







## LA DIFÍCIL TAREA DE DAR MALAS NOTICIAS

**Dra. Argelia Melet.** Psiquiatría. Instituto Médico Psicológico Campo Alegre.

"Los médicos a menudo se centran en el alivio del dolor corporal de los pacientes, con menos frecuencia en su angustia emocional, y rara vez en su sufrimiento." P.M. Ellis

Es bastante frecuente entre los médicos que nos veamos obligados a dar una información desagradable para el paciente. Estamos hablando de aquella noticia que drásticamente y negativamente altera la perspectiva de la persona y sus familiares en relación a su futuro. Esta coyuntura no es algo nuevo en el universo de la enfermedad. Ya en 1847, el Código de la Asociación Médica Americana afirmaba que:

"La vida de un enfermo puede ser acortada no sólo por los actos, sino también por las palabras o las maneras del médico. Ése es, por tanto, un deber sagrado que debe cuidarse minuciosamente y evitar cualquier tendencia que pueda desanimar al paciente y deprimir su espíritu"

Es por eso que podríamos afirmar que la manera en que se da la noticia es vital en el futuro de la relación médico-paciente. Son innumerables los casos de personas que, al acudir a la consulta del psicooncólogo, refieren la "crueldad" o "falta de bondad" con que el médico tratante les ofreció la información. Suele suceder que el paciente no recuerde el contenido de lo que se les dijo, pero sí la forma. Y esta manera de ofrecer la noticia puede afectar la comprensión de lo informado, el nivel de esperanza con relación al tratamiento y el ajuste a la enfermedad misma. Muchas veces, la presión psicológica es menos soportable que la enfermedad misma, pues el temor modifica los pensamientos, haciéndolos irracionales, insensibles a cualquier argumentación. Es fácil comprender entonces por qué es crucial para el médico saber proporcionar adecuadamente una mala noticia. Omitir la información no es una opción correcta. Es prudente tener siempre presente que cuando no ofrecemos la información necesaria estamos propiciando más temor en las personas.

¿Por qué es tan difícil dar una mala noticia?

De entrada, debemos aceptar que no todos tenemos la misma facilidad para comunicarnos. Existen personas mucho mejor dotadas en este particular, aunque siempre será posible aprender el arte. Las "horas de vuelo" son un componente esencial del aprendizaje; pero lo cierto es que si el médico tiene un alto grado de dificultad para comunicar y se maneja con ansiedad ante el paciente, podemos

esperar que el desempeño sea pobre. Y los resultados aún peores. Estos problemas aquejan sobre todo a los médicos que comienzan, y las escuelas de medicina no enseñan a transmitir adecuadamente la información. El otro grave escollo con el que tropieza el médico, sobre todo a nivel hospitalario, es la falta de tiempo y de espacios adecuados que permitan un clima favorable al intercambio cálido y cercano que requiere una mala noticia. Los familiares hacen también muchas veces más compleja la tarea, al exigirle al doctor que oculte el diagnóstico, "porque podría deprimir o matar al paciente". Sin embargo, lo cierto es que en la gran mayoría de los casos, son los propios enfermos quienes demandan que se les diga la verdad (1,2). Y es deber del médico aportársela adecuada y progresivamente. Es lo que se ha llamado la "verdad soportable", que implica, de una parte, decir siempre la verdad. Y de la otra, adaptarla a lo que en cada momento de su proceso necesita el paciente. En términos simples, la información es como un medicamento: una dosis demasiado baja no hace efecto; en exceso puede intoxicar; existen reacciones alérgicas; y hay personas que prefieren no ser medicadas.

Con estos principios en mente, se han diseñado multitud de protocolos para guiar en un adecuado desempeño, que es parte medular de la relación médico-paciente. En este artículo expondremos el del Dr. Robert Buckman, oncólogo médico y humanista, quien fue pionero en este difícil campo.

Cómo dar malas noticias.

El instructivo del Dr. Buckman (3,4) comprende seis pasos sucesivos, que expondremos a continuación:

1) Preparar el ambiente físico. Se trata de ofrecer condiciones de privacidad, comodidad y tiempo. La información siempre debe ser en persona. Nunca por teléfono. Debe verificarse si el paciente prefiere estar acompañado o no. Con frecuencia, los acompañantes recuerdan mejor lo que el doctor expresó acerca del diagnóstico y los tratamientos

2) Indagar qué sabe el paciente acerca de su enfermedad: El objetivo de este paso es conocer qué tipo de expectativas tiene el enfermo: si asume su situación a través de la negación, o no quiere conocer lo que está ocurriendo, por ejemplo. Esto le va a permitir orientar mejor su abordaje de la información. Debe tenerse siempre en mente el respeto por los deseos del paciente en cuanto al volumen de información que demanda.









## FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

**Dr. Fernando Torres.** Médico Sexólogo.  
Expresidente de la Sociedad Venezolana de Sexología Médica.

Las mamas son consideradas en muchas culturas una parte de la identidad de una mujer; representan la femineidad, la sexualidad, la belleza, la maternidad y la alimentación de los bebés. La percepción de pérdida de cualquiera de estos atributos puede conducir a un cambio negativo en la imagen corporal (1), definida como la imagen mental del cuerpo, una actitud sobre el yo físico, la apariencia y el estado de salud, la integridad, la función normal y la sexualidad. Para algunos individuos, un cambio en la apariencia puede conducir a una imagen corporal negativa y problemas psicosociales (2).

La importancia de las mamas femeninas tiene un impacto dramático en su imagen corporal, y dependiendo de la mujer, la pérdida de una mama como consecuencia de la mastectomía tendrá múltiples significados y puede desencadenar emociones conflictivas. Así, la escala de la reacción psicológica a la extirpación de una mama está estrechamente relacionada con la importancia emocional que la mujer atribuye a las mismas. En consecuencia, dependiendo del cambio negativo en el cuerpo de una mujer, cualquier pérdida percibida puede conducir a diversos problemas psicosociales (3,4,5,6).

La función sexual femenina abarca más que excitación y orgasmo. Incluye múltiples dominios como deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor, imagen corporal, salud psicológica y sensualidad (7). Varios de los modelos de función sexual propuestos, como los de Basson et al, Manne y Badr y el de Perelman, ponen de relieve la importancia de pensar en salud sexual como concepto global, y no exclusivamente como sinónimo de actividad sexual (8,9,10).

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico 11 señala tres desórdenes de la salud sexual: desorden de interés sexual/excitación; dificultad con el orgasmo, y desórdenes asociados con dolor génito-pélvico/penetración. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que puede estar afectado más de un aspecto, dada la estrecha relación entre las diferentes fases de la respuesta sexual. Los criterios diagnósticos también incluyen: presencia de síntomas por al menos 6 meses; estrés clínicamente significativo; afectación de la relación de pareja, y los síntomas no deben ser consecuencia de una situación no sexual como una condición médica o debido al uso de sustancias o medicación.

Entre los principales problemas enfrentados por las sobrevivientes de cáncer de mama están aquellos relacionados con las disfunciones sexuales, entendidas éstas como las alteraciones en el deseo sexual y en los cambios psicológicos y fisiológicos que caracterizan la respuesta sexual (11), las cuales pueden ocurrir durante el

tratamiento y extenderse durante la sobrevivencia a largo plazo (7).

Las sobrevivientes de cáncer de mama sufren deterioro de su funcionamiento sexual, comparadas con mujeres sin historia de cáncer (12,13). La prevalencia de disfunciones sexuales como resultado del tratamiento del cáncer de mama varía entre 30% y 100% (14,15,16,17). Los problemas más frecuentemente reportados incluyen disminución del deseo sexual (23-64%), disminución de la excitación o de la lubricación vaginal (20-48%), anorgasmia (16-36%) y dispareunia (35-38%) (18).

La encuesta LiveStrong reportó que en sobrevivientes de cáncer de mama el funcionamiento sexual y la satisfacción sexual eran la tercera preocupación más frecuentemente reportada, y las mismas resultaron en sufrimiento emocional significativo que incluía tristeza/depresión, problemas relacionados con la apariencia personal, estigma e impacto negativo sobre las relaciones personales (19).

Las disfunciones sexuales pueden ocurrir como resultado de la naturaleza del cáncer, como aquellos que afectan la mecánica o las vías hormonales de la función sexual; como resultado del tratamiento para el cáncer como cirugía, quimioterapia o radioterapia, que pueden tener efectos locales o sistémicos y hormonales, y pueden ocurrir a partir del trauma emocional de recibir un diagnóstico o del hecho de vivir con cáncer. Pueden verse afectados tanto la paciente como su pareja sexual. Las causas de la disfunción sexual después de los tratamientos contra el cáncer pueden ser multifactoriales, pero a menudo puede resultar de los efectos directos del tratamiento (18,20).

En seguimientos realizados 6 años después de la cirugía, se ha reportado que mientras el funcionamiento físico y emocional se ha normalizado, la función sexual se mantiene comprometida con una reducción de la actividad sexual en pareja, en comparación con la encuesta inicial, con persistencia de resequeidad vaginal (21).

Utilizando el Índice de Función Sexual Femenina, Raggio et al encontraron que 77% de 83 mujeres sobrevivientes de cáncer de mama calificó para el diagnóstico de disfunción sexual (22).

Aunque algunas mujeres con cirugía conservadora de la mama pueden tener dificultades con la fase de excitación, comparadas con la evaluación preoperatoria, esto es particularmente notable en la mastectomía, donde pueden resultar afectadas las fases de deseo, excitación y orgasmo (23).

El papel de la cirugía reconstructiva de la mama, inmediata o tardía, no está claro. Algunos estudios reportan mejoría de la imagen



corporal y del bienestar psicosocial 24,25; otros no reportan diferencias significativas en calidad de vida, funcionamiento sexual, preocupación relacionada con el cáncer, imagen corporal, ansiedad o depresión un año después de la cirugía (26).

En los casos en que la radioterapia es parte del tratamiento del cáncer de mama, esta puede resultar en problemas locoregionales, incluyendo dolor persistente de la mama, incomodidad del brazo y del hombro y pérdida de flexibilidad, linfedema, y algunos de ellos están asociados con reducción de la función sexual (27).

Muchas de ellas reportan menor satisfacción en la calidad de vida relacionada con la salud y peores puntuaciones en el bienestar y satisfacción sexual (28). Sin embargo ha resultado difícil evaluar la contribución de la radioterapia al deterioro de la salud sexual de estas pacientes (7).

Las mujeres no menopáusicas que reciben quimioterapia pueden presentar falla ovárica o menopausia temprana, lo cual puede incluir problemas relacionados con disfunciones sexuales. Adicionalmente, algunos agentes quimioterápicos pueden afectar el estado general de tal manera que reducen el interés, deseo y excitación. Afortunadamente en la mayoría de los casos estos cambios revierten al finalizar la quimioterapia (29). También se ha descrito depresión e insatisfacción de las necesidades sexuales, que revierten para, en algunos casos, reaparecer tiempo después (30).

Las mujeres que reciben terapia endocrina también pueden ver afectada su salud sexual, pudiendo presentar significativa reducción del interés, déficit de lubricación, dispareunia, disfunción orgásmica y poca satisfacción con su vida sexual. Estos problemas suelen tener mayor prevalencia entre las usuarias de inhibidores de aromatasa, comparadas con las que utilizan tamoxifeno (31,32).

Al enfrentar un problema de salud tan grave como el cáncer de mama, con frecuencia la discusión sobre la salud sexual de las pacientes parece no ser un problema relevante, probablemente debido a una combinación de factores atribuibles a las pacientes y su pareja, al personal sanitario y al propio sistema de salud. Como resultado la salud sexual de las sobrevivientes de cáncer de mama se vuelve un problema médico no atendido (7).

Aunque se han propuestos varios modelos para abordar la salud sexual de estas pacientes, todos coinciden en que discutir sobre sexualidad requiere que las relaciones médico-paciente se basan en tres pilares: comunicación abierta; comprensión médica y educación (33).

Hay varios tipos de intervenciones disponibles para el tratamiento de la disfunción sexual en las mujeres, estos incluyen (20):

- Intervenciones de medicina complementaria y alternativa, como las terapias herbarias ginkgo y ginseng;
- Ejercicios para fortalecer el suelo pélvico;
- Intervenciones mecánicas como geles lubricantes y dispositivos de terapia del clitoris;
- Intervenciones farmacológicas, incluidas las hormonales. Terapias como la testosterona o el estrógeno (pueden aplicarse tópicamente o tomado por vía oral);
- Intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas como el

asesoramiento o la psicoterapia, que tienen por objeto la disfunción sexual, así como mejorar las habilidades de comunicación con su pareja sexual.

Las intervenciones psicoterapéuticas pueden combinarse con educación para facilitar la comprensión del tratamiento y sus efectos (20).

Bartula y Sherman (34) identificaron tres instrumentos adecuados para evaluar la función sexual en términos de sus propiedades psicométricas, entre ellos el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF), el cual ha sido suficientemente validado en idioma español. Además de éste, Boswell y Dizon (7) recomiendan aplicar a estas pacientes un instrumento para evaluar presencia y severidad de depresión y otro para evaluar calidad de vida. Recomiendan evaluar adicionalmente la intimidad como parte inherente de la sexualidad, entendida la primera como la conexión o cercanía emocional, y que puede estar presente aun en la ausencia de función sexual.

La terapia sexual suele implicar componentes conductuales derivados de la terapia sexual desarrollada por Masters y Johnson (35), es decir, psicoeducación sobre sexualidad y disfunciones sexuales, una prohibición temporal de las relaciones sexuales y ejercicios de focalización sensorial.

La prohibición de las relaciones sexuales puede romper el círculo vicioso de miedo a las relaciones sexuales y subsecuente experiencia negativa y la decepción, y ofrece la oportunidad de experiencias positivas, eliminando o reduciendo la demanda de rendimiento (36).

Los ejercicios de focalización sensorial son un programa de ejercicios estructurado de forma jerárquica, en el que las parejas reintroducirán gradualmente las fases del encuentro sexual. Los ejercicios están dirigidos a sentirse más cómodo con su propio cuerpo y lograr intimidad sexual con su pareja, tanto física como emocionalmente. Otras metas son descubrir nuevos estímulos sexuales y fomentar la comunicación entre las parejas sobre experiencias sexuales, deseos sexuales y límites sexuales. Estos elementos conductuales de la terapia sexual por lo general se combinan con la terapia cognitiva, a través de la cual el terapeuta y la paciente buscan modificar las cogniciones disfuncionales e inquietantes del paciente y su pareja con respecto a la sexualidad que surgen durante los ejercicios (35,37,38,39).

## Bibliografía del Artículo

- 1- Cebel F, Yangin HB, Tekeli A. Life experiences of women with breast cancer in south western Turkey: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs* 2011; 16:406-412.
- 2- Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 2006; 15:579-594. (PMID: 16287197).
- 3-Gümüş AB. Meme kanseri in depsişoso yalısonun lar ve destekleyici girişimler. (Psychosocial issues in breast cancer and supportive interventions) *J BreastHealth* 2006; 2:108-114.
- 4- Okanlı A. Kadınlar da mastektomin in psikososyaletkileri. (Psychosocial impacts of mastectomy on women) *International Journal of Human Sciences* 2004; ISSN: 1303-5134.
- 5-Begovic A, Chmielewski A, huagwu S, Chapman LA. Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. *J Psychosoc Oncol* 2012; 30:446-460. (PMID: 22747107).
- 6- Ashing KT, Padilla GV, Bohorquez DE, Tejero JS, Garcia M. Understanding The breast cancer experience of Latina women. *J PsychosocOncol* 2006; 24:19-52. (PMID: 17088240).
- 7- Boswell E and Dizon D. Breast cancer and sexual function. *TransAndrolUrol* 2015; 4(2):160-168 doi: 10.3978/j.issn.2223-4683.2014.12.04.
- 8- Basson R, Wierman ME, van Lankveld J, et al. Summary of the recommendation son sexual dysfunctions in women. *J Sex Med* 2010; 7:314-26.
- 9- Manne S, Badr H. Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer* 2008; 112:2541-55.
- 10- Perelman MA. The sexual tipping point: a mind/body model for sexual medicine. *J Sex Med* 2009; 6:629-32.
- 11- American Psychiatric Association, eds. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- 12- Broeckel JA, Thors CL, Jacobsen PB, Small M, Cox CE. Sexual functioning in long-term breast cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat*. 2002; 75(3):241-8.
- 13- Bredart A, Dolbeault S, Savignoni A, Besancenot C, This P, Giami A, et al. Prevalence and associated factors of sexual problems after early-stage breast cancer treatment: results of a French exploratory survey. *Psychooncology*. 2011; 20(8):841-50.
- 14- Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*. 2006; 15(7):579-94.
- 15- Kedde H, van de Wiel HB, Weijmar-Schultz WC, Wijzen C. Sexual dysfunction in young women with breast cancer. *Support Care Cancer*. 2013; 21(1):271-80.
- 16- Bloom JR, Stewart SL, Chang S, Banks PJ. Then and now: quality of life of young breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2004; 13(3):147-60.
- 17- Krychman ML, Pereira L, Carter J, Arstenlam A. Sexual oncology: sexual health issues in women with cancer. *Oncology*. 2006; 71(1-2):18-25.
- 18- Sadovsky R, Basson R, Krychman M, Morales AM, Schover L, Wang R, et al. Cancer and sexual problems. *J Sex Med*. 2010; 7(1 Pt 2):349-73.
- 19- Challenges reported by post-treatment cancer survivors in the live strong surveys. Available online: <http://www.livestrong.org/what-we-do/our-approach/reports-findings/survivor-survey-report/>
- 20- Candy B, Jones L, Vickerstaff V, Tookman A and King M. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer in women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD005540. DOI: 10.1002/14651858.CD005540.pub3.
- 21- Ganz PA, Desmond KA, Leedham B, et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:39-49.
- 22- Raggio GA, Butryn ML, Arigo D, et al. Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health* 2014; 29:632-50.
- 23- Aerts L, Christiaens MR, Enzlin P, et al. Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: a prospective controlled study. *Breast* 2014; 23:629-36.
- 24- Alisha D, Alderman AK, Lowery JC, et al. Prospective analysis of long-term psychosocial outcomes in breast reconstruction: two-year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcomes Study. *Ann Surg* 2008; 247:1019-28.
- 25- Ganz PA. Sexual functioning after breast cancer: a conceptual framework for future studies. *Ann Oncol* 1997; 8:105-7.
- 26- Metcalfe KA, Sempie J, Quan ML, et al. Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction. *Ann Surg Oncol* 2012; 19:233-41.
- 27- Hidding JT, Beurskens CH, van der Wees PJ, et al. Treatment related impairments in arm and shoulder in patients with breast cancer: a systematic review. *PLoS One* 2014; 9:e96748.
- 28- Albornoz CR, Matros E, McCarthy CM, et al. Implant breast reconstruction and radiation: a multicenter analysis of long-term health-related quality of life and satisfaction. *Ann Surg Oncol* 2014; 21:2159-64.
- 29- Biglia N, Moggio G, Peano E, et al. Effects of surgical and adjuvant therapies for breast cancer on sexuality, cognitive functions, and body weight. *J Sex Med* 2010; 7:1891-900.
- 30- Hwang SY, Chang SJ, Park BW. Does chemotherapy really affect the quality of life of women with breast cancer? *J Breast Cancer* 2013; 16:229-35.
- 31- Baumgart J, Nilsson K, Evers AS, et al. Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer. *Menopause* 2013; 20:162-8.
- 32- Schover LR, Baum GP, Fuson LA, et al. Sexual Problems During the First 2 Years of Adjuvant Treatment with Aromatase Inhibitors. *J Sex Med* 2014; 11:3102-11.
- 33- Mc Corkle R, Grant M, Frank-Stromborg M, et al. eds. *Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook*. Philadelphia: WB Saunders Co, 1996.
- 34- Barfala I, Sherman KA. Screening for sexual dysfunction in women diagnosed with breast cancer: systematic review and recommendations. *Breast Cancer Res Treat* 2013; 141:173-85.
- 35- Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown; 1970.
- 36- van Lankveld JJDM, Broomans E. *Cognitive therapie bij seksuele disfuncties*. In: Bögels SM, van Oppen P, editors. *Cognitive therapie: theorie en praktijk*. 2nd ed. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2011. p. 391-424.
- 37- ter Kulle MM, Both S, van Lankveld JJ. *Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women*. *Psychiatr Clin North Am*. 2010; 33(3):595-610.
- 38- van Lankveld JJDM, ter Kulle MM, Leusink P. *Seksuele disfuncties: Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2010.
- 39- Van Lankveld JJDM, Broomans E. *Cognitive therapie bij seksuele disfuncties*. In: Bögels SM, van Oppen P, editors. *Cognitive therapie: theorie en praktijk*. 2nd ed. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum; 2011. p. 391-424.





## Cuidados Paliativos tempranos : Una necesidad

**Dra Patricia Bonilla.** Anestesiólogo, especialista en dolor. Medicina Paliativa. Instituto Médico La Floresta

En las últimas décadas, los avances tecnológicos han prolongado la vida a pacientes con enfermedades que antes tenían una esperanza de vida muy corta. Sin embargo, el prolongar la vida no implica necesariamente prolongarla con calidad, en muchas ocasiones se descuidan los aspectos multidimensionales de la calidad de vida del paciente y la familia tanto en el control sintomático como en los aspectos psicosociales y espirituales (1).

Los pacientes con cáncer y sus familias experimentan serios problemas físicos y psicosociales durante el tratamiento, impactando negativamente en la calidad de vida, en el costo de la atención e incluso en la fase de sobrevida (2).

Los cuidados paliativos han surgido como un enfoque de atención para abordar específicamente esta brecha inherente a la presencia de enfermedades crónicas graves y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia. Según la Organización Mundial de la salud (OMS) los cuidados paliativos tienen como objetivo "mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias frente a problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la identificación precoz e impecable evaluación del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales"(3). Es decir que esta atención debería ser aplicable desde el diagnóstico hasta la fase del duelo. Sin embargo, casi siempre son iniciados en una etapa muy tardía de la enfermedad (1).

The American Society of Clinical Oncology (ASCO) recomienda el inicio temprano de los cuidados paliativos especializados, por la evidencia científica de mejorar la calidad de vida, control de síntomas, reducción de la carga del cuidador, reducción de los costos y posible aumento de supervivencia (2) Figura 1. Del mismo modo The Breast Health Global Initiative, reconoce la definición de cuidados paliativos de la OMS, los cuales deben aplicarse desde el momento del diagnóstico del cáncer o del inicio del tratamiento (4).

Zimmermann y col. (2014) Realizaron en Canadá un estudio controlado, aleatorizado en 461 pacientes con diagnóstico oncológico, incluyendo cáncer de mama, para evaluar los efectos de la intervención de los cuidados paliativos tempranos (definida intervención temprana, como la atención de pacientes con un pronóstico de vida de 6 a 24 meses), aplicados por especialistas en cuidados paliativos, comparado con el tratamiento estándar del cáncer, en pacientes ambulatorios, hospitalizados y domiciliarios. Se evaluó calidad de vida, severidad de los síntomas y satisfacción de atención, durante 4 meses, evidenciándose diferencias

significativas en el grupo de intervención temprana de cuidados paliativos mejorando calidad de vida, alivio de síntomas y satisfacción de cuidados, incluyendo este último las áreas de accesibilidad y coordinación del cuidado, gestión de síntomas, comunicación, educación, personalización de la atención y apoyo en la toma de decisiones. (5)

Los cuidados paliativos en el área oncológica deben ser proporcionados por un equipo de profesionales de la salud que incluyen el oncólogo, especialista en cuidados paliativos, psicólogo, personal de enfermería capacitado en el área, capellán, trabajador social, farmacéutico y fisioterapia. Con la finalidad de evaluar las necesidades del paciente y su familiares en el área bio-psico-social incluyendo el manejo farmacológico de síntomas, educación y orientación psicosocial y espiritual, ayuda con las decisiones anticipadas y apoyo familiar, consejería del duelo (6).

Los pacientes con cáncer de mama y sus familiares presentan complejas necesidades en el transcurso de la enfermedad y a pesar de tener evidencia de la efectividad de los CP, en la actualidad la mayoría de las pacientes mueren sin control paliativo o son referidas en las últimas semanas de vida. (5) El resultado final es el poco control sintomático, alteraciones en la comunicación, aumento de las visitas a emergencias y admisión a terapia intensiva u hospitalizaciones prolongadas, aumento en los gastos de atención de salud y familias complicadas con gran angustia.

Tal vez uno de los mayores problemas para decidir cuándo iniciar cuidados paliativos tempranos es que aún no queda claro el término "Atención paliativa temprana", para determinar el momento óptimo de intervención. Otras barreras importantes están representados por la falta de conocimientos de los cuidados paliativos, los estilos de prácticas de los médicos, falta de criterios estandarizados para las referencias, por otra parte existen múltiples modelos de atención de cuidados paliativos, atención ambulatoria, pacientes hospitalizados, domiciliaria, la cual parece depender de las necesidades y las condiciones del paciente. (1)

Gaertner y col. En Center for integrated Oncology Köln/Bonn, realizaron una guía de procedimientos para la integración de los cuidados paliativos especializados para todos los pacientes con cáncer de mama sin opciones de tratamiento curativo. Sus recomendaciones son: 1- incluir la integración temprana de los CP dentro de las directrices administrativas del cuidado del cáncer, 2-establecer equipos de soporte de CP hospitalarios y domiciliarios (7).



Además sugieren CP especializados y tempranos en todas las pacientes con cáncer de mama sin opciones de tratamiento curativo, específicamente en aquellas pacientes con metástasis inoperables o localmente avanzados, o recidiva en tratamiento de quimioterapia endovenosa (7).

En los países de medianos o bajos ingresos hay un gran porcentaje de pacientes con cáncer de mama que se presentan con enfermedad metastásica avanzada o con enfermedad localmente avanzada por lo que las intervenciones específicas para controlar los síntomas pueden lograr resultados satisfactorios en la mejoría de la calidad de vida y ser parte integral de la atención oncológica. Es por esto que The Breast Health Global Initiative realiza en el 2013, una declaración de consenso donde recomienda la estratificación de recursos de la salud desde un nivel básico hasta el nivel más avanzado de acuerdo a la severidad de los síntomas del paciente y su familia. El control del dolor es prioridad en todos los niveles de atención y la morfina debe estar disponible y accesible para todas las pacientes que lo requieran en cualquier momento de su enfermedad. De la misma manera debe brindarse atención psicosocial y cuidado espiritual. Para alcanzar este objetivo es fundamental la educación a los profesionales de la salud, pacientes, familia y comunidad (4).

The International Association for Hospice and Palliative Care desarrolló un listado de prácticas esenciales en cuidado paliativo ([https://hospicecare.com/uploads/2012/3/IAHPC%20Lista%20de%20Practicas%20Esenciales%20en%20Cuidado%20Paliativo%20\(tabla\)%20\(espanol\).pdf](https://hospicecare.com/uploads/2012/3/IAHPC%20Lista%20de%20Practicas%20Esenciales%20en%20Cuidado%20Paliativo%20(tabla)%20(espanol).pdf)), integrada por 23 prácticas con diferentes niveles de intervención en los dominios físicos, psicológicos-emocional-espiritual, planificación y coordinación del cuidado, y comunicación, a fin de ayudar a definir el cuidado apropiado para los pacientes que requieren atención paliativa y aumentar la calidad de atención (8). Casi todas las asociaciones y artículos coinciden en la necesidad de diagnóstico, control y tratamiento de los síntomas más relevantes en las pacientes con cáncer de mama como son dolor, fatiga, disnea, depresión, ansiedad, insomnio, además de los aspectos psicosociales y la atención espiritual. (9,10,11)

La atención del cáncer y los cuidados paliativos requieren cada uno un enfoque multi e interdisciplinario complejo para maximizar el cuidado de las pacientes con cáncer de mama. El mejor tratamiento del cáncer debe incluir el control de los síntomas y prevención de los mismos, síntomas que si no se alivian no solo contribuyen a empeorar la calidad de vida, sino también reducen la capacidad del paciente para tolerar el tratamiento del cáncer y puede tener un impacto negativo en la supervivencia. La integración coherente de las prácticas de cuidados paliativos en la atención oncológica estándar es necesaria en toda la trayectoria de la enfermedad.

En América Latina ni en Venezuela se ha logrado aún la integración temprana de los cuidados paliativos. Es necesario un cambio de cultura y aceptación de estos conceptos, aumentar la educación de pregrado y postgrado, mayor disponibilidad de servicios

hospitalarios y domiciliarios, mayor difusión de la especialidad, reconocimiento institucional, presencia de legislaciones específicas de cuidados paliativos, disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos esenciales para la práctica de la atención paliativa en cualquier nivel de atención y en cualquier fase de la enfermedad de las pacientes, garantizando así calidad de vida.

Figura 1



Integración de Cuidados Paliativos Especializados aprobado por ASCO

### Bibliografía del Artículo

- 1.- Davis M, Temel J, Balboni T, Glare P. A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. *Ann Palliat Med* 2015;4(3):99-121.
- 2.- Iris Zhi W, Smith T. Early integration of palliative care into oncology: evidence, challenges and barriers. *Ann Palliat Med* 2015;4(3):122 - 131.
- 3.- <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 4.- Cleary J, Dzungu H, Distelhorst S, Ripamonti C, Rodin G, Bushnaq M, et al. Supportive and palliative care for metastatic breast cancer: Resource allocations in low- and middle-income countries. A Breast Health Global Initiative 2013 consensus statement *The Breast* 2013;22.
- 5.- Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:1721-30.
- 6.- Bruera E, Yernurajalingam S. Palliative care in Advanced Cancer Patients: How and When? *The Oncologist* 2012;17:267-273.
- 7.- Gaertner J, Wuerstlein R, Ostgathe CH, Malmann P, Harbeck N and Voltz R. Facilitating Early Integration of Palliative Care into Breast Cancer Therapy: Promoting Disease-Specific guidelines *Breast Care* 2011;6:240-244.
- 8.- International Association for Hospice and Palliative Care. *IAHPC List of Essential Practices in Palliative Care*. Houston: IAHPC Press;2012.
- 9.- Cardoso F, Costa A, Senkus E, Aapro M, Andre F, Barrios Ch, et al 3rd ESMO International consensus guidelines for Advanced Breast Cancer (ABC 3) *The Breast* 2017;31:244-259.
- 10.- Distelhorst S, Cleary J, Ganz P, Bese N, Camacho-Rodríguez R, Cardoso F, et al. Optimisation of the continuum of supportive and palliative care for patients with breast cancer in low-income and middle-income countries: executive summary of the Breast Health Global Initiative, 2014. [www.thelancet.com/oncology](http://www.thelancet.com/oncology) 2015;16:e137-e147.
- 11.- Irvin W, Muss H and Mayer D. Symptom Management in Metastatic Breast Cancer *The Oncologist* 2011;16:1203-1214.



# Carta Mastológica

Órgano Divulgativo de la Sociedad Venezolana de Mastología



## ALIMENTACIÓN PARA PREVENIR Y TRATAR EL CÁNCER: MITOS Y REALIDADES

Lic. Pablo Hernández. Nutricionista. Dra. Maritza Landaeta. Médico Nutrólogo.  
Fundación Bengoa

### Introducción

La relación existente entre alimentación y cáncer ha sido objeto de múltiples estudios científicos (1), la cual puede deberse, a los constituyentes de los alimentos, así como algunas sustancias que se les agregan, en el procesamiento industrial o por contaminación. Pero así como existen agravantes, también los alimentos presentan factores protectores para la salud. Por este motivo, las pautas nutricionales se han considerado prioridad en la prevención, tratamiento y recuperación de las personas con cáncer (2).

Sin embargo, en lo que concierne al cáncer, las recomendaciones alimentarias no son tan fáciles de aceptar, cuando se compara con otros aspectos, tales como el control del tabaco, las mamografías periódicas, los exámenes sanguíneos y las visitas a los médicos regularmente. Posiblemente se debe, a que la elección de los alimentos responde a conductas complejas, determinadas por una gran variedad de factores que suponen barreras, entre los cuales, la desinformación sobre los propios alimentos generan mitos, algunos de los cuales logran trascender hasta los profesionales de la salud y, en ocasiones limitan la correcta recomendación (3). La mejor forma de combatir los mitos es la divulgación de la información veraz, que permita discernir entre los cuentos populares y la evidencia científica.

A continuación, se presentan algunas orientaciones para la alimentación de los pacientes con cáncer, en las etapas de prevención, tratamiento y recuperación.

### Prevención

- Todos los aditivos químicos producen cáncer. Esto es un mito, puesto que no son todos los aditivos alimentarios. Sólo ciertos aditivos han sido identificados como capaces de provocar procesos tumorales y, algunos fueron retirados del mercado por las autoridades competentes, tal como ocurrió con el rojo de metilo o el trifenilmetano. Sin embargo aún existen otros que presentan evidencia controversial como los edulcorantes artificiales tipo sacarina o ciclamato monosódico, además de conservantes como los nitros y nitritos principalmente en carnes y embutidos. Para todos ellos, las oficinas reguladoras han controlado la cantidad que se debe agregar a los alimentos con la finalidad de evitar altas dosis. Sustancias aparentemente inocuas, con un consumo moderado, puede resultar peligrosa si se consumen en grandes cantidades (2).

- El sobrepeso y la obesidad están relacionados con la aparición del cáncer. Esto es una realidad, existe asociación entre el sobrepeso y la obesidad y tasas de mortalidad más altas por diferentes tipos de cáncer. Se estima que más de 90 mil muertes por cáncer al año

podrían evitarse si la población adulta mantiene un índice de masa corporal normal (4).

- Consumir carnes animales y productos ahumados aumenta el riesgo de cáncer. Es un mito, aun cuando, la Agencia Internacional para el Estudio del Cáncer, recientemente publicó una declaración de la relación entre el consumo de carne y el cáncer, en especial el colorrectal, dejó en claro que la carne roja no procesada no se considera causa directa de cáncer, mientras que, el consumo de otras carnes como las blancas, no se ha estudiado completamente. Hay suficiente evidencia científica con la carne procesada, por los métodos de salazón, curado, fermentación, ahumado u otros procesos para mejorar su sabor o su conservación, en especial con el cáncer colorrectal y en menor medida de páncreas y próstata (5). Aunque esto no significa que no se deba consumir carnes rojas naturales, muchos países incluyen en sus recomendaciones dietéticas limitar el consumo frecuente y excesivo de las mismas. Los productos ahumados aumentan el riesgo, debido a que pueden contener hidrocarburos aromáticos policíclicos, especialmente benzopireno, por efecto de modificación de las resinas en la madera, así como por las altas temperaturas de este método de conservación (5).

- El alto consumo de grasas no incide en la aparición del cáncer. Esto es un mito, debido a que se ha relacionado a las grasas de origen animal (principalmente las saturadas) con el cáncer de mama, colon, ovario, útero y páncreas. Lo que sí está más claro es que el tipo de grasa (más que la cantidad total de la misma) tiene una influencia en el riesgo de cáncer. En este sentido, el consumo de grasas de tipo trans incrementa el riesgo de cáncer, debido a que presentan un comportamiento en el cuerpo humano, similar a las grasas saturadas (6). Por el contrario un mayor consumo de ácidos grasos polinsaturados de tipo omega 3 (DHA y EPA) presentes en el aceite de oliva y pescado, puede reducir en 40% el riesgo de ciertos tipos de cáncer, especialmente el de mama, estómago, colon, entre otros (2).

- Un adecuado consumo de frutas y hortalizas puede ayudar a prevenir el cáncer. Es una realidad, el consumo de una cantidad considerable de frutas y hortalizas al día pueden reducir el riesgo de cáncer. El mecanismo, no está claro, pero podría deberse a sus fitoquímicos, elementos antioxidantes como carotenoides, vitaminas C y E, selenio, indoles, flavonoides, fenoles y licopeno o fitoestrógenos así como la propia fibra, lo que puede explicar el porqué de ese efecto protector frente a distintos tipos de cáncer (7).



Otras fuentes de fibra dietética importante son los cereales integrales, granos y frutos secos.

- Se debe eliminar el consumo de azúcar de mesa para prevenir el cáncer. Es un mito, si bien algunos estudios relacionan la sacarosa con mayor riesgo de cáncer, otras evidencias indican que los datos actuales son insuficientes para dar una conclusión definitiva (8). Lo verdaderamente importante es evitar el exceso, se recomienda que deba ser igual al 10% de las calorías totales, que en una persona promedio son 2 cucharadas al día (9).

- Se debe evitar consumir alimentos con hongos o moho. Es una realidad, ya que existen especies de hongos que producen micotoxinas, entre ellas, la que más se relaciona con el cáncer es la aflatoxina, inhibidora de la síntesis proteica y tiene acción hepatotóxica. Los cereales y los frutos secos en presencia de calor húmedo, son más propensos a contaminarse con aflatoxina (1).

- La leche sólo la deben tomar los niños porque en los adultos produce cáncer. Esto no es más que un mito, la leche es un alimento completo, por ser fuente de proteínas, grasas y nutrientes como el calcio, que ayudan al correcto desarrollo y mantenimiento de las funciones corporales. Las investigaciones científicas han demostrado que no existe una evidencia fuerte que relacione el consumo de leche con la aparición del cáncer, en especial el de mama. Su consumo es seguro, incluso durante el tratamiento o recuperación, en especial la leche baja en grasas (10, 11).

#### Tratamiento

Los síntomas que experimenta el paciente, tanto por su enfermedad, tratamientos terapéuticos o perturbaciones psicológicas derivadas (depresión, ansiedad, entre otras), pueden influir o dificultar la alimentación. Por lo tanto, es importante garantizar una correcta nutrición con los alimentos que pueda tolerar, los que más le gusten y con componentes que ayuden a controlar los síntomas característicos de esta etapa.

- No se debe tomar agua si no tiene sed. Es un mito, mantener un correcto estado de hidratación es importante. Los líquidos ayudan a que los riñones se mantengan activos, disminuye el estreñimiento y ayudan a eliminar las toxinas del cuerpo. Si presenta diarrea o vómitos es importante reponer los líquidos. Si el sabor del agua no le gusta, puede probar otras opciones como sopas, cremas, gelatina, té, jugos de frutas o agua saborizada con productos naturales como gotas de limón o naranja (12) y tomar agua potable, filtrada y hervida.

- Evitar perder mucho peso mientras dure el tratamiento. Esto es una realidad, por lo general la enfermedad y el tratamiento aumentan el gasto calórico ocasionando una pérdida de peso acelerada. Se debe asegurar una alimentación rica en calorías y proteínas las cuales ayudan al paciente a mantenerse fuerte y contribuyan a evitar o reparar el daño que el tratamiento pudiera ocasionar en el cuerpo. Las preparaciones con alta densidad calórica (muchas calorías en poco volumen, que se puede lograr al añadir aceite de oliva) como cremas, purés, merengadas, entre otras, pueden ser buenos aliados para brindar las calorías y nutrientes necesarios para su recuperación (13).

- Es imposible que los pacientes con cáncer coman más. Es un mito, muchas personas tienen más apetito en un horario específico, por

ejemplo en las mañanas, por lo cual se debe aprovechar esos momentos para comer más, siempre y cuando sea tolerado. Puede consultar con el nutricionista-dietista si es necesario que el paciente deba consumir algún suplemento o complemento nutricional. Si por efecto del tratamiento disminuye el gusto de los alimentos puede recomendarse el uso de aliños o especias naturales (12). Procure comer lentamente y varias veces al día.

- Evitar las comidas y bebidas con olores que desagradan, esto es cierto, a veces el tratamiento o la enfermedad producen cambios en la percepción de los olores y, para evitar el rechazo de las comidas los alimentos se pueden servir a temperatura ambiente, mantener la comida tapada o en envases cerrados, cocinar con un extractor de cocina y utilizar las preparaciones de su preferencia, entre otras (12).

- Las personas en tratamiento del cáncer pueden comer todos los alimentos que deseen. Es un mito, las personas que están recibiendo tratamiento deben prestar especial atención a la higiene de los alimentos. El tratamiento debilita el sistema inmune y puede presentarse enfermedades transmitidas por los alimentos. Es importante lavarse las manos antes de preparar o consumir los alimentos, lavar muy bien las frutas y vegetales, evitar la leche y quesos no pasteurizados y alimentos crudos por el riesgo de infecciones bacterianas (14).

#### Recuperación

Actualmente se encuentran aún en estudio la influencia de los factores alimentarios específicos en las tasas de supervivencia del cáncer. Sin embargo, es importante que los sobrevivientes lleven un estilo de vida saludable, con una buena alimentación, rica en nutrientes, abundante en vegetales y frutas, buena hidratación un peso adecuado y un plan de actividad física regular y eliminar el tabaco y el alcohol (15).

- Para recuperarse adecuadamente se debe evitar todo tipo de actividad física. Es un mito, la actividad física es parte importante del estilo de vida saludable. Es importante, hacer fisioterapia, caminar, trotar suavemente, nadar y bailar, entre otras actividades e incorporarlas sin grandes esfuerzos. Si permanece mucho tiempo sentado o acostado pierde la masa muscular, ésta es importante para una adecuada recuperación (15).

- Los suplementos nutricionales deben consumirse sólo cuando se requiera. Esto es una realidad, los multivitamínicos (vitaminas y minerales) en cantidades suficientes para un día, son útiles para las personas que no logran consumir todos los nutrientes necesarios para mantener su salud. No todas las personas requieren de un suplemento nutricional, el consumir altas dosis puede tener efectos perjudiciales (14). Algunas personas con cáncer beben hierbas (uña de gato, mapurite, Noni, entre otros) con la esperanza de mejorar. Sin embargo, no existen estudios que prueben que una dieta especial, un alimento, vitaminas, minerales, suplemento dietético o hierba (o una combinación de cualquiera de ellos) pueda hacer más lento el avance del cáncer, curarlo o impedir que regrese (12). Consulte al médico o al nutricionista antes de consumir un suplemento nutricional.

- Luego de superar el cáncer puedo consumir todo el alcohol que desee. Esto es un mito, la ingesta excesiva de alcohol (más de dos tragos al día), se debe evitar en la prevención, tratamiento y







# Carta Mastológica

Órgano Divulgativo de la Sociedad Venezolana de Mastología



## SOPORTE EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

**Bolivia Belisario de Bocaranda.** Presidenta de SenosAyuda

El apoyo que brinda nuestra organización a las mujeres que padecen el cáncer de mama, se orienta a través de varios programas destinados a ofrecer ayuda en las áreas de diagnóstico, educación, asistencia psicológica, atención médica y dotación de pelucas y sostenes.

En el caso específico de las personas con un diagnóstico formal, les ofrecemos nuestra ayuda a través de dos programas que se presentan bajo la denominación de SenosApoya y SenosMima. El primero contempla la atención psicológica de la paciente y sus familiares; mientras el segundo se encarga de la dotación de pelucas, prótesis y sostenes, que contribuyen con el reforzamiento de la autoimagen de las pacientes. En ambos casos, nuestra oferta es absolutamente solidaria y considera las posibilidades económicas de cada perfil.

Como organización comprometida con la salud de la mujer venezolana, hemos tenido que adaptarnos y realizar cambios para poder superar las dificultades. A SenosAyuda, hoy por hoy, llegan pacientes con la esperanza de poder conseguir un cupo en un hospital, recursos para ser atendidos en una consulta privada, o simplemente la intención de obtener los medicamentos necesarios para cumplir el tratamiento. Cada día aumenta el número de solicitudes y llegan desde todo el territorio nacional.

Donde mejor se evidencian las carencias y necesidades reales del país, es en nuestras redes sociales. Estos medios se han convertido en un petitorio de medicinas y recursos. Varias organizaciones nos hemos unido con la finalidad de ser más efectivas y apoyar al mayor número de pacientes. Podemos decir que el esfuerzo es sobrehumano, por las limitaciones que se presentan y porque el alcance de las organizaciones privadas es restringido.

Quiero hacer hincapié en la fortaleza de esta unión con organizaciones que trabajan en la defensa del derecho a la salud. Nuestra misión es dar soporte integral a la persona diagnosticada con cáncer de mama. Mejor aún, nos hemos convertido en voceros de los pacientes. Cada día elevamos más el tono de protesta y enfatizamos los riesgos que representa sufrir una enfermedad actualmente en Venezuela.

La situación de la salud es tan compleja y desesperada en nuestro país, que todos los actores de la sociedad deberían comprometerse con la búsqueda de una solución real. En nuestro caso, diariamente vivimos la triste experiencia de despedir a pacientes, sin poder brindarle una alternativa. Se trata de experiencias sumamente desoladoras, donde las personas ni siquiera

tienen ánimo de denunciar su situación y alzar la voz de protesta.

Lejos de sentirnos derrotadas, cada experiencia nos da fuerzas y nos invita a reinventarnos. Continuaremos en nuestro trabajo. Como ONG, seguiremos hasta el final reportando los casos anónimos. Yo los invito a que hagan lo mismo. Nosotras nos expresamos a través de Codevida y la aplicación: "Dilo aquí", liderada por Transparencia Venezuela. Este es el último eslabón de la cadena de soporte al paciente. El recurso para que sus casos no queden en el aire, sino bajo la figura anónima de una denuncia.

Como reflexión final, les puedo manifestar que nos preocupa y alarma el incremento de pacientes y las solicitudes de apoyo y atención. Esta circunstancia evidencia lo mal que estamos en materia de salud pública. Lo que sí les puedo asegurar, es que a pesar de todo seguiremos trabajando por dos razones fundamentales: la mama derecha y la izquierda.



# Carta Mastológica

Órgano Divulgativo de la Sociedad Venezolana de Mastología



## LA CLAVE DEL ÉXITO ESTA EN LA ALIANZA

**Dra. Ludmila Calvo.** Presidenta de Senosalud

### Senosalud al servicio de las Comunidades

Senosalud en sus quince años de labor ininterrumpida es reconocida por ser pionera en promover el conocimiento acerca del cáncer de mama, su prevención, detección temprana, posibilidades de cura y una supervivencia con calidad de vida. La Asociación fue creada en julio de 2002 como organización de apoyo y trabaja día a día para cumplir su misión de fomentar el diagnóstico precoz de cáncer de mama, orientar al paciente, brindarle ayuda emocional, apoyo psicológico y ser su vocero ante la sociedad, para alcanzar su visión de ser la organización de referencia en apoyo a la mujer en Venezuela.

Desde el año 2006, Senosalud se permitió hacer una planificación estratégica cada tres años y utilizó una metodología de escenarios futuros hacia los años consecuentes. Tenemos que decir que si se pudo cumplir mucho de lo planificado tal cual como se predijo, aunque esa misma planificación ha sufrido altos y bajos que ahora comparamos en relación a una situación actual. La realidad ha sido matizada en función a las necesidades del entorno y la situación tan apremiante de las estadísticas que manejamos en relación a lo que nos ocupa como es el Cáncer de Mama. Sin embargo, estos desafíos no han podido obstruir el camino hacia grandes logros y progresos en áreas claves como la educación, la autogestión en parte y el apoyo en los derechos humanos de la paciente, ejemplo de ellos fue el desarrollo del (A) Programa Educativo avalado y financiado por la American Cancer Society que se ejecutó conjuntamente con el Ministerio del Poder Popular para la Salud, (B) El Programa de Consolidación del Voluntariado financiado por la Comisión de la Unión Europea en Venezuela, (C) La investigación de ULACCAM "Disparidades al Descubrimiento: un estudio comparado sobre políticas de Cáncer de Mama en América Latina" y la (D) Creación de Senosalud-Europa.

A- AC Senosalud; basada en su Misión: "Fomentar el conocimiento sobre el Diagnóstico Precoz y la Prevención Secundaria del Cáncer de Mama en Venezuela"; durante 12 años consecutivos, ejecuta el Programa Educativo, el cual tiende a enfrentar las circunstancias con una estrategia de formación y capacitación a pobladores y funcionarios que forman parte de su entorno para que actúen de manera directa con la población mediante un lenguaje sencillo de difundir el mensaje de prevención secundaria del cáncer de mama, suministrando así confianza, facilitando la comprensión y comprometiendo al vecino en la misma tarea. En paralelo, se ha apoyado en socios cooperantes de carácter institucional, nacional e internacional, públicos y privados señalando entre ellos, la

Coordinación Estatal de Promoción para la Salud del Ministerio del Poder Popular para la Salud, (cuatro Distritos Sanitarios de la Región Capital) Hospitales Oncológicos especializados, la American Cancer Society y la Unión Latinoamericana de la lucha contra el Cáncer de la Mujer, ULACCAM; cuyos efectos han trascendido al propio proyecto e incluyendo como aliados a grupos comunitarios organizados y actores de programas de salud, públicos y privados que están dentro de la cobertura de la zona donde se ejecuta. AC Senosalud en su prerrogativa interna se ha preocupado en todo momento de la actualización y participación en torno al tema de la prevención secundaria del cáncer de mama además de incorporar a su personal (facilitadores –voluntarios) en eventos que les permita ampliar su conocimiento con la finalidad de prestar un servicio de calidad, presto y confiable a todos sus usuarios, cooperantes y aliados. Cabe mencionar que este Proyecto está basado en la experiencia que desarrolló AC Senosalud con el Proyecto Educativo financiado, asesorado y evaluado por la American Cancer Society durante los años 2007 al 2010 el cual ha tenido sustentabilidad en el tiempo.

Además, señalamos acciones prioritarias que nos ha permitido un posicionamiento dentro de las comunidades, en ámbitos nacional e internacional, donde tiene presencia la organización: Conferencia internacional "Cáncer de Mama en países en desarrollo, al desafío imprevisto para la mujer, salud y equidad" (2009) en la Universidad de Harvard, Cambridge, Massachusetts, EEUU, esta reunión fue propicia para colocar en el tapete la situación del cáncer en estos países, para ser tomada en consideración en la Agenda del Milenio de la Organización Mundial de la Salud, que se discutió en el 2015 como enfermedades no contaminantes.

Unión Latinoamericana de la lucha contra el Cáncer de la Mujer (ULACCAM) organización que se encarga de revisar la situación del cáncer de mama en Latinoamérica desde su creación en el 2010, en el área de investigación de Políticas y Programas Gubernamentales de atención al Cáncer de Mama en América Latina.

Coordinación Estatal de Promoción para la Salud, del MPPS, el Programa Educativo de A.C. Senosalud, viene trabajando con esta alianza desde 2008 obteniendo los siguientes resultados: Formación de una Red de Agentes Multiplicadores del mensaje de prevención de Cáncer de Mama: Licenciados en Trabajo Social, Promotores de la Salud (175) de la Coordinación de Promoción para la Salud de los cuatro Distritos Sanitarios adscritos a la citada Coordinación Estatal, en los que se distribuyen 16 Hospitales y 80 Ambulatorios, entes con institucionalidad. Así mismo, los miembros de los Consejos Comunales que realizan acciones en las comunidades que fueron



# Carta Mastológica

Órgano Divulgativo de la Sociedad Venezolana de Mastología

incluidos como cooperantes.

Efecto multiplicador de las personas que conforman la Red de Agentes Multiplicadores y las que recibieron las charlas de 3.103.488 personas. Aproximadamente multiplicado por 4 miembros de la familia de cada uno de ellos.

Asistencia Técnica en Monitoreo y Evaluación para 7 Coordinadores de la Coordinación Regional de Promoción para la Salud y sus Coordinaciones de los cuatro Distritos Sanitarios.

Seminarios de Actualización en Mastología (Maternidad concepción Palacio. San Martín, Caracas) dirigido a médicos de los cuatro Distritos Sanitarios: Hospitales y Ambulatorios con la asistencia de 60 médicos.

Foro para Pacientes y Familiares de Cáncer de Mama con la participación de 76 personas.

B- Para Senosalud, al igual que cualquier otra organización, su lado vital e indispensable es el Voluntariado, trabajamos directamente con la Delegación de la Comisión Europea en Venezuela con el proyecto del "Fortalecimiento para Senosalud en la construcción y consolidación de un diseño Metodológico", la conformación de un voluntariado para la prevención del Cáncer de Mama. Una de las metas finales de esta gran alianza, fue la de educar, sensibilizar y concientizar a las personas para que utilicen sus horas libres apoyando las organizaciones como la nuestra, donde su participación pasa a ser un aporte invaluable.

Los voluntarios realizan infinidad de labores que aportan un significativo crecimiento a nuestra organización; se convierten en donantes, forman parte del personal, son excelentes canales para lograr nuevos contactos, alianzas y estratégicas relaciones que optimizan las labores de la institución, además de ser nuestros mejores embajadores. Entre las actividades que se realizan con ellos tenemos: Inducción y sensibilización al voluntario con la Institución. La Cultura del Voluntariado. Talleres de formación para trabajar en las Jornadas de Pesquisa que se organizan en los Parques Públicos, Empresas u Organismos Estatales. Talleres de formación como facilitadores o testimoniales en las charlas que se dictan.

C - Otro de los logros de gran envergadura fue la participación en la creación, fundación y hoy día integrar el Consejo Asesor de la Unión Latinoamericana de la Lucha contra el Cáncer de la Mujer ULACCAM, 2010, siendo esta una coalición de organizaciones no gubernamentales de América Latina comprometida a impulsar legislaciones y políticas efectivas en la región con cánceres de la mujer, sobretudo el Cáncer de mama y Cervico Uterino. El trabajo, principalmente de la Unión, se enfoca en promover políticas que logren disminuir la incidencia y mortalidad de estos dos tipos de cánceres que son los que más afectan a las mujeres en Latinoamérica. Cada año, fallecen aproximadamente 36,952 mujeres con Cáncer de mama y fallecen 31,712 mujeres con cáncer Cervico-Uterino. (1) La incidencia en políticas públicas de la sociedad civil puede incrementar la rendición de cuentas

gubernamentales relacionadas con la creación e implementación de políticas más efectivas. Así mismo se incrementa tanto de las ONG como el sector público una mejor atención de la calidad de los servicios de prevención y tratamiento. Senosalud contribuyo directamente en la investigación dirigida por el Instituto de Salud Pública de México avalada por la American Cancer Society conjuntamente con Brasil, Argentina, México y Colombia "Disparidades al Descubierta: un estudio comparado sobre políticas de Cáncer de Mama en América Latina". Esta investigación integro un conjunto de indicadores (scorecard) que permitió monitorear las acciones de política tanto a nivel organizacional y operativo como a nivel clínico. (2)

D- Entre los resultados resaltantes podemos mencionar la creación de Senosalud Europa, 2016, como una delegación de Senosalud ONG venezolana, de amplia y reconocida trayectoria en la prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer de mama. Senosalud-Europa nace como resultado de las carencias farmacológicas que se viven actualmente en el área de Cáncer Mamario. Está conformada por una Dirección y coordinaciones de capítulos en Francia, Italia y España y nuestros Asociados aliados: Asociación Lean en España y Alma Criolla en Italia. Colaboran particulares y profesionales de la salud, laboratorios, farmacias, hospitales, empresas e Instituciones públicas y privadas de diversas índoles. Además de su compromiso inicial, está previsto apoyar los Programas de prevención, ayudar en el mantenimiento de sus equipos médicos como el mamógrafo y el eco mamario de Senosalud-Venezuela. En los estudios médicos de pacientes y muy especialmente en el Programa de becas de Formación e Investigación para nuestros especialistas, así como los intercambios y patrocinios a congresos, talleres y seminarios. Mención especial los donativos a través de nuestro aliado el Instituto Lean para la gestión en general de Senosalud-Europa y Venezuela.

Todos los cambios generados en estos quince años han impactado a más de 12 millones de personas, son evidencias de que, a pesar de los muchos desafíos que nos ha tocado vivir, es posible alcanzar cambios relevantes a través del trabajo y esfuerzo conjunto. Y mirando hacia adelante, ya podemos constatar que los avances que hicimos fue un preparatorio de un terreno para este año 2017 como fructífero y los años venideros. Así mismo los esfuerzos prometedores son componentes de nuestra plataforma de impacto social que continuaremos fortaleciendo aún más. Con los desafíos ante una coyuntura social, política y económica como la actual que vive nuestro país, refuerza la relevancia de una organización como Senosalud para alcanzar las metas propuestas y mantener un desarrollo sostenible en el tiempo en pro de la mujer en Venezuela.

## Bibliografía del Artículo

- 1.- "Datos de incidencia y mortalidad para todas las edades. Incidencia de 5 años para la población adulta solamente." IARC GLOBOCAN (2008) 2 Ibid. 3 Hechos y Cifras Globales sobre el Cáncer 2011. Sociedad Americana del Cáncer (2010)
- 2.-ULACCAM. Unión Latinoamericana de la lucha contra el Cáncer de la Mujer. "Disparidades al Descubierta: un estudio comparado sobre políticas del Cáncer de Mama en América Latina". Gustavo Nigenda, PhD. María Cecilia González-Robledo, MSc. Luz María González-Robledo, PhD. Rosa María Bejarano, BA. American Cancer Society, Global. Instituto Nacional de Salud de México. Cuernavaca, Morelos, México. Mayo 2011





## ABORDAJE PSICOTERAPEUTICO CON EL ENFOQUE DE LA PSICONEUROINMUNOLOGIA

**Pablo Canelones.** Psicólogo Clínico, docente de la Cátedra de Inmunología de la UCV

El abordaje psicoterapéutico de la persona con cáncer de mama, forma parte de los recursos complementarios al tratamiento médico y quirúrgico. La psiconeuroinmunología es un área de investigación que ha generado evidencias experimentales de aplicación en diferentes disciplinas clínicas médicas y psicológicas. La psicoterapia con este enfoque va dirigida a neutralizar las variables psicológicas relacionadas con el estrés, como un fenómeno psicobiológico complejo, que compromete la respuesta inmune. En esta comunicación se presentan los objetivos psicoterapéuticos centrados en: el impacto del diagnóstico, la interpretación tanto cognitiva como afectiva y la respuesta de activación, dentro del modelo del estrés. Igualmente los aspectos relativos a la calidad de vida y sus implicaciones con la respuesta inmune a la luz de las relaciones bidireccionales aportadas por el enfoque de la psiconeuroinmunología.

La palabra psiconeuroinmunología apareció por primera vez en el compendio publicado por Robert Ader, Nicolas Cohen y David Felten en 1981, para designar un campo de investigación del conjunto de interacciones que establece el sistema inmune con el ambiente interno y externo al individuo para generar su acción, y se postuló que el sistema inmunológico constituye un sistema único e integrado de defensa, con la participación de variables psicosociales, el sistema nervioso y el sistema endocrino, con relaciones bidireccionales que se verifican a nivel estructural y bioquímico (1). Existen una serie de evidencias experimentales de estas interacciones anatómicas, (2,3,4) fisiológicas (5,6,7,8) funcionales (9,10,11,12,13) y psicológicas, referidas al condicionamiento clásico de la respuesta inmune (14,15,16,17) adicionalmente hay soporte experimental que confirma la interacción bidireccional entre los sistemas inmunológico y neuroendocrino (18,19,20,21).

El sistema inmunológico defiende al organismo ante células tumorales, con mecanismos bien definidos. Como todo sistema abierto puede perder el equilibrio homeostático, en función de las variables con las que interactúa, entre ellas las psicológicas, cuyas emociones y cogniciones pueden generarse en forma inmediata o por la anticipación de situaciones futuras amenazantes o re-experimentación de hechos traumáticos del pasado. Se ha demostrado que ante un evento estresante, evaluado como: amenaza, daño o pérdida (22) y una reacción emocional de: ansiedad, depresión, angustia y/o desesperanza, sin posibilidad de control, se activa el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (eje HPA) que conduce a la liberación de cortisol y catecolaminas en las glándulas suprarrenales que son fuertes supresores de la respuesta inmune (23,

24, 25). Todas estas situaciones de sufrimiento tienen un impacto en el sistema inmune que se expresan en diversos mecanismos bioquímicos inmunoreguladores.

La acción psicoterapéutica se fundamenta en las evidencias experimentales psicoimmunológicas y el condicionamiento clásico de la respuesta inmune. Este condicionamiento ha generado aplicaciones clínicas muy prometedoras en diferentes campos asistenciales. Una de las aplicaciones es la reproducción de placebos condicionados para disminuir, las dosis de esteroides y sus efectos colaterales a largo plazo (26). Otra aplicación exitosa ha sido la inmunoterapia condicionada, que se demostró en animales de experimentación, con linfoma implantado, y fueron tratadas con células normales alogénicas DBA/2 del bazo, cuya administración fue asociada con olor a alcanfor. Después del condicionamiento, al ser expuestos al olor a alcanfor se observó: En todos, un retraso en el crecimiento tumoral y en algunos casos presentó mejor desempeño que el grupo de control con inmunoterapia, estos resultados indican que la inmunoterapia condicionada podría ser en el futuro un recurso terapéutico viable (27).

Las emociones negativas producto del estrés crónico pueden estimular la producción de citocinas proinflamatorias, que influyen en una serie de enfermedades mediadas por el sistema inmune. La inflamación se ha relacionado con un espectro de condiciones asociadas con el envejecimiento, las enfermedades cardiovasculares, la osteoporosis, la artritis, la diabetes tipo 2, ciertos tipos de cáncer, la enfermedad de Alzheimer, deterioro funcional y la enfermedad periodontal (28). Para hacer frente a estas situaciones se pueden utilizar técnicas que disminuyan la activación fisiológica del estrés, como la psicoterapia, que disminuye las emociones negativas y mejoran la salud, por su impacto positivo en la regulación inmune y endocrina. Los investigadores también han logrado modular la función inmunológica, incluyendo la relajación, la hipnosis, el ejercicio y el condicionamiento clásico (29). Además de los temas cognitivos que orientan la acción psicoterapéutica.

El punto de partida de la psicoterapia, es la evaluación de la cantidad y calidad de información y la fantasía que tiene la persona sobre su enfermedad. Se debe favorecer el afrontamiento, que implica el desarrollo de nuevas estrategias y la instrumentación de nuevas conductas, requeridas frente al diagnóstico, (30) La capacidad de afrontamiento del sujeto le permite disminuir la activación fisiológica del estrés, mantener el equilibrio inmune, así como recuperar la función física. (31). Otro aspecto a tomar en cuenta en todo momento y particularmente posterior a la comunicación del diagnóstico es la



aparición de los cuadros depresivos que son comunes en las personas con problemas oncológicos, pero de difícil apreciación ya que sus síntomas se superponen con las manifestaciones de la enfermedad física, por lo que el psicoterapeuta debe prestar mucha atención, a los indicadores clínicos de depresión que se han reportado. (32)

Otro tema que nos planteamos es mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer, por un lado, la neutralización de los obstáculos que impiden el disfrute de la vida y por el otro, los contenidos que cualifican la vida del sujeto. Uno de los conceptos de calidad de vida más amplios es el de Brengelmann (33) que incluye una visión no condicionada a los síntomas de enfermedad. Una variable básica ligada a la calidad de vida es la voluntad de vivir, tal como la define Fernández R.L es la predisposición del sujeto a "creer en algo", tener "ilusiones", "esperar algo de alguien", siempre y cuando los sujetos atribuyan sentido a su vida. (34) Un alto porcentaje de las revisiones realizadas, para evaluar los grupos de apoyo psicosocial para personas con cáncer, han mostrado resultados positivos en el aumento de la calidad de vida y una reducción de los síntomas problemáticos, tanto físicos como psíquicos. (35)

En la psicoterapia nos planteamos como objetivo general coadyuvar en el aumento la calidad y cantidad de vida de las personas, aunque este último objetivo no está apoyado en forma concluyente por las investigaciones publicadas. Fueron muy prometedores los protocolos de Spiegel et al (36,37) y el de Fawzy et al. (38, 39, 40) quienes trabajaron con personas con cáncer metastásico de mama y melanoma maligno estadio I y II respectivamente. En ambos protocolos se reportaron cambios psicológicos e inmunológicos y aumento significativo de la supervivencia. Sin embargo en un estudio realizado en Inglaterra, multicéntrico, controlado y aleatorizado, para evaluar el efecto del apoyo psicosocial en personas con cáncer metastático de mama. Concluyeron que la terapia de grupo expresiva no prolonga la supervivencia en las mujeres con cáncer metastático de mama, sólo mejora el humor y la percepción de dolor, particularmente en mujeres que son más afectadas inicialmente. (41)

Se ha reportado información aplicada al cáncer desde la perspectiva de la Psiconeuroinmunología, como hipótesis explicativas. (42) En donde se pone de manifiesto la importancia de variables biopsicosociales, para el equilibrio del sistema inmunológico. En consecuencia, la ayuda integral para abordar el diagnóstico de cáncer debe tomar en cuenta aspectos que pueden superar el ámbito clínico: a) biomédicos, relacionados con las características del diagnóstico b) psicológicos, que conspiran con el tratamiento y el logro del máximo nivel de recuperación esperado c) sociales, el conjunto de interacciones desde las relaciones familiares hasta las institucionales. d) económicos, las variables económicas de las personas con cáncer pueden influir en forma determinante en el pronóstico de la enfermedad e) antropológicos, los aspectos físicos, relacionados con predisposición a cierto tipo de cáncer, así como

con los aspectos culturales. f) nutricionales, de importancia en el proceso de mantenimiento recuperación de la inmunidad.

Dentro de los objetivos generales de la psicoterapia de la persona con cáncer, se pueden delinear seis, que responden a cualquiera de los momentos evolutivos de la enfermedad, ellos son: a) Facilitar la superación del impacto cognitivo y emocional del diagnóstico de cáncer b) mantenimiento o aumento de la calidad de vida de las personas, diagnosticadas y sus familiares, durante y posterior al tratamiento c) coadyuvar en el aumento de la supervivencia, por lo menos en el límite superior, dentro de los porcentajes de probabilidad estadística que establece el proceso orgánico particular d) consolidar la adherencia a los tratamientos médicos y quirúrgicos basados en evidencias, mediante reestructuración de creencias y atención a síntomas colaterales (43) e) Reestructuración cognitiva y emocional, que permita una visión menos punitiva del proceso de morir (44) f) Reinserción en las actividades personales, familiares, laborales y sociales, mediante la superación de dificultades físicas o psíquicas.

En conclusión, el abordaje psicoterapéutico con el enfoque de la psiconeuroinmunología para las personas con cáncer de mama, forma parte de los recursos complementarios al tratamiento médico y quirúrgico. Está basado en evidencias sobre la influencia de variables psicológicas en la respuesta inmune, en especial las relativas al estrés y las respuestas inmunológicas condicionadas. La psicoterapia es un proceso de acompañamiento desde el establecimiento del diagnóstico y va dirigida a neutralizar las variables psicosociales que comprometen la respuesta inmune, asegurar la adherencia al tratamiento médico o quirúrgico y la reinserción en las actividades cotidianas. Su objetivo es coadyuvar en el logro del aumento de la calidad y del tiempo de vida de las personas con cáncer de mama.



## Bibliografía del Artículo

- 1.- Ader, R. (1981). *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press.
- 2.- Felten, D., Felten, S., Bellinger, D., Carlson, S., Ackerman, K., Madden, K., Olschowski, J., Linnat, S. (1987). Noradrenergic sympathetic neural interactions with the immune system: structure and function. *Immunol Rev*, 100, 225-60.
- 3.- Linnat, S., Madden, K., Felten, D., Felten, S. (1987). Regulation of the immune system by sympathetic neural mechanisms. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 11, 145-52.
- 4.- Carlson, S., Felten, D., Linnat, S., Felten, S. (1987). Noradrenergic sympathetic innervation of the spleen: V. Acute drug-induced depletion of lymphocytes in the target fields of innervation results in redistribution of noradrenergic fibers but maintenance.
- 5.- Bialock, J. (1994). The syntax of immune-neuroendocrine communication. *Immunol Today*, 15, 504-11.
- 6.- Wilder, R. (1995). Neuroendocrine-immune system interactions and autoimmunity. *Annu Rev Immunol*, 13, 307-38.
- 7.- Haddad, J., Saadé, N., Safieh-Garabedian, B. (2002). Cytokines and neuro-immune-endocrine interactions: a role for the hypothalamic-pituitary-adrenal revolving axis. *J Neuroimmunol*, 133, 1-19.
- 8.- Gaillard, R. (2003). Interactions between the immune and neuroendocrine systems: clinical implications. *J Soc Biol*, 197, 89-95.
- 9.- Berczi, I., Nagy, E., de Toledo, S., Matusik, R., Friesen, H. (1991). Pituitary hormones regulate c-myc and DNA synthesis in lymphoid tissue. *J Immunol*, 146, 2201-6.
- 10.- Luparello, T., Stein, M., Park, C. (1964). Effect of hypothalamic lesions on rat anaphylaxis. *Am J Physiol*, 207, 911-4.
- 11.- Heffer, A., Seiden, L., Porcher, W., Moore, R. (1965). 5-Hydroxytryptophan decarboxylase in rat brain: effect of hypothalamic lesions. *Science*, 147, 887-8.
- 12.- Macris, N., Schiavi, R., Camerino, M., Stein, M. (1970). Effect of hypothalamic lesions on immune processes in the guinea pig. *Am J Physiol*, 219, 1205-9.
- 13.- Devi, R., Namasivayam, A. (1990). Neuro-immune modulation by ventral hippocampus. *Indian J Physiol Pharmacol*, 34, 85-93.
- 14.- Ader, R., Cohen, N. (1975). Behaviorally conditioned immunosuppression. *Psychosom Med*, 37, 333-340.
- 15.- Ader, R., Cohen, N. (1982). Behaviorally conditioned immunosuppression and murine systemic lupus erythematosus. *Science*, 19, 1534-6.
- 16.- Ghanta, V., Hiramoto, R., Solvason, H., Spector, N. (1985). Neural and environmental influences on neoplasia and conditioning of NK activity. *J Immunol*, 135(2 Suppl):848s-852s.
- 17.- Hiramoto, R., Hiramoto, N., Solvason, H., Ghanta, V. (1987). Regulation of natural immunity (NK activity) by conditioning. *Ann N Y Acad Sci*, 496, 545-52.
- 18.- Besedovsky, H., del Rey, A., Sorkin, E., Da Prada, M., Keller, H. (1979). Immunoregulation mediated by the sympathetic nervous system. *Cell Immunol*, 48, 346-55.
- 19.- Besedovsky, H., del Rey, A., Sorkin, E., Da Prada, M., Burt, R., Honegger, C. (1983). The immune response evokes changes in brain noradrenergic neurons. *Science*, 221, 564-6.
- 20.- Besedovsky, H., Sorkin, E., Felix, D., Haas, H. (1977). Hypothalamic changes during the immune response. *Eur J Immunol*, 7, 323-5.
- 21.- Besedovsky, H., del Rey, A. (1991). Feed-back interactions between immunological cells and the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Neu J Med*, 39, 274-80.
- 22.- Lazarus, R., Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: España. Martínez Roca.
- 23.- Manuck, S., Cohen, S., Rabin, B., Muldoon, M., Bachen, E. (1990). Individual differences in cellular immune response to stress. *Psychol. Sci*, 1, 1-5.
- 24.- Stein, M., Miller, A., Trestman, R. (1991). Depression and the immune system. In *Psychoneuroimmunology*, Ader, Weigent, D.A., Carr, D.J y Bialock, J.E. (1990). Bidirectional communication between the neuroendocrine and immune systems. Common hormones and hormone receptor. *Ann. N.Y. Acad. Sci*, 579, 17-27.
- 25.- Dhabhar, F. (1998). Stress-induced enhancement of cell mediated immunity. *Ann NY Acad Sci*, 840, 359-372.
- 26.- Ader, R. (2000). Classical conditioning in the treatment of psoriasis. *Cutis*, 66, 370-2.
- 27.- Ghanta YK, Hiramoto NS, Solvason HB, Soong SJ, Hiramoto RN. (1990) Conditioning: a new approach to immunotherapy. *Cancer Res*. (14):4295-9.
- 28.- Kiecolt-Glaser, J., McGuire L., Robles, T., Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annu Rev Psychol*, 53, 83-107.
- 29.- Kiecolt-Glaser, J., Glaser, R. (1992). Psychoneuroimmunology: can psychological interventions modulate immunity? *J Consult Clin Psychol*, 60, 569-75.
- 30.- Pataek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA* (1996); 276 (6): 496-502.
- 31.- Hamburg DA, Adams JE. A perspective on coping behavior: Seeking and utilizing information in major transitions. *Arch. Gen Psychiatry* (1967); 17 (3): 277-84.
- 32.- Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* (1984); 46: 199-212.
- 33.- Brengelmann, J.C. "Stress, superación y calidad de vida en personas sanas y enfermas". *Evaluación Psicológica* 1988; 2: 47-77
- 34.- Fernández-Ríos "Manual de Psicología preventiva, Teoría y práctica" Madrid, España: Siglo XXI; 1994.
- 35.- Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology* 1995; 14: 101-8.
- 36.- Spiegel, D., and Bloom, J. Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine* 1983;45: 333-339.
- 37.- Spiegel D, Kraemer H, Bloom JR, Gotthell D. Effect of psychosocial treatment on survival in patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 88-90.
- 38.- Fawzy, F.I, Fawzy, N.W., Hyun, C., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. et al. (1990). A structured psychiatric intervention for cancer patients. II: Changes over time in immunological parameters. *Arch. Gen. Psychiatry* 1990; 47: 729 - 735.
- 39.- Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, et al. Malignant melanoma: Effects of early structured psychologic intervention, coping and effective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatr* 1993; 50: 681-4.
- 40.- Fawzy F.I., Fawzy N.W., Pasnau R.O. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 100-113.
- 41.- Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, Koopmans J, Vincent L, Guthrie H, Drysdale E, Hundley M, Chochinov HM, Navarro M, Speca M, Hunter J. (2001) The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med*. 2001 Dec 13;345(24):1719-26.
- 42.- Cohen S, Rabin BS. Psychological stress, immunity and cancer. *J Natl Cancer Inst* 1968; 90.
- 43.- Larbig W. Psycho-oncologic interventions-critical review. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1998 Sep-Oct;48(9-10):381-9.
- 44.- Postone N. Psychotherapy with cancer patients. *Am J Psychother* 1998; 52(4): 412-24.