

**Psicoeducación para el cuidador principal del paciente
con enfermedad oncológica en estadio clínico III y IV
con tratamiento quimioterapéutico**

Colectivo de Autores

Edición: Liset Ravelo Romero
Corrección: Fernando Gutiérrez Ortega
Diagramación: Roberto Suárez Yera

Aguedo M. Treto González, Vivian M. Guerra Morales, Zeida E. Castillo Díaz, Yunia Nuñez Pérez, Diana M. Roselló Díaz, Yudisel Medina Estrada, Ricardo Grau Abalo, Acralis Garabito Perdomo, 2011

Editorial Feijóo, 2011

ISBN: 978-959-250-644-2



EDITORIAL
Feijóo

Editorial Samuel Feijóo, Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Carretera a Camajuaní, km 5 ½, Santa Clara, Villa Clara, Cuba. CP 54830

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud considera el cáncer como la primera causa de muerte a nivel mundial. En Cuba, esta enfermedad también constituye una de las principales causas de muerte, incluso se conoce que en los últimos diez años ha habido un incremento en su incidencia y mortalidad.

Si bien los adelantos en el campo de la medicina y la prevención son cuantiosos, el abordaje de la enfermedad oncológica desde diferentes disciplinas ha cobrado vital importancia tanto en el diagnóstico y tratamiento como en el pronóstico y evolución de la enfermedad neoplásica.

El paciente puede tener una dolencia, que lo hace en menor o mayor medida una persona dependiente, esta condición se prolonga en el tiempo, a veces durante varios años, con pérdida o deterioro de capacidades físicas y/o cognitivas, lo que hace que requiera de personas encargadas de su cuidado y atención, a esta persona se le llama cuidador.

Es importante mencionar que en el caso de la enfermedad oncológica, ésta no sólo afecta al individuo que es diagnosticado, sino que se convierte en un padecimiento de toda la familia, razón por la cual se hace indispensable brindar una preparación de calidad a la persona o cuidador principal que se hará cargo del paciente en su hogar, quien en conjunto con el personal de salud ayuda a satisfacer las necesidades básicas de este paciente y lo acompaña durante el difícil proceso de la enfermedad.

ÍNDICE

Contenidos	Pág.
Introducción	6
Capítulo 1. Psicoeducación.	11
1.1 Consideraciones teóricas sobre la psicoeducación.	11
1.2 Papel de la familia en la psicoeducación.	12
1.3. Importancia de la psicoeducación.	14
1.4. Riesgos posibles y efectos colaterales.	16
Capítulo 2. Cáncer: Una visión panorámica de la enfermedad.	18
2.1. Diferentes conceptualizaciones.	18
2.2. Etiología.	19
2.2.1. Factores hereditarios.	20
2.2.2. Infecciones.	20
2.2.3. Radiaciones.	20
2.2.4. Productos químicos.	21
2.2.5. Factores inmunológicos.	21
2.2.6. Factores ambientales	22
2.2.7. Oncogenes.	22
2.3. Tipología del cáncer.	23
2.4. Estadios clínicos.	26
2.5. Detección y diagnóstico.	27
2.5.1. Biopsia.	28

2.6. Tratamiento.	28
2.6.1 Cirugía.	28
2.6.2. Radioterapia.	30
2.6.3. Quimioterapia.	31
2.7. Perspectivas	32
2.8. Pronóstico del cáncer.	33
2.9. Prevención del cáncer.	34
Capítulo 3. Cuidador principal.	36
3.1. ¿Quién es el cuidador principal?	36
3.2. Preocupaciones del cuidador principal	37
3.3. Características del cuidador principal.	37
3.4. El estrés del cuidador principal	39
3.5. Importancia del cuidador principal	40
3.6 Medidas que se pueden tomar para prevenir el agotamiento del cuidador principal.	41
Conclusiones	43
Bibliografía	45

Introducción

Desde la antigüedad el hombre ha padecido numerosas enfermedades que han traído consigo infinidad de síntomas, dolencias y sufrimientos que han marcado la humanidad influyendo en el estilo de vida y limitando su calidad. En los últimos tiempos, las enfermedades crónicas se han convertido en las primeras causas de morbilidad y mortalidad, encontrándose dentro de ellas el cáncer.

En nuestros días el cáncer constituye un serio problema de salud debido a las altas tasas de incidencia y mortalidad que presenta en todo el mundo y a los problemas que genera de orden psicológico, familiar, laboral y económico, entre otros.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el cáncer como la primera causa de muerte a nivel mundial, siendo en el año 2002, de 7,1 millones el número de muertes por algún tipo de cáncer, lo cual representa el 12,5 % de las muertes totales y mundiales anuales.²

En Cuba, esta enfermedad también constituye una de las principales causas de muerte, incluso se conoce que en los últimos diez años ha habido un incremento en su incidencia y mortalidad.

Según Calderón (2006) en nuestro país hay más de 100 mil personas con algún tipo de enfermedad maligna y aparecen cada año más de 25 mil nuevos casos. En cuanto a mortalidad se sitúa como la segunda causa de muerte antes de los 74 años, y la que más afecta la esperanza de vida del cubano al nacer.³

La incidencia de cáncer del sexo masculino en toda la nación en el 2004, fue de 15 063 y el número de casos de cáncer del sexo femenino en toda la nación en ese mismo año fue de 13 480. De esta forma el total de casos en ambos sexos con cáncer en el país fue de 28 543 lo que representa una tasa de 253,9 por cada 100 000 habitantes.⁴

Según el Anuario Estadístico de Salud de 2007, la segunda causa de muerte en nuestro país la ocupan los tumores malignos, con una mortalidad de 1 569, llegando a producirse 96 defunciones más que en el año 2006.

En la provincia de Villa Clara, según datos preeliminares, la morbilidad por cáncer en el sexo masculino en el 2008, fue de 1 512 y en el sexo femenino de 1 385, con un total de casos con cáncer de 2 897. La mortalidad por tumores malignos en ese mismo año, en el Hospital "Celestino Hernández Robau" se comportó con 210 casos, dentro de ellos un total de 131 fueron del sexo masculino mientras que en las féminas se presentaron 79 defunciones.⁴

Si bien los adelantos en el campo de la medicina y la prevención son cuantiosos, y han permitido garantizar el control de una serie de enfermedades que tiempos atrás conducían a la muerte, el abordaje de la enfermedad oncológica desde diferentes disciplinas ha cobrado vital importancia tanto en el diagnóstico y tratamiento como en el pronóstico y evolución de la enfermedad neoplásica.

El paciente puede tener una dolencia, que lo hace en menor o mayor medida una persona dependiente, esta condición se prolonga en el tiempo, a veces durante varios años, con pérdida o deterioro de capacidades físicas y/o cognitivas, lo que hace que requiera de personas encargadas de su cuidado y atención, a esta persona se le llama cuidador.

Es importante mencionar que en el caso de la enfermedad oncológica, ésta no sólo afecta al individuo que es diagnosticado, sino que corresponde a un padecimiento de toda la familia, razón por la cual se hace indispensable brindar una preparación de calidad a la persona o cuidador principal que se hará cargo del paciente en su hogar, quien en conjunto con el personal de salud ayuda a satisfacer las necesidades básicas de este paciente y lo acompaña durante el difícil proceso de la enfermedad.

Según numerosos estudios realizados, hemos conocido que con frecuencia es difícil para los miembros de la familia y para el paciente aceptar el diagnóstico, de manera que en función de contribuir a la no estigmatización de los trastornos psicológicos y a disminuir las barreras para el tratamiento es muy utilizada la Psicoeducación la cual, a través de una opinión mejorada de las causas y efectos de la enfermedad, a menudo ensancha el punto de vista del paciente acerca de su enfermedad y este mayor entendimiento puede afectarlo paciente de manera positiva. De esta manera, se disminuye el riesgo de recaída. Los

pacientes y los miembros de la familia que están mejor informados sobre la enfermedad se sienten menos impotentes.

Los cuidados continuos pueden ser entendidos como la atención integral a la persona enferma en su realidad total: biológica, psicológica, familiar, laboral y social. Por tanto, para realizar una atención integral, se deben atender todas las fases de la enfermedad oncológica cubriendo desde la prevención y el diagnóstico, abarcando el tratamiento de soporte y sintomático, llegando a los cuidados paliativos del enfermo en fase avanzada, y el manejo de la crisis al final de la vida. Los cuidados continuos son aplicables a lo largo de todo el proceso evolutivo del tratamiento del cáncer y de sus diferentes etapas, enfatizando los recursos empleados y su intensidad en función de las necesidades o complejidad requerida, y no sólo aplicándolos en los pacientes avanzados al final de la vida.

La familia y con ella el cuidador principal es, cada vez más, un pilar importante en el cuidado integral del paciente oncológico. Hasta tal punto, que sin su participación activa es difícil alcanzar todos los objetivos, ya sean curativos o paliativos. En primer lugar, el apoyo y el soporte familiar nos permiten predecir cuál será la adaptación del enfermo al cáncer y su trastorno. En segundo lugar, la aceptación del trastorno y sus complicaciones por parte del paciente dependen en parte de la actitud que toman las personas más cercanas a él. Por último, la familia nuclear sigue siendo el principal soporte con un gran impacto asistencial al paciente oncológico. En resumen, los profesionales sanitarios necesitan la participación de la familia como gran aliada en los cuidados del enfermo.

La investigación se basó fundamentalmente en la valoración de la Guía Psicoeducativa para cuidadores principales de pacientes con enfermedad oncológica en los estadios III y IV, con tratamiento quimioterapéutico; pues aun cuando desde los inicios de este padecimiento se hace necesario brindar ayuda especializada, es precisamente en estas etapas donde los cambios físicos, psíquicos y sociales se hacen significativos asociados al tratamiento que están recibiendo y su repercusión influye en el control de la autoestima, la

autovaloración y la autoconciencia del individuo. A su vez aparecen significados de muerte, desfiguración y dolor que constituyen algunos de los estereotipos asociados a la enfermedad; que llevan en la mayoría de los casos a la vivenciación de estados emocionales como estrés, ansiedad, depresión, ira y frustración; estas cuestiones resultan difíciles de entender por el paciente que ve cómo el tratamiento que supuestamente lo va a curar, por el contrario, le hace sentir más débil y enfermo.

El uso de la quimioterapia es el tratamiento más común de las neoplasias. Su efectividad se ha traducido en un aumento de las expectativas de vida de los pacientes, llevando en algunos casos a la remisión total de la enfermedad. Sin embargo, la dureza del tratamiento y su extensa duración produce en los enfermos un debilitamiento físico y psicológico, poniendo en peligro en algunas ocasiones la adherencia al tratamiento. Entre los efectos asociados al uso de la quimioterapia se encuentran la caída de pelo, fatiga, inapetencia con la consiguiente pérdida de peso, problemas gastrointestinales (náuseas y vómitos), depresión inmunológica que causan infecciones y trastornos emocionales que incluyen la depresión y la ansiedad.⁵

Un proceso que contribuye a incrementar el malestar psicológico de los pacientes es el hecho de que las personas diagnosticadas de cáncer que tienen que ser tratadas con quimioterapia en ocasiones no reciben una información detallada sobre las características de la misma y sus efectos adversos. Generalmente se trata de una información rutinaria que se le da a los pacientes inmediatamente antes o durante las administraciones, sobre cómo hacer frente a esos efectos negativos de la droga, eliminándose así cualquier posible tipo de prevención de disfunciones psicológicas.⁵

Es importante resaltar que es precisamente en esta etapa de la enfermedad oncológica donde el cuidador principal adquiere un rol protagónico, ya que el paciente recibe el tratamiento en las instituciones hospitalarias pero pasa la mayor parte del tiempo en el hogar, apareciendo en este contexto las referidas reacciones secundarias del tratamiento, para las cuales necesito este de una orientación que no posee.

Por todo lo antes expuesto es que se hace necesario intensificar los cuidados paliativos en los que fundamentalmente se tiene en cuenta la tríada básica: comunicación eficiente, control de síntomas y apoyo a la familia. Los cuidados paliativos ponen el énfasis en la calidad de vida vista como paz, comodidad y dignidad. Una de las metas principales de los mismos es el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible, además permite reafirmar la importancia de la vida y considerar la muerte como algo normal.

Partiendo de todo lo expuesto anteriormente y lo importante que resulta mantener en óptimas condiciones a los cuidadores principales de pacientes con enfermedad oncológica debido a que conforman la parte más importante de las redes de apoyo y soporte social de quienes están enfermos se nos hace esencial dar al cuidador herramientas para mejorar su habilidad en términos de incrementar la capacidad de afrontamiento de manera tal que satisfaga las necesidades de la persona enferma, responda a la problemática familiar, mantenga su propia salud y fomente la buena relación cuidador-persona cuidada.⁶

En la revisión bibliográfica realizada no encontramos reportes sobre alternativas psicoeducativas para los cuidadores principales de pacientes con enfermedad oncológica de una forma sistémica, que complementen la atención integral del paciente en los diferentes contextos psicosociales en que se encuentra.

CAPÍTULO 1. PSICOEDUCACIÓN

1.1 Consideraciones teóricas sobre la psicoeducación

El concepto de la psicoeducación fue comentado por primera vez en la literatura médica, en un artículo de John E. Donley “Psychotherapy and re-education” en *The Journal of Abnormal Psychology*, publicado en 1911. No fue sino hasta 30 años después que el primer uso de la palabra psicoeducación apareció en el título de un libro de literatura médica *The psychoeducational clinic* por Brian E. Tomlinson. New York, NY, US: MacMillan Co. Este libro fue publicado en 1941. En francés, el primer ejemplo del término psychoéducation está en la tesis “La stabilité du comportement” publicado en 1962. La divulgación y el desarrollo del término psicoeducación en su forma actual se le atribuye ampliamente al investigador norteamericano C.M. Anderson en 1980 en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. Su investigación se concentró en educar a sus familiares con respecto a los síntomas y al proceso de la esquizofrenia. También, su investigación se enfocó en la consolidación de la autoridad social y en el mejoramiento del manejo que los miembros de la familia le dan a la enfermedad. Finalmente, la investigación de C.M. Anderson incluía técnicas del manejo del estrés más efectivas. La psicoeducación según la terapia del comportamiento tiene sus orígenes en las habilidades sociales y emocionales del reaprendizaje del paciente. En los últimos años se han desarrollado cada vez más programas de grupo sistemáticos, con el fin de hacer que el conocimiento sea más entendible para los pacientes y sus familiares.

La psicoeducación hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico. A menudo, el entrenamiento psicoeducativo involucra a los pacientes con esquizofrenia, depresión, ansiedad, psicosis, desórdenes alimenticios y trastornos de personalidad. Asimismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los

recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, mientras mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

Cuando nos referimos a psicoeducación, nos convoca la idea de dos ámbitos (salud-educación) que están relacionados. Toda práctica en el campo de la educación es socio-sanitaria: se trata de un trabajo intelectual mediatizado por las formas de decir singulares de los diversos protagonistas, los episodios cotidianos, los hechos y los acontecimientos que objetivan y materializan una realidad inapreciable de otro modo.⁷

La psicoeducación es un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. Busca hacer partícipe al usuario de lo que se sabe científicamente sobre su problema y que este conocimiento lo aplique a la mejora de su vida, de su desarrollo personal y la de su núcleo familiar. Además no es solo educación—es decir, no solo enseña—también apoya.

1.2 Papel de la familia en la psicoeducación

Debido a que, con frecuencia, es difícil para los miembros de la familia y para el paciente aceptar el diagnóstico del mismo, la psicoeducación también tiene la función de contribuir a la no estigmatización de las personas con trastornos psicológicos y a disminuir las barreras para el tratamiento. La misma, a través de una opinión mejorada de las causas y efectos de la enfermedad, a menudo ensancha el punto de vista del paciente acerca de su enfermedad y este mayor entendimiento puede afectar al paciente de manera positiva. De esta manera se disminuye el riesgo de recaída. Los pacientes y los miembros de la familia que están mejor informados sobre la enfermedad se sienten menos impotentes. Algunos elementos importantes en la psicoeducación son:

- Transferencia de la información (sintomatología de los trastornos, causas, conceptos del tratamiento).

- Descarga emocional (entender para animar, intercambio de experiencias con otros, preocupaciones, contactos).
- Apoyo con medicamentos o tratamiento psicoterapéutico, al mismo tiempo que se promueve la cooperación entre el profesional en salud mental y el paciente (conformidad, adherencia).
- Apoyo para la autoayuda (ej. entrenamiento tan pronto como se reconozcan las situaciones de crisis y los pasos que se deben emprender luego, para ser capaz de ayudar al paciente).

El mandato de Educación lo posee la Institución Familia en primera instancia, insertada en una determinada cultura, (que tiene normas y valores) y de acuerdo a ésta la familia se encargará de formar e instruir estableciendo límites a sus integrantes. La educación no se circunscribe a las paredes de un edificio ni a la geografía de un organismo; transita por todos los espacios sociales que, a su vez, la atraviesan sin cesar.

Educar implica proporcionar información, explicar una determinada situación de modo coherente, precisa, sencilla, presentando al educando los elementos necesarios para la comprensión de un tema singular, estimulando conductas adecuadas a la misma.

El objetivo focal es proteger a las personas implicadas en la situación, moderando el estrés generado a partir del desconocimiento y/o desinformación, posibilitando el acceso a conductas más adaptadas, menor vivenciación negativa, y de este modo elevar la calidad de vida de las personas.

La tarea psicoeducativa promueve que el problema sea afrontado, que la situación sea aceptada, y por ende sea asumida, que la persona pueda posicionarse críticamente frente al problema, para comenzar a pensar en un nuevo proyecto vital.

Respecto del término psicoeducación, se ha indicado que de ella se hizo en primera instancia un uso psicológico, y psiquiátrico, en segunda. En psiquiatría, la psicoeducación se llevó a cabo, inicialmente, como una nueva forma de trabajo con familias de pacientes esquizofrénicos. Y aún cuando existen diversas líneas en Psicoeducación, hay algunos elementos en común:

- Se considera a la familia, en sí misma, normal. Esto pone fin a la discusión acerca de las familias patógenas, anormales o al diagnóstico familiar.
- Se busca favorecer el desarrollo de las potencialidades familiares.
- Se hace hincapié en la necesidad de informar a las familias acerca de la etiología, el curso, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad.
- Se explicita, se estandariza y se le da linealidad a la metodología de intervención. Se enseña cómo resolver problemas asociados con la patología de uno de sus miembros. Dichas técnicas se desarrollan en períodos cortos.
- Se demuestra la eficacia de la psicoeducación con criterios de investigación empírica.

Ahora la psicoeducación no se limita a familias de personas con diagnóstico de esquizofrenia, sino a todo tipo de trastorno mental u orgánico crónico. Si bien al principio se estableció una ardua disputa con la terapia familiar, que tuvo su nacimiento en la psiquiatría, el diálogo entre psiquiatras, terapeutas, familiares, psicólogos, trabajadores sociales y otros ha permitido redimensionar la psicoeducación, la cual no se adhiere a ninguna escuela de terapia familiar en particular.³

La psicoeducación consiste en un proceso a través del cual el individuo, la familia y la comunidad se informan, se convencen, se fortalecen y se educan acerca de un problema de salud mental, convirtiéndose en protagonistas del proceso de salud.⁸

La psicoeducación puede ser dirigida a los individuos, las familias y la comunidad, tanto en situaciones de salud o de enfermedad.

1.3. Importancia de la psicoeducación

Los objetivos de la psicoeducación a nivel individual, familiar o grupal son:

- Promover su compromiso con el cuidado de la salud.
- Promover la búsqueda de comportamientos saludables.
- Promover su protagonismo en el proceso de salud.

El logro de estos objetivos está en relación con la capacidad del psicoeducador de promover, desarrollar y fortalecer en los individuos o grupos la autoestima, la responsabilidad por el autocuidado y la autonomía creciente, ellas constituyen una verdadera fuente de desarrollo y superación del ser humano aun en las situaciones consideradas más difíciles o penosas y deben ser consideradas primordiales para alcanzar los objetivos de la psicoeducación.

Objetivos de la psicoeducación:

- Proporcionar información de forma comprensible y asequible teniendo en cuenta las características individuales de la persona a la que va dirigida.
- Asumir que los individuos afectados conservan habilidades que podrán ser utilizadas en su cuidado.
- Mejorar la autopercepción y las dificultades derivadas de la enfermedad.
- Poner énfasis en lo educativo redefiniendo roles: el ambiente estructurado en una clase, el terapeuta como facilitador, el de la familia como cuidador informado y el de la persona afectada como estudiante y participante activo en la resolución de su problema.
- Ayudar en situaciones de pequeños grupos a elaborar la información y proporcionar apoyo, con todas las partes implicadas, ayudándose mutuamente.⁹

El modelo psicoeducativo surge en los años noventa en instituciones asistenciales dedicadas a la atención de pacientes crónicos y su efectividad ha hecho que se extienda a una gran variedad de trastornos.

Metodológicamente, se trata de organizar sesiones en un ambiente de respeto mutuo, propicio para el intercambio, relajado y optimista teniendo en cuenta los aspectos siguientes:

1. La secuencia de las sesiones debe incluir introducción de la idea genérica y el auto-esfuerzo.
2. Utilización del recurso social del grupo, fundamentalmente de sus componentes positivos y refuerzo social.
3. Utilización de tareas de autoestimulación sensorial y creativa.

4. Propiciar, distinguir los comportamientos de autosatisfacción.
5. Contribuir a la elaboración colectiva y mejoramiento de la imagen personal.

Resulta más económico y productivo que muchas de las formas psicológicas tradicionales, a diferencia de las mismas pueden realizarse por psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, licenciadas en enfermería, pedagogos, trabajadores sociales y otros profesionales con habilidades en el trabajo con grupos humanos y de forma independiente.

1.4. Riesgos posibles y efectos colaterales

En realidad, nada desdice de la participación en un grupo psicoeducativo. Sin embargo, los pacientes con enfermedad aguda se agravan, con frecuencia, en exceso con psicosis esquizofrénica y sufren de copiosos pensamientos, trastornos en la atención y en la concentración al comienzo de la enfermedad. Se debe tener cuidado de no abrumar al paciente con demasiada información. Además de los efectos positivos de una medida terapéutica como la psicoeducación, en principio, también se deben considerar otros riesgos posibles. El conocimiento detallado de la enfermedad, en particular lo que tiene que ver con las probabilidades de recuperación, las posibilidades terapéuticas y el proceso de la enfermedad, pueden hacer estresar al paciente y/o al miembro de la familia. Por lo tanto, se debe dibujar un cuadro exacto de los riesgos con respecto a la condición psicológica del paciente. Se debe considerar cuánto ya entiende el paciente y cuánto conocimiento puede asumir y procesar en su condición actual. Se debe considerar la habilidad para concentrarse, así como el máximo nivel de estrés emocional que el paciente pueda sobrellevar. Dentro del contexto de un programa psicoeducativo se pueden considerar y discutir una selección de aspectos y/o de posibilidades terapéuticas con el paciente. Por lo demás, el paciente puede formarse un cuadro incompleto de su enfermedad y puede formarse ideas acerca de las alternativas del tratamiento desde una posición ventajosa de información incompleta. Sin embargo, el profesional debe

también crearse una completa imagen de las posibilidades del tratamiento y se debe prestar atención de no hacer pedidos excesivos al paciente, ejemplo: dar demasiada información al mismo tiempo.

CAPÍTULO 2. CÁNCER: UNA VISIÓN PANORÁMICA DE LA ENFERMEDAD

2.1. Diferentes conceptualizaciones

Se estableció que el cáncer es una enfermedad que se conoce desde tiempos antiguos, se han descrito numerosos procesos tumorales en jeroglíficos y manuscritos desde la época de la civilización egipcia. Han sido numerosos los notables de la historia vinculados con la medicina, como Hipócrates y Galeno que aportaron sus ideas acerca de la enfermedad; siendo Hipócrates el primero en describir la enfermedad dándole el nombre de Kankros, palabra griega que significa cangrejo, por la similitud con que este animal atrapa y destroza a las presas.¹

Es un término genérico que se aplica a un número de enfermedades, susceptibles de afectar a cualquier parte del organismo y que poseyendo características biológicas comunes, tienen evolución, respuesta al tratamiento y pronósticos diferentes.³

Se definió su grave pronóstico, a la vez que estableció las bases epidemiológicas y describió también por vez primera, el concepto general de la influencia del medio ambiente sobre la enfermedad.¹

El primer documento de carácter médico que describió el cáncer fue el “Papiro de Evers”, escrito aproximadamente en el año 1.500 a. c. Dicho documento no propiciaba una descripción detallada del cáncer, sino solo una explicación de las inflamaciones características de ciertos tumores.¹⁰

Siguiendo el criterio de los autores referidos con anterioridad, el cáncer es considerado como: “un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control” (10).

Durante el siglo XIX, la teoría principal del cáncer afirmaba que un agente parasitario o infeccioso causaba este trastorno, pero los investigadores no podían determinar cuál era la naturaleza de este agente. Por esta razón se formuló la teoría de la mutación, la cual establece que el cáncer se origina a partir de un cambio que se opera en las células o en otras palabras, una

mutación. Las células continúan reproduciéndose en su forma mutada y el resultado es un tumor.¹⁰

Las investigaciones efectuadas durante finales del siglo XIX y comienzos del XX establecieron que una gran cantidad de agentes químicos, físicos y biológicos causaban distintas clases de cáncer. Resulta interesante destacar que cada uno de los agentes puede causar tumores idénticos. Ciertamente cualquier célula capaz de dividirse puede transformarse en una célula cancerígena.

2.2. Etiología

En la actualidad numerosos autores han profundizado en el tema del cáncer por la implicación que representa el mismo para la humanidad y con ello sus factores de riesgo. Es por ello que Doll & Peto refieren que: “el cáncer es producto de la interacción de condiciones genéticas, conductuales y medioambientales, la mayor parte de las cuales aun no se comprenden totalmente. Sin embargo, hasta la fecha se han identificado una gran diversidad de factores de riesgo de cáncer. La mayor parte de los factores de riesgo de contraer cáncer dependen de la conducta personal y el estilo de vida, especialmente en lo que afecta a hábitos como el tabaquismo y la dieta. Aproximadamente dos tercios de todos los casos de muerte se asocian tanto al tabaquismo como a una dieta inadecuada”.¹⁰

Numerosos son los estudios realizados que ven al cáncer como una enfermedad multicausal, multideterminada, donde intervienen factores de tipo genético, ambiental, geográfico, psicosocial, etcétera. Es importante tener en cuenta que el cáncer no es una patología única sino que constituye un grupo de entidades patológicas y epidemiológicas distintas.¹

Como vemos varios son los factores que intervienen en la aparición del cáncer entre los que se encuentran la herencia, las infecciones, las radiaciones ionizantes, los productos químicos, las alteraciones del sistema inmunológico, entre otros, por lo que los investigadores no cesan su labor hasta descubrir cómo pueden interaccionar estos diferentes factores de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos.

2.2.1. Factores hereditarios

Se calcula que de un 5 % a un 10 % de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello. El cáncer de colon es más frecuente en las familias con tendencia a presentar pólipos de colon. Una forma de retinoblastoma solo aparece cuando está ausente un gen específico. Estos genes, denominados genes supresores tumorales o antioncogenes, previenen en condiciones normales la replicación celular. Su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular. En algunos trastornos hereditarios, los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer.

2.2.2. Infecciones

Existen cada vez más evidencias de que algunas infecciones pueden llegar a provocar cáncer y, en concreto, aquellas relacionadas con los cánceres de estómago, hígado, cuello uterino y con el sarcoma de Kaposi (un tipo especial de cáncer que aparece en enfermos de SIDA).

Se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago. Distintos estudios demuestran que personas infectadas con esta bacteria tienen cuatro veces más probabilidad de desarrollar este tipo de cáncer.

Distintas investigaciones han demostrado que los oncogenes virales tienen una contrapartida en las células humanas normales: es el protooncogén, u oncogén celular. Los productos de los oncogenes (las proteínas que producen) son factores de crecimiento (o proteínas necesarias para la acción de tales factores de crecimiento), que estimulan el crecimiento de las células tumorales.

2.2.3. Radiaciones

Las radiaciones ionizantes son uno de los factores causales más reconocidos. El origen de la radiación es muy variable; puede proceder de las armas nucleares, la radiactividad natural en ciertas regiones, el tratamiento con radioterapia, la

manipulación de materiales radiactivos o la exposición exagerada a la radiación ultravioleta. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un período de latencia de varios años. En este intervalo puede producirse una exposición a otros factores.

2.2.4. Productos químicos

El proceso por el que los productos químicos producen cáncer ha sido ampliamente estudiado. Algunos actúan como iniciadores. Solo se requiere una única exposición, pero el cáncer no aparece hasta pasado un largo período de latencia y tras la exposición a otro agente denominado promotor. Los iniciadores producen cambios irreversibles en el ADN. Los promotores no producen alteraciones en el ADN pero sí un incremento de su síntesis y una estimulación de la expresión de los genes. Su acción solamente tiene efecto cuando ha actuado previamente un iniciador, y cuando actúan de forma repetida. El humo del tabaco, por ejemplo, contiene muchos productos químicos iniciadores y promotores. La actuación del tabaco como promotor es tal, que si se elimina el hábito de fumar, el riesgo de cáncer de pulmón disminuye de forma rápida. El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de cáncer que son inducidos por otros agentes, como el cáncer de pulmón en los fumadores.

2.2.5. Factores inmunológicos

Se cree que el sistema inmunológico es capaz de reconocer algunas formas de células malignas y producir células capaces de destruirlas (células NK, del inglés *natural killers*). Algunas enfermedades o procesos que conducen a una situación de déficit del sistema inmunológico son la causa del desarrollo de algún cáncer. Esto sucede en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), en

enfermedades deficitarias del sistema inmunológico congénitas, o cuando se administran fármacos inmunodepresores.

2.2.6. Factores ambientales

Se calcula que los factores ambientales son la causa del 80 % del cáncer. La relación causa efecto más demostrada es la del humo del tabaco, inhalado de forma activa o pasiva; es responsable de cerca del 30 % de las muertes por cáncer. Los factores alimentarios pueden ser responsables de un 40 %, pero la relación causal no está tan establecida, y no se conocen con exactitud los constituyentes de la dieta que son responsables. La obesidad es un factor de riesgo para algunos cánceres como los de mama, colon, útero y próstata. El alto contenido en grasa saturada (de origen animal) y el bajo contenido en fibra de la dieta se asocian con una alta incidencia de cáncer de colon. Al igual que ocurre con el alcohol, las grasas y la obesidad parecen actuar como promotores.

2.2.7. Oncogenes

Sea cual fuere la causa inicial por la que una célula normal se transforma en cancerosa y transmite a su descendencia esta alteración, es necesario que esta modificación se encuentre impresa en su ADN. Esto supone que todos los posibles agentes promotores o causales del cáncer actúan sobre un sustrato genético común dentro de la célula. Actualmente, se acepta que todos los factores cancerígenos (sustancias químicas, radiaciones, infecciones) actúan sobre porciones del ADN que deben ser fundamentales en la regulación del crecimiento y diferenciación celular. Estas porciones reciben el nombre de protooncogenes y bajo la acción de diversos factores sufren pequeñísimas alteraciones que ocasionan el comienzo del fenómeno canceroso, desarrollándose el oncogén.

Se cree que la malignización es la consecuencia de una serie de alteraciones que comienzan con un gen alterado o una mutación somática (una mutación de una célula normal de un tejido corporal), seguida de la acción promotora de algún agente que estimula la expresión de uno o varios oncogenes, o inhibe los

efectos de uno o varios antioncogenes; en consecuencia se liberan factores de crecimiento. Es posible que el primer evento sea la falta de producción de los metabolitos necesarios para la diferenciación celular normal. La estimulación por los factores de crecimiento produce la proliferación del clon de células indiferenciadas, y un defecto del sistema inmunológico permite que estas células alteradas escapen a la destrucción por el sistema de control del organismo.

2.3. Tipología del cáncer

De las distintas causas de cáncer, existen muchos tipos de tumores. No obstante, diversas clases de cáncer comparten ciertas características, las más comunes de las cuales son la presencia de células titulares neoplásicas.¹⁰

Knapp plantea que: el término de “Neoplasia”, en su acepción literal, significa nuevo crecimiento y es precisamente el tejido que forma este nuevo crecimiento lo que se conoce con este nombre. Es difícil describir con precisión sus propiedades; no obstante la caracterizamos como una masa de tejido anómalo cuyo crecimiento excede al de los tejidos normales y no está condicionada por ellos. Sus cualidades fundamentales son: propensión para crecer a expensas de su huésped, comportarse como un parásito, competir por el alimento, adquirir algún grado de autonomía y amenazar la supervivencia del huésped”.¹

Levy expone que todas las clases de cáncer comparten las características del crecimiento neoplásico y que las células neoplásicas pueden ser benignas o malignas, si bien esta distinción no siempre resulta fácil de determinar.¹⁰

Knapp plantea que se pueden clasificar atendiendo a las características celulares de estas neoformaciones en:

1. Neoplasia benigna:

Es aquella neoformación tisular resultado del aumento del número de células, que mantiene una diferenciación morfológica normal, por lo cual no infiltra los tejidos vecinos y mucho menos, a otros órganos. En ella, la lesión hística está

bien definida por un límite preciso es relación con las células normales del tejido donde crece.

Rodríguez argumenta que las neoplasias benignas, aun portando diferencias morfológicas y funcionales con respecto a las células normales, se han llamado así por el escaso deterioro que producen al organismo, aunque siempre aparecen daños locales entre los que pudiera mencionarse el endurecimiento de los tejidos afectados.¹¹

Según Upton sus características fundamentales son:

- Frecuentemente encapsuladas.
- No son invasivas.
- Generalmente se encuentran bien diferenciadas.
- Poseen un crecimiento lento.
- Bajo grado de mitosis.
- No metastatizantes.³

2. Neoplasia maligna:

Es aquella neoformación cuyas células se apartan de su tipo normal, adoptando una morfología atípica, lo cual se expresa clínicamente en un crecimiento más agresivo y rápido del tejido neoformado, el cual destruye e infiltra los tejidos vecinos haciendo siembras en zonas distantes hasta provocar la muerte del paciente. En ellas hay también multiplicación celular, pero con la existencia, además, de una modificación biomorfológica.¹

En el desarrollo evolutivo de las neoplasias malignas se comienza desde el mismo momento que la cancerización celular aparece y está determinada por las transformaciones de una o varias células normales en células atípicas. Cuando se produce la fijación del pequeño grupo celular neoplásico este puede mantenerse latente en una forma preclínica, hasta que en algún momento la multiplicación incontrolada de las células del foco atípico primario infiltra hacia tejidos vecinos, destruyendo e invadiendo.

Las neoplasias malignas guardan como características principales las siguientes:

- **Hiperplasia:** es la proliferación anormal de células por la cual se alteran los patrones normales de la arquitectura de los tejidos.
- **Anaplasia:** son aquellas anomalías estructurales y funcionales de las células por las cuales se asemejan a sus contrapartidas primitivas o embrionarias.
- **Invasividad:** es la capacidad para forzar los confines de su sitio de origen y pasar hacia tejidos vecinos o distantes, ya sea por invasión de sitios locales o invasión de sitios distantes.³

Una de las características peculiares que presentan las neoplasias malignas es su capacidad para realizar metástasis. En tal sentido, Marinelo las define como: “la transmisión de enfermedades de un órgano o parte, a otro no directamente conectado con él. Puede ser debido a la transmisión de organismos patógenos o bien a la transmisión de células como tumores malignos”.¹ El proceso metastásico va a comprender la liberación de las células del tumor primario, la disminución a zonas distantes, la detención a nivel de la microcirculación de los órganos, así como la supervivencia y crecimiento de dichas células en colonias en un nuevo tumor.

La clasificación de las neoplasias se realiza atendiendo al lugar, órgano o tipo de célula donde se origina el tumor.

En este sentido se agrupan en:

1. Carcinomas: Se origina en los estratos celulares o epitelios que recubren nuestra superficie y tapizan las múltiples glándulas del cuerpo. Se observa en edades avanzadas y su crecimiento es más lento.
2. Sarcomas: Tienen su origen en órganos mesenquimatosos y de sostén, como el esqueleto (osteosarcomas), el tejido graso (ligosarcomas), músculos, etc. En general son muchos más raros y se observan con mayor frecuencia en edades tempranas.
3. Leucemias: Se establece que es un tipo de cáncer que se origina en la sangre o en las células que lo forman, como la médula ósea.¹⁰
4. Linfoma: Este tipo de cáncer ataca el sistema linfático y es un cáncer poco frecuente.

Además se refiere que los carcinomas, los sarcomas y las leucemias conforman más del 95 % de las enfermedades malignas. Asumiendo que la incidencia del carcinoma aumenta marcadamente con la edad. La razón que explica el incremento y la frecuencia del carcinoma tiene que ver con la exposición a sustancias que promueven la aparición del cáncer.

2.4. Estadios clínicos

El Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos (2004) plantea que el TNM es uno de los sistemas de estadificación más comúnmente usados. El sistema TNM está basado en la extensión del tumor (T), la extensión de la diseminación a los ganglios linfáticos (N), y la presencia de metástasis (M). Un número se añade a cada letra para indicar el tamaño o extensión del tumor y la extensión de la diseminación.

Además dicho Instituto refiere que la mayoría de los cánceres tienen designaciones TNM, pero algunos no. Por ejemplo, los que son de cerebro y de médula espinal se clasifican de acuerdo a su tipo de célula y grado. Sistemas diferentes de estadificación se usan para el cáncer de la sangre o de la médula ósea, como el linfoma. Sin embargo, otros como la mayoría de los tipos de leucemia, no tienen un sistema definido de estadificación. Además, los cánceres infantiles se estadifican usando ya sea el sistema TNM o los criterios de estadificación del Children's Oncology Group, un grupo que lleva a cabo estudios clínicos pediátricos.³

A pesar de que los estadios clínicos del cáncer dependen de una serie de categorías para su estadificación existen 4 etapas generales de clasificación dentro de las que se encuentran:

Etapa 0: El cáncer se encuentra en las primeras fases de desarrollo. Esto significa que está concentrado en el área específica.

Etapa I: El cáncer se ha extendido a otras áreas cercanas, pero sigue estando concentrado dentro del tejido u órgano de origen.

Etapa II: El cáncer se ha extendido a otros órganos cercanos, pero no ha atacado nodos linfáticos cercanos.

Etapa III: El cáncer ha atacado nodos linfáticos cercanos pero aún no ha afectado otras áreas del cuerpo.

Etapa IV: El cáncer ha avanzado y está atacando áreas más remotas del cuerpo y órganos lejanos al punto de origen. El cáncer se vuelve a desarrollar después del tratamiento.

2.5. Detección y diagnóstico

Cuanto más temprano sea el diagnóstico y el tratamiento, mayores posibilidades de curación habrá. Las pruebas de detección precoz en pacientes aparentemente sanos permiten realizar el diagnóstico antes del desarrollo de los síntomas, en una fase en la que el cáncer es más curable. Algunos de los cánceres más mortíferos, como los de mama, colon y recto, cuello uterino, próstata y boca pueden ser puestos en evidencia mediante pruebas de detección.

El diagnóstico precoz de las formas de cáncer para las que no existe una prueba práctica de detección depende de la identificación por parte del paciente de los signos tempranos de la enfermedad.

“Los signos clínicos que nos pueden alertar acerca de la presencia de la tumoración son variados; unos de tipo general, dependiendo de la agresividad y tamaño del tumor, y otros relacionados con el órgano donde está ubicado o con el tipo del tumor”.¹

Los síntomas enumerados en la lista siguiente pueden señalar la existencia de un cáncer:

1. Cambios en el ritmo intestinal o urinario.
1. Heridas que no cicatrizan.
2. Hemorragias sin causa aparente.
3. Bultos en las mamas o en otras regiones del organismo.
4. Dificultad para tragar alimentos.
5. Cambios repentinos en el aspecto de verrugas cutáneas o lunares.
6. Tos persistente o ronquera.
7. Pérdida de peso.
8. Pérdida de apetito.

En este sentido se expresa que además de variados, los signos del cáncer suelen ser violentos, caracterizando el carácter agresivo de la enfermedad. Dada esta agresividad de los tumores malignos, su rápida diseminación y su variado cuadro clínico, las diferentes modalidades terapéuticas también suelen ser agresivas para el paciente, pudiendo no solo provocar la destrucción de los tejidos malignos, sino también afectación en los tejidos adyacentes.

2.5.1. Biopsia

La biopsia, es la obtención de una muestra del tejido tumoral o de una metástasis para analizarla, sigue siendo el único método definitivo para el diagnóstico del cáncer. La mayor parte de los tumores en cualquier localización corporal son accesibles a la biopsia a través de una fina aguja flexible (biopsia por aspiración), la misma es dirigida por palpación o tomografía axial computarizada (TAC). Con el diagnóstico previo a la cirugía, el médico puede realizar una mejor planificación del tratamiento y de la cirugía, si es preciso.

2.6. Tratamiento

“Los tratamientos más frecuentes en las neoplasias malignas son: la cirugía, consiste en la extirpación del tumor; la radioterapia, en la cual se usan las radiaciones con fines terapéuticos; la quimioterapia, que consiste en la administración, generalmente por vías intravenosas, de fármacos para impedir la proliferación de células malignas; y la bioterapia que constituye un tratamiento moderno que consiste en la utilización de anticuerpos monoclonales en el tratamiento de cáncer”.¹

Las medidas terapéuticas tradicionales incluyen la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

2.6.1 Cirugía

La cirugía suele ser el principal tratamiento para determinados tumores. Hace unas décadas era un tratamiento agresivo, ya que su finalidad era eliminar el

tumor con la mayor cantidad de tejido sano de alrededor para eliminar todas las células tumorales.

Actualmente con el desarrollo de nuevas técnicas quirúrgicas es posible intervenir de forma satisfactoria a multitud de enfermos, conservando, la mayoría de las veces, el órgano donde se asentaba el tumor y su función (cirugía conservadora).

La cirugía conservadora, asociada a los tratamientos complementarios (radiaciones ionizantes y quimioterapia) constituye un componente obligatorio en esta tecnología y, hasta la fecha, no se ha podido determinar el grupo en que se puede obviar. El término conservación no significa extirpar de forma incompleta el tumor. Este tratamiento deberá ser radical desde el punto de vista oncológico. Esta cirugía debe garantizar mínima mutilación, la estética adecuada, la máxima información y el máximo control local. Está indicada en el cáncer que no se ha extendido a otros órganos. También tiene un papel muy importante en el diagnóstico y estudio de extensión de la enfermedad.

En función de sus objetivos puede ser:

- Preventiva: Se emplea para extirpar lesiones que con el tiempo pueden llegar a ser malignas.
- Diagnóstica: Se extirpa una muestra de tejido para analizarla al microscopio (biopsia) y descartar o confirmar que la lesión sea un cáncer.
- De estadiaje: Permite conocer la extensión del tumor.
- Curativa: Se extirpa todo el tumor con tejido sano de alrededor. Su intención es curar el cáncer.
- Paliativa: Se utiliza para tratar alguna complicación del tumor y disminuir los síntomas que ocasiona.
- Reparadora: Su objetivo es restaurar la apariencia y/o la función de un órgano tras la realización de la cirugía curativa.

Antes de cualquier cirugía es preciso realizar un estudio preoperatorio. Consiste en un análisis de sangre, un electrocardiograma, una radiografía de tórax y una consulta con el anestésista que valorará el riesgo de la intervención y el tipo de anestesia más indicada.

Asimismo, tras las explicaciones del cirujano, el paciente ha de firmar un consentimiento informado, donde consta reflejada toda la información sobre la cirugía. En él declara haber recibido y comprendido dichas explicaciones.

Los efectos secundarios de la cirugía variarán en función de la localización del tumor, aunque determinados efectos son generales a cualquier localización como puede ser el dolor por la herida quirúrgica.¹²

2.6.2. Radioterapia

La radioterapia es un tratamiento de acción local que utiliza radiaciones ionizantes de alta energía y que puede indicarse solo o combinado con quimioterapia y en algunos casos posteriormente a la cirugía. Cuando el tumor es del tipo no células pequeñas y está en sus inicios y no puede realizarse un tratamiento quirúrgico radical la radioterapia puede ser una buena alternativa de tratamiento. Cuando el tumor es del tipo células pequeñas y la enfermedad está localizada en el tórax y es susceptible de irradiación, se suele utilizar radioterapia en combinación con quimioterapia. Asimismo, la radioterapia está indicada para mejorar la calidad de vida del paciente, cuando aparecen síntomas como dolor o sangre en el esputo y metástasis óseas o craneales.

Chodkiewicz refiere que la radioterapia consiste en dirigir rayos de alta frecuencia a una zona cuyo tamaño y volumen se determinan por adelantado. La radioterapia es, por tanto, un tratamiento local. En la radioterapia, estos rayos tienen una energía mucho mayor y lesionan deliberadamente los tejidos que se pretende eliminar, generalmente tumores malignos. Estos rayos son emitidos por unas máquinas especialmente diseñadas para este fin. Los rayos están compuestos por fotones o partículas. Los tipos de rayos y sus propiedades varían según los distintos tipos de partículas usadas para la radioterapia.³

Los efectos secundarios de la radioterapia son cada vez menos frecuentes y más tolerables debido, fundamentalmente, a la mejora de las técnicas empleadas y son clasificados según el momento de aparición en inmediatos o tardíos y según la intensidad en reversibles o irreversibles. Dependerán, en gran medida, de la zona donde se administre el tratamiento. El tratamiento con

radioterapia siempre es individualizado. Cada enfermo tendrá su tratamiento específico, distinto al de otro paciente.¹³

2.6.3. Quimioterapia

Molas expresa que la quimioterapia es una terapia sistémica pues actúa tanto sobre el tumor primario como sobre otras posibles células cancerosas o tumores secundarios situados fuera del pulmón. Es el tratamiento de elección en el cáncer de pulmón de células pequeñas pues este tipo de cáncer que representa un 20 % de los cánceres de pulmón es muy sensible a la quimioterapia. Asimismo, puede utilizarse la quimioterapia para mejorar la calidad de vida del paciente, para aliviar síntomas y para reducir el tamaño del tumor.³

Caribé y otros plantean que la quimioterapia tiene como objetivo atacar y destruir las células cancerosas, que se reproducen muy rápidamente, desafortunadamente las células normales que se multiplican con rapidez son igualmente susceptibles a estos efectos y cuando se emplea, se denomina quimioterapia antineoplásica o antitumoral. Actualmente se dispone de quimioterapéuticos más activos y menos tóxicos para su uso en la práctica clínica. La misma puede ser realizada administrando uno o más medicamentos. El uso de fármacos aislados (monoquimioterapia) se mostró ineficaz en la inducción de respuestas completas o parciales significativas. Por ello, la tendencia actual es la poliquimioterapia, cuyos objetivos son afectar poblaciones celulares en diferentes fases del ciclo celular, utilizando la acción sinérgica de los fármacos, disminuyendo el desarrollo de resistencia a los mismos y promoviendo una mayor respuesta por dosis administrada.¹³

La quimioterapia se clasifica, de acuerdo con sus finalidades, en:

- Curativa: pretende conseguir el control total del tumor.
- Coadyuvante: a continuación de la cirugía curativa, con el objetivo de esterilizar células residuales locales o en circulación, reduciendo la incidencia de metástasis a distancia.
- Previa: indicada para obtener la reducción parcial del tumor (complementación terapéutica a la cirugía o radioterapia).

- Paliativa: sin finalidad curativa; su objetivo es mejorar la calidad de supervivencia del paciente.

Molas plantea que los efectos secundarios de este tratamiento dependen de la combinación de medicamentos específicos que se utilice, así como de las características individuales de cada persona. La quimioterapia afecta a las células de división rápida como son las células sanguíneas, las de la pared del tubo digestivo y los folículos del pelo. En consecuencia, los efectos secundarios más frecuentes son la caída del pelo, la disminución del apetito, las náuseas, los vómitos y las úlceras bucales.

La quimioterapia puede alterar transitoriamente el sentido del gusto de los alimentos y producir sensibilidad a los olores. Otro efecto secundario importante puede ser la disminución de los glóbulos blancos, de los rojos y más raramente de las plaquetas de la sangre. La disminución de los glóbulos blancos produce una mayor propensión a contraer enfermedades infecciosas. La disminución de los glóbulos rojos produce sensación de fatiga o cansancio. La disminución de plaquetas produce la aparición de sangrados o pequeños hematomas si se produce algún corte o pequeño golpe. Todas estas molestias desaparecen una vez finalizado el tratamiento y, a veces, durante los períodos de recuperación entre un ciclo de quimioterapia y el siguiente.

Es importante que sepamos que la duración total del tratamiento y sus efectos secundarios dependen de una serie de factores como son el tipo de tumor, la respuesta del tumor al tratamiento y el tipo de quimioterapia empleada.

2.7. Perspectivas

En las últimas décadas, el número de casos de cáncer ha aumentado de manera rápida y progresiva. Este dato no representa una marcha atrás sino que refleja el aumento y envejecimiento de la población (la incidencia de cáncer aumenta con la edad). También refleja el fracaso, hasta épocas recientes, de las campañas antitabaco, lo que ha supuesto que la incidencia de cáncer de pulmón (la principal causa de muerte por cáncer), sobre todo en las mujeres, continúe aumentando. En este sentido, se espera que las campañas informativas logren

un descenso espectacular en el consumo de tabaco que debería traducirse en un descenso de la mortalidad por cáncer de pulmón. Otros tipos de cáncer reflejan aumento en las tasas de incidencia, como el de mama o el cáncer colorrectal, pero en muchos casos las mejoras en la curación han sobrepasado este aumento.

La mortalidad en esta enfermedad ha disminuido progresivamente en casi todos los tipos de cáncer. Este hecho se puede relacionar con una menor exposición a los agentes cancerígenos gracias a la mejora de los hábitos de salud y del ambiente, así como a un diagnóstico más precoz.

2.8. Pronóstico del cáncer

Ningún médico puede estar completamente seguro de que el paciente que atiende se vaya a curar. Las posibilidades de una persona dependen primordialmente, de lo temprano que se haya descubierto la enfermedad, puesto que cuanto más tiempo pase, más se diseminan las células cancerosas por el cuerpo o, en cualquier caso, más evoluciona el estadio inicial del cáncer y es más difícil eliminarlo. Pero también depende del tipo de cáncer del cual se trate, pues algunos son más agresivos que otros. Otro factor que interviene es la condición física del paciente; es muy importante que su forma física sea buena, y la disposición hacia su enfermedad, ya que debe afrontarla y ayudar con su estado de ánimo a curarla.

A partir de la década de noventa y con las técnicas terapéuticas disponibles, el cáncer es curable en aproximadamente el 50 % de los pacientes diagnosticados.

El pronóstico del cáncer depende sobre todo de:

- La localización anatómica del tumor primario.
- El tipo histológico con su grado de diferenciación celular, sus características biológicas y citogenéticas.
- El estadio del cáncer o extensión de la enfermedad.
- La edad del paciente.
- El estado funcional o la reserva fisiológica del paciente.

2.9. Prevención del cáncer

La medida más eficaz en la prevención del cáncer es la eliminación del consumo de tabaco, ya que el 30 % de las muertes por cáncer en los países desarrollados son producidas por su consumo. El control de la dieta también reduce la mortalidad: disminuir la ingesta calórica para evitar la obesidad, reducción de las calorías procedentes de la grasa a un 20 % de la dieta, reducción del consumo de carnes rojas, aumento de la ingesta de fibra (cereales, frutas y verduras) y alimentos protectores (con contenido en vitaminas C y A, verduras como el repollo, la coliflor, el brócoli o las coles de Bruselas). Debe limitarse el consumo de alimentos ahumados, en salazón o ricos en nitritos, así como el consumo de alcohol.

El control sobre los factores ambientales incluye la eliminación de productos carcinógenos en el lugar de trabajo y en el hogar, como por ejemplo la eliminación de la exposición a las fibras de asbesto o la reducción del gas radón en el hogar.

Las técnicas de detección precoz o *screening* pueden realizarse para el cáncer de cuello uterino, mama, colon, recto, próstata y boca. Es recomendable la realización de un chequeo anual a partir de los 40 años incluso en la ausencia de síntomas. El cáncer de mama se considera uno de los principales problemas de salud en los países desarrollados y muchas mujeres mueren cada año por esta causa. Las mujeres mayores de 50 años son las que tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama y el riesgo máximo lo presentan las pacientes con una edad superior a 75 años. Los médicos recomiendan realizar un examen anual o bienal, mediante mamografía y exploración física, a las mujeres de 50 o más años de edad. En general, no se recomienda realizar mamografías por debajo de los 39 años de edad. En cuanto al grupo de mujeres entre 40 y 49 años de edad existen controversias sobre la utilidad de las mamografías. El cáncer de endometrio supera en frecuencia, en España, al de cuello uterino, pero no se dispone de ningún estudio que evalúe los beneficios de biopsias en

pacientes asintomáticas. La citología ha demostrado ser un método eficaz para la detección precoz de cáncer de cuello uterino. Se recomienda la realización de una citología cada tres años siempre que se hayan detectado dos citologías negativas en intervalos anuales. En muchos países desarrollados el aumento en el número de personas que disfrutan sus vacaciones en países de clima cálido ha producido un aumento en el cáncer de piel. Se recomiendan las medidas preventivas, como el uso de cremas o pantallas protectoras frente a la acción potencialmente lesiva de los rayos ultravioletas solares.

Actualmente se dice que ya hay una vacuna, recientemente aprobada, contra el cáncer de cuello de útero, enfermedad que afecta y causa la muerte de cientos de mujeres en todo el mundo. La comercialización de esta vacuna ya fue aprobada en varios países y se estudia la aprobación de otras vacunas contra el cáncer de piel y el cáncer de próstata.

CAPÍTULO 3. CUIDADOR PRINCIPAL

3.1. ¿Quién es el cuidador principal?

Los cuidadores constituyen una pieza clave en la tríada terapéutica "equipo sanitario-enfermo-cuidador primario". Pero bien ¿quién es el cuidador principal?

Se denomina cuidador principal a la persona que asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios de cualquier tipo de enfermo. Es quien además acompaña la mayor parte del tiempo a esta persona enferma¹⁴

Grau, define al cuidador principal "como la persona (familiar o allegado) con mejores condiciones para asumir con responsabilidad el cuidado del paciente, por contar con posibilidades reales y disposición para su atención, poseer una buena relación afectiva con el enfermo, suficiente nivel escolar para comprender y transmitir la información e instrucciones, así como capacidad para imprimirle seguridad y bienestar emocional en la mayor magnitud posible".¹⁵

El cuidador principal es la persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica. Este cuidador participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad.⁶

Es importante señalar que los cuidadores pueden ser familiares, vecinos muy allegados a la persona que requiere los cuidados aunque en su mayoría son mujeres de edad media, hijas o esposas de la persona que recibe el cuidado, generalmente estas personas conviven con el enfermo y presentan un nivel de escolaridad diverso.

Por su parte Quevedo sostiene que son personas encargadas de la atención y cuidado de la salud de un enfermo de manera habitual y cotidiana dedicándole tiempo, energías, dedicación constante. En la mayor parte de los casos son familiares.¹⁶

3.2. Preocupaciones del cuidador principal

Meseguer plantea que a lo largo de todo el proceso de una enfermedad crónica como el cáncer, los familiares y sobre todo el familiar cuidador más próximo al paciente van a presentar preocupaciones que se mantendrán más o menos estables durante todo el proceso. Entre estas preocupaciones las más frecuentes están: tener los recursos disponibles para enfrentar el tratamiento, estar capacitado para el cuidado, saber si su enfermo podrá aliviar su dolor o morirá tranquilo, etcétera. Estas preocupaciones y temores cambiarán en la medida en que se transforme el estado físico del paciente. Otra preocupación es la competencia percibida respecto a su propia preparación para el cuidado y la progresión de la enfermedad y sobre todo por la vivencia de cercanía de la muerte.¹⁵

En una revisión crítica de diferentes investigaciones realizadas sobre las experiencias de las crisis de la familia y al impacto que en ellas produce el cáncer, se concluye que son once las áreas más afectadas: tensión emocional, demandas físicas, incertidumbre, temor a la muerte, alteraciones en las tareas del hogar y estilos de vida, finanzas, preocupación existencial, necesidades no convergentes entre los miembros de la familia y las tareas de la casa, sentido de confort del paciente, percepción de servicios inadecuados, sexualidad. Además existe una serie de necesidades que se deben tener presentes en cualquier valoración del enclave familiar, de ellas las tres más frecuentes son: la necesidad de estar al lado de la persona enferma, la necesidad de poderle ayudar y la necesidad de información precisa respecto a la inminencia de muerte.¹⁵

3.3. Características del cuidador principal

Lence y Jiménez, enumeran una serie de cualidades que debe reunir un cuidador primario ideal, las que siguen: posibilidades reales de cuidado (proximidad, condiciones físicas), relación afectiva con el paciente, habilidad para inspirar seguridad y confianza, capacidad intelectual (no deficitaria) y

suficiente nivel cultural, sentido de responsabilidad, salud mental, actitudes para el apoyo, sin sobreprotección ni paternalismos extremos.¹⁵

Ahora bien, no siempre un cuidador reunirá todos estos requisitos, además la persona que asume este rol, en la mayoría de los casos, es un familiar allegado, ya sea cónyuge o hijos y se supone que lo asume de forma voluntaria.

La experiencia del trabajo en el programa “Cuidando a los cuidadores” refleja que es necesario hacer esfuerzos para tener en cuenta al binomio cuidador-cuidado, y que estos esfuerzos son valiosos porque modifican de manera muy importante la condición de quienes viven con enfermedad crónica y la de sus cuidadores.⁶

Un estudio interesante realizado sobre los cuidadores que participan en el programa de referencia, fue desplegado por Alvarado, en Colombia. Estudio que tuvo como objetivo desarrollar una propuesta teórica que describa y explique la experiencia de ser cuidador familiar de una persona en situación de enfermedad crónica antes, durante y después de participar en el programa “Cuidando a los cuidadores”, mediante la metodología cualitativa con abordaje de teoría fundamentada. En el estudio participaron 11 cuidadores familiares (nueve mujeres y dos hombres), quienes asistieron al programa. Los hallazgos de la investigación se constituyen en referentes para fortalecer el ser y el quehacer de enfermería como profesión y disciplina, obteniéndose como conclusiones de que la experiencia de cuidado por parte del cuidador familiar se evidencia a través de 3 fases, las cuales se inician con: una exploración y contacto, de comprensión y progreso y cambios y nuevos retos que emprender, estas fases permiten que el cuidador familiar se descubra a sí mismo ante su nuevo rol, experimente y reconozca que el cuidarse a sí mismo implica dar un mejor cuidado, el cual se verá reflejado en el bienestar de su ser querido.

Más adelante plantea como principales características las siguientes: los cuidadores familiares son en su mayoría mujeres de edad intermedia, menores que el receptor del cuidado, con estados civiles variados, algunas empleadas y otras amas de casa, con niveles de educación y socioeconómicos heterogéneos, quienes por lo general cuidan al ser querido desde el momento de su diagnóstico

y llevan cuidándolo más de seis meses. Estas personas sienten que la actividad ocupa la mayor parte del día y, por lo general, desconocen el rol que asumen.

3.4. El estrés del cuidador principal

A principios de los años sesenta surge el concepto de sobrecarga, que se refiere al conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados. Es en la década de los ochenta cuando comienza su estudio en la gerontología, elaborándose por Zarit y colaboradores un procedimiento para su evaluación, conocido como test de sobrecarga o escala de Zarit. De todo lo expresado con anterioridad se deduce la importancia de determinar la sobrecarga del cuidador, para poder actuar sobre los mismos y posteriormente poder evaluar los resultados de la terapéutica. En el municipio Habana del Este, Cuba, se realizó la investigación de Paleo (2006) determinando la sobrecarga de cuidadores mediante la escala de Zarit. Siempre desde la salud nos preocupamos del paciente, pero, ¿qué sucede con el agotamiento y soledad que muchas veces experimenta el Cuidador Principal?

El cuidar a un ser querido puede ser una tarea gratificante, pero también puede ser cansadora, generando enojo, irritación, angustia y estos sentimientos confunden, pero son comunes en los que cuidan a personas gravemente enfermas. El cuidador puede sentirse sin esperanzas, desolado, alterado y llorar muchas veces por cosas que tal vez antes no le preocupaban y ahora lo mínimo, lo desborda. Se puede manifestar por alteraciones físicas como úlceras, insomnio, cefaleas. Pueden ser de índole psicológica, depresiones, alteraciones del sueño, estrés, falta de apetito, entre otras.¹⁴

El cuidador se ve sometido a un estrés permanente por la limitación física, psicológica o cognitiva para realizar su labor, la alteración de la ejecución habitual del rol, la de las interacciones sociales, la percepción de la falta de soporte social y de apoyo de los sistemas de cuidado de la salud, la falta de actividad, de dispersión, la alteración de la ejecución del trabajo habitual, la

severidad de la enfermedad del receptor del cuidado, la cantidad de cuidado o supervisión requerida y la alteración de la relación cuidador-cuidado.⁶

Partiendo de los resultados obtenidos en el Programa “Cuidando a los cuidadores” se dice que en sus reportes los cuidadores señalan no saber la evolución de la enfermedad de su ser querido, sentirse solos, la fatiga física de responder por muchos roles y el cansancio emocional son malos compañeros en estas experiencias. Las situaciones familiares, la intolerancia de quienes no comprenden la experiencia y las exigencias explícitas o implícitas de su ser querido los hacen sentirse en algunos momentos sometidos. Los riesgos para la salud son evidentes, aunque en algunas condiciones son más dramáticos que en otras, por el estigma social y la perspectiva de la pérdida.

El ser cuidador principal también trae consecuencias sociales, emocionales, físicas y de salud, incluyendo la sobrecarga, carga emocional, estrés, depresión, fatiga, pérdida de apetito, insomnio, trastornos del ciclo circadiano y aislamiento social.¹⁷

Son muchos los momentos críticos que debe afrontar el cuidador de un familiar, cuando el estrés y el agotamiento lo embargan, cuando la enfermedad del ser querido se complica, cuando no encuentra apoyo en los otros miembros de la familia y cuando se debe responder ante otros familiares que algunas veces toman roles de jueces o veladores.

3.5. Importancia del cuidador principal

Como vimos anteriormente varios son los factores que constituyen un verdadero síndrome que repercute en la vida del cuidador principal, en su familia y por supuesto en el paciente. Está comprobado que ante la claudicación del cuidador el paciente es institucionalizado, o con seguridad la calidad de su vida disminuye, de ahí que sea importante el bienestar del cuidador, esto depende de él, de la ayuda que pueda recibir de amigos, vecinos u otros familiares, de su capacidad para afrontar las dificultades.¹⁴

Se ha señalado además que para los receptores del cuidado la presencia, la actitud y los conocimientos de los cuidadores son definitivos como parte de su

entorno y bienestar. Los cuidadores familiares son en su mayoría mujeres, conforman la parte más importante de las redes de apoyo y soporte social de quienes están enfermos o incapacitados, y desarrollan su potencial de cuidado de múltiples formas. Se puede afirmar que la situación de los cuidadores atañe a la salud en nuestro medio y que debe abordarse de manera prioritaria, tanto por ellos como por las personas que se benefician de su cuidado.⁶

Como hemos señalado anteriormente la actitud, bienestar, calidad de vida y emociones que vivencie el “cuidador principal” van a influir en el paciente, por tanto se nos hace muy importante el cuidado del cuidador y brindarle la información necesaria así como formas de enfrentar mejor la situación de cuidado que se encuentra atravesando.

3.6 Medidas que se pueden tomar para prevenir el agotamiento del cuidador principal

En los subepígrafes anteriores veíamos cuán importante era el papel del cuidador principal para el enfermo y las múltiples situaciones estresantes a las que se enfrenta durante todo el curso de la enfermedad, de ahí que su cuidado sea muy importante, por lo que en este epígrafe se brindan una serie de medidas que contribuyen a prevenir el agotamiento y estrés al que es sometido el cuidador.

Se necesita un cuidador en buen estado físico y anímico que inspire en el paciente estos mismos estados positivos con los que él cuenta; por lo que el cuidador principal tiene que tratar de comer regularmente, aun sin apetito, dormir lo suficiente, más de cinco horas por día. Es importante también que pida y acepte la ayuda de los demás, no debe recaer todo sobre él; debe compartir el cuidado del paciente, estar con gente que lo acompañe y apoye. Es decir, compartir los sentimientos y emociones, aunque estos sean dolorosos, ayuda y alivia. El cuidador debe tratar de estar informado sobre la enfermedad y los avances de la misma, las posibles complicaciones, es importante que pregunte al médico.¹⁴

Algunas instituciones que están conscientes de esta problemática tratan de facilitar la tarea del cuidador, brindando Servicios de Ayudantes Domiciliarios o voluntarias que alivian su tarea, permitiéndole, entre otras cosas, asistir al trabajo o descansar las horas necesarias, sabiendo que el paciente está cuidado y atendido por gente capacitada.

Tal como señala Bayés, para los profesionales sanitarios cuidar a los familiares —y en especial al cuidador primario— equivale a cuidar a los enfermos. Dado que con frecuencia, las personas que deben ejercer el papel de cuidador no están preparadas para ello y que suelen surgir, en el momento de plantearse su necesidad, reacciones emocionales intensas, será preciso, en muchas ocasiones, proporcionarles, lo mismo que al enfermo, apoyo emocional.¹⁸

El cáncer también puede afectar la fe de una persona de diferentes maneras. Las creencias personales ayudan a algunas personas a sobrellevar la situación. Otras personas empiezan a dudar de sus creencias. En ambos casos, las personas quieren dar sentido a sus experiencias y encontrar esperanza.

CONCLUSIONES

1. La Psicoeducación se asume como la educación que se le ofrece a las personas que sufren trastornos psicológicos y sus familias. Su meta fundamental se centra en que el paciente y su familia sean capaces de manejar adecuadamente la enfermedad que enfrentan, no estigmatizando a las personas, disminuyendo barreras para el tratamiento y reorganizando un nuevo proyecto de vida.
2. Los objetivos de la Psicoeducación se asocian a promover el compromiso con el cuidado, con la búsqueda de comportamientos saludables y el protagonismo en el proceso de salud. Como elemento común significativo se distingue el favorecer el desarrollo de las potencialidades a nivel individual, familiar y grupal.
3. Los elementos fundamentales en la Psicoeducación son: transferencia de la información, descarga emocional y apoyo para la ayuda.
4. El cáncer es una enfermedad caracterizada por la presencia de nuevas células que crecen, se multiplican y se extienden sin control.
5. La etiología del cáncer es multifactorial, influyen factores hereditarios, infecciones, radiaciones, productos químicos, factores inmunológicos y ambientales.
6. Dentro de la tipología del cáncer encontramos diversidad. La neoplasia maligna puede clasificarse atendiendo al lugar, órgano o tipo de células donde se origina el tumor. Se agrupan en carcinomas, sarcomas, leucemias y linfomas.
7. El TNM es uno de los sistemas de clasificación de progreso de la enfermedad más comúnmente usados. Se basa en la extensión del tumor (T), la extensión de la diseminación a los ganglios linfáticos (N) y la presencia de metástasis (M) y permite diagnosticar diferentes estadios clínicos (I-IV) de gran valor para la atención del paciente con enfermedad oncológica.
8. El diagnóstico precoz de las formas de cáncer, depende en gran medida de la detección de signos tempranos de la enfermedad.

9. Los tratamientos más frecuentes en las neoplasias malignas son: cirugía, radioterapia, quimioterapia y bioterapia (inmunoterapia y hormonoterapia).
10. El cuidador principal es la persona que tiene un vínculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido, que vive con enfermedad crónica; y que se mantendrán más o menos estables durante todo el proceso.
11. El cuidador principal debe tener posibilidades reales de cuidado, relación afectiva con el paciente, habilidad para inspirar seguridad y confianza, capacidad intelectual promedio, nivel cultural adecuado, sentido de responsabilidad, salud mental, actitudes de apoyo, sin sobreprotección ni paternalismo extremo.
12. Los cuidadores principales pueden presentar un conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico, por lo que deben cuidar de su salud.

Bibliografía

1. Knapp Rodríguez E. Psicología de la salud. La Habana: Félix Varela; 2005.
2. Rodríguez Rodríguez N. Estrategia educativa para la preparación de la familia de paciente oncológico sobre cuidados paliativos. Santa Clara: ISCM "Serafín Ruíz de Zárate Ruíz"; 2007. [Tesis de Maestría].
3. Roselló Díaz DM, Núñez Pérez Y. Elaboración de una Guía Psicoeducativa para el cuidador principal de pacientes oncológicos en estadio clínico III y IV, sometidos a Quimioterapia. Santa Clara: Universidad Central de Las Villas; 2008. [Trabajo de Diploma].
4. Departamento de estadística del Sectorial Provincial de Salud de Santa Clara. Mortalidad y Morbilidad del Cáncer en el 2007. Documentos electrónicos; 2008.
5. Buela-Casal G, Moreno S. Intervención psicológica en cáncer. En Simón M.A. Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. p. 505-29.
6. Pinto Afanador N, Barrera Ortiz L, Sánchez Herrera B. Reflexiones sobre el cuidado a partir del programa "Cuidando a los cuidadores". Rev Aquichan [serie en Internet]. 2005: [citado 26 Mar 2009]; 5: [aprox. 4 p]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/142/63>.
7. Arévalo GA, Maldonado JR. Psicoeducación. Psicocentro.com. [serie en Internet]. 2003: [citado 26 Mar 2009]: [aprox. 4 p]. Disponible en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art51001.
8. Quesada Ravelo T. Elaboración de una Guía Psicoeducativa para familiares con niños portadores de retraso mental. Santa Clara: Universidad Central de Las Villas; 2004. [Tesis de Maestría].
9. Rebolledo García S. Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia. Madrid: Fundación New Courj; 1998.
10. Brandon L, Feist J. Psicología de la Salud. Madrid: Paraninfo-Thomson; 2000.

11. Rodríguez Herrera J, Plaza Rodríguez V, Paz Bermúdez M. Análisis del efecto de variables psicológicas en el desarrollo y pronóstico del cáncer. Un estudio retrospectivo. *Suma Psicológica* 1999; 6 (2):161-174.
12. Moreno de Miguel LF, Pérez Braojo I, Sánchez Varela I, Rodríguez Díaz R. Cirugía conservadora + radioterapia en el cáncer temprano de mama. *Rev Cub Oncol.* 1998; 14 (3): 143-148.
13. Caribé Gómez F, Chilenos Kustner E, López López J, Finestres Zubeldia F, Guix Melcior B. Manejo odontológico de las complicaciones de la radioterapia quimioterapia en el cáncer oral. *Rev Med Oral* [serie en Internet] 2003: [citado 6 Mar 2009]; 8: [aprox. 9 p]. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v8i3/medoralv8i3p178.pdf>.
14. Dip S. El rol del cuidador principal [serie en Internet]: [citado 16 Feb 2009]: [aprox. 4 p]. Disponible en: www.infinito.org.ar/articulos/cuidadorprincipal.html-13k.
15. Grau J, Llantá MC, Chacón M, Massip C, Barbet I, Martín M. Hacia un abordaje integral. Aspectos psicosociales en el control del dolor. Guadalajara: México: Todo en impresión; 2004.
16. Quevedo Guerra T. Cuidadores de pacientes Alzheimer: una aproximación al estudio de sus necesidades. Universidad Central de Las Villas, Santa Clara; 2007. [Tesis de Maestría].
17. Giraldo Molina CI, Franco Agudelo GM. Calidad de vida de los cuidadores familiares. *Rev Aquichan* [serie en Internet]. 2006: [citado 12 Mar 2009]; 6 (1): [aprox. 15 p]. Disponible en: <http://scholar.google.es/scholar?q=Calidad+++de+++vida+++de+los+cuidadores+familiares&hl=es&lr=&btnG=Buscar&lr=>.
18. Bayés R. Cuidando al cuidador. Evaluación del cuidador y apoyo social. Análisis de los recursos psicológicos y soporte emocional del cuidador. [serie en Internet]. 2009: [citado 26 Mar 2009]: [aprox. 15 p]. Disponible en: <http://www.fehad.org/valhad/pn022.htm>.
19. Hernández Mederos D, Pérez Giraldo YL. Manifestaciones de la ansiedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello en etapa diagnóstica y de control de

- la enfermedad. Santa Clara: Universidad de Las Villas; 2008. [Tesis de Maestría].
20. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Aljibe; 1999.
 21. González Serra, DJ. Prácticas de motivación. El registro de la actividad y método directo e indirecto. La Habana: Facultad de Psicología; 1978.
 22. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación. vol. 2. La Habana: Félix Varela; 2004.
 23. González Contreras AE, Nepomuceno Padilla N. Enfermedad de Alzheimer: repercusión en la salud y bienestar de sus cuidadores. Santa Clara: ISCM “Serafín Ruíz de Zárate Ruíz”; 2006. [Tesis de Maestría].
 24. López CE. Cáncer Terminal y su manejo por la familia. Santa Clara. ISCM “Serafín Ruíz de Zárate Ruíz”; 2007: [Tesis de Maestría].
 25. Almendras I. Objetivos de la Psicoeducación. [serie en Internet]. 2003: [citado 10 Feb 2009]: [aprox. 19 p]. Disponible en: <http://www.psicoaducar.com/objetivos.htm>.
 26. Araneda Pagliotti G E, Aparicio Escobar A, Escobar Gatica P, Huaiquivil Olate G, Méndez Astudillo K. Características del cuidador principal y su relación con la percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente Terminal. Rev Cultura de los Cuidados [serie en Internet]. 2006: [citado 5 Marz 2009]; 10 (19): [aprox. 7 p]. Disponible en: <http://scholar.google.es/scholar?q=CARACTER%C3%8DSTICAS+DEL+CUIDADOR+PRINCIPAL+Y+SU&hl=es&lr=&btnG=Buscar&lr=>.
 27. Barrera Ortiz L, Pinto Afanador N, Sánchez Herrera B. Evaluación de un Programa para Fortalecer a los Cuidadores Familiares de Enfermos Crónicos. Rev de Salud Púb [serie en Internet]. 2006: [citado 12 Feb 2009]; [aprox.11 p]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sciarttext&pid=S012400642006000200002&lng=es&nrm=iso>.
 28. Cerdá Olmedo G. Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor crónico: una propuesta necesaria (I). Rev Soc Esp Dolor [serie en Internet]. 2000:

- [citado 30 Marz 2009]; 7 (4): [aprox. 8 p]. Disponible en: <http://www.revista.se-dolor.es/pdf/2000-05-06.pdf>.
29. Cortés Funes F, Abián L, Cortés Funes H. Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. Rev Psicooncol [serie en Internet]. 2002: [citado 17 Feb 2009]; 0 (1): [aprox. 9 p] Disponible en: [www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/contenido%20%20\(1\)/ADAPTACION.pdf](http://www.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/contenido%20%20(1)/ADAPTACION.pdf).
30. Fernández Teijeiro A. Predisposición hereditaria al cáncer. [serie en Internet]. 2003: [citado 8 Abr 2009]: [aprox. 10 p]. Disponible en: <http://www.aspanovasbizkaia.org/pdfs/mesa4.pdf>.
31. Fernando Rodríguez R, Daza P, Fernando Rodríguez, MF. Tratamiento farmacológico del dolor en pacientes con cáncer. Rev Colomb Méd [serie en Internet]. 2006: [citado 30 Marz 2009]; 37 (3): [aprox. 4 p]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S165795342006000300011&script=sci_pdf&tlng=es.
32. Guevara López U, Covarrubias Gómez A, Ochoa Carrillo FJ, Fernández Orozco A, Bernal Sahagún F. Parámetros de práctica para el manejo del dolor en cáncer. Rev Cir Ciruj. [serie en Internet]. 2006: [citado 30 Marz 2009]; 74 (5): [aprox. 15 p]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2006/cc065m.pdf>.
33. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación 4ed. México: McGraw-Hill; 2008.
34. De Lima L. El empleo de analgésicos opiáceos para aliviar el dolor del cáncer Rev Pan Salud Púb. [serie en Internet]. 1997: [citado 30 Marz 2009]; 2 (2). [aprox. 5 p]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttex&pd=31020.49891997000800014.
35. Llantá Abreu MC, Pire Stuart T, Grau Abalo J, Vilaú Prieto L, Massip Pérez C, Grau Abalo R, et al. Evaluación del sufrimiento en pacientes con quimioterapia del Instituto Cubano de Oncología y Radiobiología. Rev Psicol. Salud [serie en Internet]. 2008: [citado 23 Abr 2009]; 18 (002): [aprox. 5 p]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29118201.pdf>.

36. López J, Rodríguez MI. La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer. Rev Psicooncol [serie en Internet]. 2007: [citado 1 Abr 2009]; 4 (1): [aprox. 9 p]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=28349031&lang=es&site=ehost-live>.
37. Matheu Jiménez D, Quintero Martínez M. Particularidades de la ansiedad en pacientes con cáncer de pulmón en etapa diagnóstica y en etapa de control de la enfermedad. Santa Clara. Universidad Central de Las Villas; 2008: [Trabajo de Diploma].
38. Molerio Pérez O. Programa para el autocontrol emocional de pacientes con hipertensión arterial esencial. Santa Clara. Universidad Central de Las Villas, 2004: [Tesis de Doctorado].
39. Ojeda M, García E, Navarro M, Socorro M, Guerra A, Agrafojo E, et al. Control de Síntomas en el enfermo de cáncer Terminal. Madrid: Editorial Acta Médica; 1992.
40. Pérez Cárdenas C, Rodríguez Herrera Y. Afrontamiento de la enfermedad oncológica por el grupo familiar. 2004: [citado 26 Marz 2009]: [aprox. 8 p]. Disponible en: <http://www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologiapdf-81-afrontamiento-de-la-enfermedad-oncológica-por-el-grupo-familiar.pdf>.
41. Rangel Corona R. Inmunoterapia del cáncer. Vertientes. Rev Especialid Ciencias Salud. 2003; 6 (1): 58-62.
42. Roche Zavaleta L. Vacunas preventivas contra el cáncer. Vertientes: Rev. Especialid Ciencias Salud 2003; 6 (1): 14-18.
43. Rodríguez B, Ortiz A, Palao A, Avedillo C. Sánchez A, Chinchilla C. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y sus cuidadores. Europ J Psychiat 2002; 16 (1): 27-38.
44. Scharf B. M. Psicooncología: Abordaje emocional en Oncología. Persona Bioét. [serie en Internet]. 2005: [citado 6 Abr 2009]; 9 (2): [aprox. 3 p]. Disponible en: <http://biblioteca.unisabana.edu.co/revistas/index.php/personaybioetica/article/viewPDFInterstitial/358/522>.
45. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paídos; 2000.

46. Terol MC, López Roig S, Rodríguez Marín J, Pastor MA, Mora M, Martín Aragón M, et al. Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Rev Anal Psicol* 2001; 16(2): 111-122.
47. Sánchez Vidal A. Evaluación comunitaria: necesidad y programas. En Vasallo Barrueta N, Ibarra Mustelier L. Selección de Lecturas sobre Psicología Social y Comunitaria. La Habana: Félix Varela; 2005. p.18-20.
48. Valle Mendiola A, Weisst Steider B. Origen molecular del cáncer. *Vertientes: Rev Especialid Ciencias Salud* 2003; 6(1): 3-8.
49. Venegas Bustos BC. Habilidad del cuidador y funcionalidad de la persona cuidada. *Rev Aquichan [serie en Internet]*. 2006: [citado 12 Marz 2009]; 6 (1): [aprox. 10 p]. Disponible en: [http://scholar.google.es/scholar?q=Habilidad+del+cuidador+y++funcionalidad+de+la+persona+cuidada&hl=es&lr=&btnG=Buscar&lr=.](http://scholar.google.es/scholar?q=Habilidad+del+cuidador+y++funcionalidad+de+la+persona+cuidada&hl=es&lr=&btnG=Buscar&lr=)