen, se explicaba lo que originaba el padecimiento así como su cura.

En el segundo capítulo, que trata de las emociones, se dará una definición de emoción, en base a las dimensiones que la conforman; se revisará el origen y los aspectos que conforman a la misma; así como también, se describirán los tipos de emociones que existen y las funciones de las mismas.

En el tercer capítulo, que se refiere a la Psicología de la Salud, se hará un recorrido sobre los antecedentes y áreas relacionadas con la misma, para posteriormente poder definirla, detallando sus aportaciones.

El cuarto capítulo, denominado oncología y psicooncología, se dividirá en dos partes. La primera parte, tratará la oncología en su aspecto meramente médico, que abarcará la definición, los aspectos históricos, la epidemiología, los tratamientos médicos y la clasificación, para posteriormente adentrarnos a la segunda parte, referente a la psicooncología, mencionando en primera instancia, los aspectos psicológicos del cáncer, para después enfatizar más en relación al cáncer de mama de manera específica.

En el quinto capítulo, llamado terapia racional emotiva conductual, se describirán los antecedentes y la teoría de esta terapia en relación a los problemas de salud.

Y finalmente, después de esta revisión teórica del tema, expondré las conclusiones a las cuales llegue con base al trabajo de investigación realizado.

CAPÍTULO 1
HISTORIA DEL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD

CAPÍTULO 1

HISTORIA DEL ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD

1.1 La enfermedad en las civilizaciones primitivas.

1.1.1 La enfermedad en Mesopotamia.

Para los mesopotámicos la idea de la enfermedad está ligada con el castigo, por lo cual, engloban en la palabra *shèrtu*, todos los conceptos ligados al hecho y sus consecuencias, siendo *shèrtu* la falta cometida (conocida o no) contra los dioses, pero también la cólera de ellos y, consecuentemente, el castigo y la enfermedad. Por ende, la enfermedad es concebida como una maldición o castigo de los dioses que podía recaer en forma individual o sobre toda una familia y sobre sus descendientes. Tenían ellos, sin embargo, aunque en forma imprecisa, una idea de causa no sobrenatural de la enfermedad y por eso se recomendaba a los médicos que efectuaran algunos tratamientos.

En Mesopotamia se tenían numerosos dioses de la salud, o sanadores, entre los cuales sobresalen: Ninib, que era el Dios de la Salud y Niengishzida, que era el Dios Sanador, el cual se representaba con una serpiente de doble cabeza como emblema, siendo la serpiente expresión de cura y regeneración, al mudar periódicamente de piel.

De igual manera también había muchos demonios dañinos responsables de la enfermedad o de sus síntomas: Nergal, para la fiebre; Tin, el dolor de cabeza; Namtaru, el dolor de garganta; Lamasu, la fiebre puerperal; Ahhazu, afecciones del hígado. Siendo el séptimo espíritu especialmente peligroso por cuya causa los médicos no trataban a los enfermos en los días divisibles por siete.

En la cultura Mesopotámica el castigo podía manifestarse en tres formas:

1) por la acción específica de los dioses; 2) porque ellos retiran su protección y permiten, así, que los demonios hagan daño, abandonándolos a sus escasos recursos humanos para recuperar la salud, o porque, 3) por medio de la magia

negra, se provoca la acción patógena¹ de los demonios, la cual se da través de la acción de un brujo o hechicero.

Los métodos de tratamiento más destacados eran la adivinación y los ritos; sin embargo, también había dentro de la terapéutica de los mesopotámicos la farmacopea y el tratamiento quirúrgico.

Una parte del proceso de curación (al ser la enfermedad interpretada fundamentalmente como castigo divino por una falta cometida) consistía en averiguar el pecado cometido por el enfermo para poder invocar al dios adecuado, por lo cual se incluía un interrogatorio minucioso del paciente para poder detectar así la falta o desobediencia a las reglas divinas en la que había incurrido y que había causado la dolencia y, una vez descubierta se procedía a la expiación.² En caso de que tanto el médico como el enfermo desconociesen la transgresión, se ocurría a la adivinación. Siendo la hepatoscopia un método de adivinación importante en la medicina mesopotámica, que consistía en el estudio del hígado de un animal sacrificado; considerando al hígado como la sede de la vida y del alma. Además también se utilizaba la interpretación de los sueños y la astrología.

Y para predecir el futuro del paciente, inspeccionaban la orina, la expresión facial u otros síntomas que determinaban la recuperación o la muerte, reduciéndose el pronóstico a enfermedades curables y enfermedades mortales, siendo éstas últimas intratables, ya que el sanador se debía abstener a actuar.

Por otro lado, los ritos también eran parte de los tratamientos utilizados, en los cuales, se suplicaba la curación de los dioses empleando diversas técnicas como: las ceremonias, plegarias, sacrificios y salmodias.³

Dentro de la terapéutica también estaba la farmacopea o farmacoterapia, que estaba constituida especialmente con yerbas, mientras que los fármacos eran

¹ (Elemento o medio) que origina y desarrolla las enfermedades.

² Pago o reparación de las culpas mediante la realización de algún sacrificio.

³ Canto usado en la Iglesia para los salmos.

empleados por vía oral, en pomadas, inhalados como vapores o introducidos como supositorios o enemas⁴; además de destacar las sustancias vegetales, como el opio y la mandrágora, junto con minerales (arsénico y azufre) y animales (vísceras y excrementos). De tal forma, que la medicación, era administrada en base con unos rituales, la hora del día y la posición de las estrellas. Y el tratamiento quirúrgico, el cual trataba heridas, abscesos, fracturas, esguinces y el marcar a esclavos, era corriente, siendo la invocación a los dioses, -en especial Marduck y la serpiente Sachan-, la práctica habitual en toda intervención médica.

Cuando una persona, sobre todo de cierto rango, padecía una enfermedad, estaba en situación de excusarse del trabajo y de los servicios del rey; ya que, tales afecciones se atribuían a espíritus que habían poseído el cuerpo del enfermo, por lo cual, se le apartaba en lo posible para que no hubiera transferencia de estos espíritus a otras personas, de modo que el aislamiento de los enfermos era por razones religiosas. Además, esta prohibición del contacto con el enfermo fue asimilado por la cultura hebrea de forma que llegó a ser un factor clave en el sistema de higiene pública siendo un buen ejemplo de la larga influencia que Mesopotamia tuvo, desde el punto de vista cultural y médico, en culturas posteriores.

La práctica de la medicina estaba en manos de tres tipos de sacerdotes: 1) el Barú, adivino que diagnosticaba y pronosticaba las enfermedades y otros acontecimientos, descubriendo con éxito también la causa de muchos tipos de catástrofes; 2) el Ashipu, exorcista que extraía los demonios de las personas enfermas y 3) el Asù, quien actuaba como médico valiéndose de salmos y adivinaciones, utilizando simultáneamente fármacos y el cual practicaba operaciones quirúrgicas. Siendo el médico, frecuentemente parte de la clase sacerdotal, el cual era formado en escuelas adscritas a los templos, aunque había también, algunos laicos, especialmente cirujanos.

⁴ Medicamento líquido que se introduce en el recto por el ano, y que se utiliza generalmente para estimular la defecación de las heces.

La característica más importante de esta sociedad, que dejó huella perecedera, fue el Código de Hammurabi, (publicado en el año 1700 a.C.) en el cual se incluían sanciones y fuertes castigos para el médico que cometiera errores graves contra la salud de sus pacientes, como cortarle las manos o sufrir lo mismo que le había hecho al paciente; se establecía una escala de honorarios que podía cobrar el médico según el nivel social del paciente, al igual que describía leyes referidas a la vida civil como la higiene pública, drenaje de aguas negras, transgresiones sexuales y normas de la vida social.

1.1.2 La enfermedad en Egipto.

“En Egipto se disciernen dos tendencias, la mágico-religiosa que abarcaba elementos primitivos, y la empírico racional, basada en la experiencia y observación y sin características místicas.”⁵

La génesis de la enfermedad se interpretó como producto del azar o como castigo de los dioses, debido a una transgresión social o religiosa. Sin embargo, en algunos casos también se expusieron otras causas, tales como, los alimentos y los venenos; o producto de la especulación, como los vientos o la presencia de gusanos. Estos agentes etiológicos ingresaban de algún modo al cuerpo humano y mediante el tratamiento adecuado, debían ser eliminados del organismo a través las secreciones y las excreciones.

Aún así, la enfermedad seguía teniendo aspectos mágico-religiosos en esta cultura; además de aparecer en la misma, nuevos aspectos para interpretar las causas de la enfermedad, basados en la observación y en la experiencia.

Prácticamente todas las divinidades egipcias estaban relacionadas con algún aspecto de la salud o de la enfermedad. Isis era adorada como diosa de la Salud y Seth, era el principal causante de las enfermedades humanas.

Había además varios dioses sanadores sobrenaturales, entre los cuales se encuentran: Hathor, señora del cielo y protectora de las mujeres durante el

⁵ Lama Toro, Alexis. (2004). *Historia de la medicina: hechos y personajes*. Santiago, Chile, Mediterráneo.

parto; Keket, dios de la fertilidad y Ka, dios de la espiritualidad. Siendo Thoth el médico de los dioses e Imhotep, los dioses sanadores más importantes.

Existía una divinidad específica de la medicina, Imhotep, al cual se le construyeron varios templos, donde los enfermos acudían en busca de curación, en los cuales se celebraban distintos ritos, y muchos enfermos dormían ahí, y en sus sueños se les aparecía el dios Imhotep para indicarles el tratamiento apropiado.

Los egipcios le dieron gran importancia a la limpieza corporal y de sus casas, posiblemente más, por razones religiosas que por razones de salud pública. Siendo habitual en todos los niveles sociales, lavarse por la mañana, por la tarde y antes de cada comida, usando para ello, un producto alcalino que reemplazaba al jabón.

Consideraban al cuerpo humano como un sistema de canales, semejante a la red de canales de riego usados en los campos agrícolas que se extendía en su país, llamado Metu, estando ubicado el corazón en el centro de dicho sistema, en donde llegaban y desde donde salían los canales. Dichos canales transportaban todos los líquidos corporales como la sangre, la orina, las lágrimas, las heces y el esperma. Creían que la obstrucción de estos canales causaban muchas de las enfermedades, y para tratarlas usaban frecuentemente los eméticos⁶, enemas y purgantes para poder así lograr una purificación interna al dejar libre el canal intestinal. Siendo considerado el ano, el primer objetivo de los tratamientos médicos.

El pulso fue un aspecto importante de la medicina egipcia, el cual se estudió en diferentes zonas del cuerpo.

El órgano más importante para la medicina egipcia era el corazón; ya que, en el se localizaban los sentimientos y el pensamiento.

⁶ Vomitivo.

Además, en esta cultura el síntoma era considerado como una enfermedad: tos, fiebre, cefalea, hinchazón, erupciones cutáneas, siendo de esta manera, las clasificaciones médicas más de síntomas que de enfermedades.

Como en muchas culturas antiguas, la base inicial de la medicina, es religiosa y sacerdotal. Por tal motivo, el médico, laico o escriba⁷, cuyo servicio estaba al servicio de los nobles o del Estado, no era el único que tenía funciones sanadoras. Algunas funciones eran desarrolladas por médicos sacerdotes (cuando la enfermedad era un castigo divino), los cuales mantenían el culto de algunos dioses y otro tipo estaba más ligado a criterios mágicos (cuando la enfermedad se debía a una posesión demoniaca), la cual era tratada por los magos, siendo la actividad de éstos más ritual que empírica.

Los médicos eran formados en “las casas de la vida” conocidas como *per-anhk*, las cuales se encontraban próximas a los templos en donde se acumulaban y transmitían instrucciones sagradas, siendo la enseñanza de la medicina, principalmente esotérica y mágica. Se creía que los textos -que contenían el saber médico- utilizados, eran revelados por los dioses, particularmente por Thoth, por lo cual eran sagrados, otorgándoseles un origen divino, el cual se mantenía en secreto, al ser confiado sagradamente a los médicos.

Por tanto, el médico egipcio, ya sea sacerdote o laico, especialmente elegido, era considerado poseedor de unos conocimientos divinos, por lo que, tenía acceso especial a los dioses y a los demonios.

Por otro lado, el ejercicio de la medicina contó con especialidades tanto médicas como quirúrgicas, siendo esto ejemplificado por las palabras de Heródoto, quien señala la existencia de un alto grado de especialización en Egipto:

“Su medicina estaba organizada de la siguiente manera: cada médico atiende una determinada enfermedad y no otras. Todo está lleno de médicos: unos son

⁷ Doctor o intérprete de la ley entre los hebreos.

médicos de los ojos, otros de la cabeza, otros de los dientes, de las vísceras, del vientre, de las enfermedades ocultas.”⁸

Entre las láminas de escritura de Egipto, se encuentran: El papiro de Kahun, que es el más antiguo, el cual se refiere a las enfermedades de la mujer y un poco de medicina veterinaria. El papiro de Smith, que se ocupa de problemas quirúrgicos de diferentes partes del cuerpo, desde la cabeza hasta el resto del cuerpo. El papiro de Ebers, que corresponde a un largo tratado de terapéutica, el cual abarca temas desde tratamientos medicamentosos y manuales hasta encantamientos y hechizos, y que además hace referencia a tratamientos de afecciones dentales. Y el papiro de Chester Beatty, que hace alusión casi completamente al tratamiento de las enfermedades del ano.

A pesar del avance de las técnicas de embalsamiento,- las cuales incluían la remoción de las vísceras y por tanto daban oportunidad de conocer el cuerpo humano-, no hubo avances importantes en el estudio de la anatomía, siendo la práctica de este procedimiento eminentemente de carácter religioso.

“El interés en el embalsamiento se basaba en la firme creencia de un viaje del alma al inframundo después de la muerte, la cual regresaría posteriormente a unirse al cuerpo, por lo cual una adecuada preservación de este permitiría la futura unión con el alma.”⁹

En el diagnóstico, los egipcios empleaban una forma de anamnesis¹⁰, un examen de las heridas con los dedos y el estudio del esputo¹¹ en la orina, las deposiciones¹² y otras secreciones orgánicas.

En cuanto al tratamiento; para las enfermedades de la mujer los medicamentos curativos eran introducidos en la vagina por medio de tampones y por

⁸ Rojas M., William. (2008). *Historia de la medicina - Introducción a su estudio-*. (1ª. ed.). Medellín, Colombia, Corporación para investigaciones biológicas.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ MED. Parte del examen clínico que reúne todos los datos personales, hereditarios y familiares del enfermo.

¹¹ Sustancia secretada por las vías respiratorias que se arroja por la boca, flema.

¹² Evacuación de excrementos.

fumigaciones, la cual consistía en sentar a la mujer sobre unas piedras calientes colocando allí una solución medicamentosa que penetraba en la vagina por evaporación. Y en general, el tratamiento para las enfermedades podía incluir: fármacos, procedimientos mecánicos, técnicas de encantamiento, exorcismo para eliminar a los demonios del cuerpo, plegarias a los dioses con la finalidad de que éstos los protejan de los espíritus malignos y amuletos como medios de evitar distintas enfermedades.

La terapéutica centrada en los fármacos contaba con medicamentos animales, vegetales y minerales, siendo administrados tales medicamentos a base de píldoras, supositorios, ungüentos, gotas, fumigaciones y baños. Empleando también enemas para introducir fármacos al cuerpo y para la evacuación intestinal.

Los tratamientos físicos se basaban principalmente en el empleo del frío, calor y de vendajes. Mientras que la cirugía se ocupaba principalmente de heridas y fracturas para lo cual utilizaban férulas de corteza y telas bañadas en resina.

1.1.3 La medicina hebrea.

Los hebreos, en el período bíblico, heredaron de la cultura mesopotámica la mayor parte de sus creencias, especialmente aquella en la que la enfermedad era considerada como un castigo divino producto de una transgresión moral, que en consecuencia era vista como un signo de pecado.

Sin embargo, a diferencia de los mesopotámicos, los hebreos no creían en un mundo lleno de demonios y de espíritus y en el periodo hebreo clásico Jehová, el mismo Dios, era el único poseedor y dador de salud y fuente de todos los males; siendo la espiritualidad, lo más sagrado para el ser vivo, la cual se asienta en la sangre.

El contagio no era considerado como transferencia de espíritus malignos del enfermo al sano, sino más bien, como un signo de impureza espiritual por haber violado la prohibición del contacto con las personas enfermas, las cuales se encontraban en esa condición como castigo de Dios; además, fue heredado

el concepto mesopotámico, el cual mencionaba, que la proximidad con el enfermo era peligrosa respecto de contraer enfermedades y por tal motivo, pusieron en práctica el aislamiento de los impuros.

El concepto de enfermedad como castigo divino persiste hasta que, en el libro de Job, aparece por primera vez la idea de que la enfermedad se constituye como prueba, como medio para temprar la fortaleza moral de quien la sufre.

De igual forma, la idea de la posesión se presenta constantemente en el Antiguo Testamento, refiriendo que Cristo libra a muchos individuos de los demonios que los habían poseído, siendo considerada dicha posesión, como la causa de muchas enfermedades.

Además la enfermedad podría ser enviada también por Dios con un propósito por él determinado, sin ser ésta resultado de una culpa.

La medicina se consideró en un principio como usurpadora de los privilegios, al ser Dios el único capaz de restaurar la salud perdida y por ende fue vista con desprecio. Siendo los sacerdotes quienes posteriormente llegan a tener la exclusividad de la profesión, exclusividad que perdieron con el tiempo a favor de médicos laicos y comadronas¹³. Los profesionales que practicaban casi completamente toda la medicina hebrea eran los denominados Rophe que eran al mismo tiempo cirujanos y además, también estaban los médicos llamados Uman que se dedicaban exclusivamente a los procedimientos quirúrgicos.

Existían normas higiénicas, que eran impuestas principalmente por razones religiosas y por disciplina más que por razones médicas. Estas normas sanitarias incluían: el aseo personal, el cual se daba a través del aseo de manos antes de ingerir los alimentos, prescripciones y limitaciones sexuales, purificación de la ropa y entierro de las excretas¹⁴, las cuales tenían un valor religioso similar al de muchos rituales en el templo, manifestando en el Talmud

¹³ Persona que asiste a la mujer en el parto.

¹⁴ BIOL. Expulsar las sustancias elaboradas por las glándulas. Expeler el excremento.

que “*la limpieza física conduce a la pureza espiritual*”¹⁵; además de hacer hincapié, en el aislamiento de los enfermos contagiosos y la desinfección de sus hogares y objetos personales (incluso con el fuego); siendo éstas últimas, medidas de medicina preventiva. Igualmente medidas tomadas en contra de la magia, el exorcismo y el encantamiento, favorecieron en forma indirecta a la salud; ya que, eran severamente castigados los enfermos.

En la Biblia, se dedica atención especial a la lepra¹⁶, la cual era muy temida y motivaba el aislamiento de los leprosos, sin embargo, no estaba claro el cuadro clínico, por lo cual, otras enfermedades eran también diagnosticadas como lepra. Además El Antiguo Testamento contiene numerosas referencias a enfermedades tales como: lepra, ictericia¹⁷, pénfigo¹⁸, disentería¹⁹, difteria²⁰, peste²¹, blenorragia²², ceguera, parálisis, así como, las primeras descripciones de la hemofilia²³, padecimiento íntimamente relacionado con la práctica religiosa de la circuncisión. Asimismo, se reconocen como transmisores de enfermedad a algunos animales como las ratas y los insectos.

El Talmud, nombre derivado de la raíz hebrea *lmd* que significa enseñar, es una colección de textos médicos enormemente influyente de la tradición judía, los cuales fueron escritos algunos siglos después de Cristo.

Los talmudistas se basaron en las teorías griegas de la enfermedad en las que se atribuía la enfermedad a un desequilibrio de los cuatro humores: flemas, sangre, bilis amarilla y negra.

¹⁵ Lama Toro, Alexis, p.5

¹⁶ PAT. Infección crónica producida por el bacilo de Hansen, caracterizada por lesiones de la piel, nervios y vísceras, sobre todo tubérculos, manchas y úlceras.

¹⁷ MED. Coloración amarilla, característica de las afecciones hepáticas, producida por acumulación de pigmentos biliares en la sangre.

¹⁸ MED. Enfermedad caracterizada por una erupción ampollar de la piel y mucosas, que conduce casi siempre a la muerte. Aparece más frecuentemente en adultos y personas de raza semítica. No se conocen las causas, aunque se cree que su origen es bacteriano o vírico.

¹⁹ PAT. Enfermedad infecciosa que se caracteriza por diarreas dolorosas con sangre y mucosidad e inflamación del intestino.

²⁰ PAT. Enfermedad infecciosa caracterizada por la formación de falsas membranas en las mucosas, comúnmente de la garganta, que impiden la respiración.

²¹ Enfermedad contagiosa y grave que produce mucha mortandad.

²² MED. Inflamación infecciosa de la uretra, que produce un exceso de flujo genital

²³ PAT. Enfermedad hereditaria ligada al cromosoma X, caracterizada por la dificultad en la coagulación de la sangre y padecida exclusivamente por los hombres.

En el Talmud aparecen algunos tratamientos quirúrgicos como el de la reducción de luxaciones y tratamiento de heridas, describiéndose en forma detallada técnicas, como la del tratamiento del ano perforado y la de la circuncisión, que era obligatoria para todos los niños después del nacimiento, siendo el proceso quirúrgico más antiguo que se conoce en la historia de la humanidad, quedando instaurada en el libro del Génesis: ...” *Os circuncidaréis la carne de vuestro prepucio, y eso será la señal de la alianza entre yo y vosotros. A los ocho días será circuncidado entre vosotros todo varón*”.²⁴ En los judíos la práctica de la circuncisión adquiere un significado de rito espiritual. De hecho, su denominación en hebreo de *Berit Mild*, que significa literalmente pacto, hace referencia a la alianza con Dios, sellada originalmente con Abraham hace 4.000 años. La ceremonia en sí misma, se encuentra rodeada de objetos simbólicos, que han sido decorados: el cuchillo de Mohel (el circuncidador) que a menudo está grabado con escenas de la *ahedd*, la silla de Elías, quien es simbólicamente invitado a todas las circuncisiones como el legendario ángel guardián de los bebés; el plato sobre el cual los instrumentos de Mohel son colocados; y, la tela de fajar, que es donada a la sinagoga como enlazador de la Torá.

En base a lo anterior, la actitud religiosa frente a la medicina en nada favoreció el desarrollo de la clínica, de la farmacia y de la cirugía; siendo de este modo, las medidas profilácticas las que cobraron auge.

1.1.4 La enfermedad en India.

La medicina hindú fue una cultura influida por el hinduismo, el brahmanismo y el budismo; siendo el hinduismo y el budismo las religiones que se desarrollaron más.

HINDUISMO

En un comienzo la enfermedad se consideró como un castigo que los dioses imponían a los pecadores, pero la creencia en la reencarnación llevó a la idea de que la transgresión llevaría a

²⁴ Lama Toro, Alexis, p.5

*una retribución por medio de la naturaleza. El ser humano estaba continuamente renaciendo hasta que su karma lo introducía en el nirvana o lo fundía en el cosmos. Al universo se le consideraba como un eterno ciclo de creación, conservación y destrucción. Aunque había un complejo panteón de dioses, éstos no eran sino parte de un todo eterno, por cuanto Brahaman, era el poder y espíritu del cosmos e impregnaba el universo entero.*²⁵

Todos los dioses influían de alguna manera en la salud y en la enfermedad. Shiva arrojaba flechas para producir dolor y enfermedad; Dhanvantari -el que más veces es asociado con la medicina como su patrón divino-, enseñaba a los sabios la ciencia médica y Atreyia (uno de los discípulos de Dhanvantari), transmitía los conocimientos del arte de curar.

La religión hindú está basada en los Vedas, que son libros sagrados –en virtud al carácter mismo de la enfermedad-, en donde, se exponen:

1) las bases fundamentales de la religión, las cuales contienen: la creencia en muchos dioses, que no son más que distintas formas de un solo Dios; un sólo espíritu que alimenta a todos los seres vivos (lo que implica que no debe herirse a ninguna criatura viva); la existencia de la transmigración de las almas, y la presencia de una ley espiritual (Karma) que determina el destino de las almas; 2) se tratan temas como la anatomía, embriología, pediatría, obstetricia, terapéutica, cirugía e incluso enseñanzas de la medicina; y 3) se hace hincapié en los aspectos espirituales de la terapia.

BUDISMO

El budismo -el cual se desarrolla a partir de las predicciones de Siddharta Gautama-, predicó a través de las “cuatro nobles verdades”, que el sufrimiento en esta vida se debía al anhelo de satisfacciones corporales, el cual sólo podía ser superado aboliendo el deseo. Por tanto, el Nirvana o la paz eterna, sólo

²⁵ Lama Toro, Alexis, p.5

podía ser alcanzado siguiendo los “ocho caminos cerrados”, y tomar la vida en cualquier otra forma estaba estrictamente prohibido. Siendo explicada esta idea de la siguiente manera: el sufrimiento existe a consecuencia del deseo egoísta de posesión, el cual puede ser aniquilado si cada ser humano se libera de sus deseos egoístas; siendo lograda esta liberación a través de la Ruta Intermedia (evitar los excesos), si se hacen juicios correctos, si se tienen intenciones rectas, si se usa un lenguaje moderado, si se llevan a cabo buenas acciones, si se tiene una manera de pensar recta y si se ejercita la capacidad de concentración. Lográndose de tal manera la paz y la verdad a través de todo ello.

La enfermedad en la medicina India, es considerada fundamentalmente, producto de la influencia divina, ya que, los dioses tienen poder tanto para enfermar como para curar. Al igual que éstos, los demonios también podían ser causa de enfermedad; así como, los trastornos en la dieta y ciertos factores ambientales; reconociéndose de tal modo también, causas de enfermedad fuera del marco divino. Siendo la enfermedad dada (en todos los casos, sea cual fuere la causa) por los desórdenes sufridos por los elementos orgánicos. “Los cinco elementos cósmicos, luz, aire, fuego, tierra y agua, determinan cambios en los elementos propiamente orgánicos (quilo²⁶, sangre, savia²⁷, carne, médula, grasa, hueso y esperma). Así, bajo la acción de los primeros, los segundos se transforman unos en otros”.²⁸

Por ende, la salud aparece con el equilibrio de los elementos y la enfermedad con su desequilibrio; por lo cual, la terapia estaba orientada a restablecer el equilibrio que había sido perturbado por la enfermedad.

Los médicos procedían de las castas sacerdotales de los brahmanes, los cuales daban mucha importancia a la unión entre médicos y cirujanos-; siendo ejemplificado esto, en algunos escritos donde aparece que: “solamente la unión de la medicina y la cirugía conduce al médico completo... el médico que carece

²⁶ Líquido lechoso con gran contenido en grasas que resulta de la digestión de los alimentos en el intestino delgado.

²⁷ Persona o elemento que comunica energía y vitalidad.

²⁸ Herreman, Rogelio. (1987). *Historia de la medicina*. México, Trillas.

del conocimiento de algunas de estas ramas, es como un pájaro que sólo tiene un ala”.²⁹

Las Leyes de Manú, escritas entre los años 200 a.C. y 200 d.C., eran el conjunto de reglas para los ritos y la vida diaria, las cuales establecían que los médicos podían ser castigados si realizaban un tratamiento incorrecto; siendo las fallas de éstos, atribuidas a la equivocación del mismo y no al rechazo divino (constituyendo de tal modo esta tendencia, la esencia de la medicina racional, al afirmar una responsabilidad médica). Por otra parte, si el enfermo curado se negaba a pagar los honorarios correspondientes, sufría la confiscación de sus propiedades, las cuales, pasaban al médico.

Una idea propia de los indios, fue el concepto de marma, que eran puntos especiales del cuerpo, donde las heridas tenían fatales o muy graves consecuencias. Algunos marmas coincidían exactamente con órganos vitales, vasos sanguíneos y nervios; sin embargo, tenían pocos conocimientos anatómicos, ya que la disección estaba prohibida, por lo que, la ubicación de los marmas se debió probablemente a la acumulación de resultados infortunados a través de los años.

Los médicos conocían el peligro que suponía permanecer en áreas en las que hubiera una peste o epidemia, así como, las precauciones que debían tomarse para utilizar el agua y los alimentos. Se da la existencia de paludismo, cólera, viruela, tifoidea, lepra y tuberculosis, así como también, hepatitis, afecciones pulmonares, trastornos neurológicos y parasitosis.

La religión y el misticismo indios permitieron un sistema médico laico, el cual utilizó, prácticas racionales, sólo en parte asociadas con concepciones mágicas y religiosas.

²⁹ Rojas M., William, p.8

Prácticamente en todas las religiones de la India, se consideraba más importante, lo espiritual que lo racional; por lo cual el tratamiento se basaba esencialmente en la magia, cuyo fin era atraer el favor divino.

Sin embargo; el tratamiento que recibía el enfermo también dependía del médico que lo atendía, ya que, por su formación y atributos existían los que curaban con la palabra (santa), con las plantas o con el bisturí.

Los métodos de diagnóstico incluían tanto procedimientos mágicos como racionales. Los presagios jugaron un importante papel; siendo, el vuelo de los pájaros, el sonido de la naturaleza y muchas otras observaciones, interpretados como signo de gravedad de las enfermedades. Sin embargo, también se sometía al paciente a un cuidadoso examen y se estudiaban especialmente los esputos, la orina, las heces y los vómitos; siendo por ejemplo, diagnosticada la diabetes por el sabor dulce de la orina del enfermo. Además el estudio del pulso también fue un importante instrumento de diagnóstico y pronóstico.

En cuanto a la farmacopea, tenían más de 600 plantas medicinales, entre ellas la rawolfia serpentina que se usó como tranquilizante. Y debido a la gran cantidad de serpientes peligrosas que había en la India, tuvieron gran reputación con el tratamiento de las mordeduras de las serpientes venenosas; en donde empleaban un torniquete por encima de las marcas de la mordedura y el ayudante del médico succionaba la herida para posteriormente aplicar tierras especiales y plantas medicinales.

En el campo de la cirugía, los cirujanos indios operaban cataratas, hacían cesáreas, corregían las narices que habían sido cortadas por los castigos infligidos a raíz de crímenes cometidos, como el adulterio; además de reparar también los lóbulos de la oreja que se desgarraban, al existir la costumbre de que al agujerar los lóbulos de la oreja y agrandar la abertura, se conseguía protección contra la mala suerte.

1.1.5 La enfermedad en China.

El origen de las enfermedades, en un principio, (hacia el año 1800 a.C.) era atribuido por los chinos a una maldición de los antepasados. Sin embargo, años más tarde, se consideró que las enfermedades se debían a un desequilibrio entre el Ying y el Yang; siendo originado este sistema análogo en las ideas sociopolíticas de Confucio o Kung-Fu-Tsu (551-479 a.C.), el cual definió todos los aspectos de la naturaleza en dos sistemas opuestos pero a la vez complementarios.

Según la antigua cosmología china, el universo se autogeneró por la acción recíproca de la dualidad de la naturaleza, compuesta por el Yang, que representa lo activo, claro, caliente, positivo y masculino y el Ying, que representa lo pasivo, oscuro, frío, húmedo, femenino y negativo; siendo todas las cosas y todos los acontecimientos, resultado de la combinación de estos fundamentos.

El principio eterno del Universo: el Tao, que significa “la forma”, determinó las proporciones adecuadas del Ying o Yang de cada cosa.

“Todo lo que altera la relación que existe en el Ying y el Yang era considerado como malo y vivir en forma correcta, era seguir cuidadosamente el Tao.

Si uno vivía con moderación, resistiría las enfermedades y las consecuencias del envejecimiento. No hacerlo era ir en contra de las leyes de la naturaleza y abandonarse a las enfermedades.”³⁰

Además las enfermedades también eran interpretadas como resultado de un proceso mágico o como producto de causas físicas externas, como los traumatismos; y aunado a estas interpretaciones se mencionaban ya otras causas naturales tales como: las influencias climáticas (como el viento, calor y frío); ya que éstas podían alterar la armonía del Ying y el Yang, los trastornos

³⁰ Lama Toro, Alexis, p.5

en la dieta, los excesos sexuales, los efectos nocivos de ciertas sustancias tóxicas y los trastornos emocionales.

A partir de la dinastía de C´hin el cosmos se encontraba formado por cinco elementos distintos, que son el agua, el fuego, la tierra, el metal y la madera; siendo el hombre, resultado de la combinación de dichos elementos entre sí junto con los principios del Ying y del Yang. Además, correspondientes a éstos cinco elementos, el organismo posee cinco órganos primarios (corazón, pulmón, hígado, bazo y riñón) y cinco órganos secundarios (intestino delgado, intestino grueso, uréter, vesícula y estómago). De este modo, la enfermedad era también interpretada como influencia demoniaca, la cual se traducía en el desarreglo de los elementos.

Y posteriormente, se consideró en la cultura china, que las enfermedades eran causadas por alteraciones de alguno de los humores.

La medicina clásica china se basaba primariamente en textos atribuidos a tres grandes emperadores legendarios, el más antiguo era Fu Hsi (2900 a.C.) quien creó el *Pakua*, símbolo compuesto de trazos del Ying y del Yang combinados en ocho trigramas separados, los cuales podían representar todas las condiciones del Ying y del Yang.

Shen Nung, el emperador rojo, el cual expone en el primer herbolario médico (2800 a.C.)- que el mismo recopiló-, los efectos producidos por 365 fármacos.

Huang Ti (2600 a.C.), llamado el emperador amarillo, que en su gran Canon de la medicina menciona aspectos de la salud y de la enfermedad, incluyendo la prevención y el tratamiento, además de contar con una sección especial dedicada enteramente a la acupuntura.

En la dinastía Han (206 a.C. – 220 d.C.) Tsang Kung, describió por primera vez enfermedades como, el cáncer de estómago, los aneurismas³¹ y el reumatismo.

³¹ MED. Dilatación patológica y permanente de un vaso sanguíneo por alteración de sus paredes. Una de las causas que lo producen es la arterioesclerosis.

La medicina china, la cual se encontraba asociada al taoísmo, se basaba en la prevención de las enfermedades; por lo cual, el legendario padre de la medicina china Huang Ti, decía que el mejor médico es el que ayuda antes de que aparezca la enfermedad.

Los conocimientos anatómicos de la antigua china se basaban más en la especulación que en la inserción u observación directa; ya que, las doctrinas de Confucio prohibían hacer disecciones de cadáveres y profanarlos³²; por lo cual, se retrasó el desarrollo de los conocimientos anatómicos hasta el siglo XVIII.

“Las funciones fisiológicas se explicaban a partir de un sistema humoral parecido al de los griegos del siglo VI a.C. y los puntos de vista galénicos del siglo II d.C. con la única excepción de que tenía cinco humores en vez de cuatro, ya que para ellos el número cinco poseía un significado mágico.”³³

El compendio médico Neic Hing establecía que cada emoción se asentaba en un órgano en particular, la felicidad en el corazón, el pensamiento en el bazo, la tristeza en el pulmón y el enojo y la alegría en el hígado. Y también aparecen referencias al movimiento de la sangre, mencionando que “la sangre fluye continuamente por un circuito y nunca se detiene”.³⁴

Por otro lado, en relación a la medicina de la China antigua, se describe habían cinco categorías en su organización jerárquica: médico jefe, el cual recogía medicamentos, examinaba a otros médicos y los nombraba médicos dietólogos los que prescribían las seis clases de comidas y bebidas. Médico para enfermedades simples como dolores de cabeza, resfriado, heridas pequeñas. Médicos de úlcera los que quizás fueron los cirujanos y médicos de animales. Considerando que los conocimientos médicos eran un poder secreto que los prácticos únicamente transmitían a sus hijos o a veces a personas muy elegidas.

³² Tratar algo sagrado sin el debido respeto o con usos profanos.

³³ Lama Toro, Alexis, p.5

³⁴ *Ibíd.*

Se conocen descripciones de ciertas enfermedades, tales como, los trastornos mentales, las fiebres, la erisipela³⁵, la diabetes, el raquitismo³⁶, la lepra, la sarna³⁷, el tétanos, la tuberculosis y algunas parasitosis. Además de padecimientos como el beri-beri³⁸, la viruela y el escorbuto³⁹.

Los métodos de diagnóstico que se utilizaban eran la anamnesis, el examen de pulso, la observación del cuerpo y el estudio de la voz, y algunas veces, la palpación de las zonas afectadas por la enfermedad. Sin embargo; el médico chino necesitaba saber también la forma en la que el paciente había violado el Tao, para lo cual incluía, además de las manifestaciones de la enfermedad, información sobre el rango del paciente, los cambios de situación social, el lugar de residencia, la posición económica, la sensación de bienestar y apetito, el clima en donde residía el enfermo, los sueños y la composición de su familia.

El examen del pulso fue la técnica de diagnóstico más importante en la antigua China, el cual se daba de la siguiente manera: primero se tomaba el pulso en el brazo derecho y después en el izquierdo para después compararlo con el suyo (médico) anotando la hora, el día y la estación, porque según el horario, esto iba cambiando la naturaleza de las pulsaciones; ya que, cada pulsación tenía tres divisiones diferentes que se asociaban a un órgano específico y cada división o zona del pulso se proyectaba superficial y profundamente.

De acuerdo con el Mu-Ching había cinco tipos de tratamiento, que eran: curar el alma, nutrir el cuerpo, administrar medicamentos, tratar al organismo en forma general y usar la acupuntura y la moxibustión, por medio de los cuales, el médico tenía que devolver al enfermo el camino correcto del Tao. Considerando que algunos estados mentales provocaban cambios específicos

³⁵ PAT. Infección cutánea caracterizada por una erupción rojiza que afecta a la cara y al cuero cabelludo, comúnmente acompañada de fiebre.

³⁶ PAT. Enfermedad crónica infantil producida por deficiencias nutricionales o trastornos del metabolismo del calcio, que se caracteriza por la mala calcificación, encurvadura y debilidad de los huesos.

³⁷ PAT. Enfermedad contagiosa provocada por el ácaro arador de la sarna, caracterizada por la aparición de pústulas en la piel y por un intenso picor.

³⁸ Enfermedad crónica provocada por la falta de vitamina B cuyos síntomas son: la rigidez muscular, los problemas cardíacos y la debilidad general.

³⁹ PAT. Enfermedad producida por la carencia de vitamina C en la alimentación, que causa anemia, debilidad, manchas en la piel y hemorragias.

en ciertos órganos; el médico trataba de relacionar determinados comportamientos y factores constitucionales con las enfermedades, procurando que sus pacientes los modificaran, por ejemplo, ideas libertinas conducían a enfermedades pulmonares, mientras que llevar a la práctica estos pensamientos afectaba el corazón. En relación a los ejercicios físicos, éstos se realizaban con el fin de proteger al organismo de la enfermedad y para mantener la salud, estando muchos de ellos basados en los movimientos espontáneos de los animales. Además, se practicaba el masaje con golpes, presión y fricción, entre otros, así como, la utilización de evacuaciones del intestino con purgantes y aplicación de yeso.

Respecto a la alimentación del paciente, el médico hacía uso de combinaciones de alimentos según las proporciones potenciales de Ying y del Yang; por lo cual, las comidas debían poseer sus propios equilibrios y contener los cinco sabores beneficiosos para el cuerpo; lo ácido para el cuerpo, lo picante para los tendones, lo salado para la sangre, lo amargo para la respiración y lo dulce para el músculo.

La farmacopea en China fue siempre rica, considerando que cada enfermedad tenía su remedio específico. Mientras más malo era el sabor, los medicamentos eran considerados mejores; siendo éstos clasificados en cinco categorías: hierbas, árboles, insectos, piedras y granos; en donde, los medicamentos de origen mineral contaban con compuestos de mercurio, derivados del arsénico y piedras magnéticas y los del reino animal, aparte del diente de dragón, incluían cualquier sustancia que pudiera sacarse de seres vivos, como órganos enteros o fragmentados, orina, excremento, etc.

Dos de los vegetales más sobresalientes en China son la efedra y el ginseng. La Efedra (Ma Huan) o cola de caballo es una planta descrita por el emperador rojo que fue usada por muchos años como estimulante y como medicamento para las enfermedades respiratorias para provocar fiebre y sudoración, además de utilizarse como agente calmante de la tos.

Y el ginseng que es la planta medicinal china más famosa, cuya raíz es de forma humana, fue considerada casi milagrosa para prolongar la vejez,

recuperar la potencia sexual y estimular a los pacientes debilitados; además, servía para tranquilizar a los pacientes excitados e incluso se suponía mejoraba la diabetes y la hipertensión arterial.

Y también se utilizaron las algas marinas, las cuales contienen yodo, para tratar el bocio, la madera del sauce, que tiene ácido salicílico como remedio para el reumatismo, el jugo de lúpulo que contiene principios antiespasmódicos para los cólicos, digestivos y alteraciones menstruales y las flores de morera para disminuir la presión arterial.

Otros tipos de tratamiento fueron la acupuntura y la moxibustión cuyo objetivo era el corregir los excesos del Yang o Ying y devolver de este modo nuestro cuerpo al equilibrio.

En la acupuntura la piel es perforada con largas y finas agujas metálicas, las cuales, se introducen en algunos de los 365 puntos distribuidos en 12 meridianos correspondientes a los principios vitales, con el fin de estimularlos o inhibirlos; estando cada punto relacionado con un órgano determinado, por ejemplo, si aplica la aguja en una zona del lóbulo de la oreja se puede tratar dolores abdominales. Por lo cual, en la medicina china antigua se pensaba que prácticamente todas las enfermedades podían ser tratadas mediante la acupuntura.

Mientras que la moxibustión, consiste en aplicar sobre la piel una pequeña cantidad de una planta pulverizada, como la artemisa, que posteriormente se quemaba.

Aunque la cirugía no era una de las formas de tratamientos citadas en el Nei Ching sí se conocía y en ella se utilizaba el bisturí empleándose ocasionalmente algún tipo de anestesia, como el vino y el beleño; siendo la actitud adecuada frente al dolor la de soportarlo, sin manifestar el menor signo de emoción. En este campo, los avances importantes fueron únicamente en ciertas técnicas especializadas requeridas por demandas no propiamente médicas, como son: la deformación de los pies por medio de vendajes, ya que,

el rasgo más deseado de la mujer eran los pies pequeños, al ser vistos como signo de belleza; por lo cual, una mujer con los pies vendados tenía un profundo significado sexual y era también un símbolo de posición social; y la castración como castigo, al cometer el varón irregularidades en la corte, pero que también posteriormente se convirtió en una prueba de absoluta lealtad y obediencia al monarca, ya que, significaba liberarse de los preceptos del confucianismo, ser leal ante la familia y engendrar un hijo para la posteridad.

Y otras medidas ampliamente desarrolladas fueron, la higiene y la cultura física.

El taoísmo, apelando a la inmortalidad del cuerpo, estableció ciertas medidas sanitarias para lograr dicho objetivo, de tal forma que, en los diferentes textos religiosos se hace hincapié en prácticas, tales como, la helioterapia⁴⁰ o técnicas respiratorias especiales para favorecer la circulación del soplo vital.

Finalmente, desde el punto de vista epidemiológico, un avance importante del siglo XI fue la instauración de la variolización, como medida preventiva contra la viruela, cuyo procedimiento consistía en colocar costras contaminadas de viruela en las fosas nasales de los individuos sanos que se iban a proteger.

1.1.6 Enfermedad en las civilizaciones precolombinas.

En todas las civilizaciones precolombinas la enfermedad era concebida como un castigo de los poderes sobrenaturales, por lo cual, existía un curandero, quien era intermediario entre el enfermo y éstos poderes, cuyo tratamiento tenía un aspecto mágico. Este curandero era un médico espiritual y corporal, el cual ignora la duda, inspira confianza, restaura la paz y el bienestar físico. Por tal motivo, las drogas que usaba tenían dos funciones: combatían el espíritu maligno y simultáneamente tenían un principio farmacológico activo.

⁴⁰ MED. Método terapéutico, de gran importancia antes de la introducción de los antibióticos, basado en la acción benéfica de los rayos solares, principalmente por medio de las radiaciones ultravioleta.

1.1.6.1 Enfermedad Azteca.

Muchos de los dioses que los aztecas reconocían y adoraban, eran los responsables de la aparición de las enfermedades; por ejemplo, Tláloc, señor de la Lluvia, producía enfriamientos, catarros, neumonías y reumatismos; y Xochiquetzal, diosa del Amor y de la Fertilidad, quien a su vez enviaba enfermedades venéreas y complicaciones del embarazo y del parto. Siendo las mujeres jóvenes muertas en su primer parto, adoptadas por Coatlicue, la diosa de la Tierra y de la Muerte, y convertidas en cihuateteo, las cuales residían en el Primer Cielo, desde donde bajaban a la tierra, especialmente en los cruces de caminos, para asustar a los hombres y producirles enfermedades a los niños, tales como: parálisis facial, atrofia de miembros, enfermedades convulsivas y otros padecimientos neurológicos. Sin embargo, las cihuatetes más jóvenes, eran las más malas, pues se ensañaban con los niños más pequeños y hermosos para robarles su belleza.

La creencia en una causa sobrenatural era tan fuerte, que incluso un padecimiento simple y natural, como un trauma de una caída en las montañas, los aztecas lo relacionaban con un espíritu maligno, pues sabían que en los sitios más peligrosos de la montaña moraban los espíritus malignos y cihuateteo, los cuales eran expertos en empujones y zancadillas.

“Las enfermedades en general eran conocidas como cocolli; las contagiosas como cocoliztli; las epidémicas como temoxtli y las venéreas como cihuatlauehiloc.”⁴¹

Los sacrificios humanos-religiosos, los cuales incluían la extracción del corazón y el desmembramiento del cuerpo, favorecieron el conocimiento de la anatomía, logrando un gran desarrollo en la medicina.

Por medio de la adivinación, el curandero identificaba al Dios enojado u ofendido y por tanto responsable de la enfermedad, al cual, se le hacían ritos y sacrificios especiales, después de identificarlo, con la finalidad de ganarse sus

⁴¹ Lama Toro, Alexis, p.5

favores para beneficio del enfermo; siendo las enfermedades graves, causadas por pecados, las cuales requerían la confesión del enfermo. Sin embargo, las enfermedades leves, a menudo se trataban únicamente con hierbas.

El *tíciatl*, era el médico sacerdote indicado para practicar las adivinaciones y el tratamiento mágico. Una premisa importante del *tíciatl* era la de impresionar y subyugar a sus pacientes, así que se hacían acompañar de una extensa gama de extraña y misteriosa parafernalia, que creaba un clima de sugestión, misterio y magia, durante la cual, usaban una especie de narcótico, perteneciente a la familia de la belladona, para hacer dormir al paciente y hacerle preguntas para encontrar el origen del mal. Además de esto, también se llegó a usar el baño de vapor para la purificación espiritual.

Mientras que *Tepatl*, era el médico-empírico cuya forma de diagnóstico era a base de una interrogación y un examen físico con los dedos, para localizar así en forma exacta la “flecha del mal”.

El tratamiento consistía en ceremonias y ritos dedicados a los dioses, entre los cuales, se encontraban los baños de vapor que eran acompañados con oraciones misteriosas. “El rito azteca, consistía en el ofrecimiento de regalos, oraciones y actos penitenciales para inducir el favor de los poderes divinos, quienes personificaban a la naturaleza.”⁴²

Y también trataban con plantas medicinales, pues tenían una herbolaria muy rica; siendo utilizado –frecuentemente- por los médicos sacerdotes, el efecto placebo, quienes con su habilidad de sugestión, curaban a los enfermos a pesar de ser un tratamiento inocuo el que se les administraba.

Desarrollaron la traumatología (entablillado), utilizaron coagulantes y cicatrizantes para las heridas, practicaban sangrías con cuchillos de obsidiana⁴³ y drenaban abscesos, al igual que sabían curar fracturas y mordeduras de serpientes.

⁴² Lama Toro, Alexis, p.5

⁴³ Mineral volcánico vítreo de color negro o verde muy oscuro.

Asimismo, las enfermedades de resfriados y catarros se cuidaban con inhalaciones de la planta denominada “A-toch-let”, que era muy parecida al poleo o lo que actualmente denominamos menta.

1.1.6.2 Enfermedad Maya.

Los mayas y los pueblos del área maya veían la vida como una constante lucha entre el bien y el mal, entre dioses benévolos y malévolos, por lo cual, como en todas las culturas antiguas, la salud estaba estrechamente ligada a la religión.

El Dios creador se llamaba Hunab Ku, su hijo Itzamná, Dios del cielo y de la vida, que era adorado como Dios de la medicina, mientras que Ixchel, su esposa, era considerada la Diosa de la luna, del agua y de las inundaciones; quien protegía a las parturientas. Otra Diosa era Ixtab, Diosa de los ahorcados (suicidas), ya que, los afligidos por el dolor y que consideraban incurable su mal, se suicidaban ahorcándose para que la diosa los llevara al cielo.

En la medicina maya las enfermedades podían tener diversos orígenes, entre las cuales había una mezcla de origen divino, o sobrenatural, una causa humana y una natural.

Por una parte estaba la etiología divina, donde la enfermedad se producía como castigo por haber ofendido directamente a los dioses o a sus leyes, a través de la violación de diversos tabúes, por desobedecer a los padres, por cometer abusos sexuales con parientes consanguíneos o por practicar la sodomía⁴⁴, y cuyos seres supremos se presentaban frecuentemente como semi-humanos en los pueblos (por ejemplo como: enano negro, indio con cabellera larga, mujer vieja o mujer joven hermosa), para invocar enfermedades en las personas.

Respecto a la etiología humana, se creía en la magia negra o mal de ojo, donde una persona pedía a un hechicero o chamán lanzar una enfermedad sobre otro individuo, el cual, le había ofendido.

⁴⁴ Relación sexual entre hombres.

Y en cuanto a la etiología natural, se incluía el frío y el calor, especialmente los alimentos fríos y calientes, como las causas más comunes de enfermedad; así como el viento era también una causa habitual, si básicamente éste adoptaba formas de animales. Además, eran también, causa de enfermedades, tanto las plantas tóxicas, venenosas o urticantes como aquellas que fueron utilizadas por los hechiceros en ceremonias de curación que posteriormente abandonaban en medio de un sendero y que podían ser pisadas accidentalmente.

1.1.6.3 Enfermedad Inca.

En la civilización Inca, las enfermedades se generaban por actos de brujería ocasionados por espíritus malignos, o por transgresiones que molestaban a los sobrenaturales, es decir, a los dioses.

Las enfermedades de brujería tenían su origen en rivalidades locales o conflictos interfamiliares, las cuales eran curables y podían ser controladas por los chamanes; entre los cuales estaban, los chamanes especializados en hacer daño a otra persona a petición de clientes interesados, por medio del uso de muñecos que representaban a la víctima. Y otro tipo de brujería era el envenenamiento, dado por venganza o por envidia, el cual podía afectar a una persona o a una unidad doméstica entera dentro de un *ayllu*.

Sin embargo, las enfermedades causadas por la voluntad de las divinidades, eran consideradas difíciles de curar.

Creían que todas las desgracias tenían un origen sobrenatural, argumentando que las dolencias enviadas por las divinidades, se manifestaban después de haber transgredido ciertas reglas de buena conducta, como lo eran: el incesto, el crimen, el robo, y la inobservancia ritual, de modo que, la enfermedad era producto de un castigo.

El curandero tenía que aclarar la calidad del enfermo; ya que, si la disfunción la causaba una enfermedad cuyo diagnóstico se atribuía a un designio sobrenatural, el curandero no podía hacer nada porque era imposible vencer a los dioses.

Jani es la pérdida temporal de la esencia vital que da vida, movimiento y ánimo al ser humano, por lo cual, solamente se cura con la medicación de un curandero, al ser una enfermedad que provoca flujos de vientre, sensación de frío, excesiva secreción salival y otras alteraciones. *Shucaqui* es producido por la inmensa preocupación que siente una persona que sufre una fuerte vergüenza causada por un error cometido, el cual se manifiesta, como una verdadera tormenta psicosomática, que incluye, intensos dolores de cabeza, dolores abdominales, vómitos y diarreas incontenibles, cuya gravedad depende de la clase social u ocupación que ejerce la persona que genera la turbación⁴⁵. De manera detallada, el tratamiento consistía en que el causante de la vergüenza comiera los cabellos de la víctima, arrancándole el mechón del centro del cráneo, con tanta fuerza que se le desprendiera la piel cabelluda en esa zona, cuyo ruido debía ser escuchado.

Irijúa, que es propia de los hijos mayores, los cuales la adquieren cuando la madre tiene otro bebé, a quien se cree le prodiga mayores cariños. Dicha enfermedad la expresa el niño, volviéndose pensativo, melancólico y malhumorado, se irrita con facilidad, llora y grita con agresividad, además de perder el apetito y el sueño, por lo cual, se debilita física y mentalmente. Por consiguiente, es muy raro que ésta alteración la adquieran los hijos menores, la cual, se presenta en todas las clases sociales, y no es otra cosa que la envidia.

Mipa es la enfermedad que los niños adquieren en el vientre de su madre cuando ésta siente asco por un animal, de modo, que el recién nacido presentará los signos directos de ese animal. Por ejemplo; si las embarazadas miran personas feas, su hijo puede salir con esos defectos, si pasa por un río grande, el hijo saldrá llorando o si ha visto un cadáver, su hijo tendrá cejas pobladas y ojos hinchados, por lo cual, todo esto debe evitarlo.

Para no adquirir caries y piorrea⁴⁶, no se debía reír ni abrir la boca frente a un arco iris; al igual que, no debían pasar las mujeres por debajo de un arcoíris ni

⁴⁵ Confusión, desconcierto.

⁴⁶ MED. Enfermedad de la boca que se caracteriza por la aparición de flujo de pus en las encías. Gingivitis.

descansar en los sitios donde se encontraban, para evitar así tener bebés muertos o monstruosos.

Asimismo, las personas que eran tocadas por los rayos del sol, tenían erupciones cutáneas dolorosas, con un intenso olor a hierro, las cuales, los curanderos especializados aliviaban con dietas exclusivas, y quienes llegaban a sobrevivir al toque del rayo, quedaban preparados para dedicarse al chamanismo, puesto que se les consideraba elegidos por esta divinidad.

Para diagnosticar una enfermedad usaban más que nada la adivinación, la cual consistía en quitar granos de montones de maíz, dando un buen o mal pronóstico si los granos finales eran pares o impares, estudiando los excrementos de cuyes y mediante plantas alucinatorias.

En cada ayllu había por lo menos, un médico/curandero denominado hampicamayoc, especialista en la magia, en las hierbas animales y en minerales medicinales, el cual adquiría la experiencia por tradición familiar.

También habían otras profesiones que se dedicaban a la salud: los mosgogs que pronosticaban por sueños, y los chamanes que habían sido elegidos al haberse escapado de rayos y accidentes, los cuales se dedicaban al estudio de las plantas medicinales.

Un tratamiento que destaca es la cirugía, cuyo procedimiento consistía en perforar la capa ósea del cráneo para extraer de su interior las causas de la enfermedad, como lo eran los espíritus, usando en todo caso, anestésicos como la coca, las bebidas embriagadoras o drogas que adormecían.

Los curanderos utilizaban, las yerbas frescas y secas, los animales vivos y disecados y los minerales, para tratar algunas enfermedades; así como también, danzas rituales y ceremoniales, las cuales, eran ejecutadas ante sus ídolos durante las fiestas que les dedicaban, con oraciones misteriosas y canciones.

En resumen, en todos los pueblos antiguos, con algunos pequeños matices, la enfermedad, era vista como consecuencia del castigo de los dioses, siendo lo primario en el enfermo, la sensación de una clase de impureza, moral o somática; por la cual, la respuesta a dicha concepción, por parte del sanador-hechicero, chamán, curandero, etc., se reducía al empirismo y a la magia.

1.2 La enfermedad en Grecia.

La medicina griega se encuentra dividida en dos períodos: el prehipocrático y el hipocrático o técnico.

En la antigua medicina griega, las enfermedades eran vistas como fenómenos sobrenaturales; ya que, ésta se basaba en la magia y en los encantamientos. Sin embargo, en la *Ilíada* y en la *Odisea* se revela un considerable conocimiento anatómico referente a heridas, comentarios médicos y mágicos sobre distintas enfermedades, se señalan las manifestaciones corporales y los estados de ánimo, se hacen referencias a ciertas medidas terapéuticas (farmacológicas y dietéticas), además de alguna interpretación de la etiología, en la cual, a la teoría divino-punitiva se agrega la influencia ambiental y traumática.

En los templos dedicados al culto de Asclepios (dios griego de la medicina que fue denominado posteriormente Esculapio por los romanos), los enfermos acudían para buscar alivio, ofreciendo sacrificio por una cura milagrosa, la cual se daba a través del sueño sagrado en el cual aparecía Asclepios. Mientras esperaban su turno de admisión, el enfermo debía observar ciertas reglas de purificación, consistentes en no beber vino, reposar, seguir un régimen de comidas y tomar baños de agua fría salada, al igual que, diariamente previo a la admisión, los enfermos leían en unas tablas, las curas que el dios había realizado en las últimas veinticuatro horas. Cuando al fin eran introducidos en grupo al recinto sagrado, un sacerdote que actuaba como guía le contaba al enfermo todas las curas maravillosas ocurridas, explicando el significado de las tablas y los símbolos místicos que cubrían las paredes. Hacia el atardecer, el paciente, envuelto en blancas vestiduras, se recostaba en un diván, se ofrecían

oraciones, y las lámparas, en medio del silencio, se extinguían y entonces el enfermo se dormía profundamente, siendo este momento donde se aparecía la imagen de Asclepios (a veces acompañado de Higeia), que de pie al lecho del paciente, le dirigía palabras de consuelo. Y al comenzar el amanecer, el enfermo veía en su cabecera a un sacerdote que, ataviado⁴⁷ con las vestiduras del dios, le daba consejos, recetaba medicamentos y aseguraba la curación. Y así, el enfermo se levantaba curado de sus males, dando testimonio de lo ocurrido ante la turba, por lo cual, permitía a los sacerdotes que ofrecieran la descripción de su caso en las tablas del templo.

1.2.1 Medicina hipocrática.

La hazaña griega consistió en sustituir, en la explicación de la salud y enfermedad, todo elemento mágico o sobrenatural por una teoría circunscrita a la esfera del hombre y la naturaleza; por lo cual, hechos de observación interpretados racionalmente en el marco de esa teoría, conformaron la base de este nuevo saber.

Así, en el siglo V a.C. se dejó de buscar lo sobrenatural como causa de las enfermedades, comenzando a orientarse hacia una búsqueda lógica; marcando este cambio, el inicio de una nueva etapa, en la que el hombre quería por primera vez encontrar una explicación razonable y lógica a las causas de las enfermedades dejando de lado lo sobrenatural. Hombres como Tales de Mileto, Anaximandro, Empedocles, Heráclito, Anaxágoras, Demócrito, Pitágoras y Alcmeón de Crotona, sentaron las bases de las grandes doctrinas que dominarían la medicina durante siglos. Y con el desarrollo del pensamiento racional la medicina hipocrática se somete a la filosofía abandonando al pensamiento mágico.

Tales de Mileto (aprox. 640-547 a.C.). Fue el primero que utilizó un pensamiento racional en base a la interpretación natural que hacía de los fenómenos. Asoció el agua con la vida, y el origen de todo; considerando que el universo estaba compuesto por cuatro elementos: agua, aire, tierra y fuego.

⁴⁷ Adornado, arreglado.

Anaximandro de Mileto (610-547 a.C.). Postuló que existía una sustancia elemental llamada *Apeiron* (lo ilimitado, lo indefinido), que producía fuego, aire, tierra y agua y que aquellos elementos opuestos generaban una fricción que llevaba a cambios. Propuso una teoría evolucionista en la que los seres humanos son parte del mundo natural y la naturaleza tiende hacia el equilibrio.

Heráclito de Efeso (aprox. 576-480 a.C.). Para este filósofo la composición universal parte de cuatro elementos primarios: fuego, aire, agua y tierra, de cuyas distintas combinaciones se forman todas las cosas. Y estos elementos básicos a su vez poseen ciertas propiedades o fuerzas: para el agua lo húmedo, para la tierra lo seco, para el fuego el calor y para el aire el frío. “El equilibrio estricto entre estas fuerzas contrarias y su correcta proporción determinan la salud del individuo.”⁴⁸ Además, pensaba que los cambios constantes eran los rasgos más básicos de la naturaleza, por lo cual, nada dura eternamente sino que al contrario todo fluye.

Pitágoras de Samos (aprox. 580-500 a.C.). Trató de solucionar el enigma de la vida con matemáticas, en la que diez era el número perfecto, que incluía todo el universo; representando los números, la armonía intrínseca entre lo racional y lo real, en donde, la armonía de los números generaba la salud y la desarmonía la enfermedad, la cual podía producirse por causas físicas como el calor o el frío; por lo cual, la terapéutica pitagórica intentaba restaurar el equilibrio en base a: la higiene, en relación a ejercicios corporales, al empleo de la música como cura, y en la dieta, que tenía como objeto mantener la armonía de cuerpo y alma. La salud se encuentra en la medida, la cual debe mantenerse acostumbrando al ser humano al control del estómago, sueño, cólera y burlas, el vino y los placeres del amor, poniendo desde entonces énfasis en la importancia de la alimentación y la digestión, y sobre el hecho de que las fermentaciones intestinales son la causa de la mayoría de las enfermedades. Afirmando que una alimentación vegetariana fortalece al cuerpo, despeja la mente, y protege contra enfermedades.

⁴⁸ Herreman, Rogelio, p.14

Por otro lado; en la Grecia antigua, se empezaron a emplear la música, la danza y el sonido, como prácticas terapéuticas dedicadas a expulsar los agentes causales de la enfermedad, recomendando Pitágoras, una terapia a través de la música para tratar de restablecer la armonía natural o simpatía entre el cuerpo y el alma, considerando a la lira como el instrumento musical más útil para ciertas enfermedades internas y para reencontrar el equilibrio; prefiriendo el cántico acompañado de este instrumento frente a la melancolía y la cólera.

Alcmeón de Crotona (520 a.C.). Es el iniciador de la doctrina que establece que la salud depende del perfecto equilibrio armónico de ciertos elementos o estados corporales: frío-seco, caliente-húmedo, amargo-dulce; considerando por tanto a la enfermedad como producto del desequilibrio de los respectivos sistemas corporales, en donde el calor excesivo ocasionaba la fiebre y el frío excesivo provocaba resfriados.

Empedocles de Agrigento (aprox. 495-435 a.C.) pensaba que la naturaleza tiene en total cuatro elementos: tierra, aire, agua y fuego, los cuales, al intercambiarse producen cambio o materia; siendo la amistad y la discordia las que determinan las diferentes combinaciones de los elementos, por lo que la enfermedad, como ruptura de esta armonía, se reflejará por el predominio o deficiencia de alguno de los elementos. Considerando al corazón como centro del aparato circulatorio y morada de la vida.

Demócrito (aprox. 460-370 a.C.) consideraba que todo tenía que estar compuesto por unos fragmentos más pequeños e invisibles que llamó átomos; reconociendo con base a su interpretación atómica a las sensaciones, como resultante del contacto entre el cuerpo y los átomos que la golpean. Además diferenciaba las enfermedades propias del cuerpo de las consecutivas a influencia de la casa o del modo de vivir, introduciendo de tal modo, los conceptos de entorno y de hábitos personales como agentes etiológicos de enfermedad.

De este modo, el concepto básico del equilibrio y la armonía como salud se encuentra en la mayoría de los filósofos, los cuales prepararon el camino a una tríada excepcional de pensadores:

Sócrates (470-399 a.C.), creía en la superioridad de la discusión sobre la escritura, por lo que pasó la mayor parte de su vida de adulto en los mercados y plazas públicas de Atenas, iniciando diálogos y discusiones con todo aquél que quisiera escucharle, y a quienes solía responder mediante preguntas; logrando por medio de la mayéutica que el interlocutor descubriera sus propias verdades.

Platón (427-347 a.C.) menciona que las causas y origen de las enfermedades se deben al desequilibrio humoral, a las influencias externas contra su orden, a las alteraciones del aire y la desarmonía entre el alma y el cuerpo. En su dualidad de alma-cuerpo, el cuerpo y su salud tienen un valor relativo llegando a veces a ver el cuerpo como un objeto muy inferior del alma.

“No es con el cuerpo, sin duda, con lo que se cuidan los cuerpos –pues en tal caso no sería admisible que los médicos estuviesen o cayesen jamás enfermos- sino con el alma, que si es o se hace mala, no se hallará en condiciones de cuidar bien de nada”.⁴⁹

Mientras que en *La República*, propone que “la medicina es para aquéllos que “están sanos en su naturaleza, pero aquejados por alguna enfermedad específica” y no para “aquéllos, cuyos cuerpos están en un estado de enfermedad interna” de modo que los tratamientos médicos sólo lograrán “hacer de su vida una prolongada miseria”.⁵⁰

Aristóteles (384 a.C. – 322 a.C.) fue uno de los primeros filósofos griegos en complementar la deducción con un método inductivo y de observación; por lo

⁴⁹ Lama Toro, Alexis, p.5

⁵⁰ *Ibíd.*

cual, en su Analítica Posterior defendió la reducción de todo discurso científico a silogismos.

1.2.1.1 Hipócrates.

Hipócrates sostenía que la enfermedad es un proceso natural que obedece a causas naturales, y por tanto debe tratarse también con métodos naturales, por lo que insistía en que el poder curativo de la naturaleza permite que el cuerpo se cure solo, liberándose de la enfermedad; por ende, consideraba que la principal responsabilidad del médico era no interferir en este poder curativo.

La medicina hipocrática tomó de la filosofía prehipocrática la idea fundamental de la naturaleza, basada en las nociones de *physis* y de *tekhne*; que consistía en que, el conocimiento de la naturaleza íntima del cuerpo humano (*physis*) permite comprender el proceso morboso y, mediante el arte u oficio médico (*tekhne*), actuar sobre dicho proceso para restituir la salud, todo ello bajo la directiva de la razón.

Entre las escrituras médicas hipocráticas se encuentran: El *Corpus Hippocraticum* que es el primer tratado clínico de la medicina, donde se mencionan las causas naturales de las enfermedades como el clima de una población, el agua y el viento; el texto Sobre la naturaleza del hombre, que es la doctrina sobre los cuatro humores, y tratados sobre la clínica y las enfermedades; Sobre las enfermedades y sobre las afecciones; El tratado sobre los humores, el cual trata acerca de la constitución del cuerpo y la predisposición a enfermarse en distintas épocas; el tratado Sobre la enfermedad sagrada que habla de la epilepsia; y el tratado Sobre aires, aguas y lugares, que versa acerca de la geografía médica, en donde se habla de cómo el medio ecológico determina las condiciones físicas y mentales del hombre y sus enfermedades.

En sus Aforismos se encuentran algunos como los siguientes:

“lasitud y cansancio sin causa es indicio de enfermedad”, “la

apoplejía⁵¹ es más común entre los 40 y 60 años”, “la vida es breve y el arte largo, la ocasión es fugaz, la experiencia falaz y el juicio difícil. No basta que el médico haga por su parte cuanto debe hacer, si por la suya no concurren en el mismo objetivo el enfermo, los asistentes y demás circunstancias externas”, “A grandes males, grandes remedios”, “El alimento dado al que tiene fiebre, en la convalecencia le vigoriza; durante la enfermedad, le empeora”.⁵²

Lo fundamental en la Teoría Humoral es que se considera al hombre como un microcosmos, en donde la naturaleza era conducida por la armonía entre fuerzas, por lo que el hombre debía tener los mismos atributos del *Physis*. Los humores de la naturaleza: aire, agua, fuego y tierra, fueron convertidos en elementos activos que formaban cuatro humores básicos en el cuerpo: sangre, bilis negra, flema y bilis amarilla. Cada humor tenía distintas propiedades: el aire era traducido a la sangre como caliente y húmeda, la bilis negra era fría y seca como la tierra, el agua convertía a la flema: fría y húmeda, mientras que la bilis amarilla era caliente y seca como el fuego. Por otro lado, los humores eran influidos por las estaciones; la sangre en primavera, la bilis negra en verano, la flema en invierno y la bilis amarilla en otoño. Además, también se observó que estos humores básicos influían en el temperamento y la personalidad. “Los individuos que tenían demasiada bilis negra eran malhumorados, desagradables y posiblemente melancólicos; quienes tenían demasiada bilis amarilla eran irascibles, coléricos, se enfadaban con facilidad y quizá maniacos; los individuos con demasiada flema eran apáticos, torpes y lentos; los sujetos con demasiada sangre eran abiertamente joviales, alegres y optimistas.”⁵³

De este modo, la salud se interpretaría como la proporción adecuada de los distintos humores, la correcta interrelación entre las distintas partes, el flujo

⁵¹ PAT. Suspensión súbita y completa de la acción cerebral, debida comúnmente a derrames sanguíneos en el encéfalo o las meninges.

⁵² Lama Toro, Alexis, p.5

⁵³ Hothersall, David.; tr. José Luis Núñez Herrejón. (2005). *Historia de la psicología*. (4ª. ed.). México, McGraw-Hill.

normal del neuma (aire) por todo el organismo y la relación armónica del organismo con su entorno.

Mientras que la enfermedad sería una alteración, un desequilibrio fisiológico, una disimetría de los humores o una *dyscracia*, en la que una causa produce un exceso o falta de uno o más humores, siendo el exceso del humor eliminado por el cuerpo por un proceso de cocción (calor) y eliminado por la orina y las heces. Este proceso podía ser rápido (crisis) o lento (*lysis*).

Según Laín Entralgo, la salud es para los hipocráticos: "... lo justo (*dikaíos*), lo limpio y puro (*katharós*), bello (*kalós*), fuerte o robusto (*iskhyrós*) y bien proporcionado (*metrios*)" y, como contraste, la enfermedad es "la injusticia (*adikia*), la impureza (*akatharsié*), la fealdad o deformación (*aiskhrós, akosmía*), la debilidad (*astheneía*) y la desproporción (*ametria*)".⁵⁴

Las causas que producían desequilibrio eran generalmente el clima, el viento, los lugares, los alimentos y traumas; pero también estaban las que se asentaban en el propio organismo por lo que intervenían la edad, el sexo, la raza y la constitución.

Las enfermedades tenían días críticos, días en que podía ocurrir la crisis; estando basada la teoría de los días críticos en la experiencia, en la observación de que ciertas fiebres hacían crisis en días determinados, como las fiebres palúdicas terciana y cuartana. Pero, además, hay influencia mágico-religiosa: el cuatro es un número pitagórico que representa el volumen.

La medicina hipocrática se hizo muy hipotética al no basarse en experimentos sino solamente en la teoría, por lo cual, el conocimiento de la anatomía humana se basaba principalmente en la disección de animales.

Para Hipócrates, la enfermedad era un acontecimiento individual, por lo cual, insistía al médico estudiar al paciente y no sólo su enfermedad.

⁵⁴ Seguin, Carlos Alberto. (1982). *La enfermedad, el enfermo y el médico*. (serie Psiquiatría en la sociedad). Madrid, Pirámide.

En la clínica hipocrática, tanto las enfermedades internas como las externas se presentan bajo dos modalidades: las curables e incurables, lo cual es un determinante fundamental para la acción médica y por lo tanto era de vital importancia un pronóstico adecuado, ya que, de tratarse de una enfermedad mortal el médico debía abstenerse a actuar. Por ende, para hacer un diagnóstico correcto, el médico debe averiguar cuanto sea posible acerca del estado del paciente, su rutina diaria y su ocupación, sus antecedentes familiares y el medio ambiente en que vive; además de la exploración del enfermo que incluye la palpación, la auscultación, la toma de pulso e, incluso, la exploración armada con espéculos.⁵⁵ “Al tratar al paciente, se deberá hacer todo lo posible por ayudar a la naturaleza, la gran sanadora, a realizar la curación. Su pronóstico final deberá deducirse de observaciones cuidadosas.”⁵⁶ De este modo, Hipócrates luchó por eliminar de la práctica médica las conjeturas y los remedios aventurados, definiendo a la perfección la diferencia existente entre especulaciones y la experiencia real que se adquiere por medio de la observación directa y meticulosa de los hechos, por lo que decía: “saber es una cosa; creer que se sabe es ignorancia”.⁵⁷

Entre los principios terapéuticos empleados por los médicos hipocráticos se encuentran los siguientes:

- “*Primum non nocere*”, es decir, “antes que nada no perjudicar, es preferible no hacer nada a empeorar la situación”⁵⁸; ya que la terapéutica hipocrática trató siempre de favorecer sin perjudicar, la cual iba dirigida a todo el cuerpo enfermo y no a sus partes, ejecutándose con prudencia.
- Se debe ir a la causa de la dolencia. Ir contra la causa y el principio de la causa.
- Actuar sólo ante las enfermedades curables, absteniéndose de actuar ante las incurables, aceptando la inevitabilidad de los procesos fisiológicos; por lo cual, es fundamental la elaboración de un buen pronóstico.

⁵⁵ MÉD. Instrumento provisto de un espejo que se emplea para examinar, por la reflexión luminosa, ciertas cavidades del cuerpo.

⁵⁶ Lama Toro, Alexis, p.5

⁵⁷ *Ibíd.*

⁵⁸ *Ibíd.*

- Individualizar el tratamiento; ya que, se trata de individuos enfermos que tienen procesos internos específicos, con influencias ambientales propias y hábitos personales.
- Atención integral del individuo y no solamente alguno de sus órganos.
- “Instituir oportunamente el tratamiento en función de la cronología y evolución del proceso morboso.”⁵⁹

Siguiendo con la línea de tratamiento para las enfermedades, primero se usaba la dietética y si ésta no tenía efecto se usaban medicamentos.

La dieta no solamente se refería a alimentos sino a un régimen de la vida; que incluía lo que debería comer y tomar el paciente, cuánto debía dormir, y cuánto ejercicio necesitaba, y por lo tanto, se podían hacer cambios de cualquier aspecto del modo de vivir, para eliminar el humor desequilibrado.

El *phármakon* se refiere a los medicamentos, los cuales se aplicaban recién cuando la dieta no tenía el efecto deseado, para reequilibrar el exceso o defecto de los humores; sin embargo, al ser el *phármakon* una sustancia ajena al cuerpo, tenía efectos que no siempre eran beneficiosos. Se usaban hierbas medicinales, purgantes, eméticos, vinos y miel.

Y a pesar de que la dietética era la rama más estimada, tuvo un mayor desarrollo la cirugía; la cual, les había dado destrezas en tratamiento de fracturas y heridas en su experiencia con cirugía de guerras. Se practicaba mucho la venesección para restaurar la balanza humoral. Se cortaba al otro extremo del lugar que dolía, para sacar los humores de la dolencia. Y como última medida, se practicaba la cauterización, que consistía en quemar otra vez al otro extremo de la dolencia, para consumir el exceso de humor: “Lo que los medicamentos no curan, lo cura el hierro; lo que el hierro no cura, lo cura el fuego; lo que el fuego no cura, hay que considerarlo incurable”.⁶⁰

⁵⁹ Herreman, Rogelio, p. 14

⁶⁰ Lama Toro, Alexis, p.5

1.2.2 Enfermedad alejandrina.

En la medicina alejandrina se fusionaron las culturas egipcia y griega, dando un mayor énfasis a la escuela empírica, basada en la experiencia y la observación, donde solamente la práctica importaba.

Sin embargo, tuvo también presencia la escuela metódica, la cual se basaba en la teoría de átomos de Demócrito, la cual, hace alusión a átomos que se transportaban por poros y que tenían fuerza de atracción de aire, agua, entre otros.

Los personajes más destacados de esta medicina fueron:

Herófilo (300-250 a.C.), quien hizo descripciones minuciosas del sistema nervioso, diferenciando entre nervios motores, sensoriales, voluntarios y autónomos; considerando al cerebro como centro de la mente y del sistema nervioso. Además de ser el primero en distinguir las venas de las arterias y dar nombre a la próstata y al duodeno. Por otro lado daba mucha significancia al pulso.

Eristrato (304-250 a.C.) quien fue considerado el primer patólogo, el cual hizo disecciones en cadáveres humanos llegando a la conclusión de que las arterias estaban llenas de aire: pneuma y que la presencia de sangre era patológica. Además, consideraba que el organismo estaba constituido por átomos, que atraían sangre de las venas, aire de las arterias y pneuma anímico de los nervios; y que la enfermedad, se debía a alteraciones de órganos, en vez de humores.

Por su parte, los metódicos con Asclepiades de Bitinia a la cabeza, consideran que el cuerpo humano está formado por innumerables partículas en constante movimiento, por lo que resulta irrelevante el conocimiento anatómico e interpretan a la enfermedad como la falta de armonía entre los átomos; por lo que, abogan en el campo terapéutico, por la recuperación de la relación entre los átomos con base en medicamentos astringentes y laxantes y al uso de la dieta y la terapia física.

“Finalmente, dentro de la corriente estoica y neumática, Ateneo de Atala centra nuevamente la respiración en el corazón y, desde el punto de vista de higiene pública, insiste en la importancia de educar medicamente a los ciudadanos, con el fin de que ellos puedan atender gran parte de sus dolencias.”⁶¹

1.3 La enfermedad en Roma.

La medicina en Roma en un principio estaba muy influida por la religión; ya que, para los romanos el ejercicio de la medicina, era casi denigrante y daba muy bajo estatus social, por lo cual no había médicos y los enfermos recurrían a un *pater familias*, que era un sacerdote sin enseñanza médica que basaba sus conocimientos principalmente en prácticas religiosas. Por tal motivo, había una resistencia de los romanos a la práctica de los médicos griegos al considerarlos inferiores. Sin embargo, en el siglo I a.C., Julio César ofrecía la ciudadanía romana a todos los médicos griegos, comenzando así la aceptación de una nueva filosofía en la salud, que convertía a la medicina romana prácticamente en una continuación de la medicina griega; ya que gran parte de los médicos destacados, incluyendo a Galeno, eran de origen griego. Por lo cual los romanos sobresalieron muy poco en el avance de la medicina, siendo su única contribución a la salud pública, en la cual, los etruscos implementaron un sistema de higiene pública, que consistía en alcantarillado, irrigación, desecación de pantanos para evitar el paludismo, agua potable, y acueductos que los distinguieron por su construcción en todas las ciudades de su imperio, desde Iberia hasta Asia Menor, además de contribuir a la higiene con los baños públicos.

Uno de los primeros médicos griegos aceptados en esa sociedad fue Asclepiades de Prusa, quien pertenecía a la Escuela Metódica, y seguía el pensamiento de que las alteraciones de los órganos producían enfermedad. Por tal motivo, practicaba tratamientos como: dieta con gusto al paciente, reposos, masajes, vino y música, en vez de los tratamientos basados en

⁶¹ Herreman, Rogelio, p.14

equilibrar los humores, haciéndolo popular su oposición a la flebotomía⁶², purgantes y eméticos.

1.3.1 Personajes destacados.

Aulo Cornelio Celso: es autor del libro *De re Medicae* (Sobre el saber médico) que trata de la dietética, farmacéutica y cirugía; refiriéndose al clima, a la edad y a la constitución física como causas de enfermedades.

En cuanto a los tratamientos dietéticos da instrucciones de comportamiento para los sanos, que incluían: el ejercicio, viajes al campo, abstención de ejercicio y bebidas fuertes y bajar de peso. En relación a la parte farmacéutica, las drogas están divididas según sus efectos en: purgantes, diuréticas, narcóticas, etc. Y en cuanto a la cirugía, en el libro VII trató este tema, donde menciona dos complicaciones frecuentes: la hemorragia y la inflamación.

Describió por primera vez las ligaduras, haciendo referencia a la ligación de vasos en caso de hemorragia. En el libro IV de Artes, describió los cuatro atributos de la inflamación: tumor, rubor, calor, dolor, los cuales hasta en la actualidad siguen vigentes. Y en el libro XVIII sobre las enfermedades de los huesos, referentes a las fracturas sugirió la utilización de férulas con vendajes de materiales semirrígidos como la cera y la pasta de harina.

Dioscórides: autor del texto *Materia Médica*, el cual incluía una descripción de más de quinientas plantas curativas; donde describía y recomendaba la cicuta, que ya Hipócrates empleaba como uso local para el tratamiento del prolapso rectal inflamado, junto con la hiedra y la mandrágora, siendo esta última empleada para otras afecciones, de la siguiente manera: “hervida en leche, se usaba para las úlceras; la raíz fresca se usaba como purgante; y macerada y mezclada con alcohol se administraba oralmente para producir sueño o analgesia en dolores reumáticos, ataques convulsivos e incluso de melancolía.”⁶³ En tiempos de Plinio la mandrágora se empleaba como anestésico, dándole al paciente un pedazo de raíz para que la comiera antes

⁶² Procedimiento que consiste en la extracción de sangre desde una vena periférica.

⁶³ Lama Toro, Alexis, p.5

de realizar una operación. Además también recomendaba el uso de la cicuta en forma de colirio⁶⁴ para las enfermedades oculares dolorosas que no permitían conciliar el sueño y como antiinflamatorio local en las picaduras de serpientes.

Areteo de Capadocia perteneció a la llamada escuela neumática, en la que el neuma era el principio de movimiento y que se sumaba a las cuatro cualidades constitutivas del ser humano como era lo cálido, lo frío, lo seco y lo húmedo. En su obra *De causis et signis morborum* hizo descripciones clínicas de diversas enfermedades, preocupándose por el bienestar de los pacientes. Encontró que la manía y la melancolía podían presentarse como parte de una misma enfermedad; siendo el primero en hablar de personalidades prepsicopáticas; las personas propensas a la manía son irritables y violentas, mientras que las personas propensas a la melancolía son de carácter depresivo. Adelantándose a Kraepelin, sostuvo que el pronóstico es determinante en la naturaleza de la enfermedad, diferenciando entre manía (intermitente y curable) y enfermedades seniles (progresivas e incurables); al igual que describió la esquizofrenia, la cual correspondía a personas que parecen estúpidas, distraídas y pensativas. Por consecuencia, se opuso a la idea de locura divina de Platón y a las medidas coercitivas.

Igualmente, Areteo también se refirió a la enfermedad de la diabetes, de la siguiente manera: *“a estos enfermos se les deshace su cuerpo poco a poco y como los productos de desecho tienen que eliminarse disueltos en agua necesitan orinar mucho. Esta agua perdida tenía que ser repuesta bebiendo mucho. Como la grasa se funde poco a poco se pierde peso y como los músculos también van deshaciéndose el enfermo se queda sin fuerza”*.⁶⁵

Sorano de Efeso: médico griego que consiguió desterrar la teoría uterina de la libertad de movimientos; pero que mantuvo la creencia de que el útero era el responsable de algunos problemas mentales.

⁶⁴ Medicamento líquido de uso externo que se emplea para curar o aliviar las enfermedades de los ojos.

⁶⁵ Lama Toro, Alexis, p.5

Por último, Claudio Galeno (130-200 d.C.), es el médico más importante que sobresalió en la cultura romana, siendo su obra de recopilación del conocimiento médico acumulado hasta ese entonces, su principal aportación a la medicina, la cual cubría casi todos los temas, entre los cuales se incluían: anatomía, fisiología, patología, terapéutica, farmacéutica y tratados sobre el pulso. Sin embargo, el pensamiento de Galeno se dejó dominar por las ideas aristotélicas, que valoraban más el razonamiento que la investigación.

Galeno adoptó la teoría humoral de Hipócrates complementándola, en la cual señala, que “el estado fisiológico normal es el estado de equilibrio de siete cosas naturales, que llamó *res naturales*, que son: elementos, humores, cualidades, espíritus, facultades, operaciones y miembros.”⁶⁶ Distinguiendo otras cosas que no pertenecían a la naturaleza individual, pero que la regulaban: las *res non naturales*, que son: aire/ambiente, comida/bebida, trabajo/descanso, sueño/vigilia, excreciones/secreciones y afectos del alma. Y por lo tanto, las alteraciones de: alimentos, desórdenes sexuales, emociones desmedidas, baños venenos, acción del sol y del viento, provocaban el desequilibrio. De este modo, la enfermedad es el resultado de una alteración de la ordenada disposición corporal (*diáthesis pará physin*), la cual se manifiesta en deficiencias de las diferentes funciones. Sin embargo, para ser considerada como enfermedad (*nosos*), debe ser permanente, es decir, que se mantiene aunque la causa ya no actúe, lo que la distinguiría de lo que llama *páthos*, que es un disturbio pasajero, el cual desaparece con la causa que lo ha provocado. Por lo tanto, se trataría de una acción que modifica el funcionamiento del organismo, sin que en éste haya reacción alguna, por lo cual, sería un sufrimiento pasivo, un padecimiento; de tal manera, que presenta ya, una tendencia a distinguir clasificatoriamente los distintos cuadros clínicos; tratando de ir más allá de los síntomas y de la apariencia de los síndromes, para poder encarar la enfermedad en sí misma, clasificándola en géneros (*géne*) y especies (*eidé*).

⁶⁶ Lama Toro, Alexis, p.5

Además, “Galeno creía que la llama biológica del corazón destilaba de la sangre la sustancia espiritual responsable del movimiento y la sensación: el espíritu vital.”⁶⁷

Y describió, en su tratado Sobre las pasiones y errores del alma, un método para reconocer y curar todas las enfermedades del alma, las cuales pensaba surgían de pasiones como la ira, el miedo, la pesadumbre, la envidia y la lujuria violenta; y están regidas por una potencia irracional dentro de nosotros mismos que se niega a obedecer a la razón. Por tal motivo, para poder liberarse de tales pasiones, la persona debe de luchar por entenderlas y autoconocerse. Sin embargo, esta tarea resulta difícil, porque el amor propio nos ciega ante nuestras propias faltas y hace que sólo veamos los errores de los otros, por lo cual, Galeno pensaba era esencial contar con un mentor-terapeuta bueno y noble.

1.4 La enfermedad en la Edad Media.

La medicina medieval practicada en Europa, entre los siglos quinto y undécimo, fue una mezcla dinámica de ciencia y misticismo. En la temprana Edad Media, justo tras la caída del Imperio Romano, el conocimiento médico se basó básicamente en los textos griegos y romanos supervivientes que quedaron preservados en monasterios y otros lugares. Las ideas sobre el origen y la cura de las enfermedades no eran puramente seculares, sino que también tenían una importante base espiritual, por lo que la religión y la medicina compartieron orientaciones comunes, que aunque frecuentemente eran complementarias, guardaban un potencial de conflicto entre ellas; llegando de este modo algunos historiadores a llamarla medicina cuasitécnica, que corresponde a la llamada medicina monacal. Factores tales como el destino, el pecado, y las influencias astrales, tenían tanto peso como los factores más físicos.

1.4.1 Medicina monacal

Fue una medicina que se desarrolló al interior de los monasterios, donde retorna la figura del sacerdote-médico, al ser los sacerdotes los que cumplían

⁶⁷ Hothersall, David, p.36

la función médica; que inspirados en su fe cristiana, hacen suyo el mandato del evangelio “ama a tu prójimo como a ti mismo”. “Piensan que al enfermo hay que servirle como al propio Cristo, pues realmente se le sirve a Él a través de ellos. Jesús había dicho: “Estuve enfermo y me habéis visitado, y lo que habéis hecho a uno de ellos, me lo habéis hecho a mí”.⁶⁸ Por tanto, el cuidado de los enfermos es la práctica más valiosa, ya que éstos, son considerados como verdaderos hermanos a los que hay que cuidar y no abandonar.

La medicina que se hacía al interior de los monasterios era muy humana, al establecer, la regla benedictina el cuidado del enfermo un deber cristiano, el cual, era acompañado de sentimientos de caridad para con los pobres y de solidaridad con el que sufre; siendo los monasterios, el lugar donde acogían a los peregrinos, enfermos y desahuciados, comenzando a aparecer esbozos de hospitales que inicialmente fueron centros de albergue promovidos por sentimientos de piedad y caridad pero que poco a poco se convirtieron en sanatorios en donde los monjes empezaron a aplicar parte de sus conocimientos de curación. Un ejemplo de esto, fue el documento llamado Regla de San Benito que compuso él mismo, el cual tuvo gran influencia entre los hombres y mujeres de la edad media occidental, donde se refiere a los hermanos enfermos de la siguiente forma: “... se los debe soportar pacientemente, porque tales enfermos hacen ganar una recompensa mayor. Por tanto, el abad⁶⁹ tenga sumo cuidado de que no padezcan ninguna negligencia”.⁷⁰

El aspecto terapéutico se basaba en el poder curativo de las plantas y hortalizas, por lo que, todo monasterio tenía adyacente una huerta donde los sacerdotes con especial dedicación cultivaban las hortalizas medicinales.

Los monjes sanadores perduraron por cinco siglos, hasta que en el siglo XII el Concilio de Clermont promulgó, la prohibición de la práctica médica a los

⁶⁸ Lama Toro, Alexis, p.5

⁶⁹ Superior de un monasterio de religiosos que tiene categoría de abadía.

⁷⁰ *Ibíd.*

clérigos, dando fin a la medicina monacal y comienzo a la etapa de la medicina escolástica.

Durante el florecimiento de la escuela de Salerno aparece el libro más popular referente a la salud llamado el *Régimen Sanitatis Salernitanum*, que engloba consejos dietéticos y normas higiénicas. Y en dicha escuela médica, se asientan las bases de la medicina escolástica de la Edad Media de la Europa occidental; donde surgieron dos personajes: Trotula, que se dedicó a la obstetricia y escribió libros, siendo los más importantes dedicados a las enfermedades de las mujeres, entre los que se encuentra el texto *Passionibus mulierum curandorum*, el cual trataba acerca de las menstruaciones, la concepción, el embarazo, el nacimiento, como también de enfermedades generales y su tratamiento. Admitía que un hombre podía ser responsable de la infertilidad (noción que se carecía hasta ese entonces) y describió el uso de los opiáceos para aliviar el dolor del nacimiento. Y Rogerius, quien hizo importantes aportes en el campo de la cirugía, plasmados en su libro *La Practica Chirugiae*, en donde describe la operación de cálculos de la vejiga, entre otras cosas.

Tomás de Aquino cambió la visión de San Agustín, al señalar que en la razón humana hay una potencia independiente de la fe, y que esta razón humana no existe sola, si no que es el reflejo de la iluminación divina.

Hildegard von Bingen, quien usó los poderes curativos de la naturaleza, escribiendo tratados acerca de la historia natural y uso medicinal de las plantas, animales, árboles y piedras, aparte de sus escritos teológicos, y composiciones musicales.

Peste negra. En el año 1348, procedente de Asia, hace su entrada a Europa la terrible peste negra (peste bubónica), que era transmitida a los hombres por las pulgas de las ratas. Y se le llamó así, porque los muertos quedaban negros por el sangrado en su piel, presentando síntomas como: fiebre alta, vómitos con sangre y crecimiento de los ganglios, especialmente axilares e inguinales; siendo uno de los problemas más graves durante la peste, el enterrar a los

muertos, por lo cual, en Avignon el Papa consagró el río Rosano para que pudieran arrojar allí los cadáveres.

Además se presentaron otras epidemias como: la enfermedad sudorosa, que afectó a Inglaterra entre 1485 y 1551; la lepra, que se extendió durante la época de las cruzadas entre el siglo XI-XIII en Europa al igual que la sífilis; la influenza en París en 1410, que se repitió en 1510, 1557 y 1580; y volviendo de nuevo en 1665 la gran peste en Londres, que mató a 60.000 personas.

1.4.2 Medicina árabe

La patología estaba basada en la misma doctrina humoral, que explica la enfermedad como un desequilibrio en la anatomía natural de los hombres, y que aceptaba como factores etiológicos las alteraciones en las seis cosas no naturales de Galeno; siendo agregada la bebida y el alimento, como otro factor etiológico no natural; ya que, por mandamiento religioso estaban excluidas las bebidas alcohólicas, por lo cual, la dieta desempeñaba una posición decisiva tanto como causa de enfermedad y como factor terapéutico.

La terapéutica en el mundo árabe, constaba de las tres ramas galénicas tradicionales; la dietética, la farmacología y una cirugía muy poco desarrollada; siendo la primera, la base del tratamiento e incluso todo el tratamiento, si la enfermedad no pedía recursos más enérgicos, de tal modo, que ésta era entendida, como la regulación total del género de vida que se enfocaría en evitar la enfermedad mediante reglas muy sencillas para los pacientes. Por lo cual, trataban de regular las seis cosas no naturales del galenismo, que eran: aire y ambiente; comida y bebida; sueño y vigilia; trabajo y descanso; ingesta y excreta y movimientos del ánimo, además de ser también importantes: la luz, el aire, el agua, la situación geográfica y las condiciones climatológicas, así como mantener el ritmo del trabajo y el descanso, del sueño y la vigilia, la higiene, la higiene sexual y los afectos del alma. En consecuencia, de acuerdo con Schipperges, las posibilidades de la intervención médica se ordenaban de manera estrictamente jerárquica, por lo que, ni la cirugía, ni la farmacología estaban autorizadas antes de tratar todas las posibilidades de la medicina dietética.

La cirugía era practicada sólo por miembros de una clase inferior, ya que, se consideraba como una actividad indigna de los médicos; la disección anatómica estaba (y sigue estando) absolutamente prohibida por el Islam, por lo que la anatomía debía aprenderse en los libros. Además, ésta medicina islámica tenía elevadas normas éticas y poseía ya por sus raíces un profundo sentido de compasión fraternal por el enfermo, adquiriendo un carácter profesional formal en sus primeros escritos médicos al recoger la tradición hipocrática.

En relación a la enfermedad mental, además del tratamiento dietético, se llevaba a cabo en el hospital, terapia con música, danza, teatro, baños y trabajo; al igual que existía una terapia por sugestión, y que según Laín Entralgo, el médico árabe supo dar valor a la psicoterapia. Así mismo, Hanna Kamieniecki escribe que en la introducción del Tratado del Asma, Maimónides dice que, no se puede llegar a realizar la terapia de las enfermedades de manera directa, sin haberse esforzado antes en conocer bien el temperamento del enfermo; ya que para él, la curación es sinónimo de vuelta a un equilibrio anterior momentáneamente perturbado, la cual podrá conseguirse, no solamente utilizando las capacidades del cuerpo sino también las facultades del espíritu, es decir, que hay que tratar el dolor corporal al mismo tiempo que el sufrimiento espiritual.

El estudio de las enfermedades de los ojos, fue una de las ramas de la medicina islámica más desarrollada, debido probablemente, a su frecuencia en los países desérticos y tropicales; en la cual, el tratamiento quirúrgico de dichas enfermedades, condujo a un renovado interés por la estructura del ojo, proporcionando a los físicos árabes, la primera comprensión real de la dióptrica, en el nuevo sentido de paso de la luz por los cuerpos transparentes, llegándose a partir de ahí a la fundación de la óptica moderna.

Personajes destacados

En Oriente brillaron Rhazes y Avicena.

Rhazes. Médico persa llamado el Hipócrates árabe. Fundador y director del hospital de Bagdad, del cual se cuenta que para elegir el lugar más apropiado,

colgó en distintos lugares de la ciudad, pedazos de carne, escogiendo aquél en donde la carne tardaba más en descomponerse, por lo que se dio cuenta que había alguna relación entre putrefacción y enfermedad.

En sus escritos, exhorta a los melancólicos a escuchar canciones y alegrarse; describe la viruela y el sarampión; y explica la relación de las pupilas ante la luz.

Avicena. Médico y filósofo persa, cuya obra principal fue el Canon de Avicena, que consta de cinco volúmenes, los cuales comprendían: la medicina general, los medicamentos, la patología, la cirugía, la ciencia de la fiebre y la farmacología. Además, fue uno de los pioneros en practicar la fisioterapia y sugirió la existencia de una comunicación interauricular durante la primera infancia.

Y en Occidente, destacaron Maimónides y Averroes, quienes sostenían que cada hombre es responsable de su estado de salud y por ello puede influir en la duración de la vida, mencionando que para mantener la salud era indispensable una buena alimentación, y que en caso de necesitar medicamentos, éstos debían administrarse desde el más simple hasta el más complicado. Además el enfermo debía efectuar en forma continua ejercicios respiratorios, porque ello regula el pneuma⁷¹, aumentando la energía del cuerpo.

Maimónides. Médico, teólogo y filósofo judío nacido en Córdoba, España, que introdujo la importancia del concepto biopsicosocial en la aproximación al enfermo y cuyo interés médico cubrió desde la toxicología hasta el asma. Dio gran importancia a la dietética y al baño.

1.5 La enfermedad en el Renacimiento.

Con la llegada del Renacimiento, se empezó a cuestionar todas las bases anteriores en relación al origen de las enfermedades, dando inicio a la

⁷¹ Palabra griega que significa espíritu, pero que también, se usa para hablar de aliento, aire y otras palabras relacionadas con la acción de respirar.

búsqueda de sus causas reales, por lo que se pensó menos en lo divino y más en lo humano; ya que, hacía ese entonces toda la cultura había sido teocéntrica, lo cual cambió ante la pregunta de qué es el hombre y cómo funciona su organismo, iniciándose de este modo el antropocentrismo, cuyo interés es el estudio del hombre.

Fue una época importante en el estudio de la anatomía y de la fisiología; ya que, la evidencia experimental acababa con los errores anatómicos y fisiológicos de Galeno. Sin embargo, el desarrollo de la medicina seguía nuevamente rezagado.

Thomas Linacre: Médico que fue llamado el restaurador de la sabiduría de Inglaterra. Entre sus estudios se encuentran sus escritos sobre: higiene, terapéutica, temperamentos, facultades naturales, pulso y semiología⁷².

Paracelso: Médico de transición entre la Edad Media y el Renacimiento, quien convencido en que el arte de sanar había que buscarlo en la naturaleza y no en los libros, salió a recorrer el mundo para conocer las medicinas naturales que usaban los campesinos y la gente de su pueblo.

Ambrosio Paré: quien fue reconocido como el padre de la cirugía moderna; ya que, mejora la práctica de la cirugía e introduce la ligadura de los vasos sanguíneos en las amputaciones, acabando así, con la terrible práctica de la cauterización⁷³ con hierro candente.

Además, realizó otras aportaciones entre las que se encuentran: la reintroducción de la ligadura para detener las hemorragias, en vez de hacerlo con hierros candentes que abrasaban la carne y producían dolorosas heridas; operaciones ingeniosas, como ojos, piernas y brazos artificiales de gran perfección, y dientes postizos; además de, los bragueros para el tratamiento de las hernias y el uso del tubo de drenaje para el tratamiento de los abscesos.

⁷² Conjunto de técnicas de exploración, que permite establecer un diagnóstico o conocer el curso de una enfermedad. Las técnicas básicas son: inspección, palpación, presión, auscultación y estudio de los reflejos, además de los métodos exploratorios más actuales como son la radiografía, electrocardiografía, determinación de constantes del medio interno y análisis serológicos e histológicos.

⁷³ Curación de una herida quemando o destruyendo los tejidos.

Andreas Vesalio: Es la figura médica principal del Renacimiento y el anatomista más importante de ésta época. Fue un autodidacta de la anatomía, el cual, iba a los cementerios a escondidas, en busca de huesos; y al cual se le condenó por la disección que realizó a un joven noble español tras su muerte, del cual descubrió, que al abrirle el pecho, el corazón aún latía.

En 1543, publica su famosa obra anatómica *De Humani Corporis Fabrica*, la cual, sería imprescindible para los estudiantes de medicina de los siguientes cuatro siglos.

Faloppio: discípulo de Vesalio, quien describió las llamadas trompas de Falopio, en las cuales se producía el nacimiento de la vida y la fecundación.

Fabrizio D` Acquanpedente: Describió las válvulas de las venas.

Bartolomeo Eustaquio: Describió la trompa de Eustaquio, que comunica la cavidad timpánica con la parte nasal de la faringe.

Nicolás Maquiavello: que en su famosa obra *El Príncipe*, “sostiene que el gobernante sabio debe aceptar que el azar y la necesidad –y no la Divina Providencia- determinan las condiciones del ser humano”⁷⁴, por ende, aboga por una mayor secularización⁷⁵ de los asuntos humanos, desvalorizando la noción clásica de virtud.

Miguel Servet: Inició el estudio de la fisiología, que se ve reflejada en su obra teológica *Christianismi restitutio*, en donde dice que el alma está en la sangre y por tanto es la sangre misma, siendo ésta, la parte que más se comunica a Dios en forma directa con el hombre. Además en el capítulo que trata sobre el Espíritu Santo, menciona que el alma era resultado de una mezcla de la sangre con el aire inspirado, la cual, se formaba en los pulmones, y que para saber cómo se forma el alma, es preciso saber cómo se crea y mueve la sangre.

⁷⁴ Lama Toro, Alexis, p.5

⁷⁵ Proceso por el cual algo o alguien pierde su carácter religioso para pasar a ser laico.

Describe la circulación del corazón a los pulmones y de éstos al corazón; y se percata, a través de las disecciones de cadáveres que hacía, que no existían poros que comunicaran a los lados izquierdo y derecho del corazón como postulaba Galeno.

Realdo Colombo: quien redescubre la circulación menor, sosteniendo que la sangre del ventrículo derecho no pasaba al ventrículo izquierdo por la vena arteriosa, junto con el aire.

1.6 La enfermedad en el siglo XVII.

En el siglo XVII, conocido también como el siglo Barroco, se generó un gran impulso al nuevo conocimiento, el cual provocó avances importantes en la medicina; facilitando la resolución paulatina del problema de la enfermedad por medios científicos, con la evolución de la anatomía y de la fisiología, al conducir a un conocimiento más profundo, la estructura y función del organismo.

Dicho cambio conceptual se debió al filósofo inglés Francis Bacon (1561-1626), quién promovió el método experimental como único instrumento sólido para lograr el avance científico; argumentando que, el método inductivo, la observación exacta, la experimentación y la conclusión a posteriori eran el único camino para lograr este avance.

En relación a las concepciones biológicas, la iatroquímica y la iatrofísica, fueron las que predominaron en esa época. Mientras que la iatroquímica reducía los fenómenos vivientes, normales y patológicos, a explicaciones químicas; la iatrofísica, bajo influencia cartesiana, reducía los mismos, a explicaciones físicas.

Entre los personajes que destacaron en la iatroquímica, se encuentran:

Juan Bautista van Helmont (1577-1644), quién creía que el agua y el fermento⁷⁶ eran los elementos fundamentales del cuerpo; y que, el individuo

⁷⁶ BIOL. Sustancia orgánica que produce la fermentación, como las enzimas.

estaba compuesto de tres esferas: *archeus*, alma sensitiva y *mens*: que es el espíritu, lo divino. Sostiene que “Las enfermedades, las *ideae morbosae*, pasaban a ser perturbaciones metabólicas con manifestaciones locales según las sedimentaciones.”⁷⁷

Franz de le Bête Sylvius (1514-1672) es el principal representante de la iatroquímica, el cual pensaba, que los procesos del organismo viviente dependían del equilibrio de la fermentación, cuyos productos finales eran los ácidos y álcalis.

Y entre los iatrofísicos, destacó Santorio Santorio (1561-1636), que fue un inventor innato, el cual ideó numerosos instrumentos de uso clínico y experimental.

Así como, el Renacimiento fue la época de la anatomía en la medicina con la obra de Vesalio, el Barroco fue la época de la fisiología con el descubrimiento de William Harvey (1578-1658), quien gracias a sus conocimientos anatómicos y a la experimentación con animales, revolucionó la medicina con su descubrimiento de la circulación sanguínea.

El invento del microscopio, fue un avance importante y fundamental de esta época, el cual tuvo gran impacto en los avances científicos médicos. Siendo Marcelo Malpighi (1628-1694), uno de los primeros en aplicar la microscopía a la anatomía, dando lugar al nacimiento de la histología con sus trabajos, iniciando el estudio de la estructura microscópica de los órganos y tejidos.

Thomas Sydenham (1624-1689), llamado el Hipócrates inglés, se dedicó por entero a los enfermos, centrando su interés en qué eran las enfermedades, considerando para ello necesaria la observación clínica desde la aparición de los síntomas hasta su desaparición, es decir, el conocimiento del curso natural de la enfermedad. “Al aceptar la existencia de entidades morbosas, había que reconocer qué síntomas eran propios de tales, y qué síntomas eran atribuibles

⁷⁷ Lama Toro, Alexis, p.5

a peculiaridades del individuo enfermo.”⁷⁸ Por lo que se debía de ser muy buen observador y muy buen clínico. De esta manera, nació el concepto ontológico de enfermedad como entidad morbosa abstracta, pero abstraída de la observación real de los pacientes, cuyo reconocimiento, daba la posibilidad de mejorar en lo posible, el tratamiento con uno específico. Describió el cuadro clínico de la gota, de la viruela, de la disentería⁷⁹, del sarampión, de la sífilis y de la corea menor.

De modo que, a partir de la orientación del concepto de Sydenham, empezaron a estudiarse diferentes enfermedades tratando de delimitar los cuadros clínicos y cursos naturales propios.

Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), creó la Anatomía Patológica; al estudiar las alteraciones morfológicas causadas por las enfermedades, demostrando que los síntomas clínicos corresponden a lesiones orgánicas internas; por lo que, llegó a la conclusión de que la enfermedad puede ser localizada; es decir, que reside en los órganos, los cuales tiene una estructura anormal cuando están enfermos; y si su estructura es diferente, su función también tiene que serlo; siendo este funcionamiento anormal la causa de los síntomas de la enfermedad. Y por lo tanto, el carácter de la lesión anatómica determina, la clase de enfermedad que prevalece.

“Si se examinan muchos cadáveres de sujetos muertos de la misma enfermedad, y luego se comparan los resultados del examen, aquellas anomalías que sean semejantes en todos serán la causa morbi, y las lesiones que difieran de un caso a otro serán juzgadas como efectos de la enfermedad”.⁸⁰

De este modo, a partir del siglo XVII, el conocimiento del hombre sano y del enfermo, progresó notablemente.

⁷⁸ Lama Toro, Alexis, p.5

⁷⁹ PAT. Enfermedad infecciosa que se caracteriza por diarreas dolorosas con sangre y mucosidad e inflamación del intestino.

⁸⁰ Rojas M., William, p.8

1.7 La enfermedad en el siglo XVIII.

Período denominado como el siglo de la Ilustración o Siglo de las Luces, en el cual, tuvo lugar uno de los más importantes aportes al progreso de la medicina y al bienestar de la humanidad, el descubrimiento de la vacuna contra la viruela por Edward Jenner, cuyo invento permitió un control progresivo de la enfermedad, que terminaría por librar a la humanidad de este terrible flagelo.

El filósofo Immanuel Kant, estableció como el lema de la época: “atreverse a conocer”⁸¹, el cual refleja el deseo que surgió de reexaminar y cuestionar las ideas y valores recibidos y de explorar nuevas ideas en direcciones muy diferentes.

John Hunter (1728-1793), sentó las bases científicas de la cirugía con sus estudios sobre la inflamación, la cicatrización de los tejidos, la consolidación de las fracturas, y sobre la ligadura arterial; siendo además, el primero en considerar a la inflamación, no como una enfermedad sino como un mecanismo de defensa.

John Brown (1735-1788). Médico escocés, creador del brownianismo, el cual señalaba que, todas las enfermedades derivan de un desequilibrio de la intensidad del estímulo y de la excitabilidad del organismo, dividiéndolas en dos grupos: las enfermedades esténicas, con excitación intensa, y las asténicas con una excitación demasiado débil, las cuales debían tratarse con una terapia orientada al empleo de medios opuestos, quitando estímulos a los esténicos y dándoselos a los asténicos.

Georg Stahl (1660-1734), quien afirma que el alma dirige a todo el cuerpo, incluyendo los fenómenos de la vida orgánica; “el cuerpo humano es el instrumento y la sede del alma pensante”; siendo para él, el apetito y la digestión, defectos del alma; mientras que, la fiebre es un fenómeno utilitario en que el alma trata de restablecer el equilibrio del cuerpo.

⁸¹ Lama Toro, Alexis, p.5

Hermannus Boerhaave (1668-1738), médico y humanista holandés, al cual se le denomina el Hipócrates holandés, y que es considerado actualmente como uno de los clínicos y profesores más influyentes del siglo XVIII. Entre sus contribuciones a la medicina se encuentran: su tesis llamada “Sobre la utilidad de explorar los excrementos en los enfermos, como signo de enfermedad” y el uso de los exámenes postmortem para establecer las causas de las enfermedades fatales.

Giovanni Battista Morgagni (1682-1771), quien formuló los principios de la patología orgánica; siendo su mayor contribución médica, la introducción de la relación entre la anatomía y la patología. Además describió la llamada hernia de Morgagni, que es una hernia diafragmática del esófago.

Juan Sènac (1705-1770), estudió las enfermedades del corazón, siendo el primero en reconocer como síntomas de alteraciones cardíacas: los trastornos del ritmo cardíaco y el edema de las piernas, además de ser uno de los primeros en describir la esclerosis coronaria.

William Heberden (1710-1801), médico inglés que en 1768, hace por primera vez la descripción de la angina de pecho.

William Withering (1741-1799), médico inglés, que se interesó por estudiar las propiedades medicinales de las plantas.

Samuel Bard (1742-1821), médico que pronunció un significativo discurso acerca *De los deberes del Médico* en 1769, el cual dice entre algunas cosas:

...En su comportamiento hacia el enfermo recuerden siempre que su paciente es objeto de afecto para alguien o quizás para muchos aparte de él. Es por ello que vuestro deber no es sólo preservar su vida; sino también evitar trastocar la sensibilidad de un padre amoroso, una esposa desesperada o un niño afectado. Dejen que su espíritu sea humano y atento, que se interese en su bienestar y que se preocupe del peligro. Que su

impulso para aliviar no sea brutal ni carezca de las cualidades señaladas anteriormente. Por otra parte, nunca le den a su moribundo expectativas de recuperación sin fundamentos; esto es, en el mejor de los casos, una decepción de la peor naturaleza humana, pero muchas veces tiene como trasfondo motivos de lucro o avaricia. No puedo dejar de lamentar las muy frecuentes oportunidades en las cuales ustedes van a encontrar, especialmente en este lugar, la posibilidad de dejar ejercitar su humanidad.”⁸²

Su escrito médico más importante fue un Tratado sobre Difteria, del año 1771, en el cual describió los hallazgos clínicos y *post mortem* de dicha enfermedad: “... los pacientes se quejan de sensación desagradable de la garganta, sin dolor. Al examen las amígdalas presentan aumento de volumen, enrojecidas, con algunos puntos blancos... en algunos casos el paciente empeoraba cuando éstas se cubrían de una membrana, la que llegaba en algunos casos a producir obstrucción del paso del aire por la laringe...”⁸³

James Lind (1716-1794). Médico de la marina inglesa, que realiza en 1774, los primeros experimentos para prevenir la enfermedad del escorbuto⁸⁴, provocada por la falta de una vitamina; la cual causaba estragos en la tripulación marina durante travesías largas, logrando muy buenos resultados con la ingesta de cítricos.

Thomas Percival (1740-1804). Médico inglés, quién preocupado por la alta tasa de mortalidad en Manchester, empezó a llevar un registro de las muertes en 1770, en un intento por descubrir las causas, encontrando que la pobreza, la desnutrición y la falta de higiene pública eran las responsables. En 1803 escribió la obra *Ética Médica*, en donde señala- resaltando la importancia de explorar la perspectiva del paciente frente a su padecimiento- “que los sentimientos y emociones de los pacientes requieren ser conocidos y atendidos

⁸² Lama Toro, Alexis, p.5

⁸³ *Ibíd.*

⁸⁴ PAT. Enfermedad producida por la carencia de vitamina C en la alimentación, que causa anemia, debilidad, manchas en la piel y hemorragias.

por su médico, y no menos que los síntomas de la enfermedad. Los prejuicios e ideas de los enfermos no deben ser condenados u opuestos con dureza, ya que los pensamientos silenciados operarán secreta y fuertemente en la mente del enfermo, creando miedo, ansiedad y desvelo”⁸⁵

1.8 La enfermedad en el siglo XIX.

En 1796, Edward Jenner (1749- 1823) inaugura la era de la vacunación, la cual constituyó un importante logro en la prevención de diferentes enfermedades de aquella época que causaban tanta mortalidad.

Nacimiento de la homeopatía. Samuel Hahnemann (1755-1843), médico que en el *Órgano de la medicina racional*, publicado en 1810, sienta las bases de la homeopatía, cuyo principio fundamental es de similitud: lo similar se cura con lo similar.

Alrededor de esta época aparece en contraposición al Idealismo un movimiento filosófico llamado Positivismo, representado por Augusto Comte, el cual es un llamado a atenerse a los hechos, a “los hechos positivos”, entendiéndose por tales, a los observables por los sentidos, medibles, objetos de las ciencias experimentales. Siendo solo éstos, en el positivismo, reales, rechazando como posibles realidades, otras de tipo espiritual e ideal.

Nacimiento de la epidemiología. John Snow (1813-1858). Médico inglés que pasa a la historia por su aporte en el área de la epidemiología, el cual, interesado en la epidemia del cólera que afectó a Londres entre los años 1830 y 1840, sugirió en una publicación que el cólera era una enfermedad contagiosa, que se daba a partir de algo que se encuentra en los vómitos y deposiciones⁸⁶ de los enfermos, que contaminaba el agua.

Nacimiento de la fisiología. Claude Bernard (1813-1878), creador de la medicina experimental, quién descubrió el papel del páncreas, acuñando el

⁸⁵ Lama Toro, Alexis, p.5

⁸⁶ Evacuación de excrementos.

concepto de las secreciones internas y de la expresión “medio interno”; por lo que se le considera el precursor de la endocrinología. Además, descubrió la función glucogénica del hígado, estableciendo la presencia constante de glucosa en la sangre.

Descubrimiento de la asepsia. Ignaz Semmelweiss (1818-1865), quien introduce en forma obligatoria, la práctica de la desinfección de las manos con una solución de cloro, para todo el personal del servicio hospitalario, sugiriendo que la infección era producida por la ausencia de higiene en las manos.

Antisepsia. Joseph Lister (1827-1912) aplicó el método antiséptico en 1865, utilizando ácido fénico o fenol pulverizado a la práctica médica (vendaje, heridas, manos del cirujano, aire de las salas de operaciones), sosteniendo que las infecciones eran producidas por microorganismos. Siendo su publicación de *Principios antisépticos en la práctica quirúrgica* en 1867, la que abre camino para el avance de la bacteriología médica.

Robert Koch (1843-1910), médico alemán, al que se le debe el establecimiento de la relación efecto-causa entre bacterias y enfermedad, al descubrir, en 1876, la bacteria que causa el ántrax⁸⁷ o carbunco bacteriano. Además de descubrir en 1882 el bacilo de la tuberculosis y el bacilo del cólera.

Y de entre los descubrimientos importantes de agentes etiológicos, que se producen en esta época, también se encuentra, el realizado por el médico noruego Armauer Hansen (1841-1912) que reconoce al *Mycobacterium leprae* como el responsable de la contagiosa lepra.

Desarrollo de la anatomía patológica. Rudolf Virchow (1821-1902), quien establece la patología celular, terminando con la antigua patología humoral, precisando que la enfermedad no se produce por una sola causa; ya que, existen otros factores etiológicos como los sociales y ambientales.

⁸⁷ PAT. Tumor inflamatorio localizado en el tejido subcutáneo, con abundante formación de pus y, a veces, complicaciones locales y generales graves.

Varias son las innovaciones que hacen de esta medicina, el inicio de la medicina como ciencia moderna y fundamento de la medicina actual.

Como la fisiología, la patología se volvió anatómica, por lo cual, las entidades patológicas podían definirse con mayor exactitud. Enfermedades como la pneumonia, la úlcera gástrica, la cirrosis hepática y el cáncer del útero ya no sólo se caracterizaban por un grupo de síntomas clínicos, sino también por cambios anatómicos típicos. La anatomía patológica, además de su gran interés científico, tuvo enormes consecuencias prácticas; ya que, si el médico podía averiguar los cambios anatómicos ocurridos en un paciente, también podía llegar a un diagnóstico más exacto que en épocas anteriores, el cual, le daba poderosas bases para fundar el pronóstico, además de que el diagnóstico, también determinaba en gran parte, el tratamiento que debía seguirse. Por lo que, a este nuevo punto de vista, se le debe la evolución de los métodos de diagnóstico físico como la percusión⁸⁸ y la auscultación⁸⁹.

Se inventaron ingeniosos instrumentos como el oftalmoscopio y el laringoscopio, que permiten al médico mirar los órganos y observar los cambios directamente. La introducción de los rayos X con fines diagnósticos, hizo accesible al ojo humano casi todas las partes del organismo, por lo que podían verse los cambios anatómicos y registrarse por medio de la fotografía.

A principios del siglo XIX la cirugía estaba limitada a practicar un pequeño número de operaciones clásicas y se hacía uso de ella sólo cuando el tratamiento interno era imposible o no daba resultados, sin embargo, una vez que los médicos concibieron la enfermedad anatómicamente, cambiaron su actitud hacia la cirugía; dejando de ser el último refugio para asumir un puesto principal en la terapéutica; ya que, al cortar una úlcera o un tumor, el médico tal vez extirpaba la enfermedad misma y corregía así la anatomía del órgano. De esta manera, la cirugía vive una época de oro, al poder controlar el dolor

⁸⁸ MED. Método de exploración médica que consiste en golpear con los dedos una parte del cuerpo para observar los cambios de sonoridad que se producen.

⁸⁹ MED. Método de examen físico consistente en escuchar directamente o por medio del estetoscopio los ruidos que se producen en el interior del cuerpo, especialmente en el corazón, aparato respiratorio y vasos sanguíneos.

mediante la anestesia, la hemorragia gracias a la hemostasia⁹⁰ y a las transfusiones sanguíneas, y la infección por medio de la antisepsia⁹¹.

Por su parte, la farmacología se ve enriquecida por los avances de la química, volviéndose hacia fines del siglo XIX hasta cierto punto anatómica, ya que las drogas se administraban ya no sólo porque lo aconsejaba la experiencia, sino también, porque se había descubierto que ciertos compuestos químicos tienen una afinidad bien definida con ciertas células del cuerpo humano, por lo que al dar una droga, el médico apuntaba a determinado órgano o tejido.

Aparecen nuevos fármacos naturales, como: la adrenalina, la cocaína, la epinefrina, la ergotina y la pilocarpina; así como medicamentos sintéticos, como el hidrato de cloral, la aspirina y fenacetina; siendo el salvarsán el primer medicamento etiológico.

Pasteur pudo demostrar la ubicuidad de las bacterias, encontrando que muchas eran patógenas; ya que, al invadir el organismo y vivir en él a manera de parásitos, causaban enfermedades. Además, tras sus estudios minuciosos sobre el carbunco y la rabia, logró desarrollar la vacuna contra estas enfermedades.

La clínica y la patología del Positivismo eran abordadas, de acuerdo al sustrato conceptual en el que se basan. Los defensores de la teoría celular, con Virchow a la cabeza, buscan en la anatomía patológica, la explicación del fenómeno morboso; por su lado, los fisiólogos se consagran fundamentalmente al estudio de la fisiopatología; y por último, la microbiología alienta la esperanza de encontrar, en bacterias y virus, las causas de las distintas enfermedades.

Además de beneficiarse las especialidades médicas y quirúrgicas de la oftalmología, la otorrinolaringología y la neurología por los avances técnicos; tuvieron también su desarrollo, la pediatría, la dermatología y la psiquiatría,

⁹⁰ MED. Conjunto de los mecanismos fisiológicos o naturales de que dispone el organismo para hacer frente a una hemorragia.

⁹¹ MED. Práctica terapéutica destinada a prevenir o combatir las infecciones, basada en la destrucción de los microorganismos patógenos.

debido a las necesidades que dictan las modificaciones sociales o laborales. Y aparecieron la inmunología, la radiología y la radioterapia.

“Las consecuencias de todos estos descubrimientos fueron enormes. Es posible atacar el mal de raíz una vez que se conoce la causa inmediata de la enfermedad. La higiene y la salubridad pública descansaron sobre nuevas bases. Se libró a la cirugía de la pesadilla que constituía la infección secundaria. Se hizo posible inmunizar a la gente con vacunas y sueros contra un número creciente de enfermedades.”⁹²

1.9 La enfermedad en el siglo XX.

Durante todo el siglo XX continuó el avance del conocimiento médico. Los logros a la medicina sucedieron con tal velocidad, tanto en cantidad como en calidad, que fue llamado “el siglo de la ciencia”.

En el siglo XX la medicina va a sufrir numerosas transformaciones, tanto en sus fundamentos doctrinarios como en su estructura y aplicación. Se integran a la medicina en forma definitiva, áreas cognoscitivas, tales como: la antropología, la genética, la inmunología, la psicología y la sociología, lo cual conlleva a nuevos horizontes aplicativos y nuevas fuentes de retroalimentación, que obligarán a la medicina a modificar en grado variable muchos de sus enfoques.

La explosiva tecnificación que caracteriza al siglo XX se manifiesta también en la medicina, proporcionándole nuevas armas tanto en el campo de la investigación como en la práctica clínica, en la terapéutica e incluso en la docencia y documentación. Las demandas y necesidades cada vez mayores hacen que, en el campo de la salud, los sistemas sanitarios deban adoptar nuevas estructuras para poder satisfacerlas, enfrentándose de esta manera la asistencia médica, al problema de la masificación. El médico, por su parte, abandona paulatinamente la práctica individual para integrarse a equipos multidisciplinarios.

⁹² Sigerist, Henry E. *Civilización y enfermedad*. México, Fondo de cultura económica.

La embriología aporta una gran contribución al desarrollo de la inmunología y a la biología molecular.

Como aplicación inmediata a la práctica de la medicina, se establecen los conceptos de enfermedad molecular, como la anemia falciforme, los errores congénitos del metabolismo y la lesión bioquímica.

En el terreno de la clínica y la patología, predomina el enfoque anatomopatológico, al que se integran en mayor o menor grados, los criterios fisiopatológicos y etiopatológicos. La enfermedad se individualiza, y en su génesis intervienen las características constitucionales del individuo, las propiedades de su desarrollo y los factores adquiridos, por lo que, se reconoce la interdependencia del medio ambiente/herencia.

El estudio clínico adopta conforme aparecen, los recursos de la biotecnología y de la bioingeniería, los cuales son cada vez más sofisticados, por lo que la labor diagnóstica individual se transforma en trabajo en equipo. Finalmente, cabe señalar, que gracias a las medidas higiénicas y al uso de antimicrobianos, hay un deceso de las enfermedades infecciosas y, en contrapartida, un aumento en las enfermedades funcionales y cardiovasculares, en gran parte debidas al incremento de la tensión emocional propia de la época moderna.

La genética, la psicología, el psicoanálisis y la antropología aplicada a la medicina, muestran un importante desarrollo en los últimos decenios.

La terapéutica del siglo XX conoce grandes éxitos. En 1928 Fleming descubre la penicilina, iniciando así la gran cadena de antibióticos que vendría a solucionar gran parte de la patología infecciosa: estreptomina, aureomicina, cloromicetina, terramicina, ampicilina.

Se desarrollan asimismo medicamentos específicos como los antiinflamatorios, hormonales, estimulantes nerviosos, hipoglucemiantes, anticonvulsivantes, antihipertensivos y antineoplásicos.

Igualmente, la dietética se hace científica al establecerse el valor de los alimentos, los requerimientos normales y el valor vitamínico, fundamentándose a su vez, la alimentación infantil. En la fisioterapia, a las técnicas clásicas se le agregan: la luz ultravioleta, los rayos infrarrojos, el ultrasonido, la radioterapia y numerosas técnicas específicas de rehabilitación. Finalmente, el auge de la psicología, en la psicoterapia, abarca todos los campos terapéuticos.

Se descubrió el hecho de que aun existiendo organismos y factores llamados patogénicos, capaces sólo de producir enfermedades y de provocar en el hombre fenómenos destructivos, es necesario admitir que cada elemento y cada fenómeno natural, como cada condición de existencia en el hombre, pueden volverse también fuente de enfermedades. De tal forma que, los mismos factores que permiten vivir al hombre (alimento, aire, clima, habitación, trabajo, técnica, relaciones familiares y sociales, etc.) pueden también causar enfermedad si actúan con particular intensidad, si pesan excesiva o insuficientemente, o si operan sin control. Por ende, un mismo elemento puede asumir dos valores: puede ser fuente de salud o razón de malestar.

CAPÍTULO 2

EMOCIONES

CAPÍTULO 2

EMOCIONES

2.1 Definición de emoción.

Aunque tradicionalmente se le ha definido a la emoción como un estado de ánimo producido por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión, ésta definición es incompleta, ya que, no recoge en su totalidad la multidimensionalidad de este proceso psicológico, el cual incluye fenómenos subjetivos, biológicos, propositivos y sociales; que ayudan a comprender o definir la emoción.

- El componente subjetivo (cognitivo) le da a la emoción su sentimiento; es decir, una experiencia subjetiva que tiene significancia y significado personal.
- El componente biológico (fisiológico) incluye la actividad de los sistemas autónomo y hormonal, los cuales preparan y regulan la conducta de enfrentamiento adaptativo, estando así, la actividad neurofisiológica asociada a la emoción.
- El componente funcional (propósito) tiene que ver con la cuestión de cómo una emoción, una vez experimentada, beneficia al individuo.
- El componente expresivo es el aspecto comunicativo y social de la emoción, que mediante posturas, gestos, vocalizaciones y expresiones faciales, expresan y comunican a otros nuestras experiencias privadas.

Sin embargo, aunque no hay una definición definitiva y universal para la emoción, ésta pudiera explicarse como el constructo psicológico que unifica y coordina las cuatro dimensiones dentro de un patrón sincronizado; es decir, conjunta las esferas subjetiva, biológica, funcional y expresiva dentro de una reacción coherente para una situación provocadora.

2.1.1. Origen de la emoción.

La causa de una emoción comprende el debate entre dos perspectivas: biológica versus cognitiva.

Desde la perspectiva biológica; Izard (1989) considera que gran parte del procesamiento emocional de los sucesos externos es automático e inconsciente, el cual está mediado por estructuras corticales. De igual modo, Ekman (1992) señala, que las emociones tienen surgimientos rápidos, de breve duración, que pueden ocurrir de forma automática e involuntaria; y a pesar de que reconoce al igual que Izard, las contribuciones del aspecto cognitivo, social y cultural a la experiencia emocional, concluye que la biología (más que el aprendizaje, la interacción social o los procesos de socialización) es el núcleo causal de la emoción. Mientras que para Panksepp, de manera más detallada, establece que el surgimiento de las emociones se da de los circuitos neurales genéticamente heredados que regulan la actividad cerebral (como los sucesos bioquímicos y neurohormonales).

Desde la perspectiva cognitiva, cuyos representantes son, Richard Lazarus, Klaus Scherer, Bernard Weiner y James Averill, la actividad cognitiva es un prerrequisito necesario de la emoción.

Para Averill, las emociones se comprenden mejor en un contexto social o cultural, al producir efectos sociales al ser mostradas. Por otro lado, para Lazarus, la valoración cognitiva individual del significado de un acontecimiento establece el escenario para responder en forma emocional.

Mientras que Scherer, manifiesta que la gente procesa información sin necesariamente experimentar una emoción que la acompañe, debido a que no todos los encuentros producen emociones; ya que éstos se valoran en términos de su novedad, agrado, significado de la meta/necesidad, potencial de enfrentamiento o compatibilidad de norma.

Sin embargo, de acuerdo con Buck (1984), los seres humanos tienen ambos sistemas (biológico y cognitivo), que son complementarios, y que activan y

regulan la emoción; siendo el sistema biológico innato, espontáneo y fisiológico que reacciona de manera involuntaria a los estímulos emocionales, y el sistema cognitivo con base en la experiencia, el cual reacciona en forma interpretativa y social.

2.2 Aspectos de la emoción.

2.2.1 Aspectos biológicos de la emoción.

Las emociones son, en parte, reacciones biológicas ante situaciones importantes de la vida, en las cuales la biología contribuye con al menos cinco aspectos de la emoción: el sistema nervioso autónomo, el sistema endocrino, los circuitos cerebrales neuronales, la tasa de impulso neural y la retroalimentación facial.

Un ejemplo de ello, es al enfrentar una situación de importancia personal (como una amenaza), en la que el cuerpo se prepara para abordarla con efectividad (esta listo para correr), mediante la activación, la cual incluye: 1)el corazón, los pulmones y los músculos (sistema nervioso autónomo); 2)las glándulas y hormonas (sistema endocrino), 3) las estructuras cerebrales límbicas, como el hipotálamo (circuitos cerebrales neuronales); 4)la actividad neural y el ritmo del procesamiento de información (tasa de impulso neural), y 5)los patrones discretos de la musculatura facial (retroalimentación facial). Así, con tales sistemas biológicos puestos en acción, la persona está más preparada para enfrentar la amenaza, de lo que estaría si ellos no estuviesen involucrados.

2.2.1.1 Teoría de James-Lange.

Para William James los cambios corporales son los que causan la experiencia emocional, y no al revés como sugiere la experiencia personal; por lo cual, sigue el siguiente orden: estímulo - reacción corporal - emoción; de tal manera que, su teoría manifiesta que la percepción de un estímulo relevante genera una serie de respuestas corporales (fisiológicas y motoras), siendo la percepción contingente de éstos la que provoca la experiencia emocional. Mientras que la teoría de Carl Lange, más limitada, acentuaba el peso de los

factores vasculares en la respuesta emocional, siendo los cambios fisiológicos la emoción en sí misma.

Sin embargo, es nombrada teoría de James-Lange, al entender ambas teorías las emociones como fruto de la propiocepción de los cambios fisiológicos. Dicha teoría se basó en el supuesto de que, el cuerpo reacciona discriminatoriamente ante los diferentes estímulos que provocan emoción, por lo cual, los estímulos no emocionales no causan cambios corporales.

2.2.1.2 Perspectiva contemporánea.

De acuerdo con la perspectiva contemporánea, pocas emociones tienen patrones distintivos de actividad fisiológica.

Además, de acuerdo a la pregunta de si la excitación fisiológica causa o sólo sigue a la activación de la emoción, los investigadores contemporáneos sostienen que la excitación fisiológica acompaña, regula y establece el escenario para la emoción, pero no la causa de manera directa; afirmando de tal modo que, las emociones adquieren apoyo fisiológico para habilitar las conductas adaptativas, como son la huida, la pelea y el cuidado; es decir, que el papel del sistema nervioso autónomo en la emoción será crear el medio biológico óptimo que apoye la conducta adaptativa propia para una situación de vida.

Circuitos neurales específicos

De acuerdo a los hallazgos neuroanatómicos, con mamíferos no humanos, de Jeffrey Gray en 1994, se documentaron la existencia de tres distintos circuitos neuronales en el cerebro, los cuales regulan un patrón distintivo conductual emocional: 1) un sistema de acercamiento de la conducta que prepara al animal para buscar e interactuar con las oportunidades atractivas del ambiente, 2) un sistema de pelea o huida que prepara al animal para alejarse de ciertos sucesos que generan aversión pero para defenderse de manera agresiva de los otros y 3) un sistema de inhibición conductual que alerta al animal para detenerse ante situaciones aversivas.

La alegría, el miedo, la rabia y la ansiedad son las emociones que poseen una especificidad de circuito neural; en tanto, que el miedo, la ira, la repugnancia y la tristeza son emociones que poseen una especificidad fisiológica del sistema nervioso autónomo.

Activación neural

Las emociones se estimulan debido a distintas tasas de impulso neural cortical; siendo el impulso neural, el patrón de actividad electrocortical en un momento dado. Y de acuerdo con Silvan Tomkins, existen tres patrones básicos de impulso neural: la actividad aumenta, disminuye o permanece constante, que dependen sobre todo de los sucesos ambientales.

Modelos psicobiológicos actuales

El cerebro es un sistema complejo que constituye el principal sistema fisiológico humano, al cual le corresponde dos funciones principales: una regulatoria, operando para el mantenimiento de las funciones estables del medio orgánico (homeostasis), además de funciones que proveen soporte a las demandas conductuales.

Las estructuras neuroanatómicas implicadas con la emoción se localizan en el sistema límbico, incluyendo al hipotálamo, el septum, la circunvolución del cíngulo, la corteza entorrineal, parte de la amígdala y el tálamo anterior. Los sistemas efectores de la expresión emocional son: endocrino, autónomo y somático.

De acuerdo con Ledoux (1994) en presencia de un estímulo emocional, el cerebro valora su significado y responde en función de éste. A nivel neural, la evaluación del estímulo y el control de la respuesta se realiza en una estructura en la valoración y producción de respuestas defensivas ante estímulos amenazantes: la amígdala representa el papel de la codificación del significado emocional de los estímulos sensoriales, así como, la regulación de las expresiones emocionales.

Por otro lado, el hipocampo además de intervenir en la memoria, tiene la función de mediar en el procesamiento cognitivo de la emoción; es decir, compara la información entrante con las predicciones elaboradas y, si se detecta una discrepancia, se facilita la focalización de la atención, inhibiendo la conducta motora en curso.

Respecto al papel de la corteza en la emoción, las aportaciones de la neuropsicología muestran que el hemisferio izquierdo está especialmente implicado en el procesamiento de emociones positivas, mientras que el hemisferio derecho en las emociones negativas. Por lo que una lesión en el hemisferio izquierdo provocaría una dominancia del derecho y con ello la aparición de estados emocionales negativos, mientras que, las lesiones en el hemisferio derecho provocan estados incontrolables de indiferenciación emocional o euforia.

Además, el hemisferio derecho muestra también mayor participación en lo referente a la identificación, expresión emocional, facial y verbal; por lo cual, se presentan serias dificultades de entonación emocional cuando dicho hemisferio se halla lesionado, además de, dificultad para representar y reconocer estados emocionales de los demás.

2.2.2 Hipótesis de retroalimentación facial.

De acuerdo con esta hipótesis, el aspecto subjetivo de la emoción emerge a partir de sentimientos engendrados por: a) movimientos de la musculatura facial, b) cambios de la temperatura facial, y c) variaciones de actividad glandular en la piel facial; y por tanto, las emociones se definirían como conjuntos de respuestas musculares y glandulares ubicadas en el rostro, siendo el trabajo de la retroalimentación facial la activación de la emoción.

2.2.3 Aspectos cognitivos de la emoción.

Las emociones además de surgir de procesos biológicos, emergen también del procesamiento de información, de la interacción social de los contextos culturales; por ejemplo, la desilusión no se debe a la actividad del sistema nervioso autónomo o a cambios en las expresiones faciales, sino a la causa de

una comprensión cognitiva de no conseguir lo que uno esperaba que podría tener.

Valoración.

Es el constructo central de una comprensión cognitiva de la emoción; por lo que, los teóricos cognitivos de la emoción sustentan que: las emociones no ocurren sin una valoración (cognición) antecesora del suceso de vida; es decir, que es ésta la causa de la emoción y no el suceso; por lo cual, si cambia la valoración, cambiará la emoción. Además de ser la misma valoración la que determina la calidad de la experiencia emocional.

De la percepción a la valoración

De acuerdo con Arnold, la gente valora de manera categórica como positivos o negativos los acontecimientos y los objetos estimulantes; siendo el sistema límbico (la amígdala en particular) el centro focal que valora la significación emocional del estímulo sensorial. Además, la mayoría de los estímulos se valoran más adelante de manera cortical, al agregar el procesamiento de la información, incluyendo las expectativas, los recuerdos, las creencias, las metas, los juicios y las atribuciones.

De la valoración a la emoción

Una vez que un objeto se valoró como bueno o malo (como benéfico o dañino), le sigue una experiencia de simpatía o antipatía de forma inmediata y automática. Siendo para Arnold, la simpatía o la antipatía la emoción sentida.

De la emoción sentida a la acción

Mientras que, la simpatía genera una tendencia motivacional para valorar el objeto que genera emoción, la antipatía generará una tendencia motivacional para evitarlo. Durante la valoración, el individuo se apoya en la memoria y en la imaginación para generar un número de posibles cursos de acción para afrontar el objeto simpático o antipático. Y al decidirse por un curso de acción particular, el circuito cerebral del hipocampo activa el córtex motor, provocando la acción conductual. Además, de acuerdo a la investigación contemporánea, el sistema límbico también tiene acceso directo a los músculos que controlan las

expresiones faciales, las reacciones de los sistemas autónomo y endocrino y los sistemas generales de excitación. Y a través de sus efectos en estos sistemas biológicos, las emociones causarán la acción.

Existen dos características importantes en la teoría de Arnold: la primera característica es, que la emoción se define en términos de la motivación. Mientras que la tendencia al acercamiento y la evitación proporciona a la emoción una fuerza direccional, los cambios fisiológicos en los músculos y vísceras le dan a la emoción su energía. Y la segunda característica es que trata a la emoción como un constructo unitario, al preferir hablar más acerca de fuerzas de acercamiento y evitación, de atracción y rechazo, y de simpatía y antipatía de la emoción, que referirse a las emociones específicas como ira, tristeza u orgullo.

Valoraciones primaria y secundaria.

De acuerdo con su visión sobre la valoración, Richard Lazarus señaló que la gente evalúa si la situación que enfrenta tiene relevancia personal para su bienestar, y si es así, cuando el bienestar se pone en riesgo, el individuo evalúa el daño, la amenaza o el beneficio personal que enfrenta. Para Lazarus (1991^a), las valoraciones toman formas de preguntas como: si ¿esta situación es relevante para mi bienestar? si es así, ¿es congruente o incongruente con las metas que persigo? ¿cuán profundamente este acontecimiento influye en mi autoestima?.

Sin embargo, el proceso de valoración no termina con una evaluación de la relevancia personal; ya que, las habilidades percibidas de enfrentamiento y resolución continúan alternando la manera en que la gente interpreta o valora las situaciones que enfrenta. Por ejemplo, la gente responde, una vez que ha sido insultada, y probablemente dañada, mediante 1) la toma de acción para la relación nociva, 2) la negación de su importancia (evitación psicológica) o 3) el cambio de la valoración misma (“ese comentario en realidad no es perjudicial; de hecho, es benéfico porque puedo aprender del mismo”). En consecuencia, la función de enfrentamiento cambia la forma en que la persona valora una situación, y por ende, un cambio en la valoración provoca una variación en la

emoción. Así, la gente primero valora sobre todo su relación con la situación (valoración primaria), y luego su potencial de enfrentamiento dentro de dicha situación (valoración secundaria).

Valoración primaria

Involucra una estimación respecto a si uno está arriesgando algo en el encuentro, por lo que está en juego de manera potencial: 1) el bienestar físico, 2) la autoestima, 3) una meta, 4) el estatus financiero, 5) el respeto hacia otra persona y 6) el bienestar de un ser amado. Es decir, que las valoraciones primarias preguntan si el bienestar físico o psicológico de uno, las metas y el estatus financieros, o las relaciones interpersonales están en juego durante este encuentro particular con el ambiente. Por ejemplo, cuando se maneja un auto y éste derrapa en el hielo, el sistema cognitivo de inmediato genera la valoración primaria de que ahora hay un enorme riesgo: salud personal, reputación como un conductor habilidoso, llegar a tiempo al trabajo, una posesión valiosa (el auto) y el bienestar físico y psicológico del acompañante. Sin embargo, no todas las valoraciones primarias involucran grandes riesgos.

Asimismo, hay ciertos encuentros en los que no hay nada relacionado con el bienestar y por tanto éste no se arriesga (como el escuchar la transmisión del clima de hoy para otro país o el participar en una competencia deportiva después de que el campeonato ya está seguro), de tal modo, que las situaciones valoradas como irrelevantes no causan emociones.

Valoración secundaria

La valoración secundaria, que ocurre después de cierta reflexión, implica la evaluación del individuo para enfrentarse con el acontecimiento que genera emoción. La función de enfrentamiento involucra los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales de la persona para afrontar exigencias específicas externas o internas; siendo las habilidades, destrezas y estrategias personales, los recursos que le permiten hacer un cambio en el ambiente o manejar sus reacciones emocionales, cognitivas y fisiológicas para dicho cambio. Un ejemplo de ello, son las opciones de enfrentamiento para un músico que se presentará ante un auditorio: puede solicitar consejo de un amigo, practicar

toda la noche, renunciar y escapar, hacer un plan de acción y seguirlo, imitar el estilo de otro músico, bromear y hacer más ligera la importancia del suceso, etcétera. Por tanto, la forma de enfrentamiento y resolución que parezca más idónea para dicha situación será la que con mayor probabilidad se use.

Modelo de valoración de la emoción

Modelo de Lazarus. Dado un encuentro con el ambiente, el individuo primero hace una valoración primaria relacionada con su significado e importancia personal, en términos de bienestar físico, psicológico o social. Los sucesos significativos para la persona se evalúan como amenaza, daño o beneficio, lo cual causa que el sistema nervioso autónomo se descargue en forma de activación simpática, conforme el individuo se prepara para adaptarse al estímulo, y, a su vez, dicha activación propicia una valoración secundaria, la cual causa respuestas de enfrentamiento voluntario; así, si las respuestas de enfrentamiento tienen éxito, el suceso generador de emoción pierde su estatus como una amenaza o un daño potencial, mientras que, si las respuestas de enfrentamiento fracasan, la activación del sistema nervioso autónomo continúa hasta que el acontecimiento generador de la emoción desaparece, el enfrentamiento tiene éxito, o el mismo sistema fracasa por agotamiento.

Motivación

La representación de Lazarus de la emoción es de índole motivacional, en la que una persona aporta motivos personales (metas, bienestar) a la situación, y cuando éstos están en riesgo, se provocan las emociones. Más aún, las emociones cambian de manera constante conforme las valoraciones de la situación varían, por lo cual, el proceso se caracteriza no tanto por la secuencia situación-valoración-emoción, sino por el cambio en curso del estatus de los motivos. En consecuencia, Lazarus consideró en 1991, que “su teoría de la emoción era cognitiva-motivacional-relacional, pues lo cognitivo comunica la importancia de la valoración, lo motivacional expresa la relevancia de las metas y el bienestar, y lo relacional manifiesta que las emociones surgen de la relación de uno con las amenazas, los daños y los beneficios ambientales.”

Procesos de valoración.

Los teóricos con orientación cognitiva, resaltaron la importancia de las siguientes dimensiones adicionales de valoración, para explicar toda la complejidad de las emociones: la primera lista comienza con la importancia de la meta y la función de enfrentamiento y solución potencial (valoraciones primaria y secundaria de Lazarus); en la cual, se agregan también valoraciones de lo inesperado, la placidez intrínseca y la compatibilidad con los estándares internalizados que poseen los sucesos estimulantes. Mientras que otra lista, presenta la certidumbre, el esfuerzo anticipado hacia la meta, la atención, la placidez y la legitimidad.

De tal modo que, cualquier acontecimiento que conduzca a valoraciones de gran relevancia, a un enfrentamiento potencial, una expectativa, placidez y compatibilidad con estándares, ocasionará sensibilidad. “Si se cambia la valoración, entonces la emoción experimentada también variará. Esto es, si se cambia la habilidad de enfrentamiento de alta a baja (pero se mantienen constantes las otras cuatro valoraciones), la “sensibilidad” se transformará en “anhelo”. ”⁹³

Conocimiento de la emoción.

Los niños pequeños entienden y distinguen sólo emociones básicas, por lo que, aprenden a nombrar las emociones básicas de ira, miedo, tristeza, alegría y amor. Sin embargo, a través de la experiencia que la gente adquiere ante diferentes situaciones, aprende a discriminar matices de la misma emoción. Por ejemplo, en el caso de la alegría, los matices incluyen, la felicidad, el alivio, el optimismo, el orgullo, la satisfacción y la gratitud, mientras que, los matices de la ira incluirán la furia, la hostilidad, la venganza, la rabia, el agravio y la cólera.

Así, las distinciones se almacenan de manera cognitiva, como jerarquías de emociones básicas y sus derivados. Y en consecuencia, la cantidad de diferentes emociones que la persona distingue, constituye su conocimiento de la emoción. Es decir, que a través de la experiencia, construimos una

⁹³ Reeve, Johnmarshall. (2003). *Motivación y emoción*. (3ª. ed.). México, McGraw-Hill.

representación mental de las diferentes emociones y de la forma en que cada una se relaciona con otras emociones y con las situaciones que las produjeron.

Además, el conocimiento en el sentido más general, también resulta importante para la experiencia emocional; ya que, usamos nuestra experiencia para etiquetar a las situaciones como positivas o negativas (valoración primaria), y también lo empleamos para predecir los probables efectos de nuestras conductas de enfrentamiento (valoración secundaria).

Atribuciones.

En su análisis atributivo, Bernard Weiner (1982, 1986) agregó una valoración más, para ayudar a explicar los procesos emocionales. De acuerdo con esta valoración, la cual denominó atribución, las personas hacen valoraciones no sólo antes (primaria) y durante (secundaria) sus interacciones con la situación, sino que también después del resultado de un acontecimiento, es decir, el por qué experimentó daño, amenaza o beneficio.

“De acuerdo con la teoría de las atribuciones, la secuencia que genera una emoción dentro de la valoración es: situación-resultado-atribución-emoción. La atribución para explicar por qué ocurrió un resultado se conoce como el mecanismo cognitivo (la valoración) que produce la emoción.”⁹⁴ Por ejemplo, después de ganar un concurso y atribuir la victoria al talento y a la habilidad, el individuo experimenta orgullo. Pero si la atribución para ganar fue diferente, la emoción que sigue a la victoria también variará; de modo que, si el triunfo se atribuye a la ayuda de un compañero de equipo, la emoción sería gratitud y no orgullo.

Por tal motivo, la fuerza de añadir la teoría de la atribución a una comprensión cognitiva de la emoción, radica en que, remarca el hecho de que la gente experimenta diferentes emociones en respuesta a la misma situación, inclusive, para el mismo resultado en dicha situación. Por ende, la atribución (el suceso cognitivo), más que la situación o su resultado, causa la emoción específica.

⁹⁴ Reeve, Johnmarshall, p.77

Por otro lado, el realizar un esfuerzo a menudo provoca que los resultados deseables sean más agradables (y, por consiguiente, alejan al individuo de emociones como la frustración, el arrepentimiento, la vergüenza y la culpa). Sin embargo, este esfuerzo también tiene la desventaja de intensificar la frustración y el arrepentimiento, cuando el resultado deseado no se materializa.

2.2.4 Aspectos sociales y culturales de la emoción.

De la misma forma en que la valoración contribuye a una comprensión cognitiva de la emoción, la interacción social ayuda a una comprensión social y cultural de la misma. Dicha interacción social proporciona a la gente identidades particulares (por ejemplo, alto y bajo estatus), y es dentro de este contexto de interacción, que acontecimientos como el intercambio, la reciprocidad y la equidad provocan a los individuos la emoción.

Quienes estudian la construcción social de la emoción, señalan que si uno cambia la situación en la que se encontraba, también sus emociones se transformarán. Las situaciones definen las emociones que son más apropiadas y esperadas, por lo cual, las personas seleccionan una circunstancia y en consecuencia construyen una experiencia emocional particular, al saber cuáles emociones ocurrirán con mayor probabilidad y en qué escenarios. Por ejemplo; si quiere construir alegría, va a una fiesta de fin de semana; y si quiere construir repugnancia, limpia el baño. Además, las diferencias de estatus entre los interactuantes definen las emociones que son apropiadas y esperadas para cada uno, y en vista de ello, la gente selecciona compañeros de interacción, construyendo una experiencia emocional particular.

Interacción social.

Las otras personas suelen ser nuestra fuente más común de emoción cotidiana; ya que, experimentamos emociones más frecuentes cuando interactuamos con otros, que cuando estamos solos. La gente no sólo causa emociones que nos intranquilizan, sino que también nos afectan de manera indirecta, como por ejemplo, mediante el contagio emocional, que se define como la tendencia a imitar y sincronizar de modo automático expresiones,

vocalizaciones, posturas y movimientos con los de otra persona y, en consecuencia, convergir emocionalmente.

Además, durante la interacción social, no solamente nos exponemos a efectos de contagio emocional, sino también nos ubicamos en un contexto conversacional que proporciona una oportunidad para volver a experimentar y revivir experiencias emocionales pasadas, un proceso al cual se conoce como el “comportamiento social de la emoción”, que a menudo tiene lugar en horas avanzadas del día y cuando se está en compañía de íntimos (como son, los amigos cercanos, compañeros amorosos, compañeros de equipo, etc.). Cuando la gente comparte sus emociones, por lo general lo hace mediante el comportamiento de todo el recuento de lo que ocurrió, lo que significó y cómo la persona se sintió durante el suceso, de tal modo, que al compartir nuestras emociones, construimos y mantenemos las relaciones que son centrales en nuestras vidas.

Socialización emocional.

Aunque las sociedades claramente socializan las experiencias y expresiones emocionales de sus miembros, existen límites del grado en que una cultura socializa emociones particulares dentro de sus constituyentes.

Manejo de las emociones.

La socialización emocional presiona a los profesionales, como los asistentes de vuelo, estilistas y médicos, a manejar sus emociones. “Estas presiones se centran sobre todo en el aspecto de enfrentar sentimientos desagradables en formas que son tanto social como personalmente deseables y adaptativas.”⁹⁵ Por ejemplo, se sobreentiende que los médicos, no sientan atracción o repugnancia por sus pacientes; ya que, durante su capacitación adquieren la neutralidad afectiva al manejar sus emociones en formas apropiadas para su posición social, por lo cual, solamente existe una preocupación desvinculada de sus pacientes. En cuanto a los estilistas, para poder ser profesionalmente exitosos, necesitan desarrollar un estilo de comunicación abierto caracterizado

⁹⁵ Reeve, Johnmarshall, p.77

por la expresividad, la intensidad de afecto, la empatía, la seguridad, y las frecuentes expresiones faciales positivas, ocultando las emociones negativas. Y mientras más natural y espontáneo se muestre el estilista ante los clientes, mejor le irá en el negocio. Asimismo, un asistente de vuelo también necesita adoptar un estilo de interacción abierto, por lo que, a menudo usa métodos de actuación profunda en los que reemplaza sus reacciones emocionales naturales y espontáneas con cortesía constante hacia los clientes. De este modo, los tres casos reflejan, como la gente aprende a manejar sus sentimientos espontáneos y privados y a expresarlos como formas de actuación pública y de acuerdo con un guión; ya que, comportarse así facilita una interacción social tensa, al menos con los clientes y extraños.

Inferencias de identidades a partir de despliegues emocionales.

El individuo reacciona en forma emocional ante los acontecimientos de su vida, expresando la clase de persona que es, de acuerdo al modo en que lo hace, por ejemplo, el llanto, por tradición, comunica debilidad, mientras que, la risa expresa salud. Por ende, el despliegue emocional confirma o rectifica nuestras identidades.

Durante la interacción social, cada persona utiliza la información de la expresión emocional para inferir la verdadera identidad del otro y sus probables conductas futuras. Las expresiones emocionales de quien habla señalan una confirmación o rectificación de la identidad inferida, de modo que, cuando una persona se involucra en un mal acto y no muestra señales de remordimiento, el observador deduce que de seguro es una mala persona; pero sí muestra remordimiento, concluye en que no debe ser tan mala persona después de todo.

2.3 Tipos de emociones.

2.3.1 Miedo.

El miedo llegó a ser considerado por Freud como el problema central de la neurosis.

Además de ser la emoción más primitiva, al encontrarse asociada a la principal característica o finalidad de cualquier ser vivo: la supervivencia. Sin embargo, esta emoción de miedo, sólo se produce cuando la pérdida o amenaza de pérdida, se encuentra próxima; de tal modo que, el proceso de valoración asociado a la emoción de miedo, tiene connotaciones de pérdida, de ocurrencia futura y características de inmediatez, es decir, que se origina cuando aparece la posibilidad de perder la vida o cualquier otra variable asociada a la misma o a su calidad.

2.3.1.1 Funciones del miedo.

Las funciones del miedo se encuentran relacionadas con la adaptación; ya que, una persona que siente miedo toma conciencia de la dificultad de la situación y de lo que puede perder, por lo cual, decide escapar o enfrentarse a ella, experimentando una importante activación de todos los mecanismos y procesos que se encuentran relacionados con la defensa, para incrementar la probabilidad de éxito; de tal modo, dicha emoción adquiere connotaciones de potencial motivadora de conductas relacionadas con la supervivencia. Por lo tanto, cada vez que el organismo detecta la presencia de algún estímulo o situación que amenaza su vida o su equilibrio, se produce la emoción de miedo, cuya función adaptativa consiste en activar al individuo para llevar a cabo alguna conducta que lo distancie del estímulo.

2.3.1.2 La respuesta fisiológica del miedo.

La respuesta fisiológica del miedo se da por acción de la amígdala, que, a través de su estimulación sobre el hipotálamo lateral, produce un incremento de la activación simpática, traducido en la frecuencia cardíaca, conductancia cutánea, tensión muscular, etc.; lo que ocasiona, un aumento en la secreción de catecolaminas desde la médula adrenal, fundamentalmente de epinefrina, que se refleja en las respuestas de sudoración, en la frecuencia cardíaca, en alteraciones en la frecuencia respiratoria, trastornos gástricos, tensión muscular y sequedad de boca. Además, se ha podido constatar la existencia de una importante vasoconstricción periférica, cuya consecuencia es, la disminución de la temperatura localizada en las extremidades de los dedos, por lo cual, los individuos que experimentan esta emoción hablan de frialdad corporal.

Existe una asociación entre el tipo de situación que produce la emoción de miedo y el patrón psicofisiológico que se activa; ya que, cuando dicho estado de ánimo se produce por la ocurrencia de un estímulo que permite la conducta de escape, como podría ser la presencia de un animal pequeño, la respuesta psicofisiológica se caracterizará por el incremento de la frecuencia cardíaca y por la facilitación de los reflejos de defensa, mientras que, si el estímulo que produce dicha emoción es un cuerpo humano mutilado, dicha respuesta se distinguirá, por la inmovilización corporal y disminución de la frecuencia cardíaca.

2.3.1.3 Conductora motora y expresiva del miedo.

En términos generales, las manifestaciones conductuales asociadas a la emoción de miedo tienen que ver con la evitación o el afrontamiento de la situación que amenaza la integridad de un individuo, o que cree puede suponer un riesgo para su integridad.

Por lo que respecta a la evitación de un estímulo o situación que ha sido valorada como peligrosa o amenazante para el bienestar de la persona, puede ser de dos tipos: evitación activa y evitación pasiva. En lo que se refiere a la evitación activa, la persona lleva a cabo alguna conducta dirigida a alejarse de la situación o del estímulo en cuestión; mientras que para la evitación pasiva, la persona tratará de pasar desapercibida, o de no sufrir el daño previsto, mediante la ausencia de la conducta de huida.

Y en relación al afrontamiento de un estímulo o situación que ha producido miedo en una persona, hace referencia al enfrentamiento de dicho individuo con esa situación, el cual, al igual que la evitación, puede ser de dos tipos: activo y pasivo. En el afrontamiento activo, la persona utiliza sus recursos para imponerse o dominar la situación, al estar convencida de que sus habilidades le permitirán evitar las consecuencias negativas de ésta. Y en el afrontamiento pasivo, contrario al anterior, la persona estima que no posee recursos para imponerse a la situación, por lo cual, sus esfuerzos se dirigen hacia la protección personal, tratando de minimizar, paliar o mitigar los efectos negativos de dicha circunstancia, los cuales cree que ocurrirán.

En resumen, la emoción de miedo surge con una interpretación del individuo de una situación como potencialmente peligrosa y amenazante, en donde los peligros y amenazas percibidos, pueden ser psicológicos o físicos. En cuanto a las situaciones que activan el miedo, las más comunes son, las que provocan que el individuo anticipe el daño físico o psicológico, la vulnerabilidad al peligro o la expectativa de que las propias habilidades de enfrentamiento no podrán adaptarse a las circunstancias por venir.

Por lo tanto, dicha emoción motiva la defensa, al funcionar como una señal de advertencia para los daños físico o psicológico por venir, que se manifiesta en una excitación del sistema nervioso autónomo, que caracteriza que el individuo tiemble, sude, mire a su alrededor y sienta tensión nerviosa para proteger al yo; siendo ésta motivación de protección manifestada a través del escape y la renuncia del objeto(s), o mediante respuestas de enfrentamiento y resolución al toparse con el objeto frente a frente. De tal forma que, la huida pondrá distancia física o psicológica entre el yo y lo que es temido, pero si no se puede huir, el miedo motivará el enfrentamiento, ya sea mediante el silencio y la espera, o a través de la actuación valerosa.

Además, el miedo también tiene un aspecto positivo, al ofrecer el apoyo motivacional para aprender nuevas respuestas de enfrentamiento que eviten que la persona se tope con el peligro.

2.3.2 Alegría.

Las teorías cognitivistas son las que más han ahondado en los desencadenantes de la alegría, considerando que la valoración o interpretación de un evento o situación, es el componente clave que suscita dicha emoción.

Así, Lazarus (1991), desde una perspectiva cognitiva, concretamente, desde la teoría relacional-motivacional-cognitiva, considera que, la alegría se produce como consecuencia de la valoración que el individuo hace relacionada al progreso razonable respecto a la consecución de un fin deseado. De igual modo, Ortony, Clore y Collins (1988/1996), desde una misma postura, indican que la alegría se origina fundamentalmente tras la evaluación positiva de las consecuencias provocadas por un determinado evento, en términos de las

implicaciones que presenta para las metas de una persona, es decir, si las consecuencias provocadas por un acontecimiento son evaluadas como deseables, y contribuyen a la consecución de objetivos, se produce la alegría.

En conclusión, la emoción de alegría se produce como consecuencia de la valoración de que las metas u objetivos a conseguir se encuentran próximos, pueden ser mantenidos, o se pueden recuperar.

2.3.2.1 Funciones de la alegría.

Ortony y Lazarus, han señalado funciones específicas a la emoción de la alegría, indicando que éstas parecen estar relacionadas con el equilibrio y el bienestar. Además, se ha considerado que tanto las emociones negativas como las positivas, presentan dos funciones fundamentales: una adaptativa y otra social.

Por lo que respecta a la función biológica o adaptativa, la alegría al igual que el resto de las emociones, permite a los individuos adaptarse a su medio, siendo el componente fisiológico de dicha emoción, el que mayor implicación tendría en esta función, al aportar la energía necesaria para que se puedan llevar a cabo las conductas oportunas.

De acuerdo a las orientaciones psicoanalíticas, esta emoción junto con las manifestaciones expresivas que la acompañan, está relacionada con la liberación de la tensión que se ha acumulado en el organismo. Por otro lado, Izard (1991) señala que, desde el nacimiento, las repetidas expresiones de alegría entre los padres y los infantes, incrementan el vínculo y el apego entre ellos. Además, a lo largo de nuestras vidas, la experiencia de esta emoción contribuye a mantener el equilibrio entre la mente y el cuerpo, permitiendo recuperarnos del estrés y la tensión diaria. Asimismo, se ha podido apreciar que la alegría produce efectos beneficiosos sobre el sistema inmunitario, al desencadenar importantes incrementos en el nivel de inmunoglobulina A (IgA) en la saliva, la cual interviene en la protección de distintos sistemas del organismo, tales como el digestivo, el respiratorio y el genitourinario, previniendo también, la absorción de los antígenos contenidos en los alimentos.

Y por lo que respecta a la función social de la alegría, una de sus funciones fundamentales consiste en favorecer la relación interpersonal, influyendo sobre los demás, favoreciendo la diversión, permitiendo mostrar el afecto o estima que se siente por alguien, y suavizando las eventuales tensiones que con frecuencia se generan en el ambiente interpersonal. Sin embargo, en muchas situaciones sociales se puede estar expresando alegría sin realmente sentirlo, pudiendo estar vinculada la función de esta emoción, a la facilitación de la interacción social.

Además, se ha señalado que la alegría intensa (como lo es la euforia y el júbilo), puede interferir en el proceso atencional, dificultando la concentración en la realización de diferentes actividades.

2.3.2.2 Respuesta fisiológica de la alegría.

El patrón fisiológico de la emoción de la alegría, se caracteriza por una desaceleración de la frecuencia cardíaca y una activación del músculo zigomático, cuya acción permite la elevación de las comisuras de la boca, lo cual acontece, cuando la experiencia y expresión de esta emoción ocurre de una forma relativamente calmada. Sin embargo, dicha emoción, también puede ir acompañada por grandes manifestaciones de exaltación, júbilo y excitación, a través de grandes carcajadas y gran actividad motora; en donde es apreciable un considerable incremento de la frecuencia cardíaca e incluso también de la tensión muscular. Por otro lado, si la experiencia de alegría se manifiesta mediante la risa, se producen cambios hormonales importantes, como la disminución de los niveles de colesterol, epinefrina y hormona del crecimiento en la sangre.

2.3.2.3 Respuesta motora-expresiva de la alegría.

Aunque los aspectos expresivos de la alegría se manifiestan en todo nuestro cuerpo, es en el rostro donde se aprecian con una mayor transparencia, con la apertura de los ojos y la boca, siendo posiblemente la sonrisa, el rasgo más patente, la cual puede convertirse en una risa abierta o carcajada si la situación adquiere una gran gratificación para el individuo. Más específicamente, la expresión de alegría se correspondería con una elevación de las mejillas al retraer y elevar las comisuras de los labios, con la aparición de arrugas en la

piel debajo del párpado inferior, en la zona nasolabial y en los ángulos externos de los ojos.

De acuerdo con Ekman y Friesen (1982), la manifestación de la sonrisa puede ser de tres tipos: las sonrisas auténticas o sentidas (sonrisa Duchene), las sonrisas falsas y las sonrisas miserables. La sonrisa auténtica ocurre de forma espontánea y natural, caracterizada por la existencia de una concordancia entre la experiencia emocional sentida y la expresión emocional manifiesta. La sonrisa falsa que se distingue por la incongruencia entre la experiencia emocional y la expresión emocional manifiesta, ya que, se manipula la expresión facial para representar una sonrisa sin que se experimente ninguna emoción, ni positiva ni negativa. Por último, la sonrisa miserable se diferencia por la manipulación de la expresión facial con el objeto de enmascarar alguna otra emoción con connotaciones negativas. Sin embargo, Ekman (1980) señala que la diferencia fundamental de este tipo de sonrisas, radica en que la expresión fingida de la emoción de la alegría se caracteriza por ser asimétrica y por carecer de otros signos expresivos vinculados a la sonrisa genuina (como son los movimientos corporales, la conducta emocional verbal, etc.), añadiendo DeCatanzaro (1999/2001), que la implicación del músculo orbicular de los párpados es específica de la sonrisa auténtica. Además, el lenguaje vocal y la risa son otras de las manifestaciones expresivas que pueden acompañar a la alegría, aunque dichos rasgos pueden ser imperceptibles si el grado de alegría no es muy intenso, de tal forma, que a medida que éste se va incrementando, se puede detectar un tipo de voz, que acompaña al discurso con diversos tipos de tono, intensidad y timbre. Y por lo que respecta a la risa, la expresión facial que la acompaña es universal, caracterizándose por una combinación muscular facial compleja y una exhalación abrupta, debida a la contracción de los músculos intercostales.

No obstante, aunque los rasgos más diferenciales de la alegría se encuentran en el rostro, ésta también puede ir acompañada de movimientos corporales no faciales y activación conductual. Además, la alegría intensa, puede desencadenar también la ocurrencia de movimientos disparatados, tales como

pataleos, aplausos, así como movimientos descoordinados de manos y piernas.

2.3.2.4 Respuesta experiencial-subjetiva de la alegría.

Según Izard (1991), “la alegría se vivencia como una experiencia positiva, placentera y reforzante, acompañada de sentimientos de placer, de confort y bienestar”⁹⁶, en donde, mente y cuerpo se hallan en equilibrio, posibilitando una sensación de relajación y un incremento en la autoestima y la confianza para afrontar los desafíos que nos depara la vida diaria; además de que posibilita, una actitud positiva hacia el mundo, de tal modo que, las personas contentas o felices, tienden a ser más optimistas sobre la naturaleza humana y los acontecimientos.

En resumen, los acontecimientos que provocan la emoción de alegría, incluyen: resultados deseables, como el éxito en una tarea, el logro personal, el progreso hacia una meta, la obtención de lo que queremos, lograr la estima, ganar respeto, recibir amor o afecto, tener una sorpresa maravillosa o experimentar sensaciones placenteras. Por lo tanto, las causas de la alegría (resultados deseables relacionados con el éxito y la pertenencia) son esencialmente opuestas a las causas de la tristeza (resultados indeseables relacionados con el fracaso y la separación/pérdida). Asimismo, la forma en que nos afecta la alegría también es contraria a la manera en que nos afecta la tristeza; ya que, cuando se está triste el estado de ánimo es letárgico e introvertido, mientras que, cuando se está alegre, se es entusiasta y extrovertido, de modo que, con la tristeza se presenta el pesimismo y con la alegría, aparece el optimismo.

La función de la alegría es bipartita; ya que, por una parte, facilita una buena disposición a involucrarnos en actividades sociales, al favorecer las sonrisas la interacción social, las cuales si continúan, ayudan a que se formen y fortalezcan las relaciones. Y por otra parte, tiene una función tranquilizadora, al ser un sentimiento positivo que hace placentera la vida, que contrarresta las inevitables experiencias de frustración, disgusto y afecto negativo general de la vida; permitiéndonos preservar el bienestar psicológico.

⁹⁶ Palmero, Francesc y otros. (2002). *Psicología de la motivación y la emoción*. España, McGraw-Hill.

2.3.3 Sorpresa.

La sorpresa es la única emoción carente de tono hedónico, ya que, se trata de una reacción emocional neutra, que no puede ser clasificada con propiedades de afecto positivo o negativo, ni como agradable o desagradable. Además de ser la emoción más breve, al presentarse de manera súbita ante una situación novedosa o extraña, la cual desaparece con la misma rapidez con la que apareció; dando lugar, de manera veloz, a la aparición de otras emociones, en concreto la que sea más congruente con la situación estimular desencadenante de la sorpresa.

Las principales condiciones elicitoras de esta emoción son:

- 1.-Los estímulos novedosos, de una intensidad débil o lo más moderada;
- 2.-La aparición de acontecimientos inesperados o fuera de contexto;
- 3.-Los aumentos bruscos de la intensidad en la estimulación;
- 4.-La interrupción inesperada o el corte de una actividad en curso.

2.3.3.1 Funciones de la sorpresa.

Las funciones adaptativas son las que juegan el papel más sobresaliente dentro de esta emoción, ya que, la sorpresa facilita la aparición de una reacción emocional y conductual apropiadas ante situaciones novedosas, eliminando, para ello, las actividades residuales en el sistema nervioso central, que pueden interferir con la reacción apropiada ante las nuevas exigencias de la situación. Además, ocasiona el bloqueo de otras actividades y la concentración de esfuerzos en el análisis del evento sorprendente o inesperado; siendo este último mayor, cuando las condiciones tienen una alta relevancia motivacional, y menor, cuando se produce ante un evento que resulta irrelevante. Por lo tanto, se produce una interacción entre la valencia motivacional y la duración de la respuesta emocional.

Por otro lado, la función social de esta emoción, se llega a lograr a través de sus mecanismos de expresión, que comunican a los demás la situación de incertidumbre, permitiendo adecuar su comportamiento a dicha condición.

Por último, en cuanto a su función motivacional, se relaciona con una reacción afectiva que cumple el papel de valoración de la situación; es decir, que se trata de una primera valoración automática de la situación en términos de si es congruente motivacionalmente o no para el organismo, por tanto, es una valoración muy rápida, predominantemente afectiva y no consciente, que se corresponde con lo que Ôhman (1993) denomina “respuesta de orientación”, la cual, comprende un proceso fisiológico/cognitivo de respuesta emocional de curiosidad o aceptación de los estímulos del entorno, que prepara al organismo para su recepción y análisis.

2.3.3.2 Respuesta fisiológica de la sorpresa.

Conjuntamente con la reacción emocional, se produce un incremento general de la actividad cognitiva, que permite identificar, analizar y valorar las condiciones desencadenantes de la misma.

Los principales efectos fisiológicos de la sorpresa son: la desaceleración fásica de la frecuencia cardiaca, la vasoconstricción periférica, la vasodilatación cefálica –que se habitúa rápidamente-, y el aumento brusco y fásico⁹⁷ de la actividad de la rama simpática del sistema nervioso autónomo.

En lo referente al sistema somático, se produce un aumento fásico del tono muscular general y una interrupción puntual de la respiración, caracterizada por un cambio en la frecuencia y amplitud de la misma, o por una inspiración breve y de corta latencia, al igual que se produce, una dilatación pupilar muy puntual en el tiempo.

Por último, en lo que respecta a la actividad del sistema nervioso central, la respuesta fisiológica de la sorpresa se caracteriza por un incremento momentáneo de la actividad neuronal, detectable por una desincronización, habitualmente fásica, de las zonas de proyección sensorial implicada en la percepción de los desencadenantes emocionales; sin embargo, si se llega a producir una respuesta inespecífica o prolongada, la desincronización, se tornará tónica, involucrando a toda la corteza cerebral.

⁹⁷ Disparo transitorio de potenciales de acción en respuesta a un estímulo prolongado. Es lo contrario que tónico.

2.3.3.3 Conducta motora y expresiva de la sorpresa.

La emoción de sorpresa, prepara al individuo a afrontar de forma efectiva los acontecimientos repentinos e inesperados, facilitando para ello, los procesos atencionales, las conductas de exploración y el interés o curiosidad por situaciones novedosas, que a su vez, dirige los procesos cognitivos al análisis de la nueva situación que se ha presentado.

Y en lo que se refiere a la expresión facial, la sorpresa se caracteriza por: la elevación de la parte interior y exterior de las cejas, la elevación de los párpados superiores, el descenso de la mandíbula y la apertura de la boca. Por consiguiente, los músculos que ejercen mayor influencia en la configuración de un rostro de sorpresa son: el frontal, el elevador del párpado superior, el masetero, el temporal y el pterigoideo interno.

2.3.3.4 La respuesta experiencial de la sorpresa.

La sorpresa es un estado transitorio que aparece y desaparece muy rápidamente, cuya duración viene determinada por el tiempo que tarda en aparecer la emoción posterior, a la que facilita su movilización.

Su principal efecto subjetivo es de “mente en blanco”, ya que, es una reacción afectiva indefinida, que puede producir sensaciones de incertidumbre por lo que va a acontecer.

2.3.4 Ira.

De acuerdo con la idea de Aristóteles formulada en La Retórica, la ira puede ser definida como la creencia que tenemos de haber sido indignamente ofendidos, generando un gran sentimiento de dolor, así como, un deseo o impulso de venganza.

En la emoción de ira existe una fundamentación biológica, que prepara al organismo para experimentar dicha emoción, cuando la valoración de un estímulo o evento posee una significación con base a una ofensa o desprecio. Además, el percibir una situación como injusta puede generar también ira, o influir en el modo más o menos adaptativo en que se manifieste la misma.

El proceso de valoración es fundamental en esta emoción, el cual, está relacionado con el bloqueo de una meta en vías de consecución, y con la frustración derivada de la imposibilidad de conseguir dicha finalidad, por efecto de algún agente percibido por la persona que realiza la valoración.

Y biológicamente, la emoción de ira se produce, cuando un individuo realiza una valoración acerca de un determinado estímulo o situación, llegando a la conclusión de que alguna meta o posesión, material o no material, se encuentra amenazada por algún agente externo o por la incapacidad del propio individuo, siendo los factores sociales y culturales, los que establecen ante qué situaciones se produce la ofensa que da lugar a la emoción de ira.

2.3.4.1 Funciones de la ira.

Las funciones de la ira, están relacionadas con la protección y la defensa de la propia integridad, de la descendencia, de los bienes o posesiones, así como también, de las creencias, los juicios y los valores.

Desde un punto de vista fisiológico, la emoción de ira prepara al organismo para iniciar y mantener intensos niveles de activación focalizada y dirigida a un objetivo. Y desde un punto de vista psicológico, dicha emoción se relaciona con la auto-protección, con las tendencias de acción y la aparición de eventuales formas de conducta de agresión. Por lo que, las dificultades para controlar la apropiada canalización y control de la emoción, pueden tener serias consecuencias negativas para la salud y el bienestar de una persona.

2.3.4.2 Respuesta fisiológica de la ira.

En lo referente a la respuesta fisiológica, existe un incremento en la frecuencia cardíaca, en la presión sanguínea y en la tensión muscular – menor que en la emoción de miedo, tanto en la frecuencia cardíaca como en la tensión muscular-, así como también, una alta temperatura periférica, generando una especie de calor en el rostro, ya que, a diferencia de la emoción de miedo, no existe vasoconstricción periférica⁹⁸, sino vasodilatación.⁹⁹

⁹⁸ MED. Disminución del calibre de los vasos sanguíneos por contracción de sus fibras musculares.

⁹⁹ MED. Aumento del calibre de los vasos sanguíneos por relajación de sus fibras musculares.

2.3.4.3 Conducta motora y expresiva de la ira.

Por lo que respecta a las manifestaciones conductuales asociadas a esta emoción, generalmente suele producirse una preparación para la acción, junto con una serie de tendencias de acción con connotaciones motoras, orientadas contra alguien o para atacar a la fuente de la ira, apreciándose de tal forma, una clara asociación entre la experiencia de ira y la manifestación de conductas de agresión. Concretamente, la experiencia de ira activa un programa motor dirigido hacia la agresión e incluso a la destrucción, de un objetivo disponible o alcanzable; sin embargo, no siempre ocurre la conducta de agresión propiamente dicha, pues existen mecanismos de control de la conducta de agresión (algunos con connotaciones genéticas), cuyo objetivo es el de proteger a los individuos y a la propia especie.

En relación a sus características expresivas, la tensión muscular, es uno de los signos más evidentes, la cual aparece en todo el organismo, particularmente en la cara. Además, de existir una tendencia a mostrar los dientes que, como señalara Frijda (1986), “refleja un atavismo ancestral de nuestros antepasados: “la tendencia a morder””, cuya manifestación tiene connotaciones de aviso o amenaza a quienes desencadenaron dicha emoción. Mientras que los ojos se encuentran ampliamente abiertos, con la finalidad de amenazar al potencial rival, aunque también se puede mostrar una expresión con los ojos entrecerrados, como señal defensiva o de protección, para minimizar el potencial riesgo procedente del rival o agente que provoca la emoción.

2.3.5 Tristeza.

El proceso de valoración de la emoción de tristeza está relacionado con la pérdida o el fracaso, actual o posible, de una meta valiosa, entendida ésta como un objeto o una persona. Sin embargo, dicha pérdida no tiene por qué ser irreversible o permanente, puesto que puede referirse a una separación temporal de algo o alguien especialmente apreciado por la persona que experimenta la tristeza, como también puede ser experimentada cuando la pérdida es sufrida por alguien próximo a la persona que la experimenta. Por otro lado, la estructura temporal de esta emoción puede ubicarse en el pasado, en el presente y en el futuro, de modo que, se puede experimentar la tristeza

cuando alguien recuerda una pérdida importante del pasado más o menos reciente; cuando la pérdida es actual o presente; y ante una pérdida que se intuye o sabe ocurrirá en el futuro, más o menos lejano.

Por lo tanto, se produce la emoción de tristeza, cuando la valoración realizada ante un determinado acontecimiento lleva a la conclusión de que el individuo ha perdido algo importante para su propio bienestar.

2.3.5.1 Funciones de la tristeza.

Las funciones de la tristeza tienen connotaciones tanto sociales como personales.

En relación a las funciones con connotaciones sociales, la expresión de la tristeza es interpretada como una petición o demanda de ayuda a los otros miembros del grupo o de la sociedad, de modo que, como señala Izard (1993), “se incrementa la cohesión social y la unión entre los miembros de un grupo, fomenta la conducta de ayuda o conducta altruista”.

Y en cuanto a las funciones con connotaciones personales, al ser la emoción más reflexiva que existe, permite que la persona haga introspección y que realice un análisis personal acerca de su situación, su futuro y su vida en general.

2.3.5.2 Respuesta fisiológica de la tristeza.

En general, en la emoción de tristeza se da un incremento funcional del sistema simpático, por lo que se generan incrementos en el nivel de conductancia cutánea, en la frecuencia y amplitud de respuestas no específicas, y en la presión sanguínea.

2.3.5.3 Conducta motora y expresiva de la tristeza.

La expresión de la tristeza, tiene como signo notorio, la orientación hacia abajo de las comisuras de la boca, como consecuencia de una relativa pérdida del tono muscular facial. Mientras que, la apatía motora y el abandono conductual reflejan la pérdida del interés. Las conductas de esta emoción, en general, se limitan a proporcionar información a los demás acerca del estado de pérdida en

el que se encuentra una persona. Sin embargo, cabe la posibilidad de argumentar que existe motivación, ya que, la propia expresión de ésta, es una forma motivada de petición de ayuda, y, aunque, como indica Lyons (1993), “la conducta motivada puede ser entendida como un mecanismo para solucionar una situación” –que en el caso de la tristeza la situación suele pertenecer al pasado, y nada se puede hacer-, también cabe la posibilidad de entender la conducta motivada como un mecanismo para solucionar una situación presente y futura, que sería la aceptación de la realidad por parte de la persona en cuestión.

2.3.6 Hostilidad.

Derivada del cólera, cuya etimología proviene del latín *hostis*, que significa enemigo; la hostilidad adopta al miedo, que está representado por el otro que se percibe como peligroso.

En el desarrollo de este sentimiento, la cólera y el miedo se mezclan con la agresividad, dando por resultado ese rechazo casi instintivo al enemigo.

Así, ante un desconocido, el individuo hostil reacciona con actitudes que disfrazan una intensa ira apenas matizada por el miedo; sin embargo, la reacción agresiva no siempre sigue a su contacto con el extraño, ya que, según las circunstancias, el sujeto podrá controlar sus respuestas, sin dejar de sentir hostilidad alimentada por la percepción del advenedizo.

Para la persona hostil, el extranjero es el causante de todos los males, por lo cual, cualquiera que no es afín a sus creencias, mitos o costumbres es digno de hostilidad.

En su núcleo cohabitan el temor excesivo a las relaciones sentimentales y la ira por la presencia de los demás siempre extraños al yo; ya que, a diferencia del tímido que se encierra en sí mismo, el hostil muestra abiertamente su antipatía a los que considera ajenos.

Los deseos que alimentan este sentimiento proceden de la incapacidad del sujeto para intercambiar afectos; por lo cual, quisiera que todo extraño desapareciera de su presencia y que el mundo estuviera habitado por él y su familia.

Sin embargo, su actitud lo protege de los altibajos de la vida social, que incluyen encuentros nocivos y difíciles.

Por todo ello, si es bien administrada será un escudo protector, pero en exceso, nos aislará.

2.3.7 Envidia.

La envidia es una experiencia emocional hedónicamente desagradable, caracterizada por el anhelo de algo que otros poseen y el deseo para ellos de alguna suerte de infortunio, por lo cual, suele tener una valoración moral negativa en ámbitos socioculturales o ideológico-religiosos muy diversos donde se habla de envidia maliciosa. Sin embargo, también se considera otro tipo de envidia cualitativamente distinta, que es la envidia sana, la cual, hace referencia a la emoción que surge del deseo de poseer lo ajeno, pero sin que eso implique, despojar del mismo a quien disfruta de lo que se anhela, ni que le sobrevenga por ello desventura alguna.

Por ende, se trata entonces, de una emoción eminentemente social, ya que, las reacciones afectivas inducidas se producen por comparación con los demás y tanto las cogniciones, como eventualmente las conductas manifiestas, están dirigidas hacia (o en contra) de las personas que disponen de lo que carece el envidioso. Además, es una emoción que de alguna manera reconoce, por lo menos implícitamente, cierta inferioridad respecto a la persona que posee lo que se anhela.

La comparación social es uno de los procesos más relevantes implicados en el autoconcepto y la autoestima, ya que los demás sirven como criterio a la hora de valorar nuestras propias capacidades, por lo cual, la envidia frecuentemente

se producirá, cuando los otros superen en habilidades, logros, o cualquier otra variable psicológicamente relevante.

A dicha emoción, la acompañan la ira y la infelicidad, al mismo tiempo que favorece reacciones de hostilidad y otros sesgos cognitivos que desvirtúan la realidad.

Según Parrot y Smith (1993) existen seis tipos de episodios emocionales que suelen formar parte de la envidia: deseo de lo que tiene la otra persona, hostilidad y admiración hacia ella, resentimiento global, sentimientos de inferioridad y de culpa.

El primero de ellos consiste en la obsesión recurrente por poseer un objeto o una cualidad de otra persona, con sus correspondientes sentimientos de frustración, que aparecen ante la dificultad en conseguir lo que se anhela. Por lo cual, es común que se perciba como injusto el que otros poseen lo que se pretende, facilitando la aparición de hostilidad hacia los responsables, y en caso de que puedan identificarse culpables, dicho resentimiento adquiere una dimensión global. Sin embargo, en muchas ocasiones, la envidia no está justificada, por lo cual, a veces quien la padece lo reconoce, sintiendo vergüenza o culpa, por la hostilidad que se tiene hacia el otro. Finalmente, y puesto que padecer envidia no quiere decir que el raciocinio se encuentre fuera de la realidad, en ocasiones, se admiten las cualidades del otro, por el que se llega a tener admiración o reconocimiento de sus virtudes, lo que puede servir de estímulo para desarrollar habilidades que permitan superarse. Aunque puede darse el caso, como señalan Salovey y Rodin (1984), que dicha consideración provoque precisamente el efecto contrario en uno mismo, es decir, sentimientos de inferioridad, que afectan negativamente el autoconcepto y que incluyen distrés y tristeza (por la valoración de los propios defectos, constatando la inferioridad), o ansiedad (debido a que es probable que en el futuro, la situación vuelva a ser aversiva).

2.3.8 Vergüenza.

La vergüenza es una emoción que surge de la desaprobación de los demás, por lo cual, requiere de la presencia (real o imaginada) de los otros; y quien, de acuerdo al psicoanálisis, aparece de un conflicto entre el yo y el yo ideal.

De entre los sinónimos de la vergüenza se encuentran: la humillación, la turbación¹⁰⁰, la mortificación, el desazón¹⁰¹ y el sentido del ridículo, los cuales, a su vez, tienen sus propias connotaciones.

Los ideales personales relevantes a la vergüenza consisten en la manera en que queremos ser conocidos como individuos; sin embargo, los ideales relacionados con dicha emoción, muestran mayores variaciones de cultura a cultura y de individuo a individuo, que los valores morales.

De acuerdo con la psicoanalista Helen Lewis, la amenaza subyacente en el desarrollo de la vergüenza es la crítica, el rechazo o el abandono, que es, el castigo que el niño imagina por no vivir según lo que se espera de él, siendo la mayor parte del tiempo la amenaza de abandono más implícita que explícita.

De manera que, el fracaso personal de la vergüenza es no haber estado a la altura del ideal personal o del ego, que es la trama argumental de esta emoción; por lo que, vivir de acuerdo con el ideal personal es una manera de evitar la vergüenza. Además, muchas veces, el fallo de no estar a la altura de un ideal personal, es observado por alguien cuya aprobación nos importa, aunque también, podemos experimentar vergüenza sin que haya nadie físicamente presente para ver la transgresión. No obstante, siempre habrá implícitamente un observador, como por ejemplo, un padre, una madre o alguna figura modelo, que es el observador escondido que puede o no vivir.

Asimismo, aquellos que son especialmente vulnerables ante la vergüenza, pueden también preocuparse por el rechazo o abandono social por ser una mala persona, por lo cual, el objetivo subyacente de esta emoción será el evitar

¹⁰⁰ Confusión, desconcierto.

¹⁰¹ Desasosiego, disgusto.

la crítica o el rechazo. Y aunque la experiencia de ésta, es conscientemente dolorosa y quizás visible, aquellos que la sufren son inconscientes de la amenaza subyacente del rechazo.

De manera interesante, las personas que luchan contra la vergüenza normalmente se esconden del mundo, al presentar una buena imagen, o bien, al evitar realmente hacer acto de presencia en los actos sociales. Y aquellas personas que se guardan las experiencias vergonzosas y humillantes para sí mismas sin nunca revelarlas a nadie, no podrán aliviar la sensación interior de profundo fracaso personal; siendo una manera habitual de enfrentarse a la vergüenza, el negarse a reconocer, ante uno mismo o ante los demás, que hemos hecho algo de lo cual nos debemos sentir avergonzados, es decir, niegan su propio fracaso, exteriorizando la culpa por aquello que salió mal; por ejemplo, si alguien les acusa de actuar de manera vergonzosa, la persona se enfada y busca por consiguiente, vengarse de aquel que lo ha observado o que quiere hacerlo público.

De tal manera que, cuanto mayor sea el potencial de vergüenza, más fuerte será el enfado.

Por todo esto, dicha emoción nos hace sentir indefensos y malas personas, mientras que el enojo (especialmente cuando se expresa como agresividad), constituye una defensa activa de la identidad de nuestro ego, el cual implica que tenemos cierto poder sobre nuestras vidas y las de las demás personas.

2.3.9 Ansiedad.

Las personas que sufren de ansiedad de manera continuada pueden tener serias dudas sobre su propia competencia, por lo cual, aunque éstas se suprimen, se sentirán amenazadas cuando se les exija algo que supere sus recursos, de tal forma que, si fracasan los intentos de afrontamiento, las cosas solamente empeorarán. En consecuencia, podemos decir que nos sentimos ansiosos cuando anticipamos las consecuencias perjudiciales de estos fracasos personales.

Las estrategias de afrontamiento que usamos para controlar la ansiedad, pueden enmascarar, lo que realmente está ocurriendo cuando no conseguimos dominarla; por ejemplo, aquellos sujetos que son especialmente vulnerables a la ansiedad, pueden funcionar con lo que los psicólogos clínicos llaman estilo contrafóbico, a través del cual, intentan enfrentarse a aquello que les amenaza, antes que, reconocer y aceptar la incomodidad que realmente sienten. Mientras que otros, evitan tales confrontaciones, a veces limitando gravemente, lo que podrían intentar conseguir en su vida.

Cuando los métodos contrafóbicos de afrontamiento funcionan, existen pocas o ninguna evidencia de algún problema para el observador casual o para la persona que los utiliza, pero si éstos no funcionan, la ansiedad crece. Por lo tanto, pueden negar la ansiedad, diciéndose a ellos mismos y a los demás, que no se sienten amenazados, por lo que, no necesitan la aprobación o admiración de otros. Y aunque, la negación oculta el problema real, éste puede aparecer, cuando las circunstancias sean propias.

Entre los sinónimos de ansiedad podemos mencionar la aprensión, la inquietud, la preocupación y el desasosiego, ya que los términos como el temor, la alarma y el pánico, son un poco ambiguos al poderse referir tanto a la ansiedad como al miedo.

Cuando nos sentimos ansiosos no nos podemos relajar, ya que, tenemos la sensación de que algo va mal en cierta situación o en nuestra vida en general, por lo cual, estamos intranquilos, preocupados, nos invaden pensamientos que no podemos calmar y queremos evitar o escapar de las confrontaciones que se avecinan, las cuales son, manifestaciones concretas de nuestra preocupación.

La trama argumental de la ansiedad, es una amenaza incierta, que no conoce la naturaleza exacta del daño que nos puede ocurrir ni cuándo aparecerá, y por lo tanto, qué podemos hacer con ello; siendo abstracta, indefinida y simbólica de otras cuestiones de nuestra vida, la amenaza subyacente. Es decir, quiénes somos y cuál será nuestro futuro; ya que es una emoción existencial.

La ansiedad se origina, cuando los significados de los cuales hemos aprendido a depender, se ven menoscabados, alterados o corren peligro; por lo que, la ansiedad resultante puede ser intensa al constituir una crisis personal importante, si la amenaza a estos significados, son fundamentales para nuestro ser.

Valoramos la amenaza y experimentamos la ansiedad, cuando existe el peligro de que algo perjudicial está a punto de ocurrir, el cual podría destruir nuestro sentido de quiénes somos, qué hacemos y cuál es el significado de nuestra vida. Un ejemplo de ello, sería el descubrir que tenemos una enfermedad grave.

Aunque todos compartimos problemas comunes de la existencia humana, las personas varían en cuanto a las amenazas concretas que las hacen sentir ansiosas, de tal forma que, cuando una amenaza ha pasado, siempre habrá otra a la que enfrentarnos; ya que, la ansiedad viene y va, siendo moderada e infrecuente en algunas personas o fuerte, recurrente o crónica en otras.

Asimismo, los filósofos existenciales han recalcado, que la amenaza de la nada o del no-ser es la fuente básica de la ansiedad, un tipo de muerte psicológica.

Por otro lado, Ernest Becker argumentaba, que la negación estaba detrás de todos los logros humanos, ya que, invertimos nuestra vida y nuestro deseo de inmortalidad en las obras que podríamos dejar atrás al morir, y en nuestros descendientes, los cuales nos pueden recordar positivamente. “Qué extraña es la mente humana que considera un alivio creer que seremos recordados con afecto, aunque ya no estaremos allí para ver o escuchar lo que creen o dicen de nosotros después de morir.”¹⁰²

Así, en el caso de que no exista literalmente vida después de la muerte, las obras que dejamos atrás, y nuestra descendencia, sirven como eslabones imaginarios que nos vinculan con el futuro, ya que, ayudan a la gente a

¹⁰² Lazarus, Richard S. y Bernice N. Lazarus.; tr. Monste Ribas Casellas. (2000). *Pasión y razón*. - *La comprensión de nuestras emociones*-. (Oxford University Press Inc.). Barcelona, Páidos.

enfrentarse con la ansiedad de la muerte y la amenaza existencial que ésta conlleva.

Sin embargo, es el psicoanalista Robert Jay Lifton quien más ha hecho hincapié en la amenaza del fin de la vida como el origen clave de la ansiedad en las personas, la cual surge, en primer lugar, de la necesidad humana de conexión con los demás, en específico, con los padres o cuidadores, y de la inevitabilidad de la separación debido a la naturaleza temporal de la vida, considerando así, que esta lucha entre la conexión y la separación, es una característica universal de la existencia humana. Por lo cual, menciona que la muerte se puede hacer relativamente más aceptable en ciertas culturas, donde existe una menor negación y disimulo desde el principio hasta el final de la vida, siendo universal la lucha psicológica que rodea la irreversibilidad de la muerte, así como, un aspecto de la emergencia evolutiva de la mente humana.

Como reacción ante una amenaza vaga, incierta y existencial, la ansiedad es más una preocupación insistente, que un estado agudo de alarma.

En resumen, en el tema de la ansiedad, la provocación es un acontecimiento que se avecina, cuyas manifestaciones concretas están caracterizadas por una amenaza incierta, como el resultado de una enfermedad, cuyo significado personal subyacente es existencial por cuanto trata de: quienes somos en el mundo, de nuestro futuro bienestar y de la vida y la muerte, y el cual, es construido por las personas, a partir de la situación a la que se enfrentan, de los objetivos y creencias personales sobre ellos mismos y del mundo que han adquirido a lo largo de la vida.

2.3.10 Culpa.

La culpa es una emoción más privada, que se origina por una evaluación negativa del yo más específica, referida a una acción concreta por la cual se experimenta dolor, el cual, tiene que ver con el objeto del daño que se ha hecho o con las causas de la acción realizada o pensada; por lo que, conlleva una tendencia correctora, que a menudo (aunque no siempre), pone en marcha

conductas orientadas a reparar la acción negativa, así como a reconsiderar una forma de actuación futura. En cuanto a su expresión no verbal, la persona tiende a moverse inquieta por el espacio, como si tratara de ver qué puede hacer para resarcir su acción.

La culpa se halla mediada por normas acerca de lo que está bien y lo que está mal (como el respeto a los sentimientos o los derechos de los demás), cuya focalización consiste en reparar la falta, promoviendo una conducta moral y prosocial con respecto a los derechos y sentimientos de los demás.

Los sentimientos de esta emoción, provocan en el sujeto deseos de confesar, pedir perdón, reparar el daño hecho y actuar de otro modo en el futuro, por lo cual, en este sentido, es una emoción positiva que incluye valor moral.

Por otro lado, diversos estudios muestran que la culpa tiende a asociarse con la empatía, ya que, las personas tendentes a sentir culpa suelen ser bastante empáticas, lo cual se refuerza con dos autores, en primer lugar, Hoffman sostiene que la culpa interpersonal surge de la conjunción de la reacción empática ante el sufrimiento ajeno y la conciencia de ser el agente causal de dicho sufrimiento; y en segundo lugar se encuentra Tangney, quien menciona que al focalizarse ésta en la conducta específica, favorece que el sujeto atienda a las consecuencias de su conducta en el otro.

Sin embargo, esta emoción no está exenta de riesgos en el terreno interpersonal, ya que, a través de mecanismos proyectivos, a menudo, da lugar a la culpabilización de los otros.

Por otra parte, según Sigmund Freud y Erich Fromm, los sentimientos de culpa favorecen el sometimiento del sujeto a las demandas de los demás, específicamente a las de la autoridad, por lo que, se muestra así, la manipulación en diversos ámbitos, que van desde el familiar al político, del individuo que los experimenta.

De modo que, aunque la culpa pueda tener implicaciones muy positivas en el terreno interpersonal, en el plano individual existe un debate entre dos posiciones:

En la primera posición, Freud menciona que la culpa tiene un carácter negativo para el individuo; ya que, dada su naturaleza inhibitoria, su asociación con la necesidad de castigo y su tendencia a desencadenar múltiples mecanismos de defensa, acaban dando lugar a numerosos síntomas y conductas desadaptativas, siendo su presencia palpable en muchas patologías psíquicas.

Mientras que en la segunda posición, la culpa tiene un carácter menos negativo para la salud psíquica del individuo, ya que ésta, no se asocia a un mal ajuste psicológico a menos que se vincule con la vergüenza, por lo cual, puede producir una obsesión o un autocastigo.

2.3.11 Esperanza.

En la esperanza, el individuo se enfrenta a una condición de vida desfavorable, cuyo resultado positivo todavía no ha ocurrido y si lo hace, ésta ya no tiene ninguna utilidad.

Por sí sola endulza nuestras inquietudes y puebla nuestros ensueños de temores, ya que, la sustentan dos emociones: la alegría de una expectativa que se cumple contra el miedo de que no se realice, por tanto, el tiempo de la esperanza es la incertidumbre. De modo que, cuando hay certeza, la espera se transforma en la confianza de un resultado que llegará de modo infalible, pero, cuando el resultado es dudoso, la espera nos muestra afanosa su imperativo.

La esperanza es un apoyo para la vida, porque tiene la capacidad de permitirnos sacar lo mejor de una mala situación, viviendo con entusiasmo y dignidad a pesar de todo. De tal modo, que es un antídoto para el desespero, ya que, con ella, los pensamientos negativos y las emociones relativas a ellos, se ven disminuidos a favor de una visión menos sombría, como por ejemplo, cuando una persona está enferma, se pone ansiosa e incluso quizás se alarma, pero espera que la enfermedad no sea grave y que pronto se recuperará.

Esperamos personas, tanto como anhelos, satisfacciones y proyectos. El que espera apuesta a un futuro intangible que desea con fervor, por lo cual, elabora fantasías de lo que espera.

El significado personal de la esperanza es que uno cree que existe una posibilidad de que las cosas mejoren, no importando lo sombrías que puedan parecer en el momento actual, por lo tanto, su trama argumental es: “temer lo peor pero anhelar lo mejor.”¹⁰³

Además, la capacidad de mantener la esperanza frente a la desesperación es también uno de los principales recursos del afrontamiento, ya que, aquellos que pueden sentir esperanza, es menos posible que lleguen a desesperarse y algunas veces su lucha contra toda posibilidad obtiene resultados positivos.

Y aunque Seymour Epstein sugiere que, incluso cuando la esperanza es en vano, aporta algo a la persona para que no ceda ante la desesperación, en algunas situaciones, no obstante, la persona corre el riesgo de continuar buscando lo que le está negado, fracasando así, en reconducir sus pensamientos y energías hacia un resultado más realista.

Sin embargo, aún cuando se ven disminuidas las probabilidades de un mejor resultado para la persona, la esperanza no necesariamente se abandona del todo, ya que, limita su campo para mantener vivo un pequeño desenlace positivo que puede que todavía sea factible.

Además, es inconcebible una vida humana sin la esperanza de que algún día acabarán nuestros sufrimientos y que algo más allá de nuestros anhelos nos aguarda; por lo que, no sólo funciona en circunstancias extremas en las que el resultado está condicionado a las circunstancias, ya que, en la vida de todos los días estamos sometidos a las expectativas de nuestros actos, muchos de ellos con resultados seguros de los cuales confiamos, como por ejemplo, en el trabajo –trabajo y me pagan- o en la vida social –saludo y me contestan-.

¹⁰³ Lazarus, Richard S. y Bernice N. Lazarus, p.101

2.3.12 Nostalgia.

La nostalgia es una tristeza ante el alejamiento de un objeto de vínculo; cuyo sentimiento implica la percepción de una ausencia, la posibilidad del regreso y un nuevo contacto con el objeto o persona perdidos, por lo cual, refiere al tiempo pasado, fuente de nostalgia, como cuando se añora épocas de felicidad y logros.

En el núcleo de este afecto coexisten: la tristeza ante lo perdido, la alegría por recuperarlo, al menos mediante el recuerdo, y una cólera discreta vuelta hacia sí por el alejamiento, por lo tanto, la nostalgia es una síntesis entre pasado y futuro.

Al constatar una pérdida, la imaginación representa la manera de recuperar lo perdido; por lo cual, ante su ausencia se magnifican las cualidades de lo que algún día tuvimos, reforzando la relación ideal con el objeto. De tal modo que, se acrecienta la nostalgia, impidiéndonos establecer nuevas ligas para deprendernos del sentimiento.

La actitud del nostálgico es la de una espera que se complace en el recuerdo y poco actúa en el presente; ya que, lo que yace en el fondo de este sentimiento, es la añoranza de una vida anterior plena de felicidad -como una época feliz de la vida, una obra realizada o una antigua relación de pareja-, por lo cual, la realidad es difícil de aceptar.

Así, al incorporar el anhelo del regreso, introduce en su seno el mito del eterno retorno y de un pasado arcaico, como un lugar o una época donde todo era felicidad.

2.4 Las funciones de la emoción.

Tanto para la orientación biológica como para la orientación cognitiva, las emociones son formas de conductas que cumplen una función adaptativa.

Las funciones de las emociones son:

Funciones intrapersonales.

Las emociones permiten: 1) coordinar los sistemas de respuesta subjetivos, fisiológicos y conductuales; 2) cambiar las jerarquías conductuales, activando conductas que pueden estar inhibidas en dichas categorías (por ejemplo, el miedo puede hacer que una persona valiente se acobarde, al igual que la ira puede hacer que un pacifista sea violento). La emoción puede hacer que, en un momento, por encima del aprendizaje y la cultura, emerjan respuestas adaptativas; 3) proveer de un soporte fisiológico para conductas, tales como, la retirada o la lucha, y 4) favorecen el procesamiento de la información, facilitándole de infinitas posibilidades de acción para adaptarse a las demandas ambientales.

Funciones extrapersonales.

A su vez, tienen diversas funciones interpersonales: 1) permiten comunicar y controlar, ya que, a través de la cara, los gestos, la voz y las posturas, cumplen importantes funciones de comunicación de nuestro estado emocional a los otros, siendo doble el valor de estas funciones: por un lado, permiten dar a conocer cómo nos sentimos, al igual que sirven para influir o controlar la conducta de los otros; 2) y por otro lado, establecen y estructuran nuestra posición con relación a los demás y sus ideas, fijando un espacio entre nosotros y los demás, es decir, nos aproximan o alejan, atraen hacia nosotros o provocan rechazo en los demás.

Las emociones motivan.

Las emociones permiten movilizar recursos, por lo que van acompañadas de respuestas fisiológicas que incrementan los potenciales de acción, de tal manera que, cumple una función motivacional ante los eventos que implican la movilización de los recursos (activación); por ejemplo, el miedo, motiva a la acción para autoprotegerse ante un acontecimiento o para prevenirnos y anticiparnos, ya que, lo podemos entender como potencialmente lesivo. Además tienen una función social-motivadora, en la que las emociones se desenvuelven en un contexto social y son elicitadas por acontecimientos ambientales; provocando también una actividad relacional, ya que nos

aproximan o dificultan la interacción social. Por lo tanto, las emociones están dirigidas a un fin, y a su vez cumplen funciones motivacionales de regulación social.

Las emociones permiten comunicar.

Schwarz y Clore señalaron en 1983, que la función principal de las emociones es proveer información; ya que, informamos a los otros mediante la expresión facial, el tono de voz, y otros signos, nuestro estado afectivo, de modo que, la expresión de la emoción es funcional o disfuncional dependiendo de cuál es el valor de la información que se transmite al otro.

Además, actúan como un estímulo interno que alerta al organismo la necesidad de recabar información complementaria, y por ello, diversos tipos de situaciones están ligadas a emociones específicas (por ejemplo, la aversión o repugnancia que se siente cuando se paladea un sabor amargo o un olor desagradable que advierte al organismo ante un potencial veneno letal).

Las emociones son un índice de señalamiento (valoración) de la información.

La ocurrencia de cualquiera de las emociones presupone sensibilidad ante un tipo de evento, facilitando una disposición a que el sujeto valore un hecho o un estímulo, como placentero o displacentero, que puede ser relevante para el bienestar del sujeto con relación a sus sistemas cognitivos y de acción. Por consiguiente, las emociones cumplen la función de señalamiento de lo relevante.

Además, permiten localizar conexiones estímulo-respuesta; así como también, posibilita atender aspectos relativos al fin de una situación, relacionados con el logro de un estado deseable futuro, mediante el empleo de planes de acción que se provocan ante la evaluación entre el estado actual y el deseable.

2.4.1 Funciones de enfrentamiento y resolución.

Las emociones no ocurren sin un motivo; sino que se presentan con una razón. Desde un punto de vista funcional, las emociones evolucionaron porque ayudaron a los animales a lidiar con tareas fundamentales de la vida; ya que para sobrevivir, deben: explorar sus alrededores, vomitar sustancias dañinas, desarrollar y mantener relaciones, atender de inmediato las emergencias, evitar

lesiones, reproducirse, pelear y recibir y proporcionar cuidados. Siendo cada una de estas conductas debidas a la emoción, que facilitan la adaptación del individuo para cambiar los ambientes físicos y sociales.

La emoción sentida durante las tareas de la vida, energiza y dirige la conducta en formas benéficas a la evolución (por ejemplo, después de una separación, el llanto sirve para solicitar ayuda). Por ende, “la emoción y la conducta emocional brindan a los animales formas coherentes e innatas para enfrentar y resolver los grandes retos y amenazas a su bienestar.” ¹⁰⁴

De acuerdo con Plutchik las emociones sirven a ocho propósitos distintos: protección, destrucción, reproducción, reunión, afiliación, rechazo, exploración y orientación; ya que, para cada tarea de la vida, los seres humanos desarrollaron una reacción emocional adaptativa correspondiente, y por tanto, la función de la emoción, es prepararnos para responder en formas exitosas a las tareas fundamentales de la vida.

Desde un punto de vista funcional, no existe una mala emoción; ya que todas las emociones son benéficas, al dirigir la atención y canalizar la conducta a donde es necesario, dadas las circunstancias que uno enfrenta. Y al hacerlo, cada emoción proporciona una disposición única para responder a una situación particular.

Otros investigadores de la emoción con tendencia biológica subrayan la flexibilidad de la disposición emocional y las formas de enfrentamiento. Por ejemplo, aunque el miedo en esencia motiva una conducta protectora, también nos dispone para acciones adicionales y más flexibles, incluyendo la prevención de que la situación peligrosa ocurra en primer lugar y la cancelación de la actividad hasta que la amenaza cese, y del mismo modo, la ira en esencia motiva la acción destructiva, pero también nos prepara para fortalecer normas sociales y desalentar los acontecimientos que la causan.

¹⁰⁴ Reeve, Johnmarshall, p.77

2.4.2 Funciones sociales.

Además de servir como funciones de enfrentamiento y solución, las emociones cubren las siguientes funciones sociales:

- “Comunican nuestros sentimientos a los demás.
- Regulan el modo en que los demás interactúan con nosotros.
- Invitan y facilitan la interacción social.
- Desempeñan un papel principal para crear, mantener y disolver relaciones.”¹⁰⁵

Las expresiones emocionales corporales son poderosos mensajes no verbales que comunican también nuestros sentimientos a los demás, y mediante éstas, los infantes expresan de manera no verbal, lo que no pueden decir de manera verbal, a través del rostro, con la voz y la conducta emocional en general. Además, Robin Huebner y Carroll Izard, demostraron que las expresiones faciales infantiles funcionan como señales comunicativas específicas que guían el cuidado materno apropiado para la emoción de sus infantes.

“Los despliegues emocionales regulan la forma en que interactúa la gente, ya que la expresión emocional de una persona alienta reacciones de conductas selectivas de una segunda persona.”¹⁰⁶ Por ejemplo, en una situación conflictiva respecto a un juguete, es más probable que el niño que expresa ira o tristeza lo conserve, que el niño que no expresa mucha emoción. Por ende, la expresión emocional comunica a otros la probable conducta por venir de uno, que siguiendo con el ejemplo anterior, si se le quita el juguete al niño que expresa ira comunica un probable ataque ulterior, mientras que el que expresa tristeza anuncia un probable diluvio de lágrimas. En consecuencia, las emociones expresadas en un contexto social sirven como funciones informativas (“así es como me siento”), de advertencia (“esto es lo que estoy a punto de hacer”) y directivas (“esto es lo que quiero que hagas”), de tal forma que, éstas expresiones ayudan a la gente a aprender las creencias e intenciones de comportamiento de los demás, y por ende, ayudan a suavizar y coordinar las interacciones sociales.

¹⁰⁵ Reeve, Johnmarshall, p.77

¹⁰⁶ *Ibid.*

Al invitar y promover la interacción social, el despliegue emocional hace que muchas expresiones emocionales se motiven más de forma social, que biológicamente; ya que, en ocasiones, la gente sonríe cuando desea facilitar la interacción social aunque realmente no se sienta alegre. Sin embargo, a pesar de ello, dicha afirmación resulta extraña, porque se supone que un individuo sonríe cuando siente alegría y frunce el entrecejo cuando está triste.

La mayor parte de las emociones surgen en la interacción social, al ser esenciales de las relaciones interpersonales, las cuales además, desempeñan un papel central en la creación, mantenimiento y disolución de dichas relaciones mediante la regulación de la distancia entre la gente, pues las emociones nos juntan y nos separan. Por ejemplo, en la alegría se promueve el establecimiento de relaciones, en la tristeza se mantienen las relaciones en épocas de separación (al motivar la reunión), y en la ira se motiva la acción necesaria para romper las relaciones dañinas.

A pesar de que algunos autores argumentan que las emociones no tienen propósitos útiles, al interrumpir la actividad actual, desorganizar la conducta y dejarnos sin nuestra racionalidad y lógica, hay quienes argumentan (Lazarus, 1991^a; Levenson, 1994^a, 1999; Oatley y Jenkins, 1992; Plutchik, 1980), que las emociones priorizan la conducta en formas que optimizan nuestro ajuste a las exigencias que enfrentamos en los ambientes físico y social. No obstante, todos concuerdan que las emociones afectan la forma en que pensamos, sentimos y nos comportamos.

Por ende, para que las emociones sean adaptativas en situaciones diferentes, necesitan regularse y controlarse.

CAPÍTULO 3
PSICOLOGÍA DE LA SALUD

CAPÍTULO 3

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

3.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud.

“La preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el hombre, pues son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia.”¹⁰⁷

En las primeras sociedades, la enfermedad se debía a que los demonios u otras fuerzas espirituales tomaban posesión o controlaban a la persona, por lo cual, la recuperación requería que los espíritus malignos fueran exorcizados del cuerpo afligido. Los griegos estuvieron entre los primeros en comprender la enfermedad como fenómeno natural, en donde la teoría hipocrática de los humores entendía a la enfermedad como un desequilibrio entre los humores que circulaba por el cuerpo y por tanto la recuperación se orientaba en buscar el equilibrio de los mismos.

Durante la Edad Media la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales, donde la violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad. Sin embargo, en el Renacimiento se retoman las explicaciones naturales de la enfermedad.

Los estudios de las matemáticas, química y física, la invención del microscopio, los trabajos de Morgagni en autopsia, los de Virchow en patología y los de Pasteur en bacteriología, prepararon el camino para los avances médicos, siendo los cimientos de la medicina moderna. La salud de los individuos mejora cuantitativa y cualitativamente con el desarrollo de la teoría del germen en el siglo XX, así como, con los avances de la inmunología, salud pública, patología y técnicas quirúrgicas. Por lo cual, las tasas de mortalidad declinaron en enfermedades como el cólera, la fiebre tifoidea y la escarlatina.

¹⁰⁷ Oblitas Guadalupe, Luis A. (2006). *Psicología de la salud. -Teoría y práctica-*. (2ª. ed.). México, Plaza y Valdes editores.

A lo largo del siglo XX, los avances en la medicina se presentaron con el desarrollo de fármacos, vacunas y avances en las técnicas quirúrgicas y en la tecnología médica.

Históricamente los médicos han tenido la exclusiva en este campo de la salud y enfermedad, entendiendo a la salud como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales (como accidentes o infecciones), utilizando la cirugía y la farmacología como armas para cumplir dicho objetivo. Sin embargo, en las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de salud: considerando a la misma como algo que hay que desarrollar y no como algo que hay que conservar. Siendo de tal modo, la cirugía y la farmacología, ineficaces para encarar el reto que conlleva la nueva concepción de la salud, en labores de tipo preventivo.

Generalmente cuando las personas se refieren a la salud, piensan sólo en los aspectos físicos, y raramente toman en cuenta los aspectos psicológicos y conductuales asociados también a la misma. Además de que hoy también debemos considerar sus aspectos económicos. Por lo cual, en 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una definición de la salud en la que se contemplan tres dimensiones: “la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades”.

Una vez que los psicólogos comenzaron a realizar intervenciones clínicas a partir de la Segunda Guerra Mundial, y conforme se iba consolidando el campo de la psicología clínica y de la salud mental, se percataron de que en ocasiones los problemas mentales tenían concomitantes de tipo físico. Asimismo, la medicina iba paulatinamente asumiendo esta idea, favoreciéndose con el tiempo que se superase en parte la dicotomía mente-cuerpo planteada por Descartes. Además, la aparición de las técnicas de modificación de conducta y todo un movimiento psicológico a partir de la misma, permitieron en unos años este cambio y aceptación, el cual desembocaría en la aparición de la medicina comportamental y de la psicología de la salud.

Los factores, propuestos por Bishop en 1994, que contribuyeron al interés por una aproximación teórica y clínica más comprensiva que el tradicional modelo

médico de enfermedad, fueron los siguientes: “1) el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; 2) el costo elevado de los cuidados de salud; y, 3) un mayor énfasis en la calidad de vida.”¹⁰⁸

Las enfermedades crónicas, debidas a causas múltiples, como factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales, requieren un manejo diferente del de los estados mórbidos agudos producidos por agentes patógenos específicos; lo cual constituye un problema al presentar el modelo biomédico carencias en cuanto a la conceptualización de los estados crónicos.

Por lo cual, muchos teóricos han apoyado la idea de que es necesario un nuevo modelo, para progresar en la comprensión y control de la enfermedad. Planteando de esta manera Engel en 1977, un modelo alternativo al biomédico, el biopsicosocial, considerando a los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento. Por ende, el modelo médico debe tener en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar los efectos perjudiciales de la enfermedad.

3.1.1 El surgimiento de la Psicología de la Salud.

Desde los primeros años de nuestro siglo, los psicólogos se han interesado en temas de salud y algunos de ellos (como Stanley Hall en 1904 o William James en 1922) abordaron cuestiones de salud en sus escritos. Sin embargo, el interés profesional e investigador en esta área creció relativamente poco hasta los años setentas, aunque ya en la década de los sesentas se comenzó a plantear la necesidad de intervenir en los servicios de salud.

Hasta finales de la década de los sesentas, no existió un movimiento dentro de la psicología al que se pudiese denominar psicología de la salud, por lo cual, un número de disciplinas de la psicología (como la clínica, social, experimental, fisiológica, etc.), con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se reunió en 1978 para formar la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucional y

¹⁰⁸ Oblitas Guadalupe, Luis A., p.113

profesionalmente la psicología de la salud, la cual ha tenido un crecimiento asombroso desde su aparición.

Además, diversos factores de orden científico y relativos al cuidado de la salud, han contribuido al nacimiento de la psicología de la salud, entre los cuales se encuentran:

En primer lugar, el cambio en la concepción de los términos de salud y tener buena salud. Tradicionalmente la salud fue conceptualizada como la ausencia de la enfermedad. Sin embargo, recientemente el concepto de salud fue redefinido como un completo estado de bienestar físico, mental y social. Por lo cual, llevó a incorporar al concepto de la salud los aspectos psicológicos.

En segundo lugar, paralelo al cambio de esta definición, ha sido el cuestionamiento del modelo biomédico, dominante en medicina, en el cual se ha establecido la medicina moderna, y cuyo modelo se focaliza en los aspectos físicos de la salud y la enfermedad, ignorando los factores psicológicos y sociales.

No obstante, hoy en día, dicho modelo médico ha desempeñado un pobre papel a la hora de justificar y dar respuesta a muchos fenómenos de la salud y la enfermedad, y, por tal motivo, se ha empezado a abogar por un nuevo modelo que incorpore también factores psicológicos y sociales a la comprensión y tratamiento de la enfermedad, eliminando así la antigua postura reduccionista y dualista de la salud.

En tercer lugar, el cambio en los patrones de la enfermedad; ya que, antes de los avances espectaculares de la medicina en el siglo XX, gran parte de las enfermedades mortales, como la gripe, tuberculosis, difteria o neumonía, eran de tipo agudo o infeccioso, por lo que el descubrimiento de fármacos efectivos como antibióticos y vacunas, así como el avance de la tecnología médica, contribuyeron a erradicar el número de víctimas inherentes a estos padecimientos, sin embargo, la reducción en la incidencia de los mismos y el incremento en la longevidad dio paso a las enfermedades crónicas, las cuales en su mayoría, están relacionadas con la conducta y son prevenibles.

Y como señala Knowles (1977): “Nacemos con buena salud y enfermamos como resultado de una conducta y unas condiciones ambientales inadecuadas”; por lo cual, los factores psicológicos han pasado a un primer plano, ya que los principales problemas de salud de nuestro tiempo están estrechamente relacionados con nuestra conducta.

En cuarto lugar, cuestiones de índole económica han jugado un papel determinante en la consideración de los factores psicológicos y conductuales de la salud, ya que una cantidad importante de los costos del cuidado de salud son destinados a reparar daños causados por hábitos y estilos de vida no saludables, y por tanto, los factores económicos junto con el cambio en los patrones de enfermedad, han provocado un giro hacia medidas preventivas, especialmente, en cambiar las conductas no saludables.

En quinto lugar, la madurez de la tecnología conductual contribuyó en ese momento histórico a la emergencia de la psicología de la salud, al tener éxito en la salud mental y quedar a un paso la salud física que tiene clara relación con los factores psicológicos y conductuales.

3.2 Áreas relacionadas con la Psicología de la Salud.

Existen además de la psicología de la salud, otras disciplinas, dentro y fuera de la psicología, que tratan cuestiones similares a ésta, entre las cuales se encuentran:

3.2.1 Medicina comportamental.

También denominada medicina conductual, cuyo término fue utilizado inicialmente por Birk en 1973, que en un primer momento, se limitó al uso de la retroalimentación biológica o biofeedback como una terapia de aprendizaje para el tratamiento de algunos desórdenes médicos, como la epilepsia, la migraña y la enfermedad de Reynaud, con la finalidad de intervenir desde una perspectiva conductual.

Y cuyo surgimiento de manera formal se dio, en la conferencia de Yale sobre medicina comportamental celebrada en 1977, y que junto a la reunión del

Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias en 1978, sirvieron para definirla como un campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas, propios de las ciencias comportamental y biomédica, relacionados con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

La medicina conductual o comportamental surgió como un paradigma, tanto para la intervención y aplicación de programas clínicos como para la investigación empírica, ya que la investigación biomédica y conductual se han desarrollado de manera independiente, sin ser capaces desde la perspectiva médica de explicar satisfactoriamente el porqué algunas personas se mantienen sanas y otras se enferman.

Según Labrador, Muñoz y Cruzado (1990), los factores que han colaborado al desarrollo de la medicina comportamental son:

- 1) El cambio en los patrones de mortalidad y morbilidad, pasando de enfermedades infecciosas a enfermedades funcionales, trastornos asociados al tipo de vida y degenerativos;
- 2) La mayor parte de los retos actuales en el área de la salud tienen que ver con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas, las cuales se encuentran influenciadas por el estilo de vida de las personas;
- 3) Al trabajar de forma independiente, tanto los investigadores biomédicos como los investigadores conductuales, no han sido capaces de explicar satisfactoriamente por qué en igualdad de condiciones, algunas personas enferman y otras no, o presentan distinto grado de enfermedad;
- 4) “La madurez alcanzada en la investigación de las ciencias sociales y conductuales, tanto en sus desarrollos como en sus logros, así como los avances en epidemiología conductual;” ¹⁰⁹
- 5) El interés progresivo por los temas de prevención de enfermedades, salud pública o salud comportamental, provocado en parte, por el drástico incremento en los costos de los cuidados médicos;

¹⁰⁹ Oblitas Guadalupe, Luis A., p.113

- 6) “El resurgir y rápido desarrollo de la psicología médica, que ha añadido una dimensión de aplicación clínica de la que carecía la medicina psicosomática;” ¹¹⁰ y,
- 7) La evidencia de la importancia de los factores conductuales en la salud y en la enfermedad a partir tanto de estudios clínicos como epidemiológicos y experimentales.

Siendo de tal modo sus objetivos básicos: 1) la intervención directa; 2) entrenar a los profesionales de la salud para que mejoren sus intervenciones; 3) entrenar a los pacientes en seguir adecuadamente lo prescrito por el médico; 4) la modificación de patrones de conducta para la prevención de enfermedades; y, 5) diseñar nuevas estrategias de intervención.

Se ha demostrado a través del trabajo e investigaciones, la importancia de diversos componentes psicológicos de las enfermedades, así como, de su interrelación con factores medioambientales; por lo cual, el papel del psicólogo se ha expandido de manera significativa, quedando comprobado que la forma en que uno vive (estilos de vida), habitar en áreas altamente contaminadas, tener sobrepeso, llevar una vida sedentaria, el tabaquismo, consumir alcohol en exceso y, sobre todo, el estrés cotidiano, influyen en la salud; además, también se ha evidenciado que los tratamientos por sí solos no reditúan los beneficios necesarios. De modo que se torna imprescindible identificar y desalentar las conductas que acrecientan el riesgo de enfermedad, favoreciendo aquellas que propicien que las personas sean más sanas, lo cual implica un cambio y mantenimiento de un nuevo estilo de vida.

3.2.2 Salud comportamental.

Para subsanar la deficiencia que había en la definición de medicina comportamental acordada en 1978, al no enfatizar en la prevención de la enfermedad y mantenimiento de la salud, Matarazzo propuso a la salud comportamental como una subespecialidad cuyo objetivo es la promoción de la salud y la prevención; definiéndola como un campo interdisciplinario dedicado a

¹¹⁰ Oblitas Guadalupe, Luis A., p.113

promocionar una filosofía de la salud que acentúe la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento y las técnicas de las ciencias comportamental y biomédica, para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y la disfunción, mediante una variedad de actividades auto-iniciadas, individuales o compartidas.

Por ende, la salud comportamental, se centra en el uso de técnicas conductuales para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad entre individuos que actualmente gozan de buena salud.

3.2.3 Medicina psicosomática.

Cuando se habla de antecedentes de la psicología de la salud y de la medicina comportamental suele citarse, a la medicina psicosomática, la cual precede a la psicología de la salud, aunque sus raíces se encuentran en las ciencias biomédicas y no en la psicología. Ésta medicina resultó a principios de los años veintes, de los intentos para identificar los factores psicológicos específicos que se creía que jugaban un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades somáticas específicas.

Siendo definida esta disciplina por Weiner en 1985 como “una aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades”. Fundamentándose su desarrollo en psicoanálisis y en los estudios de la psicofisiología.

De 1930 a 1950 numerosos trabajos versaban sobre el papel de la ansiedad y el estado emocional en el desarrollo y exacerbación de diversas enfermedades físicas.

El centro de interés de esta disciplina es el papel de factores psicológicos en el desarrollo de la enfermedad física, en específico los estados emocionales y el estrés. Y aunque hace poco, sólo se le prestó atención a un grupo reducido de

enfermedades (como úlceras, asma, colitis y artritis reumatoide), las cuales se pensaba, estaban influidas por factores emocionales específicos y por el estrés, actualmente se amplió el abanico de trastornos, incluyendo los factores psicológicos en la etiología y el curso de casi todas las enfermedades.

3.2.4 Psicología médica.

La psicología médica es una subespecialidad de la psicología clínica, que se caracteriza por la aplicación de métodos psicológicos clínicos a los problemas de enfermedad física; la cual abarca todos los conocimientos de psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, y en particular, los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia.

3.2.5 Psicofisiología experimental.

La psicofisiología experimental, cuyo objeto de estudio son las bases fisiológicas de los procesos psicológicos, es una disciplina que intenta explicar una variedad de procesos conductuales por la interacción de sus componentes psicológicos y biológicos.

3.2.6 Psicología clínica.

La psicología clínica es claramente el tronco central de donde ha surgido la psicología de la salud, cuyo modelo comenzó desde finales del siglo XIX, asociada al trabajo de instituciones para enfermos mentales y la cual tuvo sus comienzos en 1896 cuando Lighthner Witmer estableció una clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania.

Para Hall y Marzillier (1987) los psicólogos clínicos son los profesionales del cuidado de la salud que trabajan predominantemente, aunque no exclusivamente, en el campo de la salud mental; figurando entre sus actividades principales: a) la evaluación psicológica, b) el tratamiento psicológico, y c) la investigación psicológica. De tal modo, que Phares (1992) define a la psicología clínica como: “un campo que tiene como objetivo el

estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o la conducta anormal”.

De este modo, el campo de la salud mental queda para la psicología clínica (por ejemplo, trastornos de ansiedad, depresión o esquizofrenia) y los trastornos relacionados con la salud física (por ejemplo, asma, cáncer, artritis reumatoide y diabetes) para la psicología de la salud.

Por otro lado, las aproximaciones conductuales en psicología clínica se basan en que toda conducta, sea normal o anormal, es aprendida, en donde, distintos patrones de conducta resultan cuando la gente aprende formas maladaptativas de afrontamiento con su experiencia y el pobre ajuste psicológico consiste en malos hábitos. Siendo la evaluación desde la perspectiva conductual enfocada en cómo se comportan los pacientes en situaciones particulares o en respuesta a varias contingencias de reforzamiento. La estrategia central de tratamiento consiste en exponer a los pacientes a nuevas situaciones de aprendizaje que modificarán sus patrones de respuesta maladaptativos; enfatizando que tiene que ver con procesos observables; que se enfoca en procesos conductuales, y no en pensamientos o sentimientos; al igual que se centra en el proceso y no en la historia de éste.

3.2.7 La sociología médica.

Especialidad que se desarrolló en los años cuarentas y cincuentas, y que fue definida por Bishop en 1994, como la especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad, la cual comprende temas como: los patrones sociales en la distribución de la enfermedad y la mortalidad, los efectos del estrés social en la salud, las respuestas sociales y culturales en la salud y en la enfermedad, la organización institucional del cuidado de la salud, entre otros.

Y a diferencia de la psicología de la salud que se centra en los procesos psicológicos, la sociología médica, a veces también denominada sociología de la salud, se focaliza en los factores sociales que influyen la salud.

3.2.8 Antropología médica.

Estudia los aspectos culturales de la salud y la enfermedad, haciendo hincapié en cómo la gente dentro de una cultura comprende las cuestiones de salud como un reflejo de su cultura en su totalidad y en la comparación transcultural de los sistemas de curación y creencias acerca de la salud. Mientras que los psicólogos de la salud reconocen la importancia de la cultura en, como los sujetos tratan con los asuntos de la salud, interesándose más por las creencias individuales de salud y los patrones de salud relacionados con la conducta.

3.3 Definición de la Psicología de la Salud.

La psicología de la Salud es definida por Matarazzo en 1980 como “el agregado de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la identificación de correlatos etiológicos y de diagnóstico de salud, enfermedad y disfunciones”.

La psicología de la salud es un campo relativamente nuevo, a pesar de que el interés en la relación de conducta y enfermedad es tan antiguo como la práctica de la medicina misma; la cual, puede ser considerada como un área derivada de la terapia conductual, donde se han realizado investigaciones sobre la conducta humana, enfermedad y prevención de la misma a través de cambios conductuales, resaltando la importancia de identificar aquellas conductas que decrementsen el riesgo de que se presente la enfermedad y favorecer aquellas que propicien el cambio en la conducta inapropiada de los individuos, con la finalidad de que al modificar sus conductas lleguen a ser más sanos.

Siendo, -el cambio radical a finales del siglo XX de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas-degenerativas como principales causas de mortalidad, la importancia en la prevención de la enfermedad y la calidad de vida, así como, la incapacidad de explicar claramente las conductas de salud y enfermedad por parte del modelo biomédico-, algunas de las razones que ayudaron al crecimiento de esta disciplina a partir del decenio de 1980-1989.

Sin embargo, lamentablemente aún no se logra en México el completo reconocimiento del psicólogo en el campo de la salud.

Las principales áreas de investigación en Psicología de la Salud son:

- a) El estilo de vida de las personas como protector o disparador de enfermedades crónico-degenerativas,
- b) El papel del estrés en el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer o las úlceras pépticas,
- c) El impacto del medio ambiente en el desarrollo de diversos tipos de neoplasias,
- d) Y el papel de regímenes alimenticios y de ejercicio en enfermedades crónicas, como la hipertensión y el cáncer.

Además aparte del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, la prevención es considerada como una parte fundamental en esta disciplina, la cual es dividida en cuatro categorías:

- 1.- La prevención primaria, donde se incluyen intervenciones como las vacunas, los cambios conductuales y medioambientales, para prevenir enfermedades.
- 2.- La prevención secundaria, que es una intervención temprana donde se pudiera incluir el tratamiento de la enfermedad, ayudando a minimizar su seriedad, como sería en el caso de la detección temprana del cáncer.
- 3.- La prevención terciaria, cuya intervención busca minimizar las complicaciones de la enfermedad establecida, en la cual pudiera incluirse la medicina clínica, como por ejemplo, un régimen dietético e insulínico para pacientes con diabetes que ayude a prevenir un daño orgánico.
- 4.- La prevención cuaternaria, que se inclinará a impedir mediante esfuerzos de rehabilitación, un mayor deterioro de la enfermedad después de haber sido

tratada, incrementando así, habilidades de afrontamiento y reduciendo al máximo la incapacidad, como en el caso de la terapia física.

3.4 Terapia Conductual.

En 1953 se utilizó por primera vez el término de terapia conductual, al referirse a la aplicación del condicionamiento operante en la investigación con algunos pacientes psicóticos.

Por su parte, en 1958 Wolpe señalaba que la terapia conductual o terapia del condicionamiento, es el uso de principios establecidos del aprendizaje con el propósito de cambiar las conductas desadaptadas, de tal modo que, los hábitos inadaptativos son debilitados y eliminados, mientras que los adaptativos son reforzados.

“La terapia conductual comprende una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos -especialmente sobre aprendizaje- para tratar la conducta humana desadaptativa.”¹¹¹

Una característica primordial del acercamiento al tratamiento conductual consiste en que el paciente y el terapeuta coincidan al definir objetivamente el problema, definiendo un plan viable de tratamiento. “La mayor parte de las conductas desadaptadas provienen de experiencias fallidas en el aprendizaje o de una insuficiencia motivacional para cambiarlas.”¹¹²

El análisis funcional es el marco de referencia dentro del cual se lleva a cabo la intervención en la terapia conductual, cuyo propósito consiste en identificar el área del problema, de tal modo que el tratamiento sea prescrito con claridad y evaluado de manera objetiva; lo cual incluye, evaluar las capacidades y debilidades de la persona, haciendo un análisis cuidadoso de las situaciones que precedieron y siguieron al momento en que ocurrió el comportamiento inadecuado y; así, mediante la definición de los cambios que el paciente deberá llevar a cabo y lo que es imprescindible realizar en su entorno social,

¹¹¹ Reynoso Erazo, Leonardo e Isaac Seligson Nisenbaum. (2005). *Psicología clínica de la salud. –Un enfoque conductual-*. México, El Manual Moderno.

¹¹² *Ibíd.*

será posible mejorar sus hábitos conductuales, resolver el problema presentado y conseguir que logre funcionar adecuadamente en su entorno social y personal.

Por ende, las tres premisas básicas determinantes, serán:

- a) ¿Cuál comportamiento es inadecuado?
- b) ¿Qué es lo que mantiene el comportamiento inadecuado?
- c) ¿Cómo puede cambiar ese comportamiento?

3.5 Aportaciones.

Las contribuciones más significativas en el área de la psicología de la salud, han resaltado la importancia de los procesos cognitivos en la comprensión de la experiencia individual de la enfermedad. “Desde esta perspectiva, los modelos cognitivos consideran que los individuos no permanecen pasivos frente a la enfermedad, sino que seleccionan la información (interna y externa) que reciben y elaboran significados personales en virtud de sus creencias, valores, expectativas y atribuciones, que contribuyen en definitiva a la construcción de la experiencia subjetiva de enfermar.”¹¹³

Una aportación importante ha sido la aplicación del modelo teórico del estrés de Lazarus y Folkman (1984), que describe a la enfermedad como “una situación de estrés en la que los esfuerzos del individuo para adaptarse a ella dependen de la evaluación que haga de esta situación”; implicando esta evaluación cognitiva, todo un proceso de enjuiciamiento, discriminación y elección basados en experiencias pasadas. Considerando, en forma general, como evaluaciones estresantes aquellas que significan pérdida, daño, amenaza o desafío, teniendo cada una de ellas implicaciones emocionales y adaptativas diferentes según las características personales del individuo y la situación de enfermedad de que se trate.

¹¹³ Nieto Munuera, J. et al. (2004). *PSICOLOGÍA PARA CIENCIAS DE LA SALUD: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. España, McGraw-Hill.

Junto a un primer proceso de evaluación de la situación en términos de significado, el individuo realiza también de manera interactiva una valoración de los recursos cognitivos y conductuales con los que cuenta para enfrentarse a la enfermedad; aludiendo así, al segundo proceso cognitivo mediador de la conducta de enfermedad, el afrontamiento, el cual ha sido definido como “el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, permanentemente cambiantes, desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas, internas o de ambos tipos, evaluadas como abrumadoras o que exceden de los propios recursos”.¹¹⁴ Y este afrontamiento cumple básicamente dos funciones primordiales, que son: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido a la solución del problema) y regular las respuestas emocionales que aparecen como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción).

La importancia de los modos de afrontamiento utilizados por el individuo para lograr una respuesta adaptativa adecuada a la situación de enfermedad, depende de la integración equilibrada de las estrategias dirigidas a la resolución de problemas, como son, el cumplimiento de la prescripción del rol de enfermo o el seguimiento de indicaciones médicas, con aquéllas dirigidas a controlar el disturbio emocional que la situación de enfermedad produce.

Siendo, el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces para enfrentarse a las demandas de la enfermedad, condicionado, por los sentimientos del individuo sobre competencia y dominio del entorno.

Entre los conceptos relacionados con la percepción de control del medio, se encuentran, las expectativas de control interno-externo y las atribuciones. Mientras que Bandura identificó en 1977, el proceso cognitivo denominado expectativa de control o autoeficacia, definiéndola como, “la convicción de que uno puede ejecutar con éxito una conducta para producir determinados resultados”; Caro en 1987, la explica como: “un concepto que representa el conocimiento, la percepción que tiene una persona sobre sus propias capacidades, lo que le conduce a elegir y a mantener determinadas líneas de acción”.

¹¹⁴ Nieto Munuera, J. et al., p.126

Y en relación, al concepto de autoeficacia aplicado a la conducta de enfermedad, las personas que se representan a sí mismas como incapaces de controlar el entorno, percibiéndolo como impredecible y amenazante, responden ante sucesos estresantes de la vida (como la enfermedad) con tendencias a presentar síntomas ansiosos y depresivos; y por ende, desarrollan conductas no adaptativas ante esta situación.

Otra aportación a este campo, es la que gira en torno al concepto de los estilos de vida, el cual ha sido vinculado con las enfermedades del individuo, señalando que la forma en que uno vive determinará el modo en el que ha de morir el individuo. De tal modo, que el estilo de vida de las personas (que incluye sus conductas, actitudes y creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y enfermedades) puede ser generador de enfermedades crónicas como el cáncer, la hipertensión y el infarto al miocardio, o también, puede fungir como protector de dichas enfermedades.

El concepto de estilos de vida, surgió de la psicología individual de Adler, habiendo cobrado en la actualidad, auge y significado dentro de la psicología de la salud.

Los estilos de afrontamiento relacionados con los problemas de salud y enfermedad propuestos por Ibáñez (1990) son:

1.- Estilo introversivo: los pacientes tienden a ser aparentemente tranquilos, poco comunicativos y con pocas relaciones interpersonales. Suelen utilizar un estilo cognitivo de minimización de los problemas, reflejando poco interés en los mismos. Es difícil hacer que concreten sus síntomas o que tomen medidas para cuidarse, por lo cual, tienden a pasar por alto las implicaciones de su enfermedad, mostrándose indiferentes a los procedimientos médicos que normalmente condicionan ansiedad.

2.- Estilo inhibido: son pacientes tímidos, inseguros, sensibles a las críticas, con tendencias a sentirse rechazados y a interesarse en exceso por lo que los demás piensan de ellos. Estos pacientes suelen ver a la enfermedad como un castigo, el cual es esperado y sentido como justo, lo que les lleva a desarrollar actitudes fatalistas hacia la enfermedad.

3.- Estilo cooperativo: los pacientes suelen buscar apoyo, siguiendo puntualmente las indicaciones de los médicos. Perciben la enfermedad como un alivio de sus responsabilidades rutinarias, siendo la adopción del rol de enfermo, una oportunidad de volver a un estado de dependencia infantil.

4.- Estilo sociable: se trata de individuos extrovertidos y comunicativos, preocupados más de la forma que del fondo de las relaciones. Ven la enfermedad como una estrategia para asegurar el apoyo de los demás, estando centrado su interés, más en la apariencia externa de su cuerpo que en su salud real.

5.- Estilo confiado: los pacientes usualmente se muestran calmados, aunque temen a la enfermedad, por lo que manejan, según Lipowsky (1970), como estilo de afrontamiento, la evitación. A menudo, están muy motivados para recuperar su salud, buscando y esperando una atención especial.

6.- Estilo enérgico: suelen ser pacientes agresivos y dominantes, los cuales se niegan a aceptar el rol de enfermos, enfrentándose abiertamente a los retos y limitaciones que esta situación representa. El estilo de afrontamiento según Lipowsky (1970), puede denominarse de ataque.

7.- Estilo respetuoso: aunque los pacientes suelen mostrar autocontrol, disciplina y seriedad, ven a la enfermedad como una debilidad, como un proceso propio y como una pérdida del autodomínio, por lo cual, se sienten culpables.

8.- Estilo sensible: es el de los individuos impredecibles y emotivos, que a menudo se quejan y relatan un historial de diagnósticos erróneos y operaciones quirúrgicas complicadas. Y por ende, actúan como si hubieran nacido para sufrir.

Un modelo interesante, en relación con el estudio de la conducta de enfermedad, es el desarrollado por Leventhal (modelo de autorregulación); el cual define los esquemas cognitivos como, las estructuras de conocimientos previos sobre sí mismo que organizarían la información del individuo, en

relación con la experiencia de enfermedad. Señalando Taylor en 1990, que los esquemas de enfermedad del individuo pueden mantener o exacerbar una conducta de enfermedad crónica, además de explicar en gran parte las conductas de demora y la baja adherencia a las prescripciones médicas.

Leventhal y colaboradores (1980) parten de la base de que “el paciente es un procesador activo que realiza una representación de su enfermedad y en función de ésta regula su comportamiento”.¹¹⁵

Otro aspecto destacable, es el significado que tiene la enfermedad para los enfermos, siendo un factor importante en la determinación de la conducta de enfermedad, que contribuye a explicar, las diferencias individuales en las formas de respuesta y afrontamiento de la enfermedad.

“Estos significados, que reflejan las experiencias personales previas, el grado de conocimiento y el bagaje cultural, así como las creencias del enfermo, funcionan como un núcleo cognitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales ante la enfermedad. Por tanto, determinarán la valoración o interpretación que el individuo hace de esta situación”.¹¹⁶

Lipowsky (1981) describió seis categorías de significados:

-La enfermedad como un desafío: la persona generalmente desarrolla estrategias de afrontamiento activas y de carácter adaptativo. Los enfermos buscan ayuda médica a tiempo, cooperan y se informan sobre su enfermedad.

-La enfermedad como amenaza: la persona vive su enfermedad como una situación amenazante, como un atentado que interrumpe su integridad; por lo cual, suele suponerles un grave peligro, dificultando así el afrontamiento de la misma.

-La enfermedad como enemigo: se considera a la enfermedad como una invasión por fuerzas externas o internas que alcanzan a nuestro organismo, siendo la ansiedad, el miedo y el mal humor, las consecuencias emocionales

¹¹⁵ Nieto Munuera, J. et al., p.126

¹¹⁶ *Ibíd*

de esta forma de entender la enfermedad, que predisponen a la lucha o a la huida. Son frecuentes los mecanismos de: negación, proyección, dependencia y regresión. Asimismo, la aparición de pasividad en el paciente es la que lo predispone a rendirse ante la enfermedad.

-La enfermedad como refugio: la enfermedad puede suponerle un alivio al paciente, al resultarle difícil la vida, la cual es una fuente de frustraciones que proporciona pocas satisfacciones, y que, por lo tanto, le ofrece la oportunidad de encerrarse en sí mismo, abandonando así, las relaciones insatisfactorias, exigentes o frustrantes; lo que determina que adopten un comportamiento infantil como consecuencia de la regresión que experimentan, y por ende obtienen protección y apoyo.

-La enfermedad como ganancia: en la que la enfermedad es utilizada por algunos pacientes, como instrumento para conseguir mayor atención y disponibilidad por parte de los demás, fundamentalmente del núcleo familiar. Así como también, es utilizada para obtener compensaciones de tipo laboral o económico.

-La enfermedad como castigo: habitualmente estos pacientes atribuyen a la enfermedad la connotación de castigo divino por algún daño cometido en el presente o en el pasado, lo que determina que generalmente adopten posturas de resignación y pasividad, negándose a enfrentarse a la misma.

Y, de igual manera, Kleinman también determinó en 1986, los siguientes tipos de significado que la enfermedad puede tener en los pacientes:

-El significado que tienen algunos síntomas (como: dolor de cabeza, fiebre, náuseas, vómitos, etc.), las deformidades, la invalidez, etc.; los cuales, están abiertos a los comentarios y a la comunicación grupal, estando más o menos estandarizados en la cultural local.

-“La presentación de ciertos síntomas muy particulares, de significación personal y cultural oculta, que son interpretados por el sujeto en términos de amenaza, castigo, sufrimiento, pérdida, etc.”¹¹⁷

¹¹⁷ Nieto Munuera, J. et al., p.126

-Síntomas particulares que son resaltados de forma prominente en una sociedad determinada, los cuales se interpretan con miedo y como amenaza para la sociedad (por ejemplo, los síntomas del SIDA).

-El significado que se enfrenta básicamente al concepto cultural que confiere una determinada enfermedad, la cual, recubre una trayectoria de vida particular, absorbiendo el mundo personal y los significados sociales del contexto local donde se desenvuelve la persona enferma.

-Otro significado se da a partir de la interpretación que los clínicos o investigadores hacen de la conducta de enfermedad de una persona en particular, en una situación y tiempo dados.

-Asimismo, estos significados se forman a través de la llamada narración retrospectiva o historias, cuya función es dar sentido a la enfermedad, actuando algunas veces con un propósito moral o como un ritual secular, que sirve para reafirmar valores culturales amenazados, y para lograr la conclusión estructural de las tensiones y dar forma a la pérdida. Y, por ende, puede llevar a distorsionar los acontecimientos reales y actuales de la experiencia de esta afección, ya que no es fiel a la realidad histórica de la enfermedad y su tratamiento.

-Por último están las llamadas “características de la demanda”, que son distintas en el paciente y en el profesional de la salud. Mientras que para el profesional de la salud, la enfermedad muestra una serie de significados particulares (terapéuticos, científicos, financieros, etc.); para el paciente, la demanda lleva a una atención selectiva sobre lo que se le está explicando, de manera que, algunos aspectos son atentamente escuchados por éste, mientras que otros, son literalmente no oídos. Sin embargo, para ambos, las interpretaciones van a estar determinadas por la distorsión de la comunicación y el fenómeno de la transferencia-contratransferencia.

Finalmente siguiendo con el estudio de las variables cognitivas en la conducta de enfermedad, se encuentra el concepto de introspección, el cual explica una orientación culturalmente aprendida hacia la autoatención difusa, que

desempeña un papel importante en la percepción del malestar y de los síntomas físicos en la población común, la cual, puede exacerbar la sintomatología y la incapacidad en los enfermos crónicos.

Y de acuerdo a los hallazgos independientes realizados en difusas áreas de investigación, la introspección, atrae la atención hacia los sentimientos interiores, estimula los esfuerzos para interpretarlos e incrementa la magnitud de los síntomas percibidos. Por ejemplo, hay experiencias que han demostrado que si el sujeto focaliza la atención en algún aspecto de su funcionamiento corporal, contará con más síntomas físicos de enfermedad, lo cual se ve reforzado en trabajos donde sugieren, que las personas que son más autosuficientes experimentan sus emociones y sentimientos más intensamente.

La psicoimmunología establece que, tanto las emociones excesivas e inadaptativas, como los malos rasgos y personalidades, pueden agravar los procesos de la enfermedad y convertirse en sus determinantes psicobiológicos. De modo que, se habla de psicoimmunología, cuando las enfermedades relacionadas con estos procesos emocionales se asocian a una etiología de deficiencia inmunológica.

Además, Cohen y Manuck descubrieron en 1995, una relación causal entre la gravedad de la enfermedad infecciosa y la disposición de la persona antes de la infección.

Por otro lado, diversos estudios señalan al estrés como el determinante emocional más ligado a la deficiencia inmunológica, aunque la depresión o la disposición negativa, también pueden ser responsables tanto de adquirir la enfermedad como de su agravamiento sintomático y estructural.

De este modo, la principal afirmación en psicoimmunología, señalada por Herbert y Cohen en 1993, es que: “Los procesos de estrés, entre otros, causan cambios en el sistema inmunológico, los cuales a su vez provocan una disminución de la resistencia inmunológica a la enfermedad.” Dicha disminución puede ser evaluada a través del conteo y el análisis de las células inmunológicas que libera el sistema en la sangre para reaccionar contra materiales extraños detectados en el cuerpo, las cuales se conocen como

leucocitos, y cuya proliferación es parte de la respuesta inmunológica. Tanto los leucocitos como las células B y T, forman parte de las células NK (natural killer), que son responsables del ataque y la destrucción de los elementos virales y las células de tumores.

Además, se ha revelado que las personas que sufren procesos de ansiedad o procesos depresivos, presentan también una disminución de las células inmunológicas.

Por tanto, a diferencia del modelo médico tradicional que establece una relación entre desórdenes corporales o patógenos y la enfermedad, los psicólogos de la salud asumen que la conducta puede contribuir en el proceso de enfermedad; y por ende, puede ser usada para prevenir dicho proceso.

CAPÍTULO 4
ONCOLOGÍA Y PSICOONCOLOGÍA

CAPÍTULO 4

ONCOLOGÍA Y PSICOONCOLOGÍA

PARTE I. CÁNCER DE MAMA

4.1 Definición de cáncer.

El cáncer es una enfermedad en la cual el organismo crea un exceso de células malignas; es decir, que se produce cuando las células se vuelven anormales y continúan dividiéndose y formando más células sin ningún control ni orden interno. Normalmente, las células se dividen cuando el cuerpo las necesita para mantenerse saludable; sin embargo, si éstas continúan dividiéndose cuando no son necesarias, se forma una masa de tejido extra, conocido como tumor o neoplasma, el cual puede ser benigno o maligno.

Los tumores benignos no son cancerosos y, generalmente, pueden extirparse, y en la mayoría de los casos al ser extirpados no vuelven a formarse, además, las células de éstos tumores tampoco se propagan a otras partes del cuerpo y por tanto, muy rara vez implican riesgo para la vida. Mientras que en el caso de los tumores malignos, las células cancerosas pueden invadir y dañar los tejidos y los órganos cercanos, asimismo, pueden separarse del tumor maligno y entrar en el torrente sanguíneo o en el sistema linfático formando nuevos tumores o metástasis en otras partes del cuerpo, que no son sino la implantación del tumor en otra área del organismo, de las células originarias del cáncer. Siendo esto, lo que hace la diferencia entre un tumor maligno y uno benigno, el cual se encuentra limitado y no invade ni produce metástasis.

4.2 Definición de cáncer de mama.

El cáncer de mama es el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario.

Existen dos tipos principales de esta neoplasia, por un lado, el carcinoma ductal que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón y por otro, el carcinoma lobulillar que comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen la leche materna.

4.3 Aspectos históricos.

El cáncer de mama es uno de los cánceres tumorales que se conoce desde antiguas épocas, siendo la descripción más antigua del cáncer (aunque sin utilizar dicho término) proveniente de Egipto, del 1600 a.C. aproximadamente.

Entre las múltiples manifestaciones artísticas creadas por el hombre desde su origen se encuentran las referidas a la belleza del cuerpo humano y en especial de la mujer.

Ya en la era paleolítica los hombres moldeaban estatuillas femeninas cuyas muestras son las que ahora conocemos como Venus, en las cuales, se destacan formas del cuerpo, unas como signo de arte y otras en relación con aspectos de fecundidad, nutrición y embarazo.

Siendo sin duda, el hallazgo de la Venus de Lespugue (Creta 30.000 a.C.), el primer indicio de esta cultura, seguido por la Venus de Willendorf (Austria 12.000 a.C.) y otras cronológicamente menores como la de Laussel (Francia), la de Unter-Wisternitz (República Checa), la de Savignano (Italia), la mujer de Mesopotamia y en México, algunas estatuillas del siglo II a.C. Aunque, de manera general, en todos los casos, se refleja el deseo interpretativo del artista que trata de mostrar la belleza de sus formas y sus contornos.

A lo largo de la historia, la manifestación objetiva de los pechos de la mujer como símbolo de arte y belleza, se ha representado en infinidad de pinturas y esculturas; sin embargo, también este órgano tan venerado artísticamente, es el centro de múltiples enfermedades, siendo el cáncer, la forma más cruel y destructiva.

Por lo que es factible pensar que dicha enfermedad data desde el principio mismo de la humanidad, lo cual se sustenta al ser su tratamiento, a través de los siglos, el intento quirúrgico propio de cada época.

Los informes iniciales que se conocen sobre las enfermedades mamarias se remontan a la época de las pirámides en el antiguo Egipto (3 000 a 25 000 años a.C.). Siendo el papiro de Edwin Smith, el que hace referencia a tumores

duros, fríos y secos, diferentes de las inflamaciones y los abscesos, para los cuales no había tratamiento, solamente, en dado caso, la cauterización. En cambio, en el papiro de Ebers (1600-1500 a.C.), contrario a lo que se piensa, no se encuentra ninguna referencia al cáncer del pecho. De este primer período empírico, también se tienen informes muy breves en las tablillas cuneiformes de Asiria, donde sólo se menciona de paso la existencia de los tumores mamarios; siendo hasta el siglo V a.C. cuando Democedes, un médico persa que vivía en Grecia, recibe de Herodoto el crédito de haber curado a la esposa del rey Darío de un tumor ulcerado en el pecho.

Por otro lado, Hipócrates (460-375 a.C.), el más famoso de los médicos griegos, menciona al cáncer de mama de manera superficial solamente en dos ocasiones: en una de ellas haciendo referencia a un tumor relacionado con secreción de sangre a través del pezón y en la otra de uno que evolucionó rápidamente hasta su fase terminal, que de acuerdo con sus observaciones, “cuando han llegado hasta este estado, ya no se recuperan sino que mueren de la propia enfermedad”.¹¹⁸

El periodo anterior a Cristo termina con el médico romano Cornelius Celso (42 a.C.- 37 d.C.), quien estaba en contra de la práctica quirúrgica que para ese entonces era la más común, así como de los medicamentos cáusticos; recomendando sólo la remoción de los tumores de apariencia benigna, señalando que los demás, eran irritados por cualquier método de curación.

Para entonces, varios artistas habían plasmado sus visiones en nuevas Venus quedando como recuerdo la de Esquilina (V a.C.), Afrodita o Venus del Nilo (II a.C.) y, durante el periodo grecorromano, la Diana de Efeso (1500 a.C.-500 d.C.) con sus 20 mamas, considerada como la diosa de la fertilidad.

En el siglo II y casi por 10 siglos más, las ideas de Galeno (129-200 d.C.) dominaron el campo de la medicina, refiriendo que el cáncer mamario con múltiples localizaciones, es más frecuente en las mujeres que dejan de

¹¹⁸ Carlos Sánchez Basurto, Ernesto R. Sánchez Forgach y Raquel Gerson. (2003). *Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria*. México, El Manual Moderno.

menstruar, al igual que describió la amputación del pecho, siendo él quien dio su nombre al cáncer por la semejanza con un cangrejo.

Además, de esta época (II d.C.) sólo es digno de mención Sorano de Efeso, ginecólogo de Alejandría, quien practicaba la amputación del pecho con cuchillo y cauterizaba el lecho quirúrgico.

Mientras que en el siglo III se cuenta la historia de Agueda, mujer de la nobleza siciliana, que al no ceder a los bajos instintos del prefecto Quintanius, fue sacrificada, en venganza, amputándole los dos pechos. Por lo que, desde entonces, es considerada, como mártir y protectora de las mujeres con cáncer mamario, conociéndole por tanto como Santa Agueda.

En el siglo X, Avicena (980-1037 d.C.), llamado el Príncipe de los médicos, decía que el tratamiento sólo debía aplicarse a los casos iniciales.

Mientras que Ambrosio Pace, gran anatomista del siglo XVI, fue quien descubrió por primera vez la anatomía de la mama.

Durante esta época los artistas plasmaron la magnificencia de sus obras destacando la belleza de la figura femenina, entre las que se encuentran: Campin (Madona e hijo), Botticelli (El nacimiento de Venus), Jean Fouquet (Virgen con el niño), Durero (Eva) y Tiziano (Venere de Urbino).

En este tiempo los grandes tumores se trataban con emplastos de leche y vinagres. Así, Enrique de Modeville (1260-1320) extirpaba tumores de la mama cubriendo el lecho con pastas cáusticas de arsénico y cloruro de cinc, mientras que en España, Francisco de Arceo (1439-1471) trataba de disolver el tumor mediante ligaduras.

Durante la Edad Media se avanzó muy poco en el tratamiento de los padecimientos mamarios. Mientras que de Paracelso no se conoce ninguna aportación al tema, se informa que Ambrosio Paré (1510-1590) extirpó pequeños tumores de la mama sustituyendo la aplicación del ácido sulfúrico por la cauterización.

En Bélgica, Andreas Vesalius (1514-1564), conocido como el padre de la anatomía moderna, publica su *De humani corporis fabrica libri septem* (Sobre la estructura del cuerpo humano) en 1543, en la cual enfatizó el uso de la cauterización al extirpar los tumores de la mama, quedando de tal manera casi borrada la influencia que hasta entonces tenían Hipócrates y Galeno. Así mismo, se sabe también que Marco Aurelio Severino (1580-1656) fue el primero en remover los nódulos linfáticos axilares del conjunto de las mamas.

Cabe señalar, que el arte renacentista se encontraba en todo su apogeo. Entre las más hermosas pinturas que hacían gala de la belleza de los pechos se encuentran las de Rubens (Las tres gracias), de Guido Reni (Cleopatra) y las primeras que quizá reflejan la presencia de un tumor, la de Carletto Carliari, Santa Agueda, que al parecer cubre un proceso inflamatorio probablemente carcinoma en la mama derecha, y la de Rembrandt (1660) con su modelo Betsabé, que proyecta en su mama izquierda un hundimiento cutáneo quizá producido por una neoplasia vecina.

Ya en el siglo XVII destacan las operaciones rápidas que practicaban Johann Sculterus (1595-1645) y Wilhelm Fabry (1560-1634), cuyo procedimiento era el siguiente: tiraban de la mama hacia arriba; (el primero con cuerdas cruzadas y el segundo con una pinza de metal), cortaban la base de la glándula con cuchillo y cauterizaban de inmediato con hierro candente.

Verduyn (1625-1700) escribió su obra sobre *Nuevas técnicas de mastectomía* y Jean Louis Pettit (1674-1750) presentó la primera técnica de mastectomía con disección axilar, siendo el primero en describir las metástasis óseas.

En 1720 Gerard Tabor diseñó un instrumento en bisagra que prensaba la mama y un cuchillo en forma de hoz con el que se hacía un corte extremadamente rápido. En 1763, Diego Velasco y Francisco de Villaverde enfatizaban en Madrid que, en la amputación de la mama es conveniente reseca las glándulas axilares.

Para entonces, el cáncer era aún considerado producto de la bilis negra y de otros componentes de la sangre, tanto ácidos como alcalinos (idea que

prevalecía desde Galeno), y así mismo, también se pensaba que los traumas y las corrientes de aire podían desencadenar esta enfermedad.

Siendo Hunter (1728-1793) el primero en pensar que el mal era producto de una coagulación de la linfa y que había que extirpar siempre los nódulos axilares crecidos.

La idea de que el cáncer mamario no era una enfermedad local maduró con Francois LeDran en 1757, quien aseguraba que la diseminación primaria ocurría por vía linfática y después por vía sanguínea, manifestando que si el tratamiento era temprano, las posibilidades de control y cura de la enfermedad eran altas; y cuya idea prevaleció por más de un siglo, siendo apoyada en su inicio, por las observaciones de Jean Louis Pettit; “no cortar sobre el tumor y extirparlo en bloque con nódulos axilares y el músculo pectoral.” ¹¹⁹

En 1854 sir Astley Cooper (1768-1861) publicó en Londres su *Traité des maladies du sein et de la région mammaire* y *The Anatomy of the Breast* en el que señalaba, entre otras cosas, que 7 de 170 casos operados vivieron por más de cinco años. Siendo él mismo el primero en notar cierta relación de los cánceres con el ciclo menstrual, sentando de tal manera, las bases para que Shcizinguer sugiriera la castración para adelantar los beneficios de la menopausia y para que en 1896 Beatson practicara la primera ovariectomía quirúrgica a dos pacientes con cáncer avanzado, encontrando regresión de los tumores.

De entre las aportaciones de Jean Gosselin (1815-1887), en París en 1860, se encuentran que dictó que las operaciones mamarias debían ser sólo paliativas; introdujo las flechas de cinc intratumorales y señaló varias formas anatómicas del cáncer.

En Alemania, Richard von Volkman (1830-1889), precisó la necesidad de practicar la resección amplia de la fascia pectoral, informando 14% de curaciones a tres años.

¹¹⁹ Carlos Sánchez Basurto, Ernesto R. Sánchez Forgach y Raquel Gerson, p.138

En 1867 Sampson Handley en Inglaterra, citado por Charles Moore como “El padre de la cirugía moderna del cáncer mamario”, demostró la insuficiencia quirúrgica limitada, recomendando la mastectomía en bloque, la cual incluye los músculos pectorales; por ende, él mismo diseñó 30 años antes la operación de Halsted. Y en la misma época, Moore puntualizó las recurrencias locales y la necesidad de extirpar las ramificaciones de la enfermedad con resecciones amplias y la totalidad del contenido axilar.

En 1969 Koltz y Halle describieron un cuadro clínico de cáncer mamario al que llamaron “mastitis carcimomatosa” (que es el mismo que a la fecha se conoce como carcinoma inflamatorio). En 1899, Rotter describió un grupo de ganglios presente entre ambos músculos pectorales.

Joseph Pancoast (1805-1882), es la primera persona a la que puede atribuírsele la cirugía conservadora de la mama, ya que, practicaba la excisión amplia seguida de la disección axilar.

Y algunos de los cuadros artísticos más sobresalientes de mujeres luciendo sus pechos en ésta época corresponden a Manet (Mujer rubia al sol, 1865), Coubert (Mujer en las olas y Mujer con loro, 1865), y Renoir (Nudista a la luz del sol y Bañista rubia, 1875).

Además, en este tiempo, se conocía ya el concepto de las metástasis enunciado por Joseph Calude Recamier en 1852. Mientras que, en 1880 Samuel Gros hizo la primera descripción de la relación del cáncer mamario con el embarazo y su mal pronóstico. Asimismo, se popularizó la idea de que el cáncer mamario tenía una dependencia hormonal enunciada por Beatson en 1896.

En 1894 William Stewart Halsted, cirujano del Hospital John Hopkins que tenía los conceptos básicos de la escuela quirúrgica alemana, enfatizó la necesidad de resecaer ampliamente la piel, el músculo pectoral mayor y la axila en un solo bloque, diseñando así la técnica quirúrgica denominada mastectomía radical o clásica, la cual perduró en la práctica cotidiana por más de medio siglo; aunque

se sabe que fue Charles Moore en 1857, quien practicó la primera mastectomía en Inglaterra.

En ese mismo año, Willie Meyer describió una operación similar con la diferencia en la incisión diagonal y la extirpación del músculo pectoral menor, lo que Halsted no hacía, pero que posteriormente adoptó en sus rutinas.

Ya en el siglo XX, Sampson Handley (1906) atacaba la teoría embólica descrita inicialmente por Paget, apoyando la idea de que la diseminación ocurría a través del sistema linfático más que por la vía sanguínea; teoría que fue adoptada por Halsted, por la cual, ambos dieron a la cirugía radical un ímpetu inusitado, sobre la base de creer en la teoría de la permeación linfática y la diseminación centrífuga de la enfermedad.

Así mismo, este mismo autor, introdujo en 1907 la rutina de la biopsia previa a la mastectomía, reduciendo así la incidencia de recurrencias, aunque nunca mostró incremento en los resultados de la curación. De igual manera, el mismo Halsted recomendó la extirpación de los ganglios supraclaviculares, cuya práctica abandonó poco después al no encontrar curaciones mayores.

En 1922 Handley señaló la necesidad de practicar biopsias de los ganglios de la cadena de los vasos mamarios internos, tratándolos con radio intersticial, siendo su hijo Richard quien inició la práctica rutinaria de biopsias a estos ganglios, encontrando en 1946, que el 38% era positivo.

Posterior al descubrimiento de las radiaciones, Emil Grûbbe en Chicago en 1903 y Herman Gecht en Hamburgo, iniciaron la aplicación biológica en los tumores, primero en los inoperables y ya para 1912 el mismo Handley la recomendaba para evitar las recurrencias posoperatorias y como un medio eficaz para controlar el dolor.

En el decenio de 1970, George Grile Jr. y Oliver Cope, iniciaron en EUA la práctica de mastectomías parciales con o sin radioterapia para evitar en parte la desfiguración mamaria, aunque los resultados no fueron los esperados.

En 1973 Keynes en Inglaterra y Beclesse en Francia, iniciaron la práctica de los implantes radioactivos, siendo hasta mediados de los años de 1950, cuando se introdujeron las fuentes de alta energía. De tal forma que, en 1983 Harris consideró que la irradiación era una alternativa frente a la mastectomía para el tratamiento de muchas mujeres con cáncer mamario.

Sin embargo, a pesar de los avances en cuanto a las modificaciones en la magnitud de la cirugía y los descubrimientos de nuevas teorías de la diseminación, la mortalidad no cambió de manera significativa hasta que se logró detectar un buen número de tumores en sus etapas tempranas, muchos de ellos en sus fases incipientes, mediante la detección y el perfeccionamiento de las mastografías y el tratamiento médico aditivo adyuvante, observándose así por primera vez, mejorías en el control, manejo y resultados de dicho cáncer.

Así mismo, el empleo de fármacos citotóxicos ante pequeños tumores o la posible diseminación incipiente de la enfermedad con remoción del foco primario sin importar la magnitud de la intervención quirúrgica local y de los ganglios axilares afectados, son los pasos actuales más significativos para tratar de controlar la enfermedad.

4.4 Epidemiología del cáncer de mama.

A nivel mundial el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres. Si bien todos los grupos de edad se ven afectados por un incremento progresivo en la incidencia de la enfermedad, éste es más drástico en las mujeres de edad avanzada.

4.4.1 Factores de riesgo.

Se identifican múltiples factores relacionados con un incremento en el riesgo de desarrollar cáncer de mama, los cuales comprenden aspectos genéticos, familiares, hormonales, ambientales, de dieta y de enfermedades benignas de la mama. Sin embargo, a pesar de que la importancia de estos factores se reconoce, cerca del 50% de las mujeres que desarrollan cáncer en el seno no

presenta al diagnóstico otros factores de riesgo que no sean relativos a su condición de mujer o la edad.

- **Sexo**

El principal factor de riesgo es ser mujer; al ser la relación cáncer de mama mujer-hombre 100 a 1.

- **Edad**

El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta con la edad, aunque el pronóstico de las mujeres cuyo diagnóstico de enfermedad maligna se presenta antes de los 35 años suele ser malo.

- **Terapia hormonal de reemplazo**

Recibir terapia hormonal de reemplazo por más de cinco años (estrógenos solos o estrógenos+progestina) aumenta significativamente el riesgo de cáncer de mama, existiendo un período de latencia de 15 años entre el uso y la aparición del cáncer. Este riesgo está en relación directa con el tipo de estrógeno usado (estrógenos conjugados equinos, dietilestilbestrol), la administración de dosis altas, la dosis acumulada y el período de administración.

- **Factores ambientales**

La exposición a radiaciones ionizantes, ya sea para el diagnóstico médico o por procedimientos terapéuticos, aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de mama, siendo ésta especialmente peligrosa entre la pubertad y los 30 años, con un pico de incidencia de exposición entre 15 y 18 años de edad. Además, se informa un incremento notorio en el riesgo de padecer cáncer de mama en mujeres que recibieron radioterapia de tipo manto para el tratamiento de enfermedad de Hodgkin antes de los 15 años de edad.

Por otra parte, se sugiere que otros factores ambientales, incluyendo la exposición a campos electromagnéticos y pesticidas organoclorados, incrementan el riesgo de cáncer de mama, aunque los datos aún no son concluyentes.

- **Antecedentes de cáncer**

Las mujeres con antecedentes de cáncer de ovario o endometrio tienen un riesgo relativo dos veces mayor de cáncer de mama. A su vez, las mujeres que padecen cáncer de mama tienen mayor riesgo de presentar una segunda neoplasia en la otra mama lo mismo que cáncer de ovario o cáncer de colon.

- **Personalidad**

Desde el punto de vista de la personalidad, los pacientes con cáncer, frecuentemente, son descritos como inhibidos, conformistas, excesivamente ajustados, depresivos y con una personalidad compulsiva. Siendo un hecho muy común en estos pacientes, su tendencia a la represión y al rechazo de los afectos, así como una tendencia hacia la ansiedad.

- **Factores hormonales (Actividad menstrual y vida reproductiva)**

El cáncer de mama se relaciona claramente con el estado hormonal de la mujer, por lo cual, varios estudios señalan un vínculo entre la incidencia de cáncer de mama y la edad de la menarca, la menopausia y el primer embarazo; siendo en específico, la menarquía temprana, la menopausia tardía, la nuliparidad y la edad del primer embarazo por encima de los 30 años, los factores que incrementan el riesgo de cáncer mamario, relacionándose éstos, con la prolongación de la actividad ovárica hormonal. Sin embargo, la ovariectomía anterior a la menopausia, tiene un efecto protector contra éste tipo de cáncer.

Además, un estudio mexicano realizado en fecha reciente, propone que la lactancia antes de los 25 años de edad tiene un factor protector.

- **Administración exógena de hormonas**

El estrógeno y la progesterona ejercen efectos proliferativos en el tejido mamario humano, siendo el primero, el que promueve la tumorigénesis mamaria en modelos animales, así como en cultivos de tejido *in vitro*.

El uso continuo de anticonceptivos orales en mujeres menores de 35 años de edad produce un pequeño aumento del riesgo de desarrollar cáncer mamario,

comparado con mujeres que nunca los han usado, y el cual también puede incrementarse cuando su empleo inicia antes de los 18 años de edad y persiste por más de 10 años.

- **Enfermedad benigna proliferativa de la mama**

Mientras que el fibroadenoma, la ectasia ductal, el papiloma ductal solitario y los quistes macroscópicos no se relacionan con el riesgo aumentado del cáncer de mama; la hiperplasia epitelial con atipias y la metaplasia apocrina sí se pueden relacionar con un riesgo aumentado de esta neoplasia.

Sin embargo, debido a la vaguedad del término enfermedad proliferativa de la mama, que incluye una gran variedad de entidades distintas, no puede describirse una relación global con el cáncer de mama.

- **Historia familiar de cáncer de mama**

Las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido un cáncer de mama presentan un mayor riesgo de desarrollarlo también, aumentándose las probabilidades si el tumor además aparece en familiares premenopáusicas o de forma bilateral. Sin embargo, este riesgo es muy variable por la multifactorialidad de la asociación familiar (predisposición social, factores nutricionales o ambientales o factores hereditarios por susceptibilidad genética).

Lynch ha definido dos formas de presentación del cáncer de mama: una esporádica y otra familiar. Definiéndose esta última forma por la existencia de cáncer de mama en dos o más familiares de primer grado, debiéndose esta agrupación; al azar, al ambiente común o a factores genéticos primarios, siendo un subgrupo de la presentación familiar, la forma hereditaria, en la cual existe suficiente información en el árbol genealógico para justificar que los factores genéticos primarios son el punto más importante en la etiología del tumor. De tal forma que la historia del cáncer familiar hereditario, se caracteriza por la edad de aparición temprana, bilateralidad marcada, transmisión vertical y asociación con otros tumores (síndrome de Cowden).

Todo ello, se ejemplifica en un análisis de las historias familiares de 255 pacientes afectadas de cáncer de mama, en el cual, 82% eran esporádicas y el 18% restante presentaban agregación familiar (el 5% era hereditario con asociación sindrómica y el 13% presentaba agregación familiar sin criterios hereditarios). Por otro lado, en algunas familias cuyo riesgo es hereditario, puede haber una transmisión autosómica dominante, tanto materna como paterna.

Así mismo, el riesgo de padecer cáncer de mama varía según el grado de parentesco: a) si la hermana o la madre padecen cáncer de mama, el riesgo relativo es de 2.1, b) si la hermana y la madre padecen cáncer de mama, el riesgo relativo es de 13.6 y c) si una tía o una abuela son las que padecen el cáncer de mama, el riesgo relativo es de 1.5.

- **Obesidad (relación peso-talla)**

Aunque es difícil estudiar la relación entre la obesidad y el cáncer de mama al ser varios los factores asociados a ambos trastornos (como el peso, la altura, la superficie corporal, la dieta, la edad de la menarquía, entre otros), la obesidad sí confiere un riesgo aumentado de cáncer de mama en las mujeres posmenopáusicas, contrario a las mujeres premenopáusicas afectas del mismo tumor, las cuales, suelen tener un peso bajo en relación a su estatura, tanto en la menarquía como en el momento del diagnóstico.

- **Factores nutricionales (Dieta)**

La experimentación animal ha demostrado que, tanto en presencia como en ausencia de carcinógenos, la alimentación con dietas ricas en grasas, incrementa la incidencia de cáncer de mama en las ratas.

Sin embargo, a pesar de que en la mujer se ha observado una correlación lineal creciente entre el consumo diario de grasa y la mortalidad por cáncer de mama, los estudios de casos-control no han podido demostrar una relación significativa entre constituyentes determinados de la dieta y el aumento del riesgo en el cáncer de mama.

Aunque, el incrementar el consumo de frutas y vegetales, reduce el riesgo de cáncer de mama, debido a la presencia de Bcarotenos, vitamina C, calcio y otros micronutrientes. Además, en poblaciones mediterráneas se demostró que la ingesta de aceite de oliva se relacionó con la disminución del riesgo de cáncer a pesar del consumo de altos niveles de grasa total.

- **Alcohol**

A pesar de que algunos autores consideran que la ingesta de alcohol es un factor de riesgo de cáncer de mama (a mayor cantidad de consumo, mayor riesgo), el grado de incremento de éste, aún es incierto, y de igual manera el posible mecanismo de acción tampoco está resuelto, pese a que la ingesta de alcohol se relaciona con un incremento significativo de varias hormonas estrogénicas.

- **Irradiación**

La irradiación –como en los supervivientes de bombas atómicas, las irradiaciones por mastitis puerperal o las fluoroscopias en el tratamiento de la tuberculosis- se asocia a un mayor riesgo de cáncer mamario, con un periodo de latencia de 10-15 años.

4.5 Historia Natural.

Los factores etiológicos mencionados anteriormente, actúan sobre las células epiteliales produciendo alteraciones bioquímicas y estructurales en el núcleo (ADN) y, en menor grado, en el citoplasma, dando lugar a la hiperplasia. De tal modo que, si estos factores etiológicos persisten en su acción, la hiperplasia se transforma progresivamente en hiperplasia atípica, displasia y, finalmente, carcinoma *in situ*, en cuya fase las células han alcanzado criterios de malignidad sin sobrepasar la membrana basal; sin embargo, cuando esto sucede, el carcinoma *in situ* se transforma en carcinoma invasor.

La velocidad de crecimiento del cáncer de mama es muy variable; ya que, depende de múltiples factores: edad de la paciente, localización del tumor (localización primaria o metástasis) y momento de la observación.

El crecimiento local del cáncer de mama se produce a través de los tejidos de menor resistencia, es decir, a través de la grasa, los canalículos, los espacios perineurales, los vasos venosos y linfáticos y las fascias. Por esta vía se extenderá hasta la piel, pudiendo infiltrarla e invadiendo los vasos linfáticos subdérmicos, provocando así la llamada “piel de naranja” con posterior ulceración y necrosis, o bien ocasionando fibrosis con retracción de la piel y del pezón, formando una masa dura, que si crece en profundidad, el tumor llegará a afectar a la musculatura torácica y a la pared costal, fijándose a ella.

A partir de la invasión de los vasos linfáticos, los émbolos de células tumorales pueden colonizar los ganglios regionales, siendo la zona axilar el área que se afecta con mayor frecuencia (40-50% de las pacientes), la cual se divide en tres niveles –I, II y III-, según los ganglios se localicen por debajo del borde inferior del músculo pectoral menor, en la zona del músculo pectoral menor o por encima del borde superior del músculo pectoral menor, respectivamente. La segunda zona ganglionar más afectada es la de los ganglios de la mamaria interna, localizados en la zona de la arteria del mismo nombre, los cuales se afectan con mayor frecuencia cuando el tumor se halla localizado en los cuadrantes internos o en la zona central de la mama, aunque el área ganglionar más afectada en estas localizaciones tumorales continúa siendo la axilar. Y por último, la zona supraclavicular, es la tercera zona de invasión ganglionar, a partir de la afectación del área axilar.

Asimismo, existen otras áreas afectadas con menor frecuencia, que son: las laterocervicales y la axilar, supraclavicular y mamaria interna contralateral.

La diseminación hematógena se hace a través de la invasión de los vasos venosos o por medio de los vasos linfáticos, los cuales desembocan en el sistema venoso. El lugar de metastatización en estudios autopsicos es, por orden de frecuencia, óseo, pulmonar (nodular o linfático), hepático, pleural, suprarrenal y cutáneo, siendo clínicamente las localizaciones más frecuentes, las cutáneo-ganglionares, las óseas y las pulmonares. Y aunque no es muy frecuente, cabe mencionar por su especial sintomatología las diseminaciones cerebrales, retinianas y mamarías contralaterales. Además, siguiendo con la metastatización, se pueden diferenciar dos patrones con diferente pronóstico:

por un lado, la diseminación cutánea-ganglionar-ósea, con mejor pronóstico y larga supervivencia, y por otro lado, la diseminación visceral (pulmonar, pleural, hepática y cerebral), con peor pronóstico.

4.6 Tratamiento médico del cáncer de mama.

4.6.1 Diagnóstico

MAMOGRAFÍA. Una mamografía es una exposición de los tejidos blandos de la mama a los rayos X, la cual se puede solicitar cuando la mujer o el médico hayan descubierto una señal o síntoma que les alerte de la posibilidad de que exista un cáncer de mama o como una revisión médica sistémica. Las mamografías pueden detectar pequeñas lesiones antes de que puedan palparse; sin embargo, los resultados de las mismas no son infalibles, ya que, se pueden dar tanto falsos positivos como falsos negativos y aproximadamente del 10 al 15 % de las veces un tumor maligno no se refleja en la mamografía, y por ende, no se pueden detectar todos los cánceres de forma precoz.

Y aunque la mamografía es el modo más efectivo para detectar precozmente el cáncer de mama, el 75% de los tumores malignos se los encuentran las mismas mujeres (Hirshaut y Pressman, 1992).

BIOPSIA. Se remite a la mujer a un cirujano o a un especialista de mama, el cual efectuará este tipo de intervención, que puede seguir un procedimiento de una o dos fases. En el de una fase se trata a la mujer de forma inmediata si la biopsia delata que existe cáncer (por ejemplo, con una tumorectomía o una mastectomía). Mientras que en el procedimiento de dos fases, que es el más común, la biopsia constituye la primera de las fases; es decir, si se encuentra cáncer, se practica la cirugía en un momento posterior.

Como en todas las intervenciones médicas, en las cuales hay distintos procedimientos para un mismo problema, también existen varias biopsias, cada una de las cuales tiene sus ventajas, sus limitaciones y su grado de efectividad, al igual que todos los métodos médicos utilizados.

Aspiración con aguja fina. Es un tipo de biopsia que a menudo se utiliza para diferenciar un quiste de un tumor. Con este procedimiento se resuelve de forma

relativamente rápida la cuestión de la malignidad, sin requerir ninguna cirugía, aunque resulta ser más fiable dicha intervención cuando es positiva, ya que, si el examen es negativo, no puede descartarse que la paciente tenga cáncer.

Biopsia con aguja tru-cut. En este tipo de biopsia se extrae un núcleo de células, cuyo procedimiento tampoco es quirúrgico, aunque sus resultados son precisos. Sin embargo, no es viable con ciertos tipos de tumores y no proporciona información sobre los receptores hormonales (aunque ésta puede obtenerse mediante otra prueba), la cual, es importante para el tratamiento.

Biopsia por incisión. Su práctica consiste en extraer una porción de tejido bajo anestesia local, y solamente es apropiada con determinados tipos de tumores, pudiéndose emplear si el cáncer de mama alcanza un cierto tamaño.

Biopsia por escisión. Consiste en extraer el área afectada o todo el tumor y según el tamaño de éste, puede provocar o no cambios en la forma de la mama.

ANATOMÍA PATOLÓGICA. El anatomopatólogo es el que analiza el tejido de la biopsia para ver si existe o no cáncer de mama y, en caso de existir, de qué tipo de cáncer se trata. El procedimiento del corte por congelación se realiza en pocos minutos y consiste en la observación, a través del microscopio, de delgadas secciones de tejido congelado para determinar si hay cáncer, mientras que, el procedimiento del corte permanente es un estudio más minucioso, el cual, tarda varios días en analizarse.

Invasivo frente a no invasivo. Hay que determinar si el cáncer es invasivo (expansivo) o no invasivo, y a veces, se llega a ser referencia a los tumores del tipo no invasivo como precancerosos (es decir, carcinoma ductal o carcinoma *in situ*).

Estadios del tumor. El cáncer se valora o clasifica de acuerdo con el denominado sistema TNM (tumor, nódulos y metástasis) o sistema de clasificación por estadios, que atiende a tres criterios: el tamaño del tumor, la extensión del cáncer por los ganglios (nódulos) linfáticos y la presencia de metástasis. Los estadios se numeran del 0 al 4, correspondiendo al número

más alto la mayor gravedad, y siendo las células cancerosas que están en los estadios 0, 1 o 2, las más receptivas al tratamiento.

Durante el proceso de clasificación por estadios hay también un intento de establecer si es probable que las células cancerosas se dividan agresivamente y, por lo tanto, se extiendan de forma más rápida. La presencia de células cancerosas en la sangre o en los vasos linfáticos determina la posibilidad de que haya metástasis, no obstante, el análisis de los ganglios linfáticos no es infalible. En casos de carcinomas invasivos, el 20-30 % de los cánceres de mama se extenderán aunque los ganglios sean negativos. Además de ello, el anatomopatólogo, también determina si hay cáncer en los bordes de los tejidos extraídos (de nuevo para indicar la probabilidad de expansión).

Las pacientes reaccionan de distinta manera a la clasificación del tumor, ya que, mientras que algunas muestran poco interés por el diagnóstico, otras por el contrario, investigan a fondo. Y para las pacientes que tienen tumores avanzados, el descubrir la información sobre los índices de supervivencia puede ser particularmente alarmante.

El estadio del cáncer y el índice de supervivencia son útiles para establecer el curso apropiado de tratamiento; por lo que, dicha información se puede utilizar también para valorar las alternativas de tratamiento frente a las cuestiones relativas a la calidad de vida.

Receptores de los estrógenos. Del material de la biopsia se puede efectuar también una prueba de los receptores de los estrógenos para determinar la receptividad a los tratamientos específicos. Así, si el tumor es positivo para los receptores de los estrógenos, es posible que sea sensible a las hormonas y que por ende pueda ser tratado con ellas.

4.6.2 Tratamiento.

El tratamiento del cáncer es multidisciplinario, en el cual interviene, según el estadio: la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia.

Los tratamientos pueden ser locales (en la misma mama) o sistémicos (en todo el organismo).

4.6.2.1 Tratamientos quirúrgicos locales.

Las opciones quirúrgicas para el tratamiento locorregional del cáncer de mama oscilan entre dos extremos. El extremo más conservador consiste en la extirpación única del tumor primario (tumorectomía o lumpectomía), mientras que, en el extremo más agresivo se halla la mastectomía radical (intervención de Halsted).

Una cirugía conservadora – tumorectomía, segmentectomía o cuadrantectomía con vaciamiento ganglionar axilar- asociada a radioterapia es igual de eficaz que la mastectomía en el control local de la enfermedad y en la tasa de supervivencia global, pero sólo para los estadios I y II.

Quirúrgicamente se puede efectuar una tumorectomía o una mastectomía, con sus relativas ventajas y desventajas, siendo considerado actualmente, que los dos tipos de intervenciones tienen resultados médicos equivalentes para muchos tipos precoces de cáncer de mama.

Tumorectomía. Esta intervención consiste en extirpar el tumor de la mama y una muestra de los ganglios linfáticos de la axila, siendo la principal ventaja de este procedimiento, que normalmente no desfigura tanto la mama como la mastectomía. Sin embargo, a menudo queda la preocupación de que el cáncer reaparezca y de que entonces no pueda ser extraído con tanta facilidad. Tras la tumorectomía, se pueden administrar hormonas o quimioterapia, y además, casi siempre se efectúan radiaciones (un tratamiento local complementario) para aumentar la efectividad de la cirugía.

En la *radioterapia* se proyectan rayos X de alta energía a la mama, a la pared del tórax y, en ocasiones, a las áreas cercanas que todavía tengan ganglios linfáticos, para destruir las células cancerosas. Se dibujan marcas en la piel para precisar la zona afectada. Aunque los tratamientos se efectúan 5 días a la semana, durante aproximadamente 5 semanas, el prolongado período de los tratamientos con una aplicación diaria mínima de radiación, evita que el tejido orgánico sano quede dañado. Y aunque la radioterapia no es dolorosa, puede provocar, fatiga intensa y algunos cambios en la piel, así como, complicaciones personales por la duración, el coste y la disponibilidad del tratamiento.

Además, este tratamiento puede utilizarse con fines erradicativos (radioterapia radical) o de forma complementaria a la cirugía (radioterapia posoperatoria).

A muchas mujeres se les pedirá que elijan entre la tumorectomía y la mastectomía, al ser en algunos casos, los resultados médicos equivalentes; por lo cual, la decisión que se tome dependerá de razones personales distintas en cada mujer; ya que, en cuanto a la opción por la tumorectomía, habrá que tener en cuenta factores como la disponibilidad y el tiempo requerido para la radioterapia, y en lo que respecta a la mastectomía, habrá que considerar la posibilidad de reconstrucción, el grado en el que la mama forma parte de la sexualidad de la mujer y la identidad personal.

Mastectomía. Una mastectomía radical modificada (el procedimiento más común) implica la extirpación de la mama y de los ganglios linfáticos, pero conserva los músculos intactos; lo cual conlleva a una mayor alteración de la apariencia física de la mujer que la tumorectomía, pero elimina la posibilidad de la reaparición del cáncer de mama, ya que, no se puede desarrollar un cáncer de mama si no se tiene seno; aunque, todavía es posible la reaparición en la zona de la escisión, así como las metástasis, o propagación del cáncer de mama a otros órganos.

Reconstrucción de la mama. Frecuentemente la paciente tiene la opción de la reconstrucción quirúrgica de la mama al mismo tiempo que la mastectomía, siendo a menudo, un gran alivio para la misma, aunque también es posible realizarla con posterioridad. Dicha reconstrucción puede consistir en un implante de silicona o de solución salina bajo el músculo pectoral, o en el uso de los músculos abdominales y de tejido graso para imitar el pecho (colgajo TRAM o músculos transversos, recto anterior y miocutáneo). Además, el momento escogido dependerá del estadio del cáncer, la preferencia de la enferma y las recomendaciones particulares del cirujano.

Y en un momento posterior, se puede o bien crear un pezón, utilizando un tejido pigmentado de otras partes del organismo, o tatuarlo en el pecho. Si la mastectomía ha sido radical (más frecuente en el pasado, con extirpación de la mama, de los ganglios linfáticos de la axila y del tejido muscular), se puede

crear un colgajo en la pared del tórax, para lo cual se utiliza el músculo dorsal ancho de la espalda, cuyo implante se puede colocar bajo este colgajo.

Las reacciones a la reconstrucción de la mama son variadas. Mientras algunas mujeres están encantadas con los resultados, otras pueden sentirse descontentas. Algunas pacientes pueden experimentar la aparición de edemas, así como, la pérdida de sensibilidad local en el área reconstruida. Y a menudo, se puede producir descontento cuando la mama reconstruida no coincide en tamaño o forma con la que no ha sido objeto de alteración, para lo cual, la opción para restablecer la simetría en el cuerpo de la mujer, puede ser, la cirugía plástica en el pecho sano.

4.6.2.2 Tratamientos sistémicos.

Con este término se hace referencia a los tratamientos sobre todo el organismo a través del torrente sanguíneo, los cuales, se clasifican en dos tipos: quimioterapia y terapia hormonal, y que son administrados, después de que el tumor primario ha sido extirpado.

Por lo tanto, la selección de la población a la cual se le administra este tratamiento, está en función del riesgo que tiene dicha población de presentar recurrencia del tumor después de haberse efectuado el tratamiento local, siendo obtenido tal riesgo, a partir de los factores pronósticos (clínicos, histológicos y biológicos) de un determinado tumor. Y en el caso del cáncer de mama, el factor más potente de predicción de recurrencia y de muerte en pacientes que se han sometido a un tratamiento locorregional radical es la afectación ganglionar.

Quimioterapia. Se basa en la administración de ciertas drogas para destruir células cancerosas dentro del cuerpo, por lo cual, la dosis y la frecuencia de las sesiones dependerá del tipo de droga utilizada y del plan de tratamiento.

Este tratamiento se ofrece cuando el riesgo de extensión del cáncer es lo suficientemente importante como para justificarlo; siendo las mujeres premenopáusicas con ganglios linfáticos positivos, a las que casi siempre se les aplica este tratamiento, mientras que, cuando los ganglios linfáticos son

negativos el empleo de este tratamiento es variable. Y en ocasiones, se puede combinar la quimioterapia con la terapia hormonal.

El creciente número de mujeres con ganglios negativos a las que se les ofrece la quimioterapia como tratamiento coadyuvante, llevó a la conclusión, en un congreso del National Cancer Institute, celebrado en 1990, de que, aunque a la mayor parte de enfermas de cáncer de mama que tienen ganglios negativos se les aplican tratamientos locales, la terapia sistémica puede ser beneficiosa en algunas mujeres que presentan tumores de más de 1 cm.

Además, la mayor parte de los estudios realizados sobre tratamiento adyuvante de cáncer de mama con ganglios negativos muestran un aumento de intervalo libre de enfermedad, pero muy pocos demuestran un aumento de la supervivencia, por lo cual, a raíz de estos resultados, el tratamiento adyuvante en pacientes con ganglios negativos no debe efectuarse rutinariamente, debiéndose realizar sólo en aquellas pacientes con factores de mal pronóstico, tales como: mujeres jóvenes, con tumores de gran tamaño o muy indiferenciados, y con características biológicas de gran agresividad (tumores aneuploides o con un elevado porcentaje de células en fase S).

El propósito de la quimioterapia o de la terapia hormonal es evitar la reaparición del cáncer; ya que, nadie desea repetir la experiencia del cáncer de mama cuya recaída es extremadamente difícil de curar. Por tal razón, el consenso generalizado es que, la mayoría de las pacientes, siempre que exista un cáncer de mama invasivo, deben recibir una terapia coadyuvante para evitar la recidiva.

La quimioterapia funciona interfiriendo la reproducción celular y, por lo tanto, provoca la muerte de las células cancerosas. Sin embargo, al no ser selectiva con las células, destruirá también todas aquellas que se dividen rápidamente, incluyendo las células del pelo, las del revestimiento intestinal y las de la médula ósea; y por tal razón, es administrada en ciclos, en diversas pautas y combinaciones farmacológicas, siendo su objetivo el lograr que disminuya el número total de células cancerosas. Los tratamientos pueden durar de doce semanas a un año, variando sus efectos secundarios de acuerdo al fármaco o combinación de fármacos empleados, la dosis, la vía de administración, el

número de ciclos del tratamiento y de si al mismo tiempo se está aplicando radioterapia.

Dichos efectos secundarios pueden incluir: náuseas, vómitos, amenorrea temporal con sofocaciones, cambios en el estado de ánimo, caída total o parcial del cabello (temporalmente) y sequedad vaginal.

Asimismo, se ha demostrado que el tratamiento con poliquimioterapia es mejor que el tratamiento con un solo fármaco citotóxico.

Trasplante autólogo de médula ósea (TAMO). Es un nuevo tratamiento, actualmente en fase experimental, al que sólo se recurre cuando la quimioterapia es claramente insuficiente; en particular, cuando hay metástasis extensas de las células cancerosas. La quimioterapia estándar se limita en intensidad debido a su toxicidad para la paciente, ya que destruye no sólo las células cancerosas, sino también todas las células que tienen un crecimiento rápido, incluyendo la médula ósea, que es el lugar donde se producen los hematíes y leucocitos de la sangre, de tal manera, que un tratamiento intensivo puede debilitar el sistema inmunológico de la paciente, propiciando que sea más susceptible a contraer otras enfermedades.

El procedimiento que lleva acabo el trasplante autólogo de médula ósea es el siguiente: se extrae la médula ósea de la paciente y se guarda para su utilización futura en caso de necesitarla. Se hospitaliza a la paciente durante un tiempo y se administran antibióticos., pudiéndose emplear dosis masivas de quimioterapia lo suficientemente fuertes como para eliminar el sistema inmunológico y las metástasis de las células cancerosas, trayendo como posibles efectos secundarios, un aumento de la mortalidad debido a la depresión del sistema inmunológico. Además, de que también se debe tener en cuenta, el alto coste económico del tratamiento y el largo tiempo de hospitalización, ya que, muchas compañías de seguros no cubren los tratamientos experimentales.

Terapia hormonal. Combina el uso de medicamentos o la extracción quirúrgica de los ovarios para prevenir que las hormonas estimulen el crecimiento de las

células cancerosas que pudieran permanecer en el cuerpo después de la cirugía.

El cáncer de mama es uno de los pocos tumores humanos que responden al tratamiento hormonal, ya que, cerca del 40% pueden responder a éste método. El mecanismo fisiopatológico de la utilidad de este tratamiento se explica por el hecho de que el crecimiento del cáncer de mama es dependiente directamente de algunas hormonas, sobre todo de los estrógenos; donde interacciona el estradiol con su receptor citoplasmático, formándose un complejo hormonorreceptor, el cual, es transferido al núcleo celular, fijándose a la cromatina e influyendo en el sistema de replicación celular.

Si el tumor es sensible a las hormonas, puede ser efectivo el tamoxifeno o la terapia hormonal, especialmente en mujeres en la etapa de la posmenopausia, el cual, es un bloqueante de los estrógenos que se administra en forma de comprimidos, dos veces al día durante tres a cinco años, para evitar el desarrollo celular, teniendo menos efectos secundarios que la quimioterapia estándar, y que en ocasiones, se puede suministrar como tratamiento combinado con la quimioterapia.

4.7 Clasificación por estadios.

El diagnóstico de extensión del cáncer de mama, es útil: para la elección del tratamiento adecuado de cada paciente individual, para calcular su pronóstico y para comparar los resultados de los diferentes programas de tratamiento; la cual se realiza sobre una base clínica, es decir, basándose en la exploración física, la evaluación de laboratorio y la evaluación radiológica.

El sistema de estadificación para el cáncer de mama, está basado en el sistema TNM (T, tamaño del tumor; N, si el tumor se ha diseminado a los ganglios linfáticos, en las axilas o aún no se ha diseminado; M, si el tumor se ha metastatizado; es decir, si se ha propagado a una región más distante del cuerpo). Así los tumores de mayor tamaño, de propagación nodal y metastásicos tienen un mayor número de estadiaje y por ende un peor pronóstico.

La estadificación principal incluye:

- Estadio 0: es una enfermedad pre-maligna o con marcadores positivos (a veces llamada CDIS: *carcinoma ductal 'in situ'*).
- Los estadios 1-3 son los 'inicios' del cáncer, potencialmente curables.
- Mientras que, el estadio 4 se define como cáncer en etapa 'avanzada' y/o cáncer metastásico, debido a que se diseminó hasta otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia hasta los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro, por lo cual, se considera incurable.

Y, el sistema TNM (T, tumor; N, ganglios; M, metástasis), se describe de la siguiente manera:

T Tumores primarios.

T₁ Tumor de 2 cm o menos en su mayor dimensión.

- a) No hay fijación a la fascia pectoral subyacente o al músculo.
- b) Fijación a la fascia pectoral subyacente o al músculo.

T₂ Tumor de más de 2 cm, pero no mayor de 5 cm en su mayor dimensión.

T₃ Tumor de más de 5 cm de dimensión máxima.

- a) No hay fijación a la fascia pectoral subyacente o al músculo.
- b) Fijación a la fascia pectoral subyacente o al músculo.

T₄ Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared del tórax o a la piel.

Nota: La pared del tórax incluye las costillas, los músculos intercostales y el músculo serrato anterior, pero no el músculo pectoral.

- a) Fijación a la pared del tórax.
- b) Edema (incluyendo la piel de naranja), ulceración de la piel de la mama o nódulos satélites de la piel confinados a la misma mama.
- c) Ambos puntos anteriores.
- d) Carcinoma inflamatorio.

Pueden darse en los T₁, T₂ o T₃ depresiones de la piel, retracción del pezón o cualquier otro cambio en la piel, excepto los de T₄b sin afectar la clasificación.

N Ganglios regionales.

N₀ Sin ganglios hormolaterales palpables.

N₁ Ganglios hormolaterales móviles.

a) Ganglios que se cree que no contienen tumor.

b) Ganglios considerados portadores de tumor.

N₂ Ganglios axilares hormolaterales portadores de tumor y fijados unos con otros a otras estructuras.

N₃ Ganglios hormolaterales supra o infraclaviculares portadores de tumor o edema de brazo.

M Metástasis a distancia.

M₀ Sin prueba de metástasis distante.

M₁ Presencia de metástasis distante, que incluye la afectación de la piel más allá del área de la mama.

PARTE II. PSICOONCOLOGÍA

4.8 Psicooncología.

La psicooncología es entendida como un campo interdisciplinario que se ocupa de los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y conductuales del cáncer desde dos perspectivas: por un lado, estudiando la influencia de estos aspectos en la morbilidad y mortalidad a través de los estilos de vida, y por tanto, valorando las respuestas psicosociales que se producen en las distintas fases de la enfermedad; y, por otro, la intervención para la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Por lo cual, entiende al cáncer como una enfermedad multifactorial, tanto en su génesis, como en su tratamiento y evolución, centrando su atención en el paciente y no en la enfermedad que lo aqueja, y por ende, percibe al enfermo en su totalidad biopsicosocial.

De acuerdo a Cruzado y Labrador (2000), el creciente interés que se viene prestando a esta área se debe, a los siguientes factores:

- 1.-Se ha constatado que en un 80% de los casos de cáncer, la aparición o el curso de la enfermedad están determinados por una serie de estilos de vida o hábitos tales como el tabaquismo o la alimentación, por lo cual, como señala Bayés (1990), el control de los hábitos de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables, pueden salvar más vidas que todos los procedimientos de quimioterapia.
- 2.-La detección precoz de determinados tipos de cáncer, como el de la próstata, mama o cérvix, son determinantes para la supervivencia del sujeto.
- 3.-Los avances experimentados en la psiconeuroinmunología han revelado que el estrés y las emociones pueden contribuir a la génesis y el pronóstico de la enfermedad, y a la supervivencia de los pacientes diagnosticados de cáncer.
- 4.-La necesidad de informar correctamente al paciente acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, para la toma de decisiones.

5.-El desarrollo de procedimientos de evaluación de la calidad de vida de los pacientes es necesario para la orientación y toma de decisiones, que abarcan: la evaluación del estado psicológico, los síntomas físicos, la imagen corporal, las disfunciones sexuales y la repercusión social.

Y ante la importancia de estos factores, se han propuesto las siguientes líneas de investigación en psicooncología (Breitbart y Chochinov, 1998):

- Impacto psicológico y adaptación.
- Prevalencia de trastornos psiquiátricos.
- Calidad de vida y tratamientos.
- Variables de personalidad.
- Impacto en la familia.
- Apoyo social.
- Problemas de supervivencia.
- Psicofarmacología.
- Alto riesgo genético.
- Psiquiatría: cuidados paliativos.
- Intervenciones psicológicas.

Sin embargo, como señala Holland (1997), existen una serie de dificultades en el desarrollo de esta especialidad:

Por parte del paciente:

- Miedo al estigma social, ante la posibilidad de ser diagnosticado de algún tipo de trastorno mental.
- Preocupación por la posible adicción a psicofármacos.
- No considerar necesario el apoyo psicológico.

Por parte del oncólogo:

- Mayor coste de tiempo que supone el valorar la situación emocional del paciente (falta de detección del trastorno mental).

- Creer que no es competencia suya valorar la situación psicológica del paciente.
- Esperar a que el paciente demande la atención psicológica (si no lo hace es porque no presenta ninguna alteración).

A escala institucional:

- La prioridad es curar el cáncer, por lo cual, los aspectos emocionales pasan a un segundo plano.
- Creer que la atención y la investigación en psicooncología es acientífica.
- El mayor coste económico que supone admitir la participación de especialistas en el equipo del hospital.
- Desconocimiento de parte de la gerencia hospitalaria acerca de los beneficios de la atención psicológica a pacientes con cáncer.

4.8.1 Repercusiones psicológicas en el paciente diagnosticado de cáncer.

Cuando a un paciente se le diagnostica cáncer, se ponen en marcha una serie de percepciones negativas, desarrollándose toda una serie de expectativas y fantasías de carácter negativo que se asocian a la idea de muerte, deformidad, incapacidad e interrupción biográfica; es decir, de miedos, tal y como lo ha señalado Holland (1989), quien habla de seis "D", que son los seis miedos del paciente con cáncer, los cuales serían universales. La primera D corresponde a la muerte (death); que sería el primer temor, que aparece con la comunicación del diagnóstico. Surge después el miedo a la dependencia (dependency) de los demás, de todas las personas próximas al paciente (cónyuge, familia, amigos, personal sanitario) y por tanto, no poder valerse por sí mismo. La preocupación por la deformidad (disfigurement), por el desfiguramiento del cuerpo o de una parte del mismo, como consecuencia de la propia enfermedad o de los tratamientos quirúrgicos aplicados, en muchos casos, con resultados traumáticos (como en el caso de las amputaciones), o como consecuencia del empleo de fármacos, como en el caso de la quimioterapia. También aparece el miedo a la interferencia de la enfermedad en determinadas funciones fisiológicas, por ejemplo la sexualidad

El miedo a la incapacidad (disability), que está relacionado con la interferencia que el cáncer produce en el desarrollo de las tareas habituales del paciente, en los ámbitos familiar, laboral o social. La alteración de las relaciones interpersonales (disruption of interpersonal relationships) es otra consecuencia de la enfermedad que siempre preocupa al paciente. Y por último, existe el miedo al dolor (discomfort) y al sufrimiento físico. Además, este mismo autor añadió después una séptima “D”, que habla sobre la desvinculación del entorno (disengagement).

Por otro lado, estos temores que sufren los pacientes diagnosticados de cáncer se dan en función de una serie de factores, que a su vez determinan cómo los enfermos se enfrentan con la enfermedad. Y de acuerdo con Holland (1989), estos factores se dividen en tres grupos: en el primero se incluyen los factores relacionados con la enfermedad; en el segundo, los relacionados con el enfermo y en el tercero, los relacionados con el marco social y cultural del paciente.

Factores que determinan la respuesta psicológica frente al cáncer (Holland, 1989)

RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD:

- Tipo de cáncer, localización, estadio, síntomas, pronóstico.
- Tratamiento prescrito (cirugía, radioterapia, quimioterapia) y secuelas (inmediatas y tardías).
- Alteraciones físicas o funcionales: posibilidad de rehabilitación.

RELACIONADOS CON EL ENFERMO:

- Aspectos intrapersonales:
 - .personalidad.
 - .mecanismos de afrontamiento.
 - .madurez emocional en el momento del diagnóstico.
 - .creencias religiosas, actitudes espirituales o filosóficas.

RELACIONADOS CON EL MARCO SOCIAL:

- Comunicación del diagnóstico frente al silencio y secretismo anterior.
- Conocimiento de las opciones terapéuticas, pronóstico y participación en las decisiones.
- Creencias populares (el estrés causa cáncer).

El primer factor relacionado con la enfermedad es el tipo de cáncer de que se trate. Su localización, su estadio evolutivo, el tipo de abordaje terapéutico y las posibles complicaciones, determinan un pronóstico distinto y formas diferentes de abordar la enfermedad, tanto por parte del propio paciente como por el personal sanitario encargado de su cuidado.

En relación a los factores relacionados con el enfermo, se encuentra, el nivel previo de adaptación del paciente a distintas situaciones de estrés, lo cual, constituye un antecedente importante para valorar cómo va a responder ante un diagnóstico de cáncer.

La amenaza que supone la enfermedad en cuanto a la proyección biográfica del paciente, guarda una estrecha relación con las condiciones sociodemográficas en las que éste se encuentra inmerso; ya que, no es lo mismo la irrupción de la enfermedad en una persona mayor que en una persona joven, al menos en cuanto a las expectativas de vida, que son radicalmente distintas en uno y otro caso.

El apoyo social que tenga el paciente (sus relaciones sociales, conyugales y familiares de tipo positivo) constituye un amortiguador muy importante para enfrentarse a la situación de estrés que representa el cáncer.

Las actitudes culturales y las creencias religiosas acerca de la muerte y la trascendencia, también influyen, en las distintas actitudes con las que los pacientes se enfrentan a la enfermedad, al igual que, las condiciones socioeconómicas, por lo que, la quiebra económica que en muchos casos sucede a la aparición de la enfermedad contribuye a debilitar los esfuerzos de afrontamiento que los pacientes deben realizar.

Por último, los factores de personalidad que determinan las distintas estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes serán determinantes para establecer el grado de lucha contra la enfermedad y sus consecuencias.

4.8.2 Fases y respuestas psicológicas en la enfermedad por cáncer.

La enfermedad cancerosa, como cualquier otra enfermedad, se desarrolla en una serie de fases durante las cuales el paciente debe poner en marcha los

distintos mecanismos de que dispone para enfrentarse a las situaciones de estrés que se derivan de la vivencia de la enfermedad. Y según Fawzy (1996), estas fases son:

PREDIAGNÓSTICO. A lo largo de esta fase se somete al paciente a distintas pruebas diagnósticas, que en muchos casos desencadenan sentimientos de incertidumbre y preocupación, que pueden producir, respuestas desadaptativas tales como: hipervigilancia, preocupación excesiva, hipocondría y alteraciones del sueño.

DIAGNÓSTICO. En esta fase se produce, en la mayoría de las ocasiones, un fuerte impacto emocional, por lo cual, suelen aparecer diversas reacciones no adaptativas como la negación, el rechazo fatalista, la depresión o la hostilidad.

TRATAMIENTO. Durante este periodo es frecuente la presencia de distintos miedos, con matices en función de la terapéutica empleada, entre los cuales se encuentran: el miedo a la intervención quirúrgica, el miedo al posible cambio en la imagen corporal producido por cirugías agresivas y el miedo a los efectos secundarios provocados por los fármacos quimioterapéuticos, tales como, los vómitos o la caída del cabello; los cuales, predisponen a que el paciente pueda experimentar diversos síntomas psicopatológicos, como reacciones de ansiedad, cuadros depresivos o reacciones de rechazo al tratamiento o a la efectividad de éste.

POSTRATAMIENTO. En esta fase el paciente puede expresar sus miedos a la recidiva de la enfermedad, mediante una exagerada autoobservación o poniendo en marcha actitudes o expectativas con una gran carga de ansiedad o depresión.

RECIDIVA. La presencia de nuevos síntomas, que ponen de manifiesto que el proceso se ha reanudado, desencadena un nuevo ciclo adaptativo, con la presencia de las fases de incredulidad o negación inicial, seguida de rabia y hostilidad y, por último, de ansiedad o depresión; siendo la característica esencial de esta fase, que el paciente experimenta mayores dificultades para enfrentarse de nuevo a la experiencia de la enfermedad, por lo cual, son

mayores las probabilidades de que fracasen los mecanismos de adaptación, de modo que, el paciente puede presentar cuadros depresivos o de ansiedad.

PROGRESIÓN. En esta fase son frecuentes los cuadros depresivos, ya que, la enfermedad avanza, por lo cual, el paciente suele buscar nueva información, confirmar el diagnóstico con otros especialistas e incluso recurrir a tratamientos alternativos.

TERMINAL-PALIATIVA. El paciente adquiere conciencia de la irreversibilidad del proceso, por lo que, en determinados enfermos se produce una reacción de duelo personal. Además, en esta etapa, el sujeto experimenta miedo al dolor y al posible abandono de los demás, anticipando incluso su propia muerte.

4.8.3 Estilos de afrontamiento en la enfermedad por cáncer.

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984, 1986, 1999), el afrontamiento es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que lleva a cabo la persona para hacer frente o reducir las cualidades adversas de la situación estresante, resistir o superar las demandas excesivas, específicas, internas o externas, que se le plantean en un acontecer vital, y así, poder restablecer el equilibrio y en definitiva, adaptarse a la nueva situación. El afrontamiento tiene dos funciones principales: por un lado, el regular las emociones producidas por la evaluación cognitiva (afrontamiento dirigido a la emoción) y, por otro, el tratar de cambiar la relación de la persona con el ambiente (afrontamiento dirigido al problema). Y, tanto en un caso como en otro, el sujeto utiliza una serie de estrategias para tratar de superar la situación, las cuales, no son mejores ni peores a otras; ya que, todo depende de las transacciones específicas que se establezcan entre la persona y el ambiente, y de las consecuencias que tengan en la adaptación a los procesos, que pueden variar a corto o a largo plazo.

Así pues, el estilo de afrontamiento que desarrolla el paciente determina en gran medida la naturaleza de la adaptación psicológica a la enfermedad, siendo de tal manera, un importante indicador de la probable presentación de trastornos psicopatológicos en el paciente oncológico.

Moorey y Greer (1989) han postulado una serie de estilos de afrontamiento que comúnmente utilizan los pacientes oncológicos:

- ✓ Espíritu de lucha (búsqueda activa de información).
- ✓ Evitación positiva (no percepción de amenaza).
- ✓ Negación de la enfermedad.
- ✓ Fatalismo, resignación pasiva (aceptación estoica) (percepción como pérdida).
- ✓ Preocupación ansiosa (incertidumbre sobre el control y las posibilidades futuras).
- ✓ Desvalimiento/desesperanza e indefensión (falta de control sobre la enfermedad).

Así, un espíritu de lucha acentuado indica una excelente capacidad para controlar los trastornos emocionales y se asocia a un buen pronóstico; mientras que, el empleo del mecanismo de negación de la enfermedad, que puede ser eficaz a corto plazo, pone de manifiesto que el paciente toma el diagnóstico de la enfermedad como una amenaza mínima, por lo que es irrelevante su control. Además, otras estrategias, como la reacción de fatalismo, suelen acompañar a un pronóstico incierto o malo, y la reacción de indefensión revela un alto riesgo de depresión en los pacientes que la presentan.

De modo que, la utilización de unos u otros mecanismos dependerá de los recursos psicológicos, familiares o sociales con que cuentan los pacientes, así como, de su nivel previo de adaptación.

4.8.4 Factores psicosociales y cáncer.

Entre 1790 a 1870, autores como Paget, Snow y Parker señalaban que la aparición del cáncer estaba relacionada con los efectos que producían las pérdidas y abandonos, las preocupaciones, y, la aflicción o la melancolía prolongada.

Por otro lado, en 1962, Kissen describió que éstos pacientes eran personas con grandes dificultades en la expresión de emociones, que cuando las

expresaban, lo hacían de forma estereotipada. Asimismo, Bahnson aludía a la presencia de mecanismos de defensa de represión y negación.

Además, se ha argumentado que las variables psicosociales pueden ejercer una influencia directa o indirecta en el riesgo de contraer cáncer y en el desarrollo de la enfermedad, estando también, las respuestas inmunológicas influidas por estas variables. De tal modo que, la personalidad del paciente, los tipos de afrontamiento utilizados o el estado emocional derivado de situaciones de estrés (sobre todo el relacionado con situaciones de pérdida), ejercen una influencia directa; mientras que, los hábitos y estilos de vida (como el uso de drogas, alcohol, tabaco y la dieta), la conducta de enfermedad que aplaza el contacto con la asistencia médica y por tanto retrasa el diagnóstico y tratamiento, o el grado de apoyo social, son los factores que ejercen una influencia indirecta.

Personalidad

Uno de los hallazgos más frecuentemente descritos es la presencia de la llamada personalidad tipo C en pacientes con cáncer, la cual describe a una personalidad cooperadora, complaciente, conformista, perfeccionista, laboriosa y defensiva, que evita el conflicto y busca la armonía, siendo incapaz de expresar emociones negativas como el enfado o la ansiedad, y, que utiliza frecuentemente estrategias de afrontamiento, tales como, el desamparo y la desesperanza, la inhibición, la negación, la represión emocional y la autoagresividad.

Asimismo, los estudios de Burish y cols. (1984) y de Miller y Mangan (1983) muestran que “la adaptación psicológica a procedimientos médicos resulta más efectiva cuando la intervención se acomoda a los estilos de afrontamiento utilizados por el paciente.”¹²⁰ Además de que, Holmes y Stevenson (1990) y Smith y cols. (1989), señalan que los estilos preferentes de afrontamiento pueden tener una vinculación con las distintas etapas evolutivas del cáncer, ya que éstos pueden modificarse como resultado de la experiencia de la enfermedad y de los tratamientos recibidos.

¹²⁰ Nieto Munuera, J. et al., p.126

Sucesos vitales estresantes

Los factores situacionales tienen gran importancia en la valoración que realiza el sujeto como tales sucesos estresantes. Entre estos factores se encuentran: el nivel de incertidumbre acerca de la recurrencia de un acontecimiento, la inminencia de éste y su duración, el grado de ambigüedad, el potencial estresante inherente, o la cronología respecto del ciclo vital de esa persona; de modo que, los acontecimientos negativos producen más estrés que los positivos.

Apoyo social

La red de apoyo social de una persona, es de vital importancia, a la hora de enfrentarse con la enfermedad cancerosa; ya que, una buena estructura de redes sociales se relaciona positivamente con el bienestar y la salud, constituyendo un buen amortiguador del estrés. Así, estudios recientes ponen de manifiesto la importancia de este apoyo, sobre todo del percibido por el paciente, que en muchas ocasiones no corresponde con el apoyo objetivo.

Además, Wortman (1984) señala que el estigma social que provoca el cáncer repercute negativamente sobre las relaciones sociales del individuo, favoreciendo el aislamiento y los problemas de comunicación, que por ende, afecta el apoyo emocional, económico y social.

4.8.5 Alteraciones psíquicas en pacientes con cáncer.

Trastornos adaptativos

Las reacciones adaptativas son los cuadros psicopatológicos que se presentan con más frecuencia, los cuales, se encuentran en una posición intermedia entre los trastornos psiquiátricos mayores y las reacciones de afrontamiento normales ante el estrés, y que se caracterizan por una mala adaptación en una o más esferas psicosociales, como el trabajo, las relaciones interpersonales, las aficiones, la sexualidad o la capacidad de disfrutar las cosas de la vida.

Trastornos depresivos

El estado de ánimo depresivo suele ser un síntoma habitual en el paciente con cáncer, cuyos predictores, según Harrison y Maguirre (1994), son: los antecedentes psiquiátricos, la baja autoestima, los apoyos inadecuados, la toxicidad por quimioterapia, la gravedad de la enfermedad, las complicaciones somáticas y la preocupación por la imagen corporal.

Ansiedad

De acuerdo con Matías y cols. (1995), las distintas manifestaciones de ansiedad se ordenan en cuatro grupos: en primer lugar, se encuentra la ansiedad reactiva o situacional, relacionada con la crisis que produce el diagnóstico de la enfermedad; en segundo lugar, está la ansiedad relacionada con la intervención médica, debida a alteraciones metabólicas producidas, a la secreción hormonal tumoral o a la acción de diversos fármacos; en tercer lugar, figura la ansiedad relacionada con un trastorno de ansiedad preexistente; y, finalmente, existe una ansiedad relacionada con diversos aspectos del tratamiento que se dispensa al paciente.

En este sentido, Razavi, Delvaux y De Brier (1996) han elaborado un listado de los síntomas ansiosos y depresivos propios del paciente canceroso, entre los que se puede encontrar, tanto la expresión de un esfuerzo de adaptación, como la de su fracaso.

Síntomas ansiosos:

- ❖ Crisis con lágrimas.
- ❖ Ansiedad difusa, temor y miedo.
- ❖ Dudas sobre la eficacia de los cuidados y los cuidadores.
- ❖ Sentimiento de pérdida de control.
- ❖ Hipervigilancia y estado de alerta permanente.
- ❖ Nerviosismo, premonición de peligro inminente.
- ❖ Actividades compulsivas.
- ❖ Agresividad pasajera.

Síntomas depresivos:

- ❖ Retraimiento social.
- ❖ Agitación y lentificación psicomotriz.
- ❖ Pérdida de interés por las actividades cotidianas.
- ❖ Rumiación de sentimientos y pesimismo.
- ❖ Sentimientos inadecuados de culpabilidad.
- ❖ Sentimientos de ser incomprendido por los demás.
- ❖ Sentimientos de inutilidad social.
- ❖ Pérdida de autoestima.
- ❖ Abatimiento, indiferencia.
- ❖ Pensamientos recurrentes de muerte.
- ❖ Irritabilidad.
- ❖ Llanto fácil.
- ❖ Ideación suicida.

Síntomas ansiosos y depresivos:

- ❖ Dificultad para reintegrarse a la vida activa.
- ❖ Falta o exceso de atención a su apariencia corporal.
- ❖ Tristeza o ansiedad aparente.

Además de esto, existen factores que favorecen la presencia de sintomatología psíquica en los pacientes diagnosticados con cáncer, los cuales, de acuerdo con Harrison y Maguirre (1994), se pueden agrupar en tres tipos: orgánicos, psicológicos y sociales.

1.- Factores Orgánicos.

- Síntomas de deformación física secundarios al tumor o tipo de tratamiento.
- Estadio más avanzado al momento del diagnóstico.
- Experiencias adversas de cáncer en la familia.
- Percepción negativa de los tratamientos y del equipo asistencial.
- Tratamientos agresivos con citostáticos.

- Pronóstico breve de supervivencia.

2.- Factores Psicológicos.

- Antecedentes psiquiátricos.
- Elevada ansiedad como rasgo.
- Baja fuerza del yo.
- Tendencia a suprimir u ocultar las emociones, sobre todo las negativas.
- Múltiples y diversas preocupaciones.
- Sentimiento de derrota.
- Enfrentamiento poco eficaz a los problemas.
- Abuso de alcohol.

3.- Factores Sociales.

- Bajo estatus socioeconómico.
- Problemática conyugal.
- Acontecimientos vitales de carácter adverso recientes.
- Escasos apoyos familiares o sociales.
- Escasa o nula práctica religiosa.

4.9 La psicooncología en el cáncer de mama.

El psicoterapeuta puede ser de ayuda para las pacientes y los familiares, quienes deben tomar varias decisiones respecto al tratamiento que se debe seguir en el cáncer de mama, el cual, puede incluir la tumorectomía o la mastectomía, la quimioterapia electiva, la posible mastectomía profiláctica del pecho sano y la opción por la cirugía reconstructiva. Además de plantearse las alternativas reales de tratamiento y de sufrir la insoportable ansiedad que le provoca el cáncer, se la enfrenta con una miríada de especialistas (un internista o un ginecólogo, un radiólogo, un cirujano de mama, un oncólogo, un radiólogo oncológico y un cirujano plástico), cuyo grupo médico es fundamentalmente masculino, el cual, puede intimidar a la paciente, dificultar la comunicación y avivar el sentido de pasividad y sus dudas, haciendo más difícil para ella participar en la de toma de decisiones, las cuales, pueden verse afectadas por

los factores psicológicos, teniendo en cuenta que, tomar las decisiones apropiadas condicionan frecuentemente el éxito del tratamiento.

La consideración de todos estos factores ha conducido al desarrollo de la psicooncología, la cual se ocupa de las respuestas emocionales de las pacientes, los familiares y los cuidadores, así como de los factores psicológicos, sociales y conductuales que pueden influir en la morbilidad y mortalidad del cáncer; ya que, para muchas pacientes, aturcidas por el diagnóstico, víctimas de numerosos menoscabos y malestares, llevadas de un sitio a otro y de prueba en prueba, la experiencia es desconcertante y aterradora.

La multifactorialidad del cáncer cobra especial atención en el cáncer de mama. Los aspectos sociológicos y culturales asociados al cáncer (una larga y penosa enfermedad) hacen que continúe siendo vista, por la mayor parte de nuestra población, como una patología de pronóstico sombrío, mutilante, costosa desde el punto de vista económico, dolorosa a nivel de pareja, compleja a nivel familiar y una amenaza permanente, según el caso, tanto para las sobrevivientes, como para las madres, hermanas, hijas y nietas de éstas. Si a todo esto le sumamos las hipótesis que apuntan a una supuesta psicogénesis directa del cáncer (lo cual nunca ha sido demostrado por ningún estudio científico), pero que genera una dosis importante de culpa; nos encontramos frente un escenario extremadamente complejo, donde la paciente deberá verse enfrentada no sólo a los tratamientos médicos, con sus respectivas secuelas orgánicas, estéticas, funcionales y cognitivas, sino que también, a múltiples consecuencias psicosociales y familiares. La estructura psicológica y de la personalidad de la paciente; la preexistencia de psicopatologías previas a la aparición del cáncer; la historia oncológica de la paciente, es decir, sus expectativas previas con la enfermedad, las enfermedades neoplásicas de sus familiares directos, amigos y conocidos, el desarrollo y desenlace de las mismas, influirán significativamente en la respuesta emocional tras el conocimiento diagnóstico.

Las pacientes con cáncer de mama necesitan la asistencia psicooncológica durante el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación. Tras el diagnóstico

inicial se les plantea una complicada serie de alternativas médicas que conllevan importantes efectos secundarios y molestias, por las cuales tienen que decidirse, en un momento en que se encuentran más preocupadas.

Durante las fases del tratamiento y la recuperación, las pacientes y las familias necesitan aliados que les puedan ofrecer soporte, brindándoles el primer apoyo psicológico que las capaciten para tener autoconfianza. Se puede llamar al psicoterapeuta para tratar los efectos secundarios de la cirugía (cicatrices y pérdida de la mama) y de los tratamientos coadyuvantes (inseguridad por la pérdida del cabello, fatiga, náuseas y vómitos). Asimismo, existen otros síntomas que se presentan comúnmente, la ansiedad generalizada durante todo el curso de la enfermedad y el miedo a la recaída.

Además, de que las intervenciones psicológicas ayudan a las pacientes a sentirse mejor, la ansiedad y los efectos secundarios del tratamiento tienen un impacto negativo en la eficacia de las intervenciones médicas que pueden propiciar un incumplimiento o abandono precoz del tratamiento. Por tal motivo, los psicólogos -a través de intervenciones cognitivo-conductuales y técnicas de apoyo- han desempeñado un papel decisivo en la ayuda a pacientes que sufren efectos secundarios disfuncionales ocasionados por procesos médicos, tales como: deterioro de la imagen corporal, sexualidad afectada, náuseas y vómitos antes y después del tratamiento, terapéutica del dolor y crisis general en la familia, proporcionando estas intervenciones psicológicas, un elemento de autocontrol a las pacientes sobre su situación que de otra forma no podrían dominar.

4.9.1 Importancia estética de la mama.

El cáncer de mama es la neoplasia que con mayor frecuencia aparece entre las mujeres de los países desarrollados (Leis, 1991); siendo la principal causa de muerte en la población del sexo femenino, entre los 35 y 50 años de edad (Pérez-Manga, 1989), la cual se ve reflejada en el riesgo global que tiene una mujer de padecer cáncer de mama a lo largo de su vida, el cual es de un 10%.

Los planteamientos terapéuticos que conlleva la enfermedad del cáncer de mama (desde la mastectomía radical a la tumorectomía o cuadrantectomía),

suponen una agresión física muy importante para la mujer afectada de dicho padecimiento, al igual que un daño irreparable de su esquema corporal integral que repercute de forma muy intensa en el equilibrio de su psicología, en su estado anímico y afectivo.

Por tal motivo, es conveniente enfatizar la simbología de la mama en la mujer y su trascendencia psicológica, pues de lo contrario no podemos entender las gravísimas repercusiones psíquicas que se evidencian tras las correspondientes intervenciones quirúrgicas. La mama es sinónimo de belleza, erotismo, sexualidad, reproducción o afectividad; la cual ha sido representada a través de los diversos períodos de la historia, en el arte y en la escultura de diversas formas, según el concepto de belleza dominante en el período histórico en concreto, así, en las esculturas más antiguas se evidencian, en particular, cuerpos femeninos que tienen los senos grandes y ptósicos, como la Venus de Laussel y la Venus de Willendorf, expresando gustos diametralmente opuestos a los gustos modernos; mientras que, la religión cristiana nos permite comprender la importancia estética de la mama, a pesar de que la función más importante que se le atribuye es la nutrición de la prole.

Por otro lado, el seno también ha sido objeto de particular atención, en el campo de la moda, al comenzar los griegos primero y más tarde los romanos a desarrollar el uso de los sujetadores con el fin de conseguir un mejor conjunto estético de la mujer (la fascia pectoralis). Entre los griegos, con Fidias se definen los cánones de la belleza, con la creación de estatuas armónicas a las que sucesivamente, se les va añadiendo una delicada sensualidad. En la Venus de Milo y en la Afrodita de Cirene se alcanza el máximo de la armonía del cuerpo femenino, en tanto que los escultores romanos, se fijan más en la anatomía humana.

Y, a pesar de que en la Edad Media, existía un culto de la estética, la femineidad y la sexualidad, igual que en tantas otras esferas del conocimiento y de la intelectualidad, fue hasta el Renacimiento donde de nuevo el culto a lo bello, a lo estético, lo sensual y lo femenino vuelve a cobrar un carácter muy especial de contemplación, de auténtico éxtasis ante la belleza, armonía y perfección del seno.

Por ende, todos los atributos femeninos se ven fuertemente convulsionados como consecuencia de la agresión quirúrgica, de tal suerte que la divinización materna que los egipcios adoraban se ve quebrada, al igual que el conjunto de las fantasías sexuales que inconscientemente siente la mujer y que explican numerosas disfunciones sexuales a posteriori. En definitiva, el símbolo de la maternidad y de la sexualidad, se puede ver destruido como consecuencia de la amputación del seno femenino, como un cruel castigo, capaz de disminuir la actividad y atracción eróticas.

4.9.2 Factores psicosociales en la etiología del cáncer mamario.

La existencia de una personalidad propensa al cáncer fue postulada de manera temprana en medicina, comenzando con la observación de Galeno, el cual mencionaba, que las mujeres melancólicas eran más propensas al cáncer que las mujeres sanguíneas.

Bacon y sus asociados (1952) proporcionaron una de las primeras publicaciones sobre la personalidad del cáncer, siendo el desarrollo del cáncer mamario correlacionado estadísticamente con inhibiciones de la sexualidad y la maternidad, incapacidad para manejarse adecuadamente con la cólera, la agresión u hostilidad y los conflictos maternos no resueltos. Asimismo, mediante la utilización del test de Worthington de la historia personal, entrevistas clínicas y psicoterapia individual, LeShan encontró diversos factores psicológicos consistentemente relacionados con el desarrollo del cáncer mamario, que son: 1) pérdida previa de un allegado cercano; 2) incapacidad para manifestar la cólera; 3) tensiones entre padres e hijos no resueltas; 4) problemas sexuales; 5) soledad y depresión, y 6) un grado sustancial de falta de confianza en sí mismo y de desesperación.

La pérdida o separación de los seres queridos, el duelo, la vida familiar infeliz y los eventos adversos en los ambientes familiares o del trabajo, han sido asociados con la instalación del cáncer mamario. Entre tanto, la carencia de desahogos emocionales, la incapacidad para la utilización de los recursos psicológicos y el “síndrome del desvalido desesperanzado”, se establecen como atributos de la personalidad del cáncer.

4.9.3 Factores psicológicos en la detección y el tratamiento del cáncer de mama.

Varios autores creen que el miedo al cáncer de mama promueve la demora tanto en la detección como en su tratamiento; ya que, de acuerdo a la encuesta realizada por Gallup (1974), el 46% de las mujeres que respondieron sentía que el autoexamen mensual de las mamas las preocuparía innecesariamente, dando respuestas evasivas la mitad de ellas, acerca del por qué no practicaban el autoexamen, tales como, que no tenían tiempo y que no sentían la necesidad de hacerlo, siendo de tal modo, el miedo al cáncer más importante que la amenaza a su femineidad.

El miedo es un fenómeno complejo que está relacionado con otros factores cognoscitivos, como son las percepciones de susceptibilidad, el dolor, las consecuencias y el conocimiento. Ntonovsky y Hartman (1974) encontraron que el conocimiento de los síntomas está altamente relacionado con la detección temprana, aunque un conocimiento tal de las clínicas de detección no disminuye el retraso en usarlas. Asimismo, Rosenstock (1966) sugiere que la acción positiva es una función de la susceptibilidad o de la amenaza que un individuo percibe. De tal forma que, según Holland (1976) los juicios y actitudes preconcebidas de las mujeres acerca del cáncer llevan a la acción o a la inacción. Por ejemplo, la creencia de que los tumores mamarios siempre llevan a las cirugías mutilantes, a la debilidad y a una muerte dolorosa subsecuente, es un importante factor en la negación de los síntomas y en la inacción. Sin embargo, en estudios recientes, se ha demostrado que el miedo también puede llevar a un comportamiento positivo que derive en la pronta detección y tratamiento del cáncer de mama.

De igual manera, la interpretación del dolor también contribuye a un retraso en la detección de la enfermedad. Zola (1966) y Zborowski (1952) demostraron que las pautas culturales influyen en la interpretación del dolor, de modo que, cuando el dolor es mínimo, la participación en la selección y en el tratamiento serán retrasadas. Mientras que, cuando los síntomas o la enfermedad son percibidos como serios, el tratamiento es requerido.

4.9.4 Factores psicosociales relacionados con el cáncer de mama.

Los factores psicosociales influyen en la adaptación posmastectomía y pueden minimizar las consecuencias del cáncer de mama, por lo cual, Francis (1969) recomendó un afronte pragmático, centrando su importancia en cómo la paciente reacciona a su diagnóstico y pronóstico así como en la forma en que el personal médico y la familia de ésta reaccionan a su carácter de enferma.

Las reacciones psicológicas a un diagnóstico de cáncer de mama están generalmente asociadas con tres períodos de tiempo: preoperatorio, operatorio y posoperatorio, en donde destacan la ansiedad y la depresión, como reacciones preoperatorias más comunes.

Después del diagnóstico se presentan temores específicos relacionados con el miedo de la operación, la posibilidad de muerte, el peligro de la viabilidad del matrimonio, la pérdida de la femineidad, el rechazo de los otros y el bienestar de la familia mientras la paciente está en el hospital. Y aunado a éstos, se encuentran los temores que Schain (1976) refiere en algunas mujeres con respecto a los efectos de la radiación diagnóstica, a la honestidad del diagnóstico del médico y a la pérdida de su sensación de libertad y autodeterminación al entrar en un hospital.

De acuerdo con Holland (1976), hay reacciones normales y reacciones desmedidas al recibir el diagnóstico del cáncer. Las reacciones normales incluyen ansiedad, insomnio, anorexia, irritabilidad y disminución de la concentración. En cambio, la negación, el rechazo a aceptar o a requerir atención médica, son componentes de respuestas inadaptadas.

Por otro lado, algunos de los temores posoperatorios de las pacientes mastectomizadas son similares a los preoperatorios, tales como, el miedo a la mutilación, la pérdida de la femineidad, la depresión y la muerte, además de inquietudes respecto a que debe establecer una fortaleza emocional para mirar su cicatriz y colaborar en la continuación de su tratamiento, de cómo reaccionará su familia hacia ella, qué decirle a los demás, su autoimagen sexual, la reanudación de la actividad sexual y la pérdida de la seguridad económica.

Asimismo, pueden salir a la superficie diversas preocupaciones relacionadas con el problema de la salud, como: la recidiva y la pérdida de la otra mama en mujeres que han tenido una mastectomía, comienzan a cuestionarse si el tratamiento que recibieron fue o no necesario o suficiente para erradicar la enfermedad, la limitación del movimiento del hombro, la invalidez, la dependencia y el tratamiento.

En resumen, el cáncer de mama despierta en la mujer muchos temores subyacentes, cóleras y resentimientos, cuyas respuestas psicosociales dependerán de su personalidad, sus sistemas de apoyo, su edad, roles sociales y su pronóstico.

Por desgracia, la separación mente-cuerpo en el tratamiento de esta neoplasia sigue estando en gran parte vigente, pese a que existen modernas opiniones en contra de dicha separación, por lo que, normalmente, las intervenciones psicológicas son una idea posterior, que se ofrecen cuando el tratamiento ha finalizado y tan sólo si la paciente se muestra activamente partidaria de ellas.

4.9.5 Percepción y actitud hacia el cáncer de mama.

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en las mujeres, ya que, una de cada diez lo presentarán a lo largo de su vida. La aparición de un nódulo maligno en la mama de la mujer constituye independientemente de su extensión y gravedad, un impacto psíquico capaz de desestructurar casi totalmente su equilibrio anímico y afectivo, al verse profundamente afectada su imagen corporal y por consiguiente sus relaciones con su entorno.

“La “mama”, además de estar íntimamente unida a la reproducción sexual y a la “integridad corporal”, constituye el símbolo de la “femineidad”, de su propio “yo”.¹²¹

Por lo tanto, cualquier destrucción (cirugía parcial o radical), es, en definitiva, un atentado contra la estructura psíquica de la mujer, siendo el resultado más frecuente la ansiedad, la depresión y la desesperanza.

¹²¹ Flórez Lozano, José Antonio. (1994). *La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*. Barcelona, EDIKA MED.

Para la mayoría de las mujeres, el cáncer de mama es una de las enfermedades más temidas, al ser señalada como uno de los padecimientos más graves o inquietantes, ya que está asociado con el miedo a graves e inevitables dolores, con desfiguración e incapacidad, con rechazo social e, incluso, con censura moral, por lo cual, no es raro que aquellas mujeres que sospechan que tienen cáncer de mama presenten grandes dificultades en manejar dicha situación, particularmente amenazante, y de hacer uso de todos los recursos médicos disponibles.

En relación con el impacto del diagnóstico, una vez que la mujer es consciente de su grave enfermedad y de sus posibles consecuencias, incluyendo el dolor y la muerte, así como las posibles desfiguraciones y/o amputaciones radicales (mastectomía radical), se produce generalmente una depresión en la que se hunde la paciente, la cual conlleva una tríada de síntomas fundamentales: visión negativa de sí misma, visión negativa del futuro y visión negativa del ambiente; al mismo tiempo que se origina, una ruptura de la autoestima individual, porque la enfermedad se ensaña en el símbolo de la femineidad, de la sexualidad, de su propio yo, y de su propia existencia, surgiendo por lo tanto, una crisis de angustia muy intensa que se traduce finalmente en una crisis existencial, de manera que, en ocasiones la mujer afectada piensa que así no merece la pena vivir, por lo cual, no quiere seguir adelante.

Y, aunque el diagnóstico puede no ser un acontecimiento biológicamente significativo, si puede ser psicológicamente crítico, quedando la personalidad de la mujer afectada, dominada por un estado cognitivo negativo con tendencia a la desesperanza e indefensión, que conlleva a una grave repercusión en la disminución de la autoestima personal.

Desde el momento en el que se produce la sospecha, hasta que se realiza realmente el diagnóstico, la persona está sujeta a mucha ansiedad, al ser consciente de las consecuencias de un diagnóstico positivo.

Mastectomía. Este tipo de intervención quirúrgica es percibido por la mujer, independientemente de su edad, como un ataque directo a las bases de su femineidad o del atractivo físico, que repercute evidentemente en la sexualidad integral de ésta. Pero, que además comporta una acentuada sensación de

deformidad física y de asimetría corporal, que afecta negativamente en el autoconcepto y autoestima de la mujer, por lo cual, tiene que añadir al trauma del cáncer, el hecho de verse amputada en una de las partes más significativas de su anatomía.

Al sufrir una mastectomía, muchas mujeres cambian en su comportamiento, presentan problemas en su vida afectiva y familiar, y también, cambian los hábitos en el vestir y en su propia interacción social, al ser la mama imprescindible en la autoimagen de la mujer, siendo fundamental en su vida social, de relación y de pareja.

Además, aunado a esto, resulta habitual que muchas mujeres no vuelvan a desnudarse ante sus maridos y no dejen que sus hijos se acerquen a la zona amputada de su cuerpo.

El cáncer de mama produce severos choques emocionales, debido a que las consecuencias físicas son visibles, por lo que la mujer rechaza su nuevo esquema corporal, al ser importante su deterioro de la imagen corporal, lo que comporta una considerable fuente de angustia, al punto de alcanzar niveles altamente patológicos. Y de esta forma, se produce, el síndrome del amazonismo, es decir, las pacientes se sienten medias mujeres y piensan, por ello, que han perdido su atractivo sexual, su belleza y su capacidad de seducción; por lo cual, la angustia que se origina en estas situaciones es vivenciada como una emoción de tonalidad displacentera. Asimismo, emerge un fuerte sentimiento de aprehensión y una expectativa permanente frente a la posibilidad de que ocurra algo grave (aparición de metástasis, nuevas dosis de quimioterapia, incremento en las dosis de radiaciones, nuevas tumoraciones o la muerte). Y a veces, cuando la angustia es muy intensa, se acompaña de despersonalización, apareciendo un sentimiento de extrañeza referido a su yo; por lo que, la paciente se siente rara, como si estuviera vacía; mientras que en la desrealización, que también puede experimentar la mujer con cáncer de mama, el mundo exterior es percibido como si no tuviera vida, como si no fuera real. De tal manera que, de continuar aumentando la angustia ante la intervención, el diagnóstico y la propia intervención quirúrgica, la paciente puede llegar a una disfunción de casi todas las funciones psíquicas: la atención

se dispersa, la memoria es pobre y el pensamiento se lentifica, llegando incluso a bloquearse o desorganizarse.

Por lo tanto, las actitudes que tiene la mujer frente a este padecimiento, derivan tanto de las influencias externas (conocimiento acerca de la enfermedad) como de las idealizaciones y fantasías que pueden sostener el equilibrio de su psiquismo, el cual, se puede ver destruido.

Asimismo, la constitución física (el biotipo) constituye una diferencia ante la respuesta psicológica al diagnóstico y a la propia enfermedad; de modo que, las mujeres asténicas que generalmente, tienen un decaimiento ostensible en cuanto a sus energías, con poco pecho, se adaptan mejor a la mutilación de éste, porque el defecto es menos visible y, por tanto, es más fácil de disimular (por ejemplo, utilizando ropa holgada), mientras que, las mujeres con biotipo pícnico, que tienen tendencia a acumular grasas, obesas y de senos grandes, suelen tener más problemas, por lo cual, se muestran propensas a la mutilación de la otra mama por problemas de simetría.

Y también, la edad y el estado civil, constituyen importantes variables que intervienen en las actitudes y en las respuestas psicológicas de la mujer con cáncer de mama; ya que, en las mujeres jóvenes, el impacto psíquico es mayor, y, en las mujeres seniles, la afectación siempre es menor, aceptándose mejor la amputación de una mama. Y en cuanto al estado civil, en las mujeres solteras, la reacción ansiosa y de angustia, generalmente, siempre es mayor, porque consideran que sus relaciones de pareja van a quedar perturbadas o imposibilitadas tras esta intervención tan agresiva, mientras que, en el caso de la mujer casada, el apoyo de su cónyuge será fundamental, comportándose en la intimidad como si nada hubiese ocurrido, siendo bastante tolerable y comprensivo con los seguros estados de ansiedad, anhedonía y disminución de la libido, que aparecerán tras la mastectomía.

En resumen, las emociones que experimenta una mujer ante la pérdida de una mama pueden compararse a las que se producen ante la pérdida de un ser querido, es decir, se trata de un auténtico duelo por la función desaparecida (sexual, estética, simbólica o reproductora), por las satisfacciones psíquicas

que proporcionan dichas funciones y por la pérdida de expectativas en el terreno sexual y en lo más hondo de su femineidad.

Por tal motivo, es una experiencia traumática que puede conducir a un profundo proceso de represión psicológica, de inhibición y, particularmente, de represión sexual. Al mismo tiempo, que pueden aparecer sentimientos de culpa asociados al valor simbólico de la mama, del cuerpo, de la pareja y del ser madre. Y por consiguiente, la frustración suele ser total y subjetiva, ya que, hiere de manera importante la sensibilidad y sensualidad femenina; por lo que es vivido angustiosamente en forma de temor, el cual emerge como ansiedad, en una constante preocupación ante la posibilidad de una reactivación del proceso neoplásico, e incluso mediante celos en la relación de pareja, ya que, la inseguridad es aún mayor. Por otra parte, la gratificación amorosa, también puede verse muy afectada porque la mujer experimenta este trauma como una auténtica castración, por lo que, si existe una posible represión sexual, puede suscitar culpa, depresión del yo, sentimiento de impotencia e inseguridad.

En fin, la enfermedad y su subsiguiente extirpación de la mama, así como los tratamientos físicos coadyuvantes, dan lugar a una serie de pautas inhibitorias (eróticas y extraeróticas) que se derivan de una represión aguda, por lo que, el modo de conducirse, el lenguaje, los gestos, y la conducta en general, cambia en las relaciones interpersonales, apareciendo al mismo tiempo, conductas sexuales disfuncionales como frigidez, dispareunia e insatisfacción sexual.

4.9.6 Reacciones psicológicas al diagnóstico y al tratamiento.

La experiencia por la que se pasa al sufrir cáncer de mama no depende sólo del pronóstico médico y del alcance del tratamiento, sino también de las conceptualizaciones previas que tenga la mujer de la enfermedad y de su estado psicológico; ya que, se haya profundamente arraigado en nuestra cultura, el concepto de responsabilidad personal frente a la enfermedad, de modo que, un estado de salud malo se atribuye a motivos personales y a la flaqueza de carácter, es decir, a las emociones reprimidas, la depresión, el reporte nutricional deficiente y el exclusivo consumo de cafeína, cuyas creencias erróneas y frecuentes, tienden a provocar sentimientos de culpabilidad.

A la mayoría de las mujeres, independientemente de su estado de ánimo anterior, el trauma del diagnóstico y el tratamiento les provoca reacciones de ansiedad, tristeza, indefensión y desesperanza, por lo cual, el psicólogo debe averiguar si los síntomas que se presentan son consecuencia del diagnóstico o, son anteriores a la dolencia.

El impacto psicológico general provocado por el cáncer de mama y el tratamiento se debe a:

- Trastornos psicológicos, tales como: la depresión, la ansiedad, la hostilidad y el miedo.
- Cambios en los hábitos de vida motivados por trastornos psicológicos, malestares conyugales y sexuales, así como, disminución del ritmo de actividad.

Variables individuales que influyen en la intensidad y la duración del impacto psicológico:

Variables anteriores a la enfermedad:

- ✓ Características de la paciente. Importancia que tiene la apariencia física (la mama) para la paciente, edad, expectativas prequirúrgicas.
- ✓ Características del entorno. Preparación prequirúrgica por el cirujano, calidad de la relación conyugal y sexual.

Variables posteriores a la mastectomía:

- ✓ Forma en que la paciente afronta la situación. Uso, intensidad y selección de la negación autodefensiva y de otros recursos psicológicos; búsqueda de las causas que originan la autoculpabilidad y la proyección de la culpa.

Variables del entorno:

- ✓ Tiempo transcurrido desde la cirugía. Disponibilidad de apoyo (médico/cirujano, marido, familia y otras pacientes). Tratamientos médicos coadyuvantes (radioterapia y quimioterapia).

4.9.6.1 Reacciones psicológicas al diagnóstico.

El cáncer de mama puede ser descubierto por la propia mujer al encontrarse un bulto por medio del autoexamen, puede descubrirlo su pareja, o puede ser diagnosticado por medio de una mamografía, sin que haya síntomas físicos ni indicios o un tumor palpable, lo cual genera una mayor incertidumbre en la paciente sobre la exactitud del diagnóstico.

De tal modo que, durante el proceso de aceptación del diagnóstico, las pacientes pueden experimentar los siguientes sentimientos:

MIEDO. Por sí misma, la misma palabra cáncer asusta a la mayoría de la gente, por lo cual, seguramente, al momento de ser diagnosticadas, algunas personas tendrán miedo de sentir dolor o de morir, miedo de los efectos del tratamiento, miedo a quedar desfigurado, miedo a sentirse desvalido o de sufrir, así como también, puede surgir miedo por el costo del tratamiento, ya que puede causarle problemas económicos.

PÁNICO. Es una reacción común al diagnóstico de cáncer de mama, ya que, la mujer se puede sentir atrapada por una enfermedad a la que siempre ha temido, y cuyo miedo puede ser acrecentado, si además ha vivido la muerte de alguna allegada, debido a éste padecimiento, por lo cual, se puede producir una identificación inmediata con esta experiencia próxima y una reaparición de las respuestas emocionales por la pérdida de esa persona, así como una acentuación de los miedos por su propia supervivencia.

No obstante, las reacciones de pánico, que se alternan con momentos de confusión y negación, parecen dejar resquicio a la psique para asimilar gradualmente las traumáticas noticias, y, por tal motivo, la mente de la mujer se debate entre aceptar o rechazar su nueva situación, por lo que, en determinados momentos puede estar aterrorizada y confundida, mientras que en otros, se puede encontrar calmada y centrada. Y así, con el paso del tiempo, se acaba aceptando el cambio en el estado de salud.

NEGACIÓN. Es la reacción que tiene la persona frente al impacto del diagnóstico de esta enfermedad, la cual le impide aceptar la realidad -aunque supone ser una situación que se supera gradualmente-.

A pesar de ello, no siempre se presenta en el momento del diagnóstico, ya que puede aparecer un tiempo después, para que la persona desarrolle un sentido de esperanza, aunque, si ésta persiste, puede convertirse en un serio problema para la continuidad de los sucesivos tratamientos.

AGRESIVIDAD, RABIA E IRA. En el proceso de aceptación del diagnóstico, la persona también puede experimentar sentimientos normales de rabia, ira y agresividad, que surgen básicamente cuando trata de encontrar una respuesta al por qué de su enfermedad, al sentirse desprovista de salud y limitada para el desarrollo de algunas actividades.

Esta agresividad, a menudo trae consigo otros sentimientos, como son el miedo, el pánico, la frustración y la desolación por la necesidad de ayuda, que al ser ignorados o tratar de esconderlos, pueden perjudicar a la persona, de modo que, aunque quizás sea duro para la paciente expresar su agresividad y su ira, es necesario dar a conocer a los otros sus sentimientos, lo que probablemente puede ayudar a disminuir su estrés y tensión durante este proceso.

SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD. Es una reacción humana universal frente a los traumas y las pérdidas, en donde, el shock y el dolor provocan una disminución de la autoestima, por lo que, la mujer puede examinar cuidadosamente cada comportamiento potencialmente nocivo desarrollado en alguna ocasión, al preguntarse: ¿cómo ha podido pasarme esto a mí?, ¿qué es lo que lo ha provocado?, o ¿cómo lo he podido provocar?

Asimismo, sus allegados pueden inadvertidamente contribuir a estos sentimientos de culpabilidad, con preguntas sobre el tabaco, la bebida, los hábitos dietéticos, o las decisiones que se tomaron respecto a la lactancia materna.

Además, con base a la suposición de que la salud está bajo el control personal, el individuo es el responsable de esa salud, por lo que, se considera que estar sano es el resultado de un comportamiento consciente y que no estarlo es propio de uno inconsciente, y por ende, a la carga de la enfermedad se le une

la carga de la culpabilidad, ya que según lo anterior, la enfermedad viene determinada por una debilidad personal o moral.

En ocasiones, las manifestaciones de culpabilidad pueden expresarse de una forma inusual. Por ejemplo, a una paciente le puede avergonzar explicar a su madre que sufre ésta enfermedad, le puede causar excesiva ansiedad el temor de que su pareja la rechace debido a la dolencia o también cabe la posibilidad de que la enferma no quiera molestar al médico con preguntas al tener la impresión de que son demasiado triviales. Y de acuerdo con esto, los sentimientos de culpabilidad no se refieren tanto a un aspecto en concreto de la enfermedad, sino más bien, se manifiestan en una devaluación general de la persona y en una dificultad para ser lo suficientemente firme.

Por otro lado, cuando los sentimientos de culpabilidad son específicos, como por ejemplo, cuando se reprocha el no haberse efectuado mamografías con regularidad, resulta adecuado hablar de las ideas que se tienen acerca del propio comportamiento, ya que, es una fantasía común el creer que se puede prevenir cualquier enfermedad si se actúa de forma correcta.

Es posible que la mujer necesite aceptarse a sí misma como un ser humano falible y mortal; ya que, al igual que cualquier humano, los médicos y las mamografías no son infalibles, y la detección no siempre implica curación. Por lo que, el reconocer que la actitud de la paciente no fue la ideal (aunque ya haya poco que hacer respecto a comportamientos pasados), puede ser conveniente, sí es posible obrar de forma adecuada en la toma de decisiones presentes y futuras.

A menudo, los sentimientos de culpabilidad se deben a miedos o a rechazos provenientes de personas importantes en la vida de la enferma, por lo que, los terapeutas pueden preguntar a la paciente qué rostro se le aparece cuando se siente más culpable y qué críticas se imagina estar oyendo, ya que, en ocasiones sucede que la paciente se ha sentido culpable e incómoda la mayor parte de su vida adulta y el diagnóstico de cáncer de mama sirve simplemente para enfatizar estos sentimientos generalizados.

DIFICULTAD DE ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD. El que el diagnóstico y el tratamiento de cáncer de mama empiecen, normalmente, antes de que la mujer se sienta enferma, conlleva a grandes dificultades para que la paciente se adapte a lo que parece una enfermedad invisible, ya que, existe mucha confusión, puesto que el organismo aún no ha detectado la enfermedad al no haber síntomas todavía, por lo cual, es difícil aceptar intervenciones y tratamientos lesivos en la ausencia de éstos.

OPRESIÓN. “Frecuentemente, las pacientes a quienes se acaba de diagnosticar cáncer de mama se sienten abrumadas por el cambio de circunstancias en sus vidas y por las innumerables situaciones que se deben afrontar. Cuestiones como la elección de un tratamiento médico, problemas con el marido y los hijos, cambios físicos que debilitan, cargas económicas y dificultades laborales, acucian todas al mismo tiempo a la mujer.”¹²²

4.9.6.2 Impacto psicológico de los tratamientos médicos.

Durante el curso de la enfermedad, los niveles de ansiedad de las pacientes, están habitualmente más relacionados con la presencia de síntomas físicos que con el riesgo real o los informes médicos. Estos síntomas pueden ser provocados por el propio cáncer o los efectos secundarios del tratamiento, o ser el resultado de reacciones psicológicas, donde se encuentran las clásicas respuestas condicionadas a los impulsos, como los rechazos al médico, al hospital donde se recibió el tratamiento, a ciertos tipos de alimentos o al psicólogo.

Asimismo, los desplazamientos, el tener que someterse a múltiples pruebas y exámenes, la espera del diagnóstico y la falta de coordinación de la información proveniente de distintos lugares, significan una excesiva carga física, mental y psicológica para la paciente.

CIRUGÍA

Toma de decisión. Las intervenciones quirúrgicas suponen para la paciente el tener que tomar determinadas decisiones, tales como, la opción entre la tumorectomía o la mastectomía, la administración o no de la quimioterapia

¹²² Haber, Sandra (comp.). (2000). *Cáncer de mama: Manual de Tratamiento Psicológico*. España, Paidós.

coadyuvante y la elección de la fecha de la intervención dentro del período fértil; lo cual, implica tener el control de algo, provocando que algunas mujeres se autoinculpen, todavía más, cuando los resultados no son satisfactorios.

De manera que, se le pide a la paciente participe activamente en la toma de decisiones referentes al tratamiento, dejando de lado la idea anticuada de que “el médico es Dios y los pacientes son meros receptores pasivos”.¹²³ Y aunque esto conlleva beneficios, resulta difícil considerar opciones médicas sin tener ningún conocimiento en este campo.

La intervención quirúrgica en la mama (parcial o total) es un atentado contra el narcisismo de la mujer, ya que, la preocupación dominante (profundamente subjetiva) de llamar la atención de los demás y principalmente de los hombres (exhibición y seducción) queda anulada tras la intervención quirúrgica de una mama.

Mastectomía frente a tumorectomía: De acuerdo con la obra de Rowland y Holland's (1990), sobre las respuestas psicológicas a la cirugía, las pacientes sometidas a una mastectomía sufren más depresiones y mayores dificultades con la sexualidad, la imagen corporal y la identidad femenina que aquellas a quienes se les practica una tumorectomía, las cuales, mantienen los sentimientos de feminidad y atractivo, por lo que están más dispuestas a hablar sobre la enfermedad; lo cual es poco común, ya que, muchas pacientes suponen que las intervenciones quirúrgicas afectan sólo al organismo, y por tanto, son reacias a hablar de sus problemas psicológicos con el personal quirúrgico, al pensar a menudo, que estos problemas son un indicativo de su propia ineptitud para enfrentarse a la enfermedad.

QUIMIOTERAPIA

Experiencia médica. La experiencia de la quimioterapia depende de si su administración está prevista en el plan de tratamiento inicial o de si se utiliza para combatir una reaparición de la enfermedad, pudiendo tener consigo un mayor grado de estrés, debido a que la recaída representa una experiencia mucho más dura que el diagnóstico inicial, por lo cual, es lógico que durante

¹²³ Haber, Sandra (comp.), p.190

este procedimiento, estas pacientes interpreten los síntomas físicos como un indicativo de la progresión de la enfermedad, mientras que, las que la reciben por primera vez los asocian a los efectos secundarios del mismo.

En las diferentes clases de tratamiento, los efectos secundarios más comunes, son: náuseas, vómitos, caída del cabello, cansancio o debilidad, aumento de peso, sofocaciones y cambios de humor; siendo los cuatro primeros, los más observados por las pacientes.

Experiencia emocional. Además de los efectos secundarios de carácter físico, la experiencia de la quimioterapia provoca reacciones emocionales, tales como, el aumento de los niveles de ansiedad, depresión y miedo, que en algunas pacientes se pueden experimentar a largo plazo.

Lamentablemente con un enfoque del problema centrado en la supervivencia, los oncólogos minimizan la experiencia psicológica restándole importancia a los efectos secundarios del tratamiento. Un ejemplo de ello, son los vómitos que son un efecto secundario previsible de la quimioterapia, que en sus implicaciones reales pueden incluir sentimientos de pena, vergüenza, dependencia, pánico y falta de atractivo, a los cuales, normalmente la paciente no está preparada.

Asimismo, a pesar de que muchas mujeres saben que la quimioterapia puede provocar la caída del cabello, la experiencia real de la pérdida puede ser tremenda; ya que, el perder el cabello para ellas, es la peor de las heridas narcisistas. Cuando se miran al espejo su apariencia es distinta, y les cuesta mucho acostumbrarse a ver a una desconocida al mirarse en el espejo.

Y otras reacciones emocionales se basan en las creencias personales específicas que se tienen sobre los efectos secundarios de la quimioterapia; ya que, algunas pacientes tienen la impresión de que podrán controlar los efectos secundarios a través de su mente o de una actitud positiva, y por lo tanto, si no lo logran, se sienten culpables o incompetentes.

RADIOTERAPIA

En torno al uso de la radioterapia pueden existir circunstancias inquietantes, como el nivel de ruido que produce el Betatron, que es el instrumento emisor de las radiaciones. Asimismo, el miedo y la ansiedad pueden ser respuestas condicionadas consecuencia de este tratamiento, al igual que, la depresión y el aislamiento social son otras de sus posibles reacciones. Por otro lado, los efectos secundarios psicológicos de este tipo de tratamiento, pueden incluir, fatiga y alteraciones en la piel.

Además, el que se aplique habitualmente cinco días a la semana durante aproximadamente cinco semanas, provocan a menudo, preocupaciones adicionales sobre los medios de transporte, los horarios laborales y el cuidado de los hijos, por los inconvenientes y los gastos que ocasiona el desplazarse diariamente para el tratamiento.

4.9.6.2.1 Reacciones clínicas.

Además, ciertos agentes en la quimioterapia pueden afectar negativamente a la función sexual y a la libido, e interferir en la producción de hormonas sexuales, lo cual, puede provocar cambios físicos que hacen que el coito sea doloroso, que la excitación sexual disminuya y que se inhiba el orgasmo, los cuales pueden ser irreversibles sin un tratamiento hormonal. Y, habitualmente, la paciente desconoce estos efectos secundarios de la quimioterapia al dar su consentimiento al tratamiento.

La experiencia de la maternidad puede cambiar cuando la mujer ha sufrido cáncer de mama, variando el sentimiento de pérdida en función de la edad de los hijos; ya que, si éstos son pequeños, sentirá perder sus años de crecimiento, y si son ya mayores, temerá el no poder disfrutar de la continuidad de su relación con ellos.

CAPÍTULO 5

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL (TREC)

CAPÍTULO 5

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL (TREC)

5.1 Antecedentes

La terapia cognitiva es la terapia psicológica que surgió en los años 60 a partir de diversos cambios sociales y científicos, entre los cuales, se encuentra la concepción de la mente como un procesador de la información, y, en cuyo enfoque se considera, que dentro del proceso cognitivo pueden localizarse explicaciones sobre la conducta basadas en la propia cognición.

Entre las técnicas terapéuticas cognitivas más conocidas se encuentran: la terapia de Aaron T. Beck, centrada en los “pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas”, cuyo principal método terapéutico es el Empirismo Colaborativo, y, la Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis, orientada principalmente en las “creencias irracionales”, que utiliza como principal herramienta terapéutica el Dialogo o Debate Socrático, el cual, se encuentra apoyado en el Racionalismo.

En la terapia racional emotiva, Albert Ellis señala que la gente aprende a reaccionar ante las creencias irracionales desarrolladas durante su vida, por lo cual, los pensamientos irracionales pueden ser cambiados mediante la confrontación de ideas y creencias de las personas.

Y en la terapia cognitiva de la depresión, Beck menciona que los problemas del paciente derivan de sus distorsiones cognitivas, siendo de tal modo, la meta de la terapia cognitiva, el reemplazar los esquemas maladaptativos o, al menos, tener un mayor control sobre éstos.

Por lo tanto, las técnicas cognitivas consisten en demostrar al paciente, que su forma de pensar y la interpretación que hace de las situaciones, influyen directamente sobre sus estados de ánimo, siendo la causa de los mismos. El pensamiento negativo puede aparecer a partir de algo que le haya ocurrido, haya oído, o, en cualquier imagen o cambio somático que le desencadene una

secuencia de pensamientos, a través de los cuales, se puede descubrir el significado que el cáncer tiene para el enfermo.

De modo que, un gran conjunto de síntomas clínicos pueden ser explicados a través de la cognición, como por ejemplo: el estrés psicosocial, la depresión, la ansiedad social, las fobias específicas, los trastornos de adaptación, los trastornos de personalidad, entre otros.

Por consiguiente, los terapeutas cognitivos-conductuales se enfocan habitualmente en el estado actual más que en el pasado, concentrándose en la visión y la percepción del paciente respecto de su vida, en lugar que, en sus rasgos de personalidad, por cual, generalmente, su terapia es de corta duración, en la cual, intentan entrenar a los pacientes para que tengan más control sobre su vida, ayudándoles a cambiar estilos de vida que han sido problemáticos y sustituirlos por otros que funcionen mejor, de manera que, pueden aprender nuevas formas de actuar y de expresar sentimientos, así como, nuevas formas de pensamiento, de desarrollo y de afrontamiento.

5.2 Terapia Racional Emotiva Conductual.

La Terapia Racional Emotiva Conductual es la psicoterapia creada por Albert Ellis en 1955, cuyo modelo se basa en el concepto de mediación cognitiva, el cual se expresaba originalmente con la frase: “No son los hechos, sino lo que pensamos sobre los hechos, lo que nos perturba”, de modo que, su concepción de la génesis de la perturbación emocional se explica a través del modelo A-B-C.

Por consiguiente, esta terapia parte de la suposición o hipótesis de que nuestras consecuencias o reacciones emocionales (C) surgen principalmente de nuestras ideas o creencias conscientes o inconscientes (B) o de nuestras evaluaciones, interpretaciones o filosofías acerca de lo que nos ocurre en la experiencia activante (A).

La gente vive inmersa en un contexto físico y social, por lo que, a menudo persiguen en su vida las siguientes metas o propósitos:

a) Permanecer vivos, en movimiento y disfrutar, b) gozar de la vida tanto en solitario como en colectividad, c) mantener relaciones de intimidad con determinadas personas, d) hallar un sentido a la vida a través de la educación y la experiencia, e) inventar y llevar a cabo objetivos que vislumbren una vocación, así como, f) disfrutar del ocio y del juego.

Sin embargo, al perseguir estas metas, con frecuencia se encuentran con un acontecimiento o experiencia activadora o adversidad (A) que les bloquea y les hace sentirse fracasados, verse rechazados, o les lleva a experimentar incomodidad.

Así, cuando este acontecimiento activador (A) desafortunado ocurre, la gente (tanto si se dan cuenta como si no) cuenta con la opción de experimentar una consecuencia (C) saludable y útil, como ocurriría si sintieran lástima, decepción, o una cierta frustración. Pero también, pueden optar por sentir consecuencias destructivas o no saludables (c), como son una grave ansiedad, depresión, cólera o autocompasión. Y de igual manera, cuando experimentan A, pueden elegir entre diversas maneras para ayudarse a sí mismos a salir de aquella situación; o buscar una manera de mejorarla, o empeorarla (C). Por ejemplo, una manera de reaccionar de forma poco sana o autoderrotista (C) sería, quejarse, posponer decisiones, beber en exceso o evitarse enfrentarse con A.

Por lo tanto, si la persona opta por generar una consecuencia beneficiosa cuando se le presenta un acontecimiento desagradable, está apelando en gran medida a sus creencias racionales (RB) sobre éste, lo cual le llevará a reaccionar con conductas y sentimientos saludables y funcionales; pero si opta por las creencias irracionales (IB), reaccionará con conductas y sentimientos disfuncionales y destructivos.

La persona presenta creencias racionales, que le pueden ayudar a enfrentarse a las experiencias desagradables, las cuales, suelen consistir en preferencias, esperanzas y deseos, que incluyen significados tipo sí/también, o sí/pero ante el evento desagradable que está experimentando. Por ejemplo: “espero que no

me ocurra tal desgracia (a), pero si sucede, podré enfrentarme a ella y todavía tendré oportunidades para ser feliz”.¹²⁴

Mientras que, las creencias irracionales que la gente mantiene, perturban al sujeto, ya que, le ayudan a crear sentimientos y acciones que sabotean su posibilidad de afrontamiento de un determinado acontecimiento desagradable, que le impiden vivir de manera satisfactoria, y, las cuales suelen consistir en afirmaciones absolutistas del tipo debería de, tendría que, tengo que, además de las lógicas pero destructivas y denigrantes irracionalidades que por lo general acompañan a estos debos.

Las tres afirmaciones absolutistas básicas generadoras de neurosis son las siguientes:

1.- En relación a uno mismo, la exigencia absolutista se refiere a que, debo hacer las cosas bien, y por tanto, no hacer el ridículo. Por ejemplo, la persona expresa que debe absolutamente, tener éxito en la mayoría de sus actuaciones y relaciones; ya que, de no ser así, es alguien inadecuada e inútil. Resultado: sensaciones de grave ansiedad, depresión, desespero e inutilidad. Acciones de evitación, renuncia, abandono, adicción.

2.- En torno a la exigencia absolutista que versa sobre los demás, las personas deben tratarme con amabilidad, siendo siempre justos conmigo. Es decir, el individuo manifiesta que el resto de la gente debe, absolutamente, tratarle con consideración, justicia, respeto y amabilidad; ya que de lo contrario, no son tan buenos como dicen ser, y por tanto, no merecen alcanzar la felicidad mientras vivan. Resultado: Sentimientos de ira, furia y resentimiento. Acciones de lucha, enemistad, violencia, guerras, genocidios.

3.- Y respecto a la exigencia absolutista del mundo, éste debería ofrecerme una vida justa. De modo que, el sujeto señala que las condiciones bajo las que vive deben ser absolutamente confortables, placenteras y valiosas; por lo que, de ser diferente, será algo horrible que no soportará, siendo de tal modo,

¹²⁴ Ellis, Albert.; tr. Isabel Custodio. (1999). *UNA TERAPIA BREVE MÁS PROFUNDA Y DURADERA: Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*. España, Paidós Ibérica.

asqueroso el mundo. Resultado: sentimientos de autocompasión, ira y baja tolerancia a la frustración. Acciones de abandono, queja continua y adicciones.

Además, Ellis incluye a este modelo, los Planteamientos (P) y las Nuevas Filosofías, Emociones y Conductas Efectivas (E), definidas originalmente, como las respuestas que dan las personas al descubrir sus creencias disfuncionales, sus muestras de superación o de lucha contra ellas, y su proceso de establecimiento o de nuevas filosofías de vida y acciones más saludables.

Asimismo, en 1956, señaló en la Convención Anual de la Asociación Americana de Psicólogos en Chicago, que lo que llamamos pensamientos, sentimientos y conductas (prácticamente) nunca va por separado, sino que funciona de una manera integrada, conjunta y holística. Por ejemplo, cuando una persona piensa de forma negativa (“si no consigo la aprobación de tal sujeto, soy una persona inadecuada”), tiende a sentirse mal (ansiosa), y a actuar disfuncionalmente (suplica esa aprobación o evita a la persona).

Aunque los planteamientos de los sujetos ante las creencias disfuncionales, son en su mayoría cognitivos, es mejor incluir en éstos una buena medida de disputa emocional para conseguir mejores resultados, ya que, las personas pueden cuestionar y superar enérgicamente sus creencias irracionales, al utilizar con fuerza afirmaciones de afrontamiento con el fin de reemplazarlas.

Pero también, los planteamientos pueden ser conductuales, y de hecho, a menudo funcionan mejor. Así, las personas pueden actuar en contra de sus creencias irracionales para neutralizar el efecto de las mismas.

Los tres insights utilizados por la terapia racional emotiva conductual, son:

Insight nº 1: Los acontecimientos activadores (A) que son vistos como adversos o desagradables (en contra de las metas y deseos que se plantean) contribuyen de forma importante a desarrollar consecuencias (C) neuróticas, aunque no son las únicas causas; ya que, probablemente, la causa principal que deben buscar tanto los terapeutas como los pacientes, sea (B) las creencias absolutistas e imperativas que la gente tiene sobre A, dado que B interactúa de forma importante con A para que C se produzca. Por tal motivo, resulta especialmente interesante trabajar con estas creencias, al ser más

susceptibles de cambio que el acontecimiento activador, por lo que, se discuten hasta que la persona neurótica sea capaz de construir una nueva filosofía de vida, con emociones y conductas efectivas (E).

Insight nº 2: A menudo, las personas construyen desde su infancia, creencias irracionales ante acontecimientos activadores desagradables, que hacen que piensen, sientan o actúen de una forma neurótica (con actitud derrotista hacia uno mismo y hacia los demás), aunque, es posible que más adelante estos pensamientos, sentimientos y conductas del pasado no permanezcan. Sin embargo, cuando generan síntomas neuróticos en el presente, lo que están haciendo es perpetuar sus creencias disfuncionales originales o crear otras diferentes, es decir, están continuamente recreando, restableciendo y readoctrinándose a ellos mismos con sus creencias irracionales, manteniendo o incluso exacerbando así sus problemas. Por consiguiente, las personas se hayan continuamente modificando y reconstruyendo activamente este sistema de creencias.

Insight nº 3: Por lo general a las personas les resulta sencillo y fácil descubrir las creencias irracionales específicas que acompañan a la conducta neurótica, por lo que, casi siempre es posible discutir las y cambiarlas por creencias preferenciales más funcionales. Y para hacerlo, se requiere de un trabajo perseverante y enérgico, así como de paciencia.

5.2.1 Problemas de salud y trastorno emocional.

Muchas de las complicaciones y exacerbaciones de las enfermedades proceden de reacciones emocionales a acontecimientos que se producen en el curso de la vida cotidiana. Cuando se está enfermo o lastimado, la persona tiende a experimentar simultáneamente cambios psicológicos de diferente intensidad, los cuales, son a veces más importantes que la propia enfermedad, dando con frecuencia a los pacientes la motivación primaria para buscar tratamiento médico; ya que, muchos de éstos se encuentran más asustados que enfermos, y por tanto, cuando se les asegura que su trastorno físico no es serio, su alivio emocional les permite reducir sus quejas.

De modo que, la Terapia Racional Emotiva Conductual puede ser una manera de ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo relativamente breve, ya que constituye un enfoque, que por una parte es amplio y múltiple, al emplear varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma íntegra y, por otra parte, es asimismo una terapia filosófica y teórica, que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes, y que por tanto, ello muestra a las personas cómo fijar la atención en sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas.

✓ **Aceptación de uno mismo y enfermedad.**

Uno de los rasgos humanos más valiosos para el individuo saludable, enfermo o físicamente impedido, es la plena aceptación de sí mismo, la cual define Carl Rogers como una estimación positiva incondicional que describe una autoaceptación plena sin requerimientos ni limitaciones, contrario a lo que erróneamente y de manera normal las personas llaman amor propio o confianza en sí mismo, cuyo término es una forma sumamente condicional de aceptación, ya que, de acuerdo a esta concepción, uno tiene confianza en sí mismo o estimación de su persona debido a que posee alguna razón específica para ello (a que hace algo bien), y por tanto, al funcionar deficientemente se pierde esa confianza. Sin embargo, el individuo logra realmente autoconfianza por pura elección y no por la ejecución de algo de manera eficaz.

Por ende, la confianza en sí mismo significa que “está siempre determinado a aceptarse tal cual es, ya sea que actué mal o bien o que gane o no la aprobación de la gente”.¹²⁵

En años recientes, muchos profesionales orientados a la Terapia Racional Emotiva, han abandonado el término de confianza en sí mismo o amor propio, porque implica que uno debe clasificarse o medirse por alguna clase de ejecución, la cual, si se deja de hacer bien posteriormente, tenderá a odiarse.

¹²⁵ Dr. Ellis, Albert y Dr. Eliot Abrahms. (1980). *Terapia Racional-Emotiva (TRE) –Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México, Pax.

Por consiguiente, los terapeutas racional-emotivos actualmente utilizan los términos de aceptación de uno mismo o autoelección, ya que, no representan clasificación o juicios propios de ninguna índole.

De esta manera, se puede ayudar a los pacientes evaluando sus rasgos, sus hechos y sus ejecuciones, pero no a ellos mismos, mas si insisten en darse a sí mismos, a su totalidad, cualquier valor o valía, pueden reflexionar que son buenos no porque hacen las cosas bien o porque son amados por otros, sino simplemente porque están vivos. Siendo de tal modo ésta, una solución sumamente práctica del problema de la valía del hombre, porque establece un sencillo estándar de valor humano que no depende de nada que los pacientes hagan ni de la opinión de alguien acerca de sus características.

✓ **Ansiedad y depresión relacionadas con enfermedad.**

Aun antes de enfrentarse a una recomendación para diagnóstico o tratamiento, muchos pacientes se sienten ansiosos y deprimidos por la enfermedad que los llevó al doctor, la cual, les genera angustias sobre el dolor, la muerte y los costos médicos. De modo que, las reacciones psicológicas a sugerencias en favor de la cirugía varían desde el interés racional hasta el trastorno emocional profundo, ya que, una remota cirugía a menudo produce mucha ansiedad.

Por suerte, el terapeuta puede ayudar a sus pacientes en buena medida a cambiar sus sentimientos sobre la amenaza de la cirugía y otros procedimientos peligrosos relacionados con la salud, al igual, que puede ayudarlos a tener sentimientos apropiados, como preocupación, tristeza y disgusto, en vez de inapropiados, como el pánico y la desesperación.

Cuando un paciente reflexiona sobre su tratamiento y su médico le expone las razones para el mismo, dando las explicaciones adecuadas, el sujeto puede comprender, a partir de la idea general que tiene de lo que le va a ocurrir, que realmente no es tan terrible como pensaba.

De tal forma, que como profesional de la salud, el terapeuta puede ayudar a los pacientes a discutir directamente, sus creencias irracionales que tiene de la enfermedad, que subyacen en su ansiedad y su depresión; ya que, sus terrores

sobre el padecimiento se fundan en distorsiones ficticias de lo que ellos piensan que tiene o no tiene que ser.

Cuando los pacientes sufren alguna ansiedad abrumadora o cualquier sentimiento de depresión sobre su enfermedad o sus dificultades físicas, el psicólogo puede mostrarles, utilizando los principios de la Terapia Racional Emotiva, que tales sentimientos son innecesarios.

Por lo tanto, el terapeuta tiene que buscar esas creencias o suposiciones irracionales siempre que los sujetos se sientan inquietos o deprimidos acerca de su enfermedad o de los procedimientos médicos, para posteriormente, persuadirlos a que reconozcan tales ideas irracionales como hipótesis y no como hechos, logrando que las desechen a fin de que se sientan mucho mejor, y, de esta manera, ayudarlos a que no continúen teniendo en el futuro esas ideas tan irracionales.

El principio general en la Terapia Racional Emotiva es: “*Cherchez le should, cherchez le must* (Buscad el debe, buscad el tiene que)”¹²⁶, a partir del cual, puede ser fácil y rápido acabar con las ideas creadoras de trastornos.

✓ **Enfermedad y hostilidad.**

La persona insiste en que el universo debería y tendría que funcionar en la forma que él pretende; y cuando no es así, se trastorna sobre este horrible estado de cosas.

De manera que, la hostilidad de este hombre procede de sus diferencias con otros o de que otros bloquean sus deseos, aunque en realidad es él quien la causa, por negarse a aceptar tales diferencias y frustraciones y por su necesidad de que todo sea en la forma que él quiere. Por lo que, si estuviera esforzándose para ver sus deseos cumplidos pero abandonara su actitud dictatorial, sería asertivo y no hostil.

La cólera comprende una filosofía intrínsecamente fascista o elitista, ya que, niega los derechos de otros a favor de los derechos especiales de uno.

¹²⁶ Dr. Ellis, Albert y Dr. Eliot Abrahms, p. 201

A menudo, son las propias ideas de los pacientes, las que los hacen sentirse molestos y enfadados, y no las experiencias; ya que, ven a tales ideas como bastante lógicas y fundadas, las cuales se originan de sus exageradas perspectivas o evaluaciones de los hechos de su vida, aunque, realmente tienen muy poco que ver con la realidad.

Según Albert Bandura y Seymour Feshbach, las personas tenderán a reforzar socialmente o a aumentar sus sentimientos de cólera mientras dejan escapar su furia en forma simbólica o real contra otras personas.

Así pues, las formas catárticas y abreactivas usuales y a menudo terapéuticamente recomendadas de liberar la cólera, con frecuencia sólo funcionan temporalmente, ya que, hacen que las personas se sientan mejor, pero se pongan peor, y rara vez logran cosa alguna como no sean beneficios a corto plazo y perjuicios a la larga. Sin embargo, esto no significa, que es mejor estimular a los pacientes para que eviten reconocer su furia o eliminen todas las manifestaciones de ésta, sino más bien, que es preferible admitir plena y libremente que ellos mismos abrigan rencores y crean resentimientos contra otros; en virtud de pretender, en forma tonta e irrealista, que los otros deben tratarlos de modo justo y darles lo que desean.

Y, entre más ira se causen, será más probable que interfieran con los procedimientos médicos y perjudiquen sus pensamientos y sus cuerpos.

✓ **Técnicas emotivas para ayudar a individuos con problemas de salud.**

Las palabras emotivas como “Qué lástima” o “Cochina suerte” están cargadas de filosofía, por lo cual, a menudo son tan inmediata y dramáticamente efectivas para cambiar las ideas, la emoción y el comportamiento, y, al mismo tiempo, tienen un efecto emocional directo que Eugene Gendlin llama significado sentido. Por ejemplo, si la persona que experimenta el rechazo o la injusticia sólo se dice a sí misma que -así es el mundo a veces-, considera puede soportarlo y de todos modos salir adelante en la vida, ya que no representa el fin de la misma; lo cual refleja que estas palabras poseen también una cualidad emotiva, completamente distinta a “Qué lástima” o “Cochina

suerte”. Por consiguiente, en la Terapia Racional Emotiva, con frecuencia se utiliza con los pacientes, palabras y frases muy fuertes, sumamente expresivas e impregnadas de emoción, que pueden incluir groserías y, cuyo significado es mucho más fuerte y más sentido que sus sinónimos menos emocionales.

Por lo tanto, si el paciente utiliza las palabras y frases emocionales correctas consigo mismo, esto a menudo lo ayudará mucho a superar sus problemas psicológicos o al menos a contender con ellos.

Imágenes racional-emotivas

Los métodos de imaginación, en especial aquellos que incluyen imágenes o pensamientos positivos, se remontan al famoso psiquiatra e hipnotizador francés Hippolyte Bernheim, que en la década de 1870 se dio cuenta que la hipnosis consiste en buena parte en sugestión, por lo que, la autosugestión del individuo le hace escuchar al hipnotizador y seguir sus sugerencias. Aunque fue, el hipnotizador francés Emile Coué, quien subrayó sus aspectos de autosugestión durante la primera parte del siglo veinte, siendo pionero en la técnica de: “día tras día, en cualquier aspecto, me estoy haciendo cada vez mejor” ¹²⁷. Además, ayudó a lograr algunas curas casi milagrosas de males físicos y emocionales.

Siguiendo a Coué, algunos estadounidenses, entre los que figuran Norman Vincent Peale, Dorothea Brande y Maxwel Maltz, extendieron la técnica del pensamiento positivo e incluyeron en ella una parte de imaginación, aconsejando, sobre todo, a las personas que tenían temor al fracaso, que se representaran ellas mismas con rasgos vigorosos, es decir, haciendo las cosas bien, mostrando de esta manera, que gracias a tales imágenes positivas usualmente obtenían mejores resultados que con las imágenes negativas habituales de sí mismas fracasando, que hacían que acabarían como completas inútiles debido a sus fracasos.

El pensamiento y las imágenes positivas a menudo proporcionan excelentes resultados, en parte debido a que también incluyen elementos filosóficos.

¹²⁷ Dr. Ellis, Albert y Dr. Eliot Abrahms, p.201

Sin embargo, a pesar de su frecuente eficacia, el pensamiento positivo o las imágenes del mismo signo, tienen varias limitaciones diferentes:

1.-Tienden a disimular, más bien que a reemplazar, los conceptos de fracaso; ya que, es posible y bastante fácil, por ejemplo, que los pacientes se imaginen a sí mismos teniendo éxito en las relaciones sociales, aunque sigan pensando que no lo han tenido perfectamente, por lo que todavía se clasifican como individuos incompetentes.

2.-Señalan el éxito como medida de la valía humana, pero, si uno fracasa, enseguida regresa a la filosofía básica del menosprecio de sí mismo.

3.-Desde un punto de vista filosófico, no constituyen una técnica de reestructuración cognoscitiva; ya que las personas, en ninguna circunstancia, tienen porque probarse a sí mismas y, por ende, toda clasificación de sí mismo hecha por el propio individuo en forma total o global es realmente ilegítima y, por consiguiente, contraproducente.

4.-Son paliativos más bien que curativos, porque, cuando el individuo utiliza el pensamiento positivo o las imágenes del mismo signo, aún retiene la filosofía fundamental de que carecería de mérito alguno si fracasara.

Debido a estas limitaciones intrínsecas, en los últimos años, las formas del pensamiento positivo y de las imágenes positivas, han sido reemplazadas por las técnicas de destacados psicoterapeutas, entre los que figuran los doctores Maultsby y Albert Ellis, los cuales, en la práctica de la Terapia Racional Emotiva, hacen hincapié en el empleo de las imágenes racional-emotivas que llegan más allá del pensamiento positivo y que pueden ser fácilmente enseñadas a casi todos los individuos que tienen problemas.

Las imágenes racional-emotivas pueden utilizarse para ayudar a los pacientes a superar los trastornos potenciales o reales relacionados con sus problemas de salud. El terapeuta les enseñará a usarlas con respecto a sus fallas para tomar sus medicamentos, sus rechazos a practicar los ejercicios que se les han prescrito, sus preocupaciones sobre las consecuencias de un procedimiento diagnóstico, y muchas otras angustias, preocupaciones y prevenciones concernientes a la salud.

Asimismo, se debe estimular a los pacientes a convencerse, mediante el continuado uso de las imágenes racional-emotivas, de que pueden hacer muchas cosas que piensan no podrían hacer y a tener sentimientos apropiados que creen están fuera de su alcance, pero, al mismo tiempo, se les mostrará que, aun cuando fracasen, nunca son gente abominable sino sólo personas que hasta ahora no han tenido éxito.

Aceptación incondicional

A través del método terapéutico del concepto positivo incondicional, Carl Rogers, muestra a sus pacientes, con sus palabras, su tono de voz y sus ademanes, que los acepta plenamente, aun cuando a menudo pueda deplorar parte de su comportamiento negativo. Sin embargo, para la Terapia Racional Emotiva, el término “concepto positivo incondicional” no es de su agrado, porque concepto todavía implica alguna clase de clasificación del individuo; por lo que, en vez de eso, se prefiere incitar a las personas a no clasificarse a sí mismas, sino a clasificar sólo sus rasgos, sus logros, sus actos y sus ejecuciones, con propósitos de un mayor disfrute, más bien que de exaltar su ego o su amor propio.

Por lo tanto, en esta psicoterapia, se hace todo lo posible para aceptar por completo a los pacientes al mismo tiempo que se les enseña activa y directamente a aceptarse ellos mismos. “Los humanos en realidad no deben legítimamente ser clasificados en conjunto, sin importar lo bien o mal que se comporten”.¹²⁸

Ejercicios contra la vergüenza

Los ejercicios contra la vergüenza constituyen un método tanto emotivo como conductual.

En la Terapia Racional Emotiva se induce a los pacientes a trabajar especialmente su A-B-C-D-E cuando se sienten avergonzados de algo, llevándolos a discutir activamente sus ideas creadoras de humillación.

¹²⁸ Dr. Ellis, Albert y Dr. Eliot Abrahms, p. 201

Por ejemplo, el sujeto puede decirse a sí mismo que su tonto comportamiento sólo lo convierte en una persona que ha actuado estúpidamente, pero que de ningún modo lo hace un individuo verdaderamente estúpido.

Y para asegurar el terapeuta que sus pacientes en realidad pasan por esta clase de proceso de discusión, les debe poner ejercicios activos contra la vergüenza (y de preferencia que hagan aquello que personalmente se sentirían humillados de hacer), de modo que, primero, experimenten el intenso sentimiento de vergüenza, para que después, sean capaces de vivir con él, hasta desecharlo.

Al realizar tales actos vergonzosos como tareas asignadas, el sujeto empezará a descubrir –y el mismo psicólogo lo señalará- que los demás no están interesados en sus actos como él cree que lo están; que muchas personas sencillamente lo pasan por alto y que algunas ni siquiera piensan que es vergonzoso sino sólo divertido o interesante. Además, el profesional de la salud puede ayudarlo a ver que aun cuando otros desaprueban su conducta y lo consideren loco, no tiene por qué aceptar tales veredictos, sino que debe mantener su propio parecer, comprender que ha realizado sus ejercicios contra la vergüenza por razones muy sensatas y de conveniencia personal y que lo que los demás piensen al respecto, en general no representa gran cosa para ellos.

Revelación de uno mismo

Los ejercicios contra la vergüenza y la toma de riesgos tienen gran valor para ayudar a los pacientes a renunciar a sus sentimientos de inutilidad e inadecuación. Así mismo, el mismo terapeuta puede apoyar a los sujetos a realizar de manera especial tales ejercicios, mediante la revelación de uno mismo, ya que la mayoría de las personas realmente desean hablar de sí mismas y expresar sus sentimientos, especialmente con quienes les gustaría tener relaciones estrechas. Sin embargo, muchas veces no se atreven a hacer tal cosa, por temor a lo que esas personas puedan pensar de ellas: 1) por la revelación de algún comportamiento tonto, y 2) por la forma vacilante, incómoda o inadecuada en que lleven a cabo semejante revelación; de manera que, constantemente se vigilan a sí mismos y sólo revelan cosas en las que no

corran esos riesgos, aunque, al proceder de este modo, refuerzan su filosofía subyacente: “Si me permití explayarme y manifestar a otros la forma en que me siento y lo que he hecho (o me gustaría hacer) y si ellos me desapruban debido a mi revelación, *sería terrible, no podría soportarlo, y esto me haría una persona miserable.*” ¹²⁹

A un individuo reprimido generalmente le será difícil revelar algún material humillante la primera vez, sin embargo, a medida que dicho material es repetido a otras personas, se vuelve menos vergonzoso y atemorizante, de modo que, ya para la cuarta o quinta revelación puede parecer que no provoca ansiedad e incluso resultar placentera.

Desempeño de papel

El desempeño de papel es otra técnica emotiva-dramática que se usa con frecuencia en la Terapia Racional Emotiva y que también es conductual, la cual, fue creada en buena parte por el famoso psicoterapeuta J. L. Moreno, y la han popularizado Fritz Perls y los terapeutas Gestalt, quienes mencionan que el desempeño de papel por lo general es realizado de un modo abreactivo, a fin de hacer revivir experiencias emocionales tempranas, para posteriormente, liberarlas de manera catártica. Sin embargo, también posee grandes limitaciones porque se concentra en métodos muy dramáticos, que ayudan a los pacientes a tener una liberación inmediata y a sentirse mejores, pero no a ser mejores. Por consiguiente, se utiliza primero, para descubrir cosas en las personas, para posteriormente, hacer que utilicen tales sentimientos a fin de comprenderse a sí mismas, abrirse paso a través de sus ideas irracionales y cambiar éstas.

De igual manera, esta técnica se puede emplear como forma dramática de prueba de comportamiento.

En el desempeño de papel de la Terapia Racional Emotiva, cualquier bloqueo que se produzca en la representación conductual puede ser rastreado hasta las creencias y frases irracionales que los pacientes se dicen a sí mismos para crear tales bloqueos; los cuales, se pueden discutir y abandonar en el curso de

¹²⁹ Dr. Ellis, Albert y Dr. Eliot Abrahms, p.201

los frecuentes procedimientos filosóficos y conductuales de dicha terapia. Por consiguiente, el desempeño de papel de la TRE, va más allá del psicodrama, de la terapia Gestalt y de otros tipos de desempeño de papel, ya que agrega una mayor comprensión de lo que está sucediendo en las mentes de los pacientes durante las sesiones ensayadas, y les muestra la forma en que pueden tratar con sus premisas negativas subyacentes que los hacen estar bloqueados, sobreexaltados, ansiosos o molestos de cualquiera otro modo por sentimientos destructivos.

Asimismo, esta técnica, la pueden realizar los individuos cuando se encuentran solos, desempeñando papeles mentalmente, ante un espejo o con cinta magnetofónica.

Otros procedimientos emotivos

Además, la Terapia Racional Emotiva utiliza otros métodos emotivos como la terapia de grupo de Albert Ellis, en donde se utilizan ejercicios de encuentro o confrontación para hacer resaltar material emocional que los miembros del grupo no expondrían a sí mismos, o cuya existencia ni siquiera conocen, para luego, tratar este material sobre una base de resolución de problemas de la misma terapia.

Los terapeutas también emplean, en ocasiones, palabras y frases, que repiten frecuentemente con los pacientes, dándoles matices emocionales, para que éstos últimos las utilicen después para sí mismos en los intervalos entre una y otra sesión.

Por consiguiente, con la Terapia Racional Emotiva cabe utilizar casi cualquier procedimiento terapéutico emotivo, siempre y cuando no estimula a los sujetos a ser decididamente dependientes de otros, a abstenerse de pensar para sus adentros y a buscar fórmulas mágicas en vez de tratar de llegar al fondo de sus propios trastornos creados por sí mismos y continuar trabajando para desarraigarlos.

Las emociones son una parte muy valiosa del comportamiento humano, ya que, pueden mostrar a las personas lo trastornadas que se encuentran, ayudar a descubrir las ideas que hay detrás de esos trastornos, motivarlas para

trabajar contra sus molestias innecesarias y contra el comportamiento contraproducente, y proporcionarles inmenso placer. Por ende, la Terapia Racional Emotiva intenta ayudar a las personas a hacerse apropiadamente emocionales, en vez de, emocionales en defecto o en exceso, favoreciendo deseen con fuerza, pero sin sentir abrumadora necesidad. Sin embargo, nunca los alienta a renunciar a desear, necesitar y sentir, porque entonces dejarían de ser humanos.

CONCLUSIONES

En base a la anterior revisión teórica, que incluyeron las líneas a través de las cuales conforme la estructura de la tesis, puedo concluir lo siguiente:

La medicina siempre se ha visto rodeada de preguntas que tenían que llevar a una respuesta clara, precisa y confiable de la causa y tratamiento de las enfermedades, las cuales siempre acompañaron al hombre, y a pesar de que en un principio éstas eran relacionadas a causas divinas, poco a poco fueron apropiando una comprensión más natural y científica que daba por errónea aquella especulación en la cual la enfermedad aquejaba al individuo por algún acto cometido. No paso mucho tiempo para que se tomara en cuenta la percepción que tenía el paciente ante la enfermedad, así como, las emociones que la originaban. Sin embargo, a pesar de tener conocimiento del papel primordial que juegan las emociones en relación a la enfermedad, se ha dejado de lado, restando valor al aspecto emocional. Y por tal motivo, todo ello ha rezagado el crecimiento de la Psicología de la Salud, sin poderse lograr en México el completo reconocimiento de esta especialidad, ya que, es un campo relativamente nuevo, pese a que el interés en relación a las variables de conducta y enfermedad es tan antiguo como la práctica misma de la medicina.

Por ende, el modelo biopsicosocial es el tratamiento más efectivo y completo para tratar al paciente, al definir la Organización Mundial de la Salud como salud, el completo bienestar físico, mental y social; siendo también los factores psicológicos y sociales pieza fundamental en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades.

Asimismo, la psicoimmunología sostiene que, las emociones excesivas e inadaptativas, así como los malos rasgos y personalidades, pueden agravar los procesos de la enfermedad y convertirse en sus determinantes psicobiológicos, al disminuir la resistencia inmunológica.

Las emociones son reacciones ante eventos que nos son significativos, las cuales nos ayudan a adaptarnos al ambiente, de modo que, ante el diagnóstico

de la enfermedad el sujeto las utilizará para enfrentarse a esta situación, que en el caso del cáncer de mama, es por demás angustiante por las creencias que el mismo sujeto y la sociedad adoptan, así como también, por los efectos secundarios que implican los procedimientos médicos, para erradicar dicha afección.

Por tanto, el significado que tiene la enfermedad para el paciente, es el foco de atención para tratarlo, ya que es un factor importante en la determinación de la conducta de enfermedad, que ayuda a explicar las diferencias que se dan en los individuos, respecto a las formas de respuesta y afrontamiento ante el padecimiento; siendo la mayor parte de las conductas desadaptativas provenientes de experiencias fallidas en el aprendizaje, las cuales, no ha cambiado

Por otro lado, para poder entender la complejidad de la repercusión psicológica del cáncer de mama, hay que mencionar que esta parte del cuerpo que distingue a la mujer del sexo masculino “seno”, ha sido objeto, a lo largo de la historia, de innumerables obras de arte, como símbolo de belleza, sexualidad, femineidad, nutrición y sensualidad; aunque al mismo tiempo, también es el órgano que de manera cruel y destructiva ha atacado a la mujer a través de los procedimientos quirúrgicos.

Además, esta enfermedad cobra mayor importancia, al ser a nivel mundial, la neoplasia más frecuente entre las mujeres cuyo tratamiento tendrá que ser multidisciplinario, al ser varias las causas que la originan.

Y de acuerdo al estudio de este padecimiento, dentro del área de la psicología, la psicooncología es el campo interdisciplinario que se ocupa de los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y conductuales que incluye el cáncer; por lo cual, se estudia la influencia de estos aspectos en la morbilidad y mortalidad a través de los estilos de vida, valorando las respuestas psicosociales que se producen en las distintas fases de la enfermedad, así como, la intervención terapéutica para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Siguiendo con la postura que entiende al cáncer como una enfermedad multifactorial, tanto en su génesis como en su tratamiento y evolución, el profesional de la salud, debe centrar su atención en el paciente y no en la enfermedad que lo aqueja, percibiéndolo en su totalidad biopsicosocial.

En relación al diagnóstico del cáncer, la paciente presenta una serie de miedos que corresponden, a la muerte con la comunicación del padecimiento; a la dependencia de los demás sin poderse valer por sí misma; a la deformidad por el desfiguramiento del cuerpo o de sólo una parte del mismo, que en el caso del cáncer mamario es el seno, a causa de las intervenciones quirúrgicas, cuyo resultado en la mayoría de la veces es traumático, o, como consecuencia de los fármacos empleados en la quimioterapia; a la incapacidad, ya que interfiere en el desarrollo de las tareas habituales que conforman la vida de la paciente, en los ámbitos familiar, social o laboral; miedo al sufrimiento físico; a las alteraciones interpersonales, así como, a la interrupción de funciones fisiológicas como la sexualidad, debido a los efectos secundarios del tratamiento o al impacto psicológico que genera la pérdida de la mama.

Además de esto, la paciente tiene que decidir entre una serie de tratamientos al mismo tiempo en que se le notifica el diagnóstico, mismo que no asimila de manera inmediata, por lo cual, tratará de buscar otras opiniones médicas buscando encontrar otra respuesta.

Y, por lo tanto, puede seleccionar únicamente algunos de los elementos que le explica el doctor, en base a cómo percibe la enfermedad, de manera que, algunos objetos son atentamente escuchados mientras que otros literalmente no son oídos.

La mayor parte de la sociedad sigue viendo al cáncer como una patología de pronóstico sombrío, mutilante, costosa, dolorosa a nivel de pareja, compleja a nivel familiar y una amenaza permanente a la cual tiene que hacer frente, ya que están asociados a esta neoplasia, aspectos sociológicos y culturales.

Asimismo, los factores que intervienen en la respuesta al diagnóstico son: la edad de la paciente, el estado civil, la etapa del cáncer, las patologías previas, el significado e importancia que da al seno, la complejidad física, así como, las ideas o creencias que tiene de la enfermedad.

De tal modo que, en las mujeres jóvenes y solteras, el impacto psíquico es mayor, porque consideran que sus relaciones de pareja van a quedar perturbadas e imposibilitadas tras la intervención, y por tanto, la seducción con el sexo opuesto queda eliminada; y, en cuanto a la constitución física, las mujeres asténicas de poco pecho se adaptarán mejor a la mutilación al ser menos visible el defecto que las mujeres de senos grandes, ya que la asimetría es más notoria, por lo cual, se esconden en ropas holgadas.

No cabe duda que la apariencia física juega un papel importante en nuestra sociedad, siendo considerada por muchos, como un instrumento básico para alcanzar el éxito social y laboral, por lo cual, la agresión física que se da al amputarse la mama, crea un daño irreparable en el esquema corporal integral de la paciente y en su identidad, que repercute de forma importante, tanto en el equilibrio de su psicología, como en su estado anímico y afectivo; mientras que, los efectos secundarios de la quimioterapia, como la pérdida de cabello, es percibida como una herida narcisista.

Por todo ello, la Terapia Racional Emotiva Conductual de Albert Ellis, resulta apropiada para el tratamiento ante el diagnóstico de este padecimiento, ya que, de acuerdo con ella, las creencias irracionales sobre los acontecimientos desagradables, son las que perturban al sujeto y no los sucesos en sí, de manera que, a través de esta psicoterapia se ayudará a las pacientes a tener un mayor control de su vida (el cual, por un momento perdieron con la enfermedad), delimitando aquellas creencias irracionales que la aquejan y la hacen sentir deprimida, enojada y/o culpable, para transformarlas en emociones más apropiadas que le ayuden a aceptar la afección, logrando así tener, una calidad de vida y adherencia terapéutica.

Además, dicha terapia es factible, porque en ella la paciente es un sujeto activo, el cual podrá posteriormente confrontar y discutir sus ideas a través de los A-B-C-D-E de la misma, de modo que, no se corre el riesgo de generar una dependencia con el terapeuta.

Por consiguiente, la finalidad de esta terapia es, el demostrar a la paciente que la forma cómo interpreta la enfermedad influye directamente en sus estados de ánimo, siendo la causa de los mismos, y que por tanto, también influye en su conducta. Por ende, una modificación de estas ideas erróneas por otras más racionales, harán que pueda enfrentar su padecimiento de forma más adecuada, logrando así la adherencia terapéutica que permita un mayor control de la enfermedad y calidad de vida.

A pesar de ello, encuentro como limitantes: el que aún no se dé la suficiente importancia al área emocional de la persona, al considerar el sector hospitalario que el valorar la situación emocional de la paciente implica un mayor tiempo, por lo cual, sólo se llega a demandar la atención psicológica cuando la paciente la pide, al ser la prioridad el curar el cáncer, pasando a segundo término los aspectos emocionales; así como, por el miedo al estigma social, al ser considerada la persona como débil o etiquetada de algún trastorno mental. Además, esta terapia pudiera no ser efectiva para todas las pacientes, ya que, cabe recordar que cada individuo es un ser único el cual responde de distintas maneras ante un mismo acontecimiento y en este caso ante una misma terapia, la cual pudiera resultar óptima o no, en base a la personalidad y recursos con que cuenta la persona.

Además, aunado a ello, se encuentra el que es una tesis meramente documental a la cual faltaría llevar a la práctica la terapia propuesta para poder demostrar que realmente es efectiva y apropiada ante el diagnóstico de esta enfermedad.

Por lo tanto, sugiero como recomendaciones futuras, el trabajar con la aplicación de esta psicoterapia, haciendo posteriormente un estudio de casos, para ver si realmente funciona; al igual que, diseñar talleres de sensibilización

dirigidos a médicos para el manejo de la información y el diagnóstico de la enfermedad, ya que, como se acaba de revisar, es una noticia que en sí misma paraliza al individuo, la cual no asimila de manera rápida, conllevando diversas dificultades al enfrentársele.

BIBLIOGRAFÍA

- Aresca, Laura y otros. (2004) *Psicooncología: diferentes miradas* (1ª. ed.). Buenos Aires, Lugar.
- Ballester Arnal, Rafael. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud. Aspectos conceptuales*. Valencia, Promolibro.
- Bayés, Ramon. (1985). *Psicología oncológica (Prevención y terapéutica psicológicas del cáncer)*. España, Ediciones Martínez Roca.
- Berlinguer, Giovanni. (1994). *La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal y estímulo*. Argentina, Lugar.
- Carlos Sánchez Basurto, Ernesto R. Sánchez Forgach y Raquel Gerson. (2003). *Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria*. México, El Manual Moderno.
- Chiozza, Luis. (1997). *¿Porqué enfermamos?. La historia que se oculta en el cuerpo*. Buenos Aires, Alianza.
- De la Garza Gutierrez, Fidel. (2006). *Cáncer: Guía para médicos, pacientes y familiares*. México, Trillas.
- Devita, Vincent T. y otros. (1988). *Principios y Práctica de Oncología* (2ª. ed.). (Tomo I y II). Barcelona, Salvat editores.
- Donegan, William L. y John S. Spratt. (1982). *Cáncer de mama* (2ª. ed.). Argentina, Médica Panamericana.
- Ellis, Albert.; tr. Isabel Custodio. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera: Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual*. España, Paidós Ibérica.
- Ellis, Albert y Eliot Abrahms. (1980). *Terapia Racional-Emotiva (TRE). Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México, Pax.

Elster, Jon. (2002).; tr. Albino Santos Musquera. *Alquimias de la mente. La racionalidad y las emociones*. Barcelona, Paidós.

Félix López, Gustavo Alonso y María Gabriela Nachón García, “Cuidados paliativos del paciente oncológico en etapa terminal: su contexto individual y familiar”, *PSICOLOGÍA Y SALUD –Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana-*, nº11, Nueva Época, enero-junio de 1998, pp. 55-62.

Flórez Lozano, José Antonio. (1994). *La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*. Barcelona, EDIKA MED.

García Valdez, Ricardo, “Consideraciones generales sobre los modelos explicativos para las nociones de salud y enfermedad”, *PSICOLOGÍA Y SALUD –Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana-*, nº7, Nueva Época, enero-junio de 1996, pp. 139-146.

Grau Abalo, Jorge et al., “La psicología en la lucha contra el cáncer: hechos y posibilidades”, *PSICOLOGÍA Y SALUD –Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana-*, nº9, Nueva Época, enero-junio de 1997, pp. 73-87.

Grau Abalo, Jorge y otros, “Calidad de vida y calidad de muerte: la atención psicológica al paciente oncológico en el marco de los cuidados paliativos. Premisas de un proyecto cubano”, *PSICOLOGÍA Y SALUD –Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana-*, nº5, Nueva Época, enero-junio de 1995, pp.111-125.

Grau Abalo, Jorge y Ubaldo González Pérez, “Ética, calidad de vida y psicología de la salud”, *PSICOLOGÍA Y SALUD –Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana-*, nº12, Nueva Época, julio-diciembre de 1998, pp. 83-96.

Haber, Sandra (comp.). (2000). *Cáncer de mama: Manual de Tratamiento Psicológico*. España, Paidós.

Herreman, Rogelio. (1987). *Historia de la medicina*. México, Trillas.

Holland, M.D., Jimmie y Sheldon Lewis.; tr. Maite Solana. (2003). *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. España, Herder.

Hothersall, David.; tr. José Luis Núñez Herrejón. (2005). *Historia de la psicología*. México, McGraw-Hill.

Jiménez Chaviano, Pedro Julio et al., “Calidad de vida en el enfermo oncológico en etapa terminal: un estudio de intervención”, PSICOLOGÍA Y SALUD –Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana-, nº6, Nueva Época, julio-diciembre de 1995, pp. 59-66.

Joyce- Moniz, Luis y Luísa Bairos. (2007). *Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud. Desarrollo e intervención*. México, El Manual Moderno.

Lama Toro, Alexis. (2004). *Historia de la medicina: hechos y personajes*. Santiago, Chile, Mediterráneo.

Lazarus, Richard S. y Bernice N. Lazarus.; tr. Monste Ribas Casellas. (2000). *Pasión y razón. –La comprensión de nuestras emociones-*. (Oxford University Press, Inc.). Barcelona, Paidós.

Leonor I. Lega, Vicente E. Caballo y Albert Ellis. (2002). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual (2ª. ed.)*. España, Siglo Veintiuno.

López Ramos, Sergio. (2002). *Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones*. México, Plaza y Valdez editores.

Macías-Valadez Tamayo, Guido. (2008). *Emociones y sentimientos (1ª. ed.)*. México, Trillas.

Mahoney, Michael J.; tr. Olga Maiz y Ma. Luisa Lupardo. (1997). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica*. España, Desclée de Brouwer.

Marks, David F. y otros. (2008). *Psicología de la Salud: Teoría, investigación y práctica*. México, El Manual Moderno.

Martínez Cortés, Fernando. (2003). *Ciencia y humanismo al servicio del enfermo* (2ª. ed.). México, El Manual Moderno.

Morales Calatayud, Francisco. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud* (1ª. ed.). Argentina, Buenos Aires, Paidós.

Morales García, Rodrigo y Pedro Coronel Brizio, “El impacto psicológico del cáncer en el paciente, la familia y el equipo de salud”, *PSICOLOGÍA Y SALUD* –Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana-, nº12, Nueva Época, julio-diciembre de 1998, pp. 115-121.

Morrison, Val y Paul Bennett.; tr. Yago Moreno López. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid, Pearson Prentice Hall.

Nieto Munuera, J. et.al. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. España, McGraw-Hill.

Oblitas Guadalupe, Luis A. (2006). *Psicología de la salud. –Teoría y Práctica-*. (2ª. ed.). México, Plaza y Valdés.

Pacheco Ladrón de Guevara, Lourdes C., “La enfermedad, el rostro de los dioses: salud y enfermedad entre los huicholes de Nayarit”, *PSICOLOGÍA Y SALUD* –Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana-, nº11, Nueva Época, enero-junio de 1998, pp. 107-113.

Palmero, Francesc y otros. (2002). *Psicología de la Motivación y la Emoción*. España, McGraw-Hill.

Pérez Tamayo, Ruy. (1998). *El concepto de enfermedad –su evolución a través de la historia-*. (Tomo I). México, Fondo de cultura económica.

Pérez Tamayo, Ruy. (1987). *Introducción a la Patología. Mecanismos de la enfermedad*. (2ª. ed.). México, Medica Panamericana.

Reeve, Johnmarshall. (2003). *Motivación y emoción*. (3ª. ed.). México, McGraw-Hill.

Reynoso Erazo, Leonardo e Isaac Seligson Nisenbaum. (2005). *Psicología clínica de la salud.-Un enfoque conductual-*. México, El Manual Moderno.

Rojas M., William. (2008). *Historia de la medicina –Introducción a su estudio-*. (1ª. ed.). Medellín, Colombia, Corporación para investigaciones biológicas.

Santaella, Belén. (2000). *Cómo enfrentar con valentía y esperanza al cáncer de seno*. Alfaomega grupo editor.

Schavelzon, J. y otros. (1965). *Psicología y cáncer*. Buenos Aires, Horme.

Seguin, Carlos Alberto. (1982). *La enfermedad, el enfermo y el médico*. (serie Psiquiatría en la sociedad). Madrid, Pirámide.

Semerari, Antonio.; tr. Ma. Jesús Fenero. (2002). *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. España, Paidós Ibérica.

Senra Varela, Avelino. (2004). *Comentarios hipocráticos –Sobre cultura y saber médico-*. Diaz de santos.

Sigerist, Henry E. *Civilización y enfermedad*. México, Fondo de cultura económica.

Taylor, Shelley E.; tr. Ma. Del Carmen E. Hano Roa y Gabriela Sánchez Pérez. (2007). *Psicología de la Salud*. México, McGraw-Hill Interamericana editores.

Valadez Ramírez, Alfonso y Patricia Landa Durán, “Un modelo tentativo de análisis de la relación estrés-enfermedad”, *PSICOLOGÍA Y SALUD –Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana-*, nº11, Nueva Época, enero-junio de 1998, pp. 63-69.

Vidal y Benito, María del Carmen. (2008). *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*. (1ª. ed.). Buenos Aires, Polemos.