

# PSICOONCOLOGÍA

Intervención  
psicológica  
en el cáncer



Luis Armando Oblitas Guadalupe  
Ximena Palacios Espinosa

# **PSICOONCOLOGÍA**

## **Intervención psicológica en el cáncer**



**Luis Armando Oblitas Guadalupe**  
**Ximena Palacios Espinosa**

*Título original de la obra:*

**PSICOONCOLOGÍA. Intervención psicológica en el cáncer**

**Autores:** Luis Armando Oblitas Guadalupe, Ximena Palacios Espinosa y otros.

**ISBN:** 978-958-8532-00-4

## AUTORES

---

### **Luis Armando Oblitas Guadalupe**



Luis Armando Oblitas Guadalupe (1950–2019) fue una de las figuras más influyentes de la psicología iberoamericana y un referente indiscutible en el desarrollo de la Psicología de la Salud desde una perspectiva biopsicosocial e integradora. Psicólogo de formación, obtuvo la licenciatura en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, el grado de Magíster en Psicología en la Universidad Santo Tomás y el Doctorado en Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México.

A lo largo de más de treinta años de trayectoria académica ininterrumpida, se desempeñó como docente de pregrado y posgrado, investigador y gestor universitario en instituciones de Perú, Colombia, México, España y otros países de América Latina. Ocupó cargos directivos y académicos de alta responsabilidad, entre ellos Director de Extensión Universitaria y Director de Promoción y Difusión en la Universidad Intercontinental, así como Coordinador de la Licenciatura en Psicología en la Universidad Iberoamericana. Fue también profesor visitante en múltiples universidades latinoamericanas y europeas, y realizó visitas académicas a la República Popular China con apoyo de organismos científicos internacionales.

Su producción intelectual fue extensa y de alto impacto. Publicó más de una decena de libros fundamentales en el campo, entre los que destacan Psicología de la Salud, Psicología de la Salud y Calidad de Vida y la Enciclopedia de Psicología de la Salud, además de numerosos artículos científicos centrados en calidad de vida, enfermedades crónicas, mindfulness, salud mental y regulación emocional. Asimismo, fue fundador y editor de cinco revistas internacionales de psicología, contribuyendo de manera decisiva a la difusión del conocimiento científico en el ámbito iberoamericano.

Reconocido conferencista internacional, participó activamente en congresos y simposios científicos en América Latina y el Caribe, y se desempeñó como consultor y asesor en programas académicos y campañas de promoción de la salud. Su legado intelectual permanece vigente a través de su obra, que continúa orientando la formación, la investigación y la práctica de la Psicología de la Salud en la región.

## **Ximena Palacios Espinosa**



Ximena Palacios Espinosa es psicóloga egresada de la Universidad El Bosque (Bogotá, Colombia), magíster en Psicología Clínica y de la Salud por la Universidad de Granada (España) y doctora en Psicología Social, del Desarrollo y de las Organizaciones por la Universidad de Bolonia (Italia). Es profesora titular del Programa de Psicología de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario, institución a la que se encuentra vinculada como profesora de carrera académica desde 2006.

Cuenta con una amplia trayectoria en docencia universitaria desde el año 2000, tanto en programas de pregrado como de posgrado, y se ha desempeñado como coordinadora del área de Psicología Clínica y de la Salud, supervisora de prácticas profesionales y docente de asignaturas como Psicopatología y Psicología de la Salud. Asimismo, participa como docente en los programas de Medicina y Enfermería y coordina el Diplomado en Psicooncología y Cuidados Paliativos Oncológicos.

Su labor investigativa se desarrolla en la línea “Sufrimiento y Salud” del grupo Individuo, Familia y Sociedad, y se ha centrado en el estudio de variables psicosociales asociadas a enfermedades crónicas, cuidados paliativos, envejecimiento, automedicación, suicidio, ansiedad ante la muerte y desmoralización. Ha dirigido y participado en múltiples proyectos de investigación y es autora de artículos científicos y libros especializados en Psicología Clínica, Psicología de la Salud y Psicooncología.

Es miembro del grupo interdisciplinario de Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos de la Universidad del Rosario y coordina la Cátedra transcurricular para el estudio del dolor desde la Psicología. En el ámbito clínico, ha desarrollado una práctica especializada en la atención psicológica de pacientes crónicos y terminales en contextos hospitalarios, ambulatorios y domiciliarios, siendo la Psicooncología y los cuidados paliativos su principal área de interés e intervención.

Ha recibido múltiples reconocimientos a la excelencia docente por parte de la Universidad del Rosario y participa activamente como ponente en congresos nacionales e internacionales, así como evaluadora de revistas científicas especializadas, consolidando una trayectoria académica y profesional de alta relevancia en el campo de la psicología de la salud.

# Contenido

AUTORES  
PREFACIO

## **PARTE I - ASPECTOS TEÓRICOS**

### **CAPÍTULO I**

**LA RELACIÓN MÉDICO -PACIENTE DESDE EL RECONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y SU EVOLUCIÓN COMO RESULTANTE DE LA HISTORIA PSICOFÍSICA Y SOCIAL DE QUIEN LA PORTA**

Conclusiones

### **CAPÍTULO II**

**LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE Y SU IMPORTANCIA EN LA DINÁMICA FAMILIAR**

El papel de la familia

Dinámica familiar

Aspectos que intervienen en la relación médico - paciente

Marco de referencia mágico

Marco de referencia científico

Patrones de interacción equipo de salud

### **CAPÍTULO III**

**PSICOPROFILAXIS HOSPITALARIA Y QUIRÚRGICA**

Hospitalización

Antes del evento quirúrgico

Después del evento quirúrgico

### **CAPÍTULO IV**

**LA CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS DE CÁNCER**

El concepto de calidad de vida

La calidad de vida en los enfermos de cáncer

La evaluación de la calidad de vida en el cáncer

La respuesta psicosocial a la enfermedad oncológica

La calidad de vida en el enfermo de cáncer como producto del proceso de adaptación a la situación de enfermedad

La importancia de la investigación sobre la calidad de vida en los pacientes de cáncer

### **CAPÍTULO V**

**EL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO, LA CALIDAD DE VIDA Y EL AJUSTE MARITAL**

Concepto y tratamiento

Consecuencias

En la función intestinal:

La calidad de vida

### **CAPÍTULO VI**

**FACTORES PSICOSOCIALES EN FAMILIAS DE NIÑOS CON CÁNCER:  
ABORDAJE DESDE LA PSICOONCOLOGÍA PEDIÁTRICA EN COLOMBIA**

El cáncer infantil  
Los tratamientos en el cáncer infantil y sus efectos  
Epidemiología del cáncer infantil  
Psicooncología  
Psicooncología pediátrica  
Psicooncología pediátrica en Colombia  
Factores ambientales y comportamentales implicados en el desarrollo del cáncer  
Factores psicosociales moderadores en el curso y el pronóstico del cáncer infantil  
La familia del niño con cáncer

## CAPÍTULO VII

### RELACIÓN ENTRE LAS CREENCIAS Y EL NIVEL DE AUTOEFICACIA EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER

Conclusiones

## CAPÍTULO VIII

### REPRESENTACIONES DEL CÁNCER EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS CON ESTA ENFERMEDAD

Representaciones de la identidad de la enfermedad  
Representaciones alusivas a las causas y el proceso de surgimiento de la enfermedad

## CAPÍTULO IX

### EL SUFRIMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER

El sufrimiento y su conceptualización  
Factores asociados al sufrimiento  
El cuidado del paciente con cáncer avanzado o terminal

## CAPÍTULO X

### LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS EN EL PACIENTE CON CÁNCER

Malas noticias  
Consecuencias de una adecuada e inadecuada comunicación  
Modelos y guías para la comunicación de malas noticias  
La formación en habilidades comunicativas

## CAPÍTULO XI

### UTILIZACIÓN DE LA COMPARACIÓN SOCIAL EN LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

Los procesos de comparación social como estrategia de afrontamiento  
La comparación social en el paciente oncológico  
Un estudio del uso de la comparación social en mujeres con cáncer de mama  
Los resultados del uso de la estrategia de comparación social  
Los perfiles de adaptación de las mujeres con cáncer de mama según las variables de Comparación Social, Apreciación de Estrés y Afrontamiento  
Procesos de comparación social: discusión y perspectivas

## **PARTE II - INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS**

### **CAPÍTULO XII**

#### **PAPEL DEL SOPORTE SOCIAL EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO**

Soporte social y estrés  
Formas de brindar el soporte social  
Grupos de soporte  
Tipos de soporte social  
Efectos de brindar soporte social  
Factores que influyen en la búsqueda de soporte social

### **CAPÍTULO XIII**

#### **PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INDUCCIÓN A LA ENFERMEDAD DIRIGIDO A PADRES DE NIÑOS CON LEUCEMIA**

Concepción salud-enfermedad  
Postulados del modelo biopsicosocial  
Modelo de evaluación  
Propuesta de intervención  
Propuesta de un programa de inducción a la enfermedad dirigido a padres de niños con leucemia  
Conclusiones

### **CAPÍTULO XIV**

#### **INFLUENCIA DEL JUEGO EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE NIÑOS CON LEUCEMIA**

### **CAPÍTULO XV**

#### **TÉCNICAS PSICOLÓGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR AGUDO EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA**

Aspectos generales del dolor  
Dolor en oncología pediátrica  
Factores que intervienen en la percepción del dolor  
Evaluación del dolor en pediatría  
Medidas fisiológicas  
Tratamiento psicológico del dolor  
Estrategias conductuales  
Estrategias cognitivas  
Programas combinados de tratamiento  
Estrategias para los padres  
Experiencia en el Hospital Infantil de México

### **CAPÍTULO XVI**

#### **MANEJO DEL DOLOR Y OTROS SÍNTOMAS EN EL PACIENTE CON CÁNCER**

Evaluación Psicológica  
Síntomas más frecuentes  
Tratamientos para el dolor

### **CAPÍTULO XVII**

#### **MANEJO DEL DOLOR ONCOLÓGICO POR MEDIO DE ESTRATEGIAS PSICOLÓGICAS Y PSICOFARMACOLÓGICAS**

Percepción del dolor  
La experiencia del dolor



Dolor oncológico  
Tratamiento psicológico del dolor oncológico  
Tratamiento psicofarmacológico del dolor oncológico  
Anticonvulsivantes

## CAPÍTULO XVIII

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA EL AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN EMOCIONAL DE PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS Y SUS FAMILIARES

## CAPÍTULO XIX

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CÁNCER DE MAMA

Necesidades psicológicas y sociales en cáncer de mama

Detección precoz del cáncer

Consejo Genético

Diagnóstico del cáncer

La hospitalización y la cirugía

Tratamientos quimioterapia, radioterapia y tratamientos hormonales

Finalización de los tratamientos y revisiones

Las recidivas

Cáncer de mama avanzado

El distress y los trastornos psicopatológicos en cáncer de mama

La evaluación de la calidad de vida

La intervención psicológica en cáncer de mama

Eficacia de la intervención psicológica en cáncer de mama

## CAPÍTULO XX

APORTACIONES DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT) EN LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Los cuidadores paliativos

La condición humana: ser verbales y estar en la cultura

La evitación experiencial y sus consecuencias problemáticas al final de la vida

Contextos verbales

El enfoque tradicional de tratamiento y la aceptación desde la ACT como tronco fundamental en los cuidados al final de la vida

## CAPÍTULO XXI

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES AL FINAL DE LA VIDA

El proceso de adaptación a la enfermedad y a la proximidad de la muerte en niños y adolescentes

Evaluación e intervención psicológica en niños y adolescentes que padecen una enfermedad grave próxima a la muerte

## CAPÍTULO XXII

INFLUENCIA DE LA VISUALIZACIÓN SOBRE EL CÁNCER LINFÁTICO: ESTUDIO DE CASO

Evaluación y diseño

## PREFACIO

---

### **Intervención psicológica en el cáncer Avances de la Psicooncología en Iberoamérica**

#### **Presentación**

Es una realidad que la esperanza de vida ha aumentado de manera significativa, en especial en las últimas tres décadas. Por consiguiente, el envejecimiento ha implicado que enfermedades crónicas tales como el cáncer, estén presentando un comportamiento epidemiológico alarmante. Pese a los notables avances de las ciencias médicas y biológicas, el control de la morbilidad producida por el cáncer aún no logra la curación, pero sí, favorece el aumento de las probabilidades de supervivencia de las personas que lo desarrollan.

No obstante, es paradójico que, aunque la esperanza de vida aumenta, diferentes factores de riesgo y diversas variables continúan cobrando vidas o por lo menos, favoreciendo la aparición de enfermedades crónicas como el cáncer. Tal el caso de la pobreza, que con sus condiciones de desigualdad social e inequidad restringe las posibilidades de acceder a la educación y comprender la importancia de los hábitos de autocuidado, de la prevención de la enfermedad y de la promoción de estilos de vida saludables. Estas circunstancias también limitan las posibilidades de acceder a un sistema de salud eficiente que garantice la atención oportuna y de alta calidad. Además de la pobreza existen otros casos que deterioran la calidad de vida de muchas personas; otro ejemplo es la violencia intrafamiliar, que con frecuencia conlleva al abandono o la negligencia. La pobreza y la violencia son sólo dos de un sin número de variables que se asocian directa o indirectamente a la aparición o empeoramiento del cáncer y de otras enfermedades crónicas.

Aún en el siglo XXI, el cáncer continúa siendo una enfermedad temida y estigmatizada, objeto de múltiples esfuerzos por parte de pacientes, familiares y otros significantes en busca de la curación. Las formas en que se representa socialmente la enfermedad, el imaginario que subyace a la idea de ser víctima de un verdugo que históricamente ha cobrado millones de vidas, genera respuestas de intensa ansiedad y alteración emocional. A menudo, estas reacciones son las responsables de un afrontamiento poco efectivo y de un aumento significativo en la percepción de sufrimiento del paciente y de quienes lo rodean.

Pero lo cierto, es que el cáncer continúa siendo objeto de intereses científicos y también los equipos de profesionales de la salud destinan notables recursos en la búsqueda de estrategias que permitan lograr un mayor ajuste y adaptación al proceso que implica aprender a convivir con una enfermedad crónica. La experiencia ha demostrado que el abordaje interdisciplinario de los pacientes crónicos genera mejores resultados, lo que se traduce en un aumento de la calidad de vida de estas personas.

*Psicooncología, Intervención Psicológica en el Cáncer*, es el resultado de la compilación de veintidós capítulos, producto de la experiencia clínica o investigativa de diferentes profesionales psicólogos y médicos de países iberoamericanos tales como Colombia, México, España, Perú, entre otros, que trabajan en este campo interdisciplinario de la Psicología y de las Ciencias Médicas.

Las temáticas son diversas, así como las estrategias presentadas por los diferentes autores para comprender y manejar las múltiples situaciones que caracterizan la enfermedad.

Dentro del campo de la psicooncología pediátrica se encuentran seis artículos. Dos teóricos: "Representaciones del cáncer en niños diagnosticados con esta enfermedad", "Factores psicosociales en familias de niños con cáncer" y cuatro relacionados con programas de intervención psicológica, "Programa de intervención psicológica para el afrontamiento y adaptación emocional de pacientes oncológicos pediátricos y sus familiares", "Propuesta de un programa de inducción a la enfermedad dirigido a padres de niños con leucemia", "La influencia del juego en la adherencia terapéutica de niños con leucemia" y "Técnicas psicológicas para el manejo del dolor agudo". Además del último artículo mencionado, respecto al tema del dolor el lector encontrará dos artículos de autores colombianos, "Manejo del dolor y otros síntomas en el paciente con cáncer" y "Manejo del dolor oncológico por medio de estrategias psicológicas y psicofarmacológicas".

Las temáticas abordadas por los artículos abarcan creencias, autoeficacia, calidad de vida, sufrimiento, apoyo social, manejo de malas noticias, relación médico paciente, psicoprofilaxis hospitalaria y quirúrgica, además de dos programas o propuestas de intervención específicos para ciertos tipos de cáncer (como linfomas y cáncer de mama) y la atención del paciente oncológico al final de su vida.

La Psicooncología es un tema apasionante, un campo de acción en constante y prometedor desarrollo. Con la intención por promover la agremiación y la unión de esfuerzos para que este campo continúe fortaleciéndose y desarrollándose, se presenta esta primera compilación. Esperamos constituya en una motivación para establecer y consolidar redes de trabajo dirigidas a educar, investigar, formar y especialmente, para favorecer el mejoramiento continuo de la atención de las personas con cáncer, de su familia y de sus allegados, desde el impacto de la recepción del diagnóstico, hasta el acompañamiento y tratamiento de soporte al final de la vida. Con *Psicooncología, Intervención Psicológica en el Cáncer*, deseamos también consolidar propuestas que permitan prevenir la aparición del cáncer o en su defecto, detectarlo a tiempo.

Esta experiencia Iberoamericana representa un aporte a los antecedentes teóricos y empíricos que respaldan el desarrollo de un campo de acción. El paciente de estos países de Iberoamérica tiene características particulares, determinadas por su entorno y su historia. Esta obra ofrece la oportunidad de acceder a documentos elaborados a partir del trabajo directo con estos pacientes.

**Ximena Palacios**  
**Luis Armando Oblitas Guadalupe**

## PARTE I - ASPECTOS TEÓRICOS

---

### CAPÍTULO I

#### LA RELACIÓN MÉDICO -PACIENTE DESDE EL RECONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y SU EVOLUCIÓN COMO RESULTANTE DE LA HISTORIA PSICOFÍSICA Y SOCIAL DE QUIEN LA PORTA

*María Adriana Scherer Ibarra*

*Armando A. Coll*

*Hospital Infantil de México Federico Gómez  
México*

#### Introducción

Desde el enfoque médico, la enfermedad es concebida como la pérdida o deterioro de la salud física, limitándose a mirar al paciente únicamente como un cuerpo lleno de procesos físicos, químicos y biológicos, dejando a un lado el contexto sociocultural que envuelve y que ha visto crecer a ese ser humano. La relación médico paciente ha sido de carácter directo desde su origen, sin embargo, como resultado negativo de la tecnología, la vinculación existente entre médico y paciente se ha visto afectada, pues cada vez es más común observar que el médico se centra más en la enfermedad, que en el propio enfermo. Esto significa que existe una preocupación mayor por encontrar el origen y curación a la enfermedad en función anatómica mediante procedimientos físicos, olvidándose por completo de los sentimientos y emociones del enfermo.

La psicología, a diferencia de la medicina utiliza la palabra como herramienta principal para buscar la cura a la enfermedad crónica- degenerativa. Su uso busca y encuentra el camino adecuado para acceder al inconsciente y encontrar la génesis del conflicto, ya que la psicología ve al hombre como un ser biopsicosocial, que es como lienzo en blanco, en donde cada trazo, textura o color (síntoma), es una expresión o exteriorización de su historia de vida, de su pasado y su presente. El psicólogo se encarga de ayudar a aliviar el sufrimiento, analiza y estudia la conducta y la esencia del ser humano, no sólo es un paciente, sino un ser vivo que tiene derecho a tomar un papel activo dentro de su tratamiento, mediante la toma de decisiones, eligiendo vivir o morir dignamente.

Dada su complejidad, el proceso de salud-enfermedad presenta dificultades para su comprensión y análisis. Históricamente, se han analizado dos modelos que, desde diferentes perspectivas, intentan dar cuenta de este fenómeno. Uno es el modelo Biologista, que hace abstracción de los aspectos psíquicos y del entorno social, para concentrarse de la idea de un "cuerpo natural". El hombre, según este modelo, es considerado simplemente como un cuerpo enfermo sobre el que actúan exclusivamente procesos físicos, químicos o biológicos. Es un cuerpo que tiende a adaptarse

"naturalmente" al medio. Por tanto, cuando no ocurre así, aparecerán las disfunciones que lo enferman. Esta teoría aísla al hombre de su contexto histórico y social, sometiéndolo a un papel pasivo y subordinado. En este sentido, los estudios sobre la salud realizados en el campo de las ciencias sociales han permitido encontrar relaciones causales en los problemas de salud, los cuales van más allá de las determinaciones biológicas. Las ciencias sociales tienen como supuesto teórico una concepción más amplia del hombre, lo que da lugar a un examen de la estructura psíquica y social del individuo. Esta amplitud abre el camino para considerar la vida del hombre en su totalidad, o sea, su salud y los fenómenos adyacentes, y no desde un enfoque puramente biológico donde la persona se enferma fundamentalmente debido a disfunciones de origen orgánico (Infante y Alvarez 1987).

Las ciencias sociales permiten una visión del hombre como un todo, una unidad sin separaciones entre lo psíquico, lo biológico y lo social. Aquí, el fenómeno es una unidad estructurada en la cual se presenta un proceso contradictorio en el que aparecen efectos correspondientes a procesos vitales, que devienen en particulares (Mead, 1992).

Sólo a partir del hombre visto como una totalidad, se puede hablar de su estructura biopsicosocial, esto es, una naturaleza biológica que lo dota de un organismo con alcances, limitaciones y cuyas dimensiones se expresan de acuerdo con la relación establecida por el individuo con su cuerpo y su medio social. Dicha relación se desarrolla en la estructura social, es decir en el mundo cultural, que lo envuelve. Es claro, empíricamente, que el reconocimiento del hombre como un organismo fisiológico es inevitable en su estudio como ser integral, pero este reconocimiento debe partir del supuesto de que el organismo está necesariamente articulado a una estructura social que da sentido a su existencia. El hombre nace, por supuesto, con una determinada estructura biológica, pero también nace en un momento histórico y social y en una cultura, incluso en el seno de una familia que está atravesada no sólo por su propia historia sino también por el presente que le toca vivir. En consecuencia, esa organización biológica, natural, permanecerá inexorablemente en que llamamos el orden de lo social.

Como ser social el hombre es una creación histórica, en los términos en que desempeña un papel que lo incorpora al curso de la sociedad. Ese papel está dado por el tipo de institución social en que nace o madura como adulto. Su memoria, sentido del tiempo y el espacio, percepción, motivaciones, concepción de sí mismo y funciones psicológicas están moldeadas y dirigidas por la configuración específica de situaciones que incorpora de su sociedad. Considerar al hombre como una relación social implica reconocer que el individuo se experimenta en sí mismo como tal, pero no directamente, sino a través de los demás, es decir, desde el punto de vista particular de los otros miembros de la sociedad. En este proceso de interacción, el individuo se desempeña en diversas situaciones que lo identifican y lo ubican socialmente.

Si bien, es innegable la interacción entre el orden natural y el orden social, es necesario imaginar cierta especificidad del carácter social en su construcción histórica. Por otra parte, cuando se afirma que el hombre es un ser social, se afirma que es un ser que posee relaciones con la naturaleza (trabajo o transformación) y con los hombres (lenguaje o interacción), y que unas y otras se diferencian de las ocurridas entre los demás seres vivos. Específicamente la relación del orden de lo social con lo natural se establece a través del lenguaje, pero este elemento tiene ciertas particularidades, ya que la especificidad del mismo respecto de otras formas naturales de comunicación está en que sus elementos constitutivos son representaciones, creaciones intelectivas a partir de dichas relaciones y no solamente fenómenos psicofisiológicos (Quevedo y Hernández, 1990).

Así, el hombre no tendría entorno o medio ambiente, como se dice desde la ecología, sino mundo construido, de tal forma que sería exigible dar cuenta de este proceso de construcción específica cuando estamos frente a fenómenos humanos como la salud y la enfermedad y no simplemente derivar explicaciones de una supuesta adaptación natural al medio (Quevedo y Hernández, 1990).

Esta relación con el otro, con el mundo, mediatizada por el lenguaje, permitirá la conformación de la estructura psíquica del recién nacido, como así también un determinado desarrollo de lo orgánico. La pregunta que se puede formular a partir de esta premisa es: cómo se estructuran el aparato psíquico y biológico a partir de la relación con el otro.

El psicoanálisis aporta elementos para la exploración de la especificidad del orden social y de su historicidad. Así mismo, permite construir una teoría del sujeto, una teoría de "eso que se es". Desde que el hombre es hombre, ha ido apareciendo la pregunta acerca de lo que es, las respuestas se han dado desde las distintas corrientes filosóficas, la religión y también desde las ciencias sociales. Este trabajo toma el planteamiento de éstas últimas a partir del concepto de sujeto.

Al reflexionar sobre "eso" que se es, en cada caso, se puede decir, que existen dos líneas a seguir: Por un lado, la tradición describe la llamada filosofía del cogito y, por otro, la conceptualización abierta de las ciencias sociales (psicoanálisis, lingüística, antropología, etc.)

De acuerdo con la filosofía del cogito y retomando la frase del pensador francés René Descartes (1596- 1650) "cogito ergo sum" (pienso, luego existo), el ser humano se conceptualiza como un sujeto conformado desde siempre con la nota de la autosuficiencia. Siempre como idéntico a sí mismo, es indivisible, es una entidad natural.

¿Hasta qué punto podrá hablarse de individuo? En esta concepción cartesiana y mientras el sujeto sea pensado como "natural" se podrá afirmar que será individuo mientras haya vida, organización de la materia viva ; pero tal organización no es suficiente para explicar el "sujeto humano". También los animales y los vegetales y aún los seres unicelulares, presentan una determinada organización biológica. Desde esta conceptualización, no habría manera de diferenciar a un individuo de otro. Se deberá dar un salto y abandonar la posición de que el individuo es sólo un cuerpo biológico, habrá sujeto en tanto haya otro humano, alguien que lo nombre, en tanto le asigne un lugar en la diferencia de los sexos y en la sucesión de las generaciones, al mismo tiempo que en la estructuración social.

Entramos aquí en esa otra conceptualización de "lo humano" establecida por las ciencias sociales. Desde distintas áreas de trabajo científico se pensará al sujeto como efecto de estructuras anteriores y fundantes de su existencia. Estructuras que tienen formas de prácticas discursivas.

Como ya se ha señalado, lo que constituye al sujeto, está formado por estructuras organizadas de acuerdo con el modelo de un lenguaje. Esa matriz discursiva, ese campo organizado, es la cultura. Allí y sólo allí, puede advenir un sujeto humano.

Desde el Psicoanálisis, el sujeto se caracteriza según las leyes del lenguaje. La primera inscripción del sujeto se hace en relación a un sistema simbólico que lo pre-existe y que lo condiciona desde antes de su nacimiento. Aquí se puede pensar la perspectiva de una problemática edípica como estructura simbólica determinante o condicionante en relación al sujeto. Sujeto subordinado a ciertas normas, por la que pasa a ser parte de la cultura.

Desde antes de nacer, incluso desde antes de su concepción biológica, el futuro sujeto ya tiene asignado un lugar que habrá de ocupar, es decir, habrá de convertirse en el sujeto que ya era anticipadamente en el deseo de quienes lo engendraron. Hasta su futuro nombre propio será lo menos propio, es algo que antes que él, ya otros lo eligieron, el nombre ya lo estaba esperando.

Eso es lo que se puede definir como el orden de la cultura, el orden de la humanización: una compleja trama discursiva en la que los seres humanos se reconocen como sujetos.

Por todo esto puede decirse que el sujeto no tiene nada que ver con la "entrada al mundo" de esa "cría de hombre" que no es tan natural, ni instintiva, un ejemplo de ello es el hecho, de que haya adopción (asunción simbólica de una paternidad a través de un trámite legal). Esa "entrada al mundo" que será siempre, y necesariamente, mundo humano (orden de la cultura), se hará entonces, en tanto haya otro que lo nombre.

No se trata de un sujeto de conocimiento, sino de un sujeto de deseo, supeditado al desear ser-hacer. Es en este orden del deseo, donde los otros, ese sistema de relaciones familiares que se organiza en lo que llamamos discurso, tendrán su papel fundamental y fundante en la constitución del sujeto, que ya no es centro, sino que está determinado por ese orden simbólico que va más allá de él y, no obstante, lo determina.

Para que haya sujeto, tiene que haber otro, en tanto sujeto, igualmente constituido, y que otorgue un nombre, que lo nombre. Sólo así, el sujeto entra al lenguaje e ingresa al mundo humano con sus palabras entrañables y eternas: hijo de, hermano de, alguna vez padre de, etc. A través de ese nombramiento (desde el campo del lenguaje) se abre el mundo de la humanización, donde la "cría" vendrá a insertarse, varón o mujer, con un nombre propio.

Su mismo cuerpo, soporte material sin el cual no podría haber sujeto, tampoco es tan natural como podría parecer. El hecho de que un sujeto sea, antes que nada, sexuado, remite a una organización "natural" biológica, que coloca ante un enigma: si la sexualidad fuese algo natural, ¿cómo explicar que sea punto conflictivo de la humanidad? No es el sujeto un ser natural con forma de macho o hembra, sino, un producto del discurso que en la marcha de su constitución puede llegar a ser, algún día, pero no necesariamente, "como papá", es decir, un sujeto masculino, que tiene una mujer o "como mamá", sujeto femenino que tiene un compañero. Pero nada hay que garantice todo eso. También podría suceder, que no llegara a ser ni como mamá ni como papá. Podría ser un sujeto femenino que elige a otra mujer como pareja o un sujeto masculino que elige a otro, masculino. El cuerpo está antes que nada, atravesado y organizado por el orden humano. No hay duda que hay cuerpo, que hay carne, pero ese cuerpo está organizado, nombrado. Prueba de ello son las "desorganizaciones", los trastornos corporales que la biología no puede conceptualizar, tales como los síntomas que no tienen causa orgánica como algunas de las llamadas afecciones psicosomáticas, es el caso del asma, úlceras, síntomas dermatológicos. Si el cuerpo fuese tan natural, ¿cómo explicarse que alguien pueda gozar el dolor físico, como en las patologías del par, sadismo-masochismo?

Es importante reiterar que el concepto de lenguaje (tal como nos viene de la lingüística) nada tiene que ver con la idea de un instrumento con el que los humanos nos comunicamos. Más bien, se entiende como un sistema de reglas que organizan un campo, que abre o delimita espacios. Ese campo es, por así decirlo, un orden que se desvía de la naturaleza. Las reglas o leyes que legislan lo humano son culturales, entonces la naturaleza del ser humano consiste en no ser "una criatura natural" (al modo de las plantas o de los animales). Su naturaleza estriba en un ser producto de la cultura, sujeto del lenguaje, sujeto del inconsciente, sujeto de la ideología. Podría decirse, sujeto sujetado a todos esos órdenes previos a su existencia individual y concreta.

El niño, al identificarse con la ley, se sujeta, se somete a la sociedad y a la ideología dominante, reprime el cumplimiento de su deseo y desarrolla, en función de su particular historia, modalidades de relación con la autoridad, poder, trabajo, placer, saber, violencia, cuerpo, salud y enfermedad. Entonces es ahí cuando se afirma que la subjetividad es necesariamente sofocada por el sometimiento del sujeto al sistema social, de trabajo, educación, etc.

La realidad del sujeto está en el inconsciente y en el inconsciente lo que habla es el discurso del otro. Es en este discurso donde queda atrapado no sólo un sujeto, sino toda una familia, atada al registro del lenguaje, la función del símbolo. Es por esto que el sujeto está determinado por las leyes del

inconsciente y del lenguaje, que no son creaciones suyas. El sujeto ha de funcionar en relación a estas leyes que lo constituyen. Entonces, no es dueño pleno ni de sus pensamientos ni de sus actos.

Para que alguien pueda reconocerse como "yo" tiene que pasar por un determinado proceso, el cual implica una relación con el otro que le permitirá situarse como otro, como otro yo. Es un proceso de diferenciación, pero, a la vez, la identificación con el otro. También es otro porque se constituye a través de la imagen del semejante. Es la única forma de constitución de sujetos.

Si estamos pensando que un sujeto se constituye en el universo del lenguaje, este elemento proviene de otro que lo habla, que penetra en él, lo constituye y bajo esas leyes se constituye el sujeto y su pensamiento. No obstante, el sujeto tiene que poder hablar, y para poder hablar tiene que conocer el lenguaje.

El sujeto no puede todo, pues se encuentra con determinaciones que lo exceden en su voluntad, pensamiento, intencionalidad; muchas veces dice más o dice menos, de lo que quiere decir. Así se manifiestan los actos fallidos, los olvidos etc. apareciendo como lo inconsciente. Esto está marcando que en todos los seres humanos hay un punto de imposibilidad, no se puede hacer todo lo que se quiere porque tampoco se es dueño de todo lo que se dice.

Si se articulan conceptos como sujeto, sociedad y progreso, salud y enfermedad, es necesaria una patografía (descripción de las enfermedades) elaborada a partir de una historia biográfica. Estos son los límites de la individualidad que permiten reconstruir las biografías que todos los seres y sin las cuales no hay manera de entender absolutamente nada, pues la historia, la especie y la humanidad, son datos personales que se juntan y separan, contradicen y complementan. Sólo así podremos comprender la forma cómo en la historia personal se materializan los procesos sociales, es decir, de qué manera el proceso social de salud-enfermedad se concreta en un individuo específico. Esta idea permite formular interrogantes: cómo cada individuo pertenece a un proceso de historia local concreto, de qué manera en ella se establece una forma determinada de "andar por la vida", dentro del contexto general de una economía-mundo (Quevedo y Hernández, 1990).

De acuerdo con lo expresado se puede afirmar que el hombre no es solamente un ser biológico, sino que es simultáneamente una estructura mental y un tejido social. ¿Entonces, cuando llega un niño enfermo a consultar, que relación se establece entre médicos y pacientes? ¿Se encuentra el médico con un cuerpo natural, enfermo?

La llamada consulta médica es el lugar y el momento donde se va a expresar mediante hechos concretos los síntomas de las diferentes patologías. Esto sucede a través de una relación con ese "otro" que desde el modelo médico, como lo llama E. Menéndez (1990), se le ubica como paciente.

La relación médico-paciente, es propia de nuestros días, pero debemos aclarar que se refiere a una relación vista desde el paradigma biomédico y el modelo biológico lesional de la enfermedad, quizás con algunas observaciones sobre el paciente como persona, que ni el paradigma ni el modelo citado apoyan científicamente.

Desde tiempos inmemoriales existe una relación directa y personal, entre alguien que cura y el enfermo que acude a él. Vínculo en el que interviene la palabra y el contacto, además de una amplia gama de tecnologías, el uso de sustancias conocidas como medicamentos y la ejecución de los actos que genéricamente llamamos quirúrgicos.

Esta relación presencial entre médico y paciente no existe en algunos casos de la medicina mágica, en donde el curandero actúa ante un enfermo ausente. Pero hay que advertir que esta ausencia real es



sustituida por una presencia simbólica basada, por ejemplo, los cabellos de la persona, de una ropa o una fotografía.

En la medicina científica y técnica de nuestros días a través de las acciones de diagnósticos, se vuelve a dar este fenómeno del enfermo ausente, hoy, en vez de fotografías hay tomografías, en vez de cabellos o ropa, se presenta sangre, orina o algunos de sus tejidos. Se trata de una medicina realizada en ausencia del cuerpo del paciente, ya que éste como persona, generalmente, ha estado fuera del paradigma biomédico vigente.

El concepto relación médico paciente, tiene apenas unos 50 años de vida, pero el contacto presencial entre médico y enfermo se inició con la clínica misma. Hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX, la medicina era vista en función de su avance en la clasificación de las enfermedades, esto es, a partir de los alcances de la anatomía patológica. Al iniciarse una relación más directa con el paciente, los médicos podían emprender un examen físico prolijo y detallado. Más allá de la falta de tecnología que luego llegaría a lograr acertados diagnósticos de las enfermedades.

Desde mediados del siglo XX y hasta su última década, aquella relación directa con el paciente se mediatiza por el avance de la tecnología. Aunque se hace mayor énfasis en la obtención de diagnósticos cada vez más precisos y globales que incluyan el aspecto psicológico del paciente, se descuidan los aspectos sociales e históricos de los casos. Principia así la tecnificación que pone en riesgo la humanización del vínculo médico-enfermo y se complica el acceso a esta relación por el alto costo de la nueva tecnología del cientificismo que se pone de moda. La consecuencia de todo esto llega a la relación médico-paciente y el enfermo se convierte en una enfermedad.

En 1957, el psiquiatra Michael Balint, publica un libro titulado El médico, el paciente y la enfermedad. En él presenta, la posición del médico y plantea:

- La consulta médica funda la relación médico paciente.
- Hay dos maneras de ejercer la medicina, centrándose en la enfermedad o enfocándose en el enfermo.
- La medicina centrada en la enfermedad (paradigma biomédico y modelo biológico-lesional de la enfermedad) solamente logra "diagnósticos a superficie".

En cambio, la medicina enfocada en el enfermo obtiene siempre "diagnósticos a profundidad". Sigue diciendo Balint: "...el paciente llega a la consulta con una o varias molestias que podemos llamar, síntomas-oferta. Si el doctor solamente sabe hacer diagnósticos a superficie, construye con tales indicios un dictamen nosológico, que completará con la exploración física y apoyándose en radiografías y exámenes de laboratorio, pero si sitúa al enfermo como centro de su quehacer, está obligado a hacer un diagnóstico a profundidad, el cual consiste en la identificación de la enfermedad y en el conocimiento de la persona que la sufre."

Al enfermo se le empieza a conocer por los síntomas oferta. De aquí que una buena relación médico-paciente debe iniciarse por el libre acceso del enfermo a la consulta, a fin de que exprese lo que siente en lo físico, pero también en lo anímico. El médico debe limitarse a escuchar, actitud que exige ciertos cambios en su formación profesional. Bajo este paradigma, el interrogatorio, al estilo anamnesis, debe ocupar un lugar secundario. En otros términos, debe escuchar más que preguntar. De esta manera la relación médico paciente cumple con su momento cognoscitivo, y en él se inicia el diagnóstico de la enfermedad del sujeto, que permite conocer su padecer. Esta relación debe constituir en sí misma un recurso terapéutico.

No obstante, el cambio propuesto en la tesis de Balint resultaba incompleto, pues el diagnóstico a profundidad sólo comprendía, además del dictamen de la enfermedad, el diagnóstico psicológico de la persona, pero sin incursionar en los niveles socio cultural, existencial u ontológico. De aquí se concluye que todavía faltaba cambiar el paradigma médico.

Desde finales del siglo XX hasta nuestros días, se produce un avance de las ciencias sociales. Desde sus novedosas conceptualizaciones, la atención se centra en el enfermo y no en la enfermedad; se pasa así del paradigma biomédico y modelo biológico lesional al paradigma antropomédico o modelo social.

El ejercicio de la medicina requiere del conocimiento de las ciencias cuyo objeto de estudio es el cuerpo humano, pero también de las que exploran al hombre como ser psíquico y social, integrando todo esto en su calidad de sujeto. Así como las ciencias biológicas reciben el calificativo de "biomédicas" cuando están orientadas al objetivo de la medicina, del mismo modo llamaríamos disciplinas antropomédicas a estas últimas vertientes. Ellas formarían el cuerpo de una antropología médica de aplicación clínica que vendría a ser otro pilar del ejercicio de la medicina, capaz de conocer y manejar terapéuticamente los problemas que han escapado a la medicina guiada por el paradigma biomédico.

La antropología médica tiene del cuerpo humano una visión diferente a la del paradigma biomédico hoy existente. Ahora se le entiende como un gran sistema psíquico-físico, psico-orgánico o psicosomático, construido por varios subsistemas con igual carácter. Se debería desechar esa separación entre lo psíquico y lo somático tan arraigada hasta hoy entre los médicos, además, en estos sistemas psicofísicos incide y participa lo cultural y lo social, de aquí que en el paradigma antropomédico siga teniendo un lugar prominente el cuerpo humano, pero ahora visto como un gran sistema en el que sí cuentan estos aspectos.

*"Desde la teoría tradicional de la enfermedad y especialmente desde la teoría clásica del cáncer, se ha tomado un sólo modelo para explicar esta enfermedad, el modelo biológico, y particularmente en los últimos años la fisicoquímica molecular. De acuerdo con esta posición, el cáncer será explicado por las desviaciones conocidas, propias de las variables biológicas y fisicoquímicas medibles. Lo expresado no deja resquicio para pensar en esta enfermedad como un hecho individual, personal, subjetivo, que se da en un determinado contexto social e histórico. Desde esta perspectiva, se debería exigir que las alteraciones subjetivas y/o sociales sean explicadas en términos fisicoquímicos y de procesos somáticos alterados, ya sean bioquímicos o neurofisiológicos" (Schavelzon, 1987).*

Otra posibilidad es aceptar la inclusión de otras ciencias que posibiliten la lectura de la enfermedad desde un modelo biopsicosocial susceptible de ser modificado en forma permanente a medida que la información y los avances científicos lo requieran.

Al evaluar un mayor número de factores que actúan tanto sobre la aparición y desarrollo de la enfermedad como sobre el psiquismo del paciente y la conducta del medio hacia él, los médicos podrían ampliar su comprensión de los fenómenos que se producen. También podrían ampliar cuantitativa y cualitativamente las posibilidades terapéuticas y asistenciales que se abren en su investigación.

Es común oír decir que al médico se lo prepara para mirar. Y es cierto, ya que la anatomía patológica está íntimamente ligada a la apertura de un cadáver para poder "mirar adentro". En este sentido, en las instituciones médicas es incuestionable el valor del "pasaje de sala", donde el médico mira uno por uno a cada enfermo, ya que, para el ojo avezado, la enfermedad se muestra.

Hay otro momento en la conducta del médico con un paciente, que tiene que ver con el lenguaje, la palabra, es este el momento del interrogatorio. Indagar sobre la enfermedad, lleva a nombrarla a partir de las respuestas que se suman. La tos, el pulso, el color de la piel, la forma de respirar, todo indica la presencia de una determinada patología y a través de las palabras del paciente el médico logra transformarlas en signos y síntomas y éstos en un síndrome. Así produce el pasaje del enfermo a la enfermedad, dando el acceso de lo individual a lo conceptual universal.

En cuanto al paciente, ocurre que la relación que establece con la institución es la de una consulta que lleva implícita una pregunta, la simple apelación a un saber. Este saber, por lo general, está encarnado en la figura del médico, que va a intentar dar una respuesta a la pregunta del paciente desde el llamado "acto médico", que es un acto que debe estar signado por la eficacia de la acción. La dolencia puede estar dirigida al médico, pero lo que el médico no sabe es que muchas veces, no es seguro que la demanda sea de curación. El médico se encuentra con un cuerpo atravesado por un goce que contrariamente a lo pensado por él, muchas veces no busca el "bien".

Desde el punto de vista del psicoanálisis, toda formación sintomática puede ser entendida como un recurso que el sujeto tiene para mostrar un conflicto subyacente, a la vez que un intento de dar una solución al mismo. El síntoma de origen psíquico, a diferencia del síntoma de origen orgánico, no manifiesta sólo un desequilibrio funcional, sino que representa un modo de manejar o de controlar la angustia resultante de algún tipo de desorden (actual o antiguo) en el mundo psíquico del sujeto.

De esta perspectiva se desprende que el síntoma no constituye el blanco de la atención clínica. Pretender desaparecerlo sería despojarlo de la posibilidad de mostrar precisamente algo del conflicto que vive, sería privar al paciente del recurso que en ese momento le está sirviendo para controlar la angustia que no ha podido resolver.

A manera de ejemplo, el caso siguiente: unos padres acompañan a su hija (15 años) al servicio de psiquiatría, fueron enviados allí por el servicio de oncología del mismo hospital. El rostro del padre mostraba excesivo amor y preocupación por su hija, en tanto, la madre lloraba, casi no podía articular palabra. La hija, Martha, intentaba consolar a la madre, al padre lo ignoraba no obstante los esfuerzos que éste hacía por abrazarla. Cuando se preguntó a los adultos si sabían por qué estaban en psiquiatría, Martha saltó: "doctora tengo leucemia".

"Los médicos quieren curarme, y yo no quiero, Dios me mandó esta enfermedad y yo creo que lo que él desea es llevarme a su lado. Los médicos han intentado curarme, pero como yo no quiero, me resisto, me rebelo y como puedo, me defiendo. No voy a permitir que intenten curarme, porque cualquier sufrimiento sería en vano. Tengo y sé que me voy a morir". La aceptación que la adolescente hacía de su enfermedad parecía tan racional que se permitía suponer que podía haber algo más, que la simple resignación a la muerte. Repetía una y otra vez: "Si Dios me ha llamado con él acepto irme sin resistencia". La madre y el padre pretendían forzarla para que aceptara su tratamiento. La madre lo hacía con ruegos y llanto, el padre hacía un afanoso intento para que todos vieran cuanto amaba a su hija. Finalmente, Martha dijo: "me siento muy molesta porque los médicos y mis papás me quieren obligar a someterme a tratamientos contra el cáncer. Yo no quiero, no quiero". La terapeuta preguntó si quería hablar a solas con ella, visto que sus padres "no la soltaban". Martha sonreía a la madre, mientras al padre le daba la espalda.

Frente a esta situación la terapeuta ofreció disculpas y le dijo a Martha que si no consideraba necesario o justo que se le atendiese era mejor que se fuera, al tiempo se le dieron las gracias. La respuesta de la menor fue súbita: "Doctora, quiero hablar con usted". Se le pidió a los padres que abandonaran el consultorio y con el objetivo de escuchar a Martha. Después de varias sesiones pudo reconocer ante sí misma que el deseo de morir surgió debido a que su padre, había abusado sexualmente de ella. Esto

ocurría desde sus 8 años, miraba el cáncer como un regalo de la vida, una puerta de escape a su tranquilidad no deseaba curarse, el cáncer era su salvación, dejaría atrás el sufrimiento.

Ante fenómenos como el relatado, suele el médico desentenderse del auxilio del paciente, pues desde la técnica y la teoría desconoce la dimensión natural de goce que habita en el cuerpo. El médico operara solamente sobre lo que el paciente ofrece como marca en el cuerpo. Esas marcas le dicen algo que podrá mirar, leer, con ayuda o no de la tecnología, pero generalmente, sin la participación del paciente, sin que el paciente hable. La lectura la hará desde el discurso de la medicina, discurso del cual es portador.

El profesional médico considera estos factores:

- Un cuerpo esperable-disciplinado.
- Un cuerpo orgánico, natural.
- El aporte del conocimiento científico.
- La enfermedad como problema universal.
- La persona como un ser biológico y que, como tal, cuenta con un equilibrio e integridad original.
- Pondera lo consciente, es decir que lo consciente comanda la existencia.
- Tiene en cuenta fundamentalmente los signos.
- Sopesa al síntoma como un "dolor", un fenómeno que revela un desorden funcional y como tal debe suprimirse.
- Actuará bajo su saber. No necesita más.

La mirada en la clínica médica sólo llega allí donde el silencio del paciente le permite observar y escuchar, el movimiento de los órganos. Es necesario, que los órganos hablen a fin de que la mirada tenga acceso a la realidad, a los fenómenos psíquicos soterrados por una vida de ocultamiento.

Para el médico, el cuerpo es un espectáculo donde el dolor se escenifica, teatro real que él puede observar. La voz, que hace su aparición durante el interrogatorio, le sirve para enfocar con rigor descriptivo, una serie de signos, síntomas o síndromes, que le permitan arribar finalmente al diagnóstico.

Para el psicólogo, en cambio, la palabra cobra su valor en el sin-sentido, en sus quiebres, para llegar a las profundidades del psiquismo humano. Apoyado en las conceptualizaciones del psicoanálisis, y sabiendo que el aparato psíquico está estructurado como un lenguaje, el analista trabajará con la palabra del paciente, pero inversamente de como lo hace el médico. Partirá de lo explícito del decir a lo implícito del discurso. Irá de la enfermedad, del síntoma como formación sustitutiva, hacia las determinaciones subjetivas individuales, que producen esa sustitución. Escuchará como el inconsciente habla, quizás apoyándose en un órgano, en una actuación o en un pasaje al acto.

En esta relación psicólogo-paciente ya no se apuesta tanto a la eficacia de la acción como a la eficacia de la palabra. Se propone una clínica del discurso donde el padecimiento pueda articularse por la palabra. De esta manera, con el dispositivo analítico, el psicólogo puede emprender una tarea para separar la marca del cuerpo, intentando leerla en su filiación con el inconsciente.

Del discurso y la investigación paralela, considerará:

- Un cuerpo diferente en cada sujeto-cuerpo indisciplinado.
- Un cuerpo erógeno - no natural.
- El saber inconsciente.
- Importa el enfermo, no la enfermedad, rebasa a menudo la objetividad del mal, para acceder a la subjetividad.
- El ser biológico atravesado por el lenguaje. (sujeto)
- Comanda lo inconsciente.
- Tiene en cuenta los significantes.
- Toma al síntoma como transacción - satisfacción sustitutiva.
- Se apoya en la escucha y el no en el saber.

Desde estas consideraciones pensamos que la historia del otro representa la sustancia de la vida. Esta actitud permite abrir no sólo vías diagnósticas originales, sino un encuentro clínico distinto, perspectiva que cambia totalmente la manera de mirar al paciente, al sujeto.

Es decir, que previo a cualquier intervención precipitada, es crucial mantener un espacio de interrogación al que sólo se llegue por cierto tipo de escucha que no excluya los factores psíquicos. Así se percibe el devenir histórico del sujeto, que incluye a la enfermedad como parte del ser del paciente.

Un escenario así concebido da como resultado una práctica ajena a la pensada y rebasada en términos de recurrir a las promesas incumplidas como una forma de ayuda al enfermo para comprenderlo. Nada más falso, no existe la vida individual, a sabiendas que sin el individuo la existencia es inconcebible.

Por otro lado, sería un contrasentido sofocar o pretender hacer desaparecer en los pacientes aquello que intenta hacerse escuchar a través del síntoma. A lo que se puede aspirar es a proporcionar un trabajo de escucha e interrogación sobre lo que de verdad se muestra en tal o cual síntoma, buscando y proporcionando vías de expresión del conflicto interior que lo suscita.

Es importante situar a la entrevista médica en el centro de la semiotecnia, confiándole el papel central que desempeña en todo el universo semiológico. Todo esto sin desdeñar la información que brindan los diversos colores, texturas, ruidos de la piel y su contenido, es necesario valorar la dimensión subjetiva del hombre que se da en ese " coloquio singular". Por lo tanto, no es suficiente postular la integración biopsicosocial en el discurso, es indispensable que cobre vida en la práctica.

## **Conclusiones**

Al efecto que cobre vida en la práctica este modelo, no sólo debe tener en cuenta los aspectos biológicos, sino que debe incorporar los condicionantes psíquicos y sociales de los individuos, se plantea así otra manera de aproximarse a los pacientes con cáncer.

Se debería reconocer la enfermedad y su evolución como resultante de una historia psicofísica y social. Debido a que para el paciente su enfermedad es propia, única y singular, es muy importante que sean escuchados sus puntos de vista, opiniones y decisiones sobre la base de una información adecuada.

En este sentido, la institución y quienes la integran como profesionales de esta, no debieran actuar en forma omnipotente, exigiendo el sometimiento del paciente para que este obtenga atención médica, aislado de su medio y sometido a un tratamiento.

El paciente debe estar al tanto de las opciones posibles de su enfermedad y participar en la toma de decisiones. Así puede y debe negarse a cualquier propuesta que no lo satisfaga, sin que ello traiga consigo el abandono o desinterés del médico.

Por último, considerar la muerte como patrimonio de toda una riqueza biológica, contrapone la posibilidad de otorgarle su carácter de problemática psíquica y social. Así como cada sujeto tiene y desarrolla su propia vida, así debe estar en la posibilidad de cavilar acerca de su propia muerte, comprendiéndola, aceptándola.

## **CAPÍTULO II**

### **LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE Y SU IMPORTANCIA EN LA DINÁMICA FAMILIAR**

***María del Pilar Morales García**  
Hospital Infantil de México Federico Gómez  
México*

#### **Introducción**

El hablar de enfermedad, es hablar del paciente su familia y el entorno que le rodea. En este primer momento los padres se enteran del padecimiento que el hijo tiene, enfrentándose quizá por primera vez al hecho de que no son inmortales, lo que confluye en toda una gama de reacciones (tristeza, ira, rabia, enojo, desesperación) como forma de respuesta a esta crisis y enfrentamiento a la realidad en la que se encuentran. El papel que juega la familia es fundamental, ya que de ahí dependerá el éxito y/o fracaso de los posibles tratamientos, cuidados y medidas de prevención que se den al paciente.

En cuanto al equipo de salud, el rol va a depender en primer lugar de la relación médico-paciente, luego del manejo que se haga de la enfermedad y las respuestas que el sistema familiar y paciente den a esta. Por otro lado, es importante recalcar que los factores psicosociales de las familias que acuden a esta institución (Hospital Infantil de México Federico Gómez) son similares: Nivel socioeconómico bajo, analfabetismo, desempleo, entre otros, observándose, una relación campo-ciudad que lleva a los pacientes y sus familias a iniciar un proceso de transculturación en forma traumática desde el momento en que se tiene contacto con la institución.

Es por esto que surge la necesidad de plasmar la experiencia adquirida durante el trabajo realizado con los pacientes hospitalizados, sus familias y el equipo de salud que forman parte del servicio de hematología.

#### **El papel de la familia**

El ser humano tiene su origen y desarrollo dentro de la familia y es aquí donde puede satisfacer sus necesidades básicas de supervivencia. Según Nares (1991) las dos funciones básicas de la familia son: Asegurar la supervivencia humana tanto a nivel individual como de la especie y desarrollar lo humano del hombre que se origina y desenvuelve en ella.

Como unidad de supervivencia, la familia tiene las siguientes metas y funciones específicas para el desarrollo de sus integrantes:

- Cuidar de los niños asegurando su subsistencia a través de la satisfacción de necesidades materiales de abrigo, alimento y protección física.

- Promover lazos de afectos y de unión social, que son la matriz de la capacidad de relación con otros seres humanos.
- Facilitar el desarrollo de la identidad personal, ligada a la identidad familiar y a la identidad del grupo social.
- Satisfacer necesidades recíprocas y complementarias fomentando la libre relación de sus miembros, permitiendo la autonomía de cada uno de ellos.
- Dar oportunidad para que los miembros de la familia se adiestren en las tareas de participación social e integración de los roles sociales.
- Dar oportunidad al crecimiento de la familia como sistema.

Las funciones de la familia pueden ser divididas en funciones de maternaje y funciones de paternaje. Las primeras son aquellas relacionadas con la figura materna por su condición biológica y psicosocial. Las de paternaje, conaturales a la figura paterna, se refieren a las conductas de orientación, estimulación y contención hacia los miembros de la familia.

### **Dinámica familiar**

Se refiere a la interacción, relación y comunicación que se establece en cada miembro de la familia. Su desarrollo y crecimiento, depende de su estructura, que se verá alterada cuando la familia se encuentre en crisis. (Hoffman 1987).

Para tener claro el funcionamiento de las familias, se pueden clasificar sus estructuras en:

- **Estructura flexible:** Las familias con estas características ante una situación en crisis o emergencia tienden a moldear, sus lineamientos de funcionamiento u organización se adaptan a las circunstancias necesarias, pasada la crisis de corto tiempo se recuperan. Esto no quiere decir que no sufran o no se les dificulte lograr sus objetivos, lo que implica que estas familias tengan la facilidad de negociar intereses, disposiciones y fuerzas; para ello utilizan las capacidades de sus miembros con el fin de alcanzar sus objetivos. Tienen un mayor sentido de ubicación en la realidad, así como de sus propios recursos como sistema familiar.
- **Estructura frágil:** Son familias comúnmente flexibles, pero con una dimensión de fragilidad en algunas áreas de sus estructuras que las lleva a estar en una "fase de riesgo", sobre todo, si se trata de eventos impactantes como la enfermedad o la muerte de un ser querido. En estas circunstancias, las familias corren el riesgo de entrar en un estado de shock, situación que las tensiona y paraliza, llegando a permanecer días, semanas, o incluso meses bajo este estado. El despertar o reaccionar va en relación con los recursos y la velocidad con que cada uno de los miembros de la familia adopta su rol frente a la enfermedad, así como las funciones y tareas que le corresponden afrontando la crisis. Las familias que tienen menos recursos permanecen defendiéndose del impacto, evaden el problema o se sobrecargan de estrés, debido a la desorganización y desactivación de esfuerzos orientados a un objetivo común.
- **Estructura Rígida:** Es la característica predominante de los sistemas familiares "acartonados", cualquier evento desconocido los desequilibra y aún más si se trata de un suceso estresante. Estas familias justamente por su rigidez e interacción a menudo viven en conflicto y tensión, cuando se enfrentan a un evento como lo es la enfermedad crónica. Son grupos incapaces de crear nuevas posiciones o disposiciones, con frecuencia intentan utilizar viejas herramientas de confrontación, no



conocen otras formas de enfrentamiento y tampoco intentan crear unas nuevas. Son familias que no se mueven de su sitio, sólo gritan y exigen desesperados un cambio sin responsabilizarse. Cuando intentan una solución -si es que lo logran- esta no llega al final, ya que el cambio no se sostiene y justifican lo que no se logra obtener. (IFAC, 1991).

### **Aspectos que intervienen en la relación médico - paciente**

"Mi cuerpo es un acontecimiento para mí, pero para los demás puede ser un simple objeto".

Las reacciones que presentan los padres dentro de la institución son variables, éstas no van a ser las mismas y dependen de si es la primera vez que acuden a consulta o son subsecuentes e incluso si ha habido hospitalización. Sin embargo, es frecuente ver que la mayoría de ellos expresan frases como: "No somos los mismos", "Todo cambio a raíz de la enfermedad", "Me siento rara", "Me mareo y me pierdo en el hospital". Una forma de entender esta situación es a través de la relación médico- paciente que se construye en el primer contacto que tienen ambos.

Es la clínica y su campo específico, la consulta médica, donde interactúan paciente y médico. Es aquí donde se lleva a cabo la tarea de relación, donde recíprocamente fluyen emociones, pensamientos, enojos, alegrías y miedos, fenómenos que familia-paciente no detectan claramente en su totalidad.

A principios del siglo XX el médico mexicano José Térres (Revista Médica Moderna oct 1995 pág. 86-89) definió a la clínica como la esencia de la medicina, afirmó que clínica es "el arte que tiene por objeto diagnosticar el estado patológico de los enfermos" y no la identificación de una o más enfermedades. Al llamar arte a la clínica, Térres no aceptaba que fuese una ciencia práctica, es decir, la aplicación reduccionista y rígida de la ciencia que estudia las enfermedades o patologías.

Para entender a Térres (pág 40-44), es necesario comentar el concepto que el autor tiene de arte y ciencia:

*"Se hace ciencia cuando se examinan los fenómenos sin modificarles para descubrir sus leyes o uniformidades de coexistencia y sucesión, sus causas y la manera como se producen y evolucionan sin tener en cuenta el provecho que es dable obtener con tal estudio. En cambio, cuando los fenómenos se escudriñan con el fin de modificarlos en un sentido determinado y con el fin bien claro, estamos haciendo arte".*

En la medicina reduccionista, la enfermedad se entiende como patología del cuerpo, el síntoma corporal solamente tiene una dimensión significativa o indicadora. Función (1) indicadora de la enfermedad propiamente dicha, en cuyo caso el síntoma forma parte del cuadro clínico de dicha enfermedad O como dimensión (2) que expresa la manera como el paciente está viviendo, sufriendo o interpretando al síntoma y a la enfermedad de cuyo cuadro clínico forma parte.

- Como en cualquier evento crítico, la enfermedad se va a vivir de acuerdo a la biografía o historia personal de cada persona y/o de acuerdo al mundo cultural, religioso, filosófico y social de cada sistema familiar.

- Para tener una idea del significado que el paciente le da a su cuerpo Terrés (pág. 18-44) lo explica de la siguiente forma:

Primero. El cuerpo es un acontecimiento porque "mi cuerpo soy yo", "porque gracias a mi cuerpo yo sé que existo". Es la evidencia visible, sensible, tangible de la existencia de un sujeto frente a los demás. Gracias a la corporeidad se goza o sufre, porque el cuerpo es presencia, lugar, espacio en el

mundo. Si para cada individuo es un acontecimiento, para los demás puede ser un simple objeto, fuerza de trabajo, objeto decorativo, objeto de investigación científica, de manipulación médica etc.

En situaciones cruciales, como lo es la enfermedad, el sujeto se percata que vive este acontecimiento de acuerdo con su biografía o historia personal y de acuerdo con su mundo cultural, religioso, filosófico y social.

Valery (1995), dice que no tenemos un cuerpo sino cuatro. El primero es el que permite que un paciente pueda decir: "Este cuerpo se confunde con mi ser, es el que me hace sentir yo soy mi cuerpo en estado de salud, cuando mi cuerpo responde a mis deseos y necesidades, puedo decir que mi cuerpo es mío, que soy el dueño de mi cuerpo. En tales condiciones mi cuerpo es mío porque es mi esclavo".

Pero la enfermedad invierte las cosas y entonces, el paciente puede afirmar que: "Como persona me convierto en el esclavo de mi cuerpo, ya no puedo hablar del cuerpo como de una propiedad de la que puedo disponer a mi arbitrio, ahora es el cuerpo el que impone las reglas, el que no me deja jugar, correr, brincar, comer, pintar". Si la enfermedad le ha quitado al paciente la propiedad de su cuerpo ¿Qué es lo que le queda?

Ejemplos: "Me siento triste porque no puedo jugar fútbol". Paciente con hemofilia

"Me gustaría tener mis uñas pintadas, pero no puedo porque me enoja no ser como mis compañeras". Paciente con anemia aplásica.

"La comida es fea, no me sabe a nada". Paciente con anemia aplásica.

El segundo cuerpo es el que se descubre cuando el individuo se mira al espejo, es el cuerpo que tiene un rostro, una estatura, un color. Es el cuerpo que se adorna. Este segundo cuerpo entra a los terrenos del padecer médico cuando no gusta, cuando es rechazado, cuando hace ver a la persona obesa, flaca, débil, fea y empieza a pensar que los demás la pueden rechazar, ejemplo:

"No me tomo el medicamento porque me hace cachetón y gordo". Paciente de anemia aplásica

"Me siento deforme, chaparra, y velluda". Paciente con anemia aplásica.

Estos dos ejemplos son similares a la respuesta de Kafka, quien achacaba a su delgadez y debilidad ante la vida, la imposibilidad de que alguien lo amara.

El tercer cuerpo es el que ven los médicos, limitado al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad como patología corporal, sólo tiene una dimensión significativa, la de la lesión o patología. Este tercer cuerpo es silencioso en la salud, pero grita cuando la lesión está en la vida de la persona, es el cuerpo que siente dolor, que no quiere moverse, se ahoga o vomita.

Ejemplos:

"Ya no puedo ir a la escuela tengo miedo de que mis compañeros me empujen y sangre". Paciente con hemofilia.

"Me duele mi brazo, ya no quiero que me saquen sangre, para qué, sigo igual". Paciente con anemia aplásica

"Ya no quiero tomar medicamento, ya me cansé". Paciente con anemia aplásica.

El cuarto cuerpo se considera más completo y está formado hacia el interior y hacia el exterior.

Ejemplos:

"Mis padres discuten no hay dinero. Mi papá perdió el trabajo y eso implica que no me compren el medicamento".

"No me gusta que mi mamá llore, me voy a morir".

En la génesis y conformación del padecer, lo más importante es la manera como el paciente percibe su cuerpo y el significado o interpretación que le da a dicha percepción. Los pensamientos, sensaciones y emociones existen gracias a al cuerpo y en especial al cerebro de cada sujeto, son realidades en las que interviene la bioquímica, las células y fisiología de cada individuo.

Todo esto permite como cuerpo y como persona incursionar por un mundo llamado cuerpo para el exterior de cada sujeto. La auto percepción del propio cuerpo, es una visión interior, muy personal y única, que implica vigilar funciones naturales como horarios, cantidad y consistencia de las evacuaciones intestinales, número de pulsaciones o de respiraciones por minuto. Cuando se está afectado por una enfermedad, los síntomas de esta y ciertos signos que al ser percibidos e interpretados por la subjetividad del paciente, pasan a formar parte importante de su interior.

Cuando el paciente se da cuenta que algo sucede en su interior, muchas veces se resiste a aceptar y echar mano de los recursos para poder justificar esta transformación, buscando causas y explicaciones de lo que está sucediendo.

Este punto es importante, ya que las reacciones se van a dar de acuerdo con la edad, sin embargo, algunas familias se refugian en la religión, el pensamiento mágico, así como de otras creencias, ideas y pensamientos, como mecanismos para aminorar el dolor de tener un hijo enfermo.

Con relación a este punto, hablaremos de los diferentes marcos de referencia paciente-médico.

### **Marco de referencia mágico**

"El hijo de mi comadre Chonita se enfermó porque le hicieron mal de ojo"

"Está así porque lo espantaron"

"Se espantó cuando tembló y por eso el niño nació así"

Padres y/o tutores de pacientes hematológicos.

Este marco de referencia, que forma parte de los sistemas familiares que acuden a la institución, parten de una herencia cultural y familiar elaboradas a través de mitos y mecanismos cuya función es aminorar el dolor de una realidad. Desde tiempos inmemoriales, el hombre trató de comprender el mundo que lo rodeaba equilibrando lo empírico y lo mágico, el curandero era el amo de la vida y de la muerte. En América vivieron pueblos muy diferentes en su nivel cultural, político, económico y social pero compartían una tradición mágico-religiosa, teniendo conceptos similares sobre las enfermedades, base de sus teorías y prácticas curativas. Fue sin duda la medicina azteca la que sobresalió en lo referente al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, tanto en medicina interna como externa. Quienes lo practicaban eran los curanderos llamados ticitl, pertenecientes a una casta

sacerdotal, en la que los padres enseñaban la profesión a sus hijos y estos heredaban el cargo. Además, la medicina era asociada con tres factores: religión, magia y ciencia. La religión, en virtud que atribuían a los dioses ciertas enfermedades, así como su remedio. La magia porque creían que algunas enfermedades eran provocadas por los hechiceros y la ciencia porque conocían las propiedades curativas de las plantas y de algunos minerales. Otro aspecto relevante es que los médicos, para darle un toque misterioso a sus curaciones, las acompañaban con algunas ceremonias supersticiosas, con la invocación de sus dioses y con ciertos improperios contra las enfermedades. Con relación a los sistemas familiares Antonio Ferreira (Pincus 1996) fue el primero en acuñar el mito familiar, el cual se puede entender como "una serie de creencias bien integradas que comparten todos los miembros de la familia". El mito de la familia es el punto central a partir del cual giran todos los procesos del sistema, siendo dichas creencias y roles, la mayoría de las veces muy respetadas por los miembros de la familia (a pesar de las distorsiones de la realidad a fin de mantener intacto el mito).

Anos (Ceram 1985) identificó cuatro características de los mitos, los cuáles son importantes para los grupos y comunidades.

1. Los mitos son historias, narraciones imaginativas que tratan de actos cosmológicamente significativos de dioses o seres supra humanos, la identificación personal de un mito o historia particular desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la mitología. En la práctica clínica se puede observar cómo los padres de familia pueden superar y/o aminorar su sufrimiento gracias al poder de su mitología personal.
2. Los mitos siempre tienen su fuente en la vida común y las experiencias de una comunidad, llevan la marca de una cultura y persistirán durante generaciones como parte de su tradición, en algunos casos estarán íntimamente vinculados a un grupo común, étnico, racial o religioso.
3. La comunidad aprecia la historia o el mito porque sugiere algo distintivo e importante en la existencia humana, particularmente de su comunidad.
4. A causa de la relación que mantiene la historia o el mito con la existencia concreta de una comunidad, se convierte en parte indispensable e inseparable de la vida de ésta la comunidad y para los que participan en ella será un símbolo irremplazable.

Los mitos ya sean personales, familiares o culturales persisten de generación en generación, porque el mensaje que portan se considera fundamental para la supervivencia del individuo. (Elli 2000) Campbell( 1992).

Dentro de la enfermedad que padece el hijo, la familia se aferra a una creencia para dar explicación a lo que están viviendo y aminorar su angustia, de esta manera se convierte en justificación ante cualquier acción o decisión tomada, aunque el equipo de salud observe la necesidad de lo contrario. En diferentes centros se han escuchado afirmaciones como las siguientes:

"Mi religión me prohíbe que a mi hijo le hagan una transfusión"

"Dejé de darle el medicamento porque me dijeron que si le daba té de diferentes yerbas se curaba"

"Mi hijo está así por el coraje que hizo"

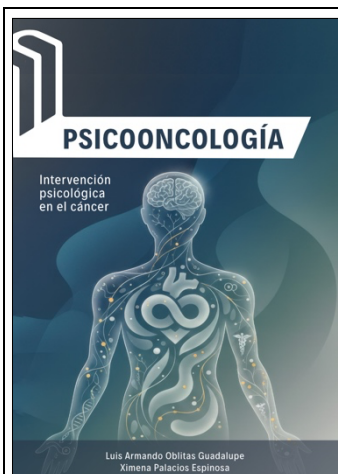
(Padres y/o acudientes de pacientes hematológicos).

De esta forma se puede ver como los mitos cumplen la función de exteriorizar y reafirmar la identidad y cohesión del grupo familiar (Godelier 1997) (Careaga 2002). El pueblo mexicano encuentra su

identidad conociendo sus raíces históricas en sus tradiciones prehispánicas, familiares y personales. Sin embargo, existe una necesidad de entender que es lo que ocurre en tradiciones europeas o de otros países, se entiende aquí tradición como una transculturación en dónde un elemento cultural se "entrega" y llega a través de generaciones, por eso tradición quiere decir "traer diciendo". Con el paso del tiempo empiezan a perder sentido y se desconocen sus orígenes y fundamento, por eso muchas de ellas se dejan de practicar y se van transformando de acuerdo con las necesidades de la gente. El ser humano tiene la necesidad de expresar y vivir sus creencias y cuando no las tiene o ha perdido las propias, echa mano de otras extrañas, por ejemplo: La mayoría de la gente que acude al hospital infantil de México está muy arraigada a la celebración de día de muertos y respeta sus tradiciones, sin embargo "otras" que no son propias de su cultura son combinadas buscando explicaciones nada congruentes, tal es el caso del "Halloween", que ha reemplazado el tradicional día de muertos.

**Gracias por leer esta muestra.**

La versión completa de este libro está disponible en [Biblomedia.com](http://Biblomedia.com)



## **Psicooncología: Intervención Psicológica en el Cáncer**

Luis Armando Oblitas Guadalupe

Ximena Palacios Espinosa

> [Clic aquí para comprar](#) <