

# PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO

## PARA EL APOYO DEL PACIENTE CON CÁNCER

CARMEN NAVAS, HYXIA VILLEGAS, RICARDO HURTADO, ELIANA ZAPATA

UNIVERSIDAD DE CARABOBO, VALENCIA, VENEZUELA

### INTRODUCCIÓN

**E**l cáncer es una de las enfermedades más temidas, ya que causa distrés psicológico en pacientes, familiares, enfermeras y todos los profesionales de la salud que cuidan de ellos. Sólo una minoría de los pacientes desarrollan una enfermedad psiquiátrica, pero son comunes otros problemas psicológicos y sociales derivados, que incluyen el dolor, náusea y fatiga; problemas con las finanzas, con el empleo, con el cuidado del hogar y los niños, preocupaciones familiares y las dudas existenciales y espirituales. Debido al distrés que ocasiona, disminuye la calidad de vida, por lo tanto, la respuesta clínica al tratamiento no es la mejor. Algunos pacientes retardan la búsqueda de ayuda psicológica por miedo, o porque niegan los síntomas de distrés presentes.

Entre las inquietudes que se plantean los pacientes están las relacionadas directamente al cáncer, como una amenaza contra la salud y la vida y sobre todo a la recurrencia de la

enfermedad. Entre las preguntas existenciales que se plantean: “¿Qué es importante en mi vida?” y “¿Qué significado tiene mi vida?”<sup>(1)</sup>. Otras inquietudes importantes son las que tienen que ver con la enfermedad y el daño potencial de las terapias oncológicas, el dolor y la muerte prematura. También están los temores relacionados con “no sentirse capaz de disfrutar las relaciones interpersonales importantes”. La mujer con hijos pequeños se pregunta: “¿Qué debo decirles?, ¿Tendré los recursos para luchar contra esta enfermedad y continuar educándolos al mismo tiempo?” El cáncer de mama tiene un efecto nefasto en la sexualidad, afectándose la libido y la fertilidad, componentes importantes de la feminidad de la mujer. Los efectos combinados de la cirugía, la pérdida del cabello, libido disminuida y menopausia prematura, constituyen aspectos importantes que influyen en forma determinante en el auto imagen de la mujer<sup>(2)</sup>. En el cáncer de mama, un tercio de las mujeres pueden presentar una considerable morbilidad psicológica en los primeros dos años del tratamiento, siendo las de mayor riesgo aquellas con antecedentes de patología psiquiátrica<sup>(1,3)</sup>.

Para atender a estas necesidades de las pacientes, este trabajo propone un programa de carácter multidimensional partiendo de la base

---

Correspondencia: Dra. Carmen Navas  
Departamento de Salud Mental. Número 1 Hospital  
Psiquiátrico. Bárbula. Universidad de Carabobo.  
Estado Carabobo. Venezuela. Teléfonos:  
0(04140409409) E-Mail: cenavas@uc.edu.ve

---

que la susceptibilidad de un organismo depende tanto de factores físicos, como psicológicos, espirituales y sociales. El mismo está dirigido principalmente a modificar factores implicados en la salud, como son: creencias, emociones, actitudes y estilo de vida. El programa le permite al paciente o participante estar más informado y por tanto tomar decisiones más acertadas en cuanto a los tratamientos disponibles para su enfermedad y aprenderá técnicas sencillas para estimular su sistema inmunológico (SI).

Podrá aprender técnicas de relajación, visualización, meditación, oración y la práctica de la fe como estrategias de afrontamiento de la enfermedad. También podrá conocer la importancia del estrés, de las ganancias secundarias y otros factores emocionales implicados en la pérdida de su salud. De igual manera, la aplicación permite al paciente conocer un nuevo estilo de vida donde aprenderá acerca de la alimentación, la actividad física, la ocupación efectiva de su tiempo libre, el papel de la música y la risa como estimulantes del SI, y se promoverá el desarrollo de creencias que promuevan su bienestar existencial de tal forma que pueda manejar su enfermedad en forma multidimensional y promover una respuesta satisfactoria al tratamiento.

## **ENFOQUE MULTIDIMENSIONAL DE LA PSICONEUROINMUNOLOGÍA**

La psiconeuroinmunología (PNI) es una disciplina relativamente reciente que estudia la relación entre la mente y el cuerpo, para demostrar la influencia del psiquismo sobre las enfermedades físicas, proponiendo simultáneamente sobre dicha base un plan de salud, fundado en el enfoque multidimensional del hombre. El enfoque multidimensional de la PNI es una propuesta que considera al hombre como un sistema integrado por cuatro dimensiones: la psíquica, la física, la espiritual y la social, a pesar de la dificultad de dividir en parcelas al hombre, debido a que las dimensiones

están relacionadas entre sí. Se reportan a continuación, una serie de estudios en relación con aquellos factores implicados en cada una de las dimensiones mencionadas.

## **DIMENSIÓN PSÍQUICA**

En la actualidad, está definitivamente demostrada la correlación existente entre el estrés y el funcionamiento del SI. En el caso del sujeto con cáncer, este se ve invadido por una serie de factores estresógenos que van desde el estrés inicial generado por la noticia de la enfermedad, por lo imprevisto de su evolución, por el pronóstico, el efecto de la quimioterapia y toma de conciencia de la finitud de la vida. Todos los proyectos de la vida del individuo quedan interrumpidos y todas sus energías y pensamientos se concentran en el proceso de supervivencia<sup>(4)</sup>.

El efecto del estrés en el SI ha sido estudiado desde hace mucho tiempo y se sabe que los estímulos estresantes pueden influenciar el desarrollo de trastornos del SI donde se incluyen las infecciones, las enfermedades autoinmunes y el cáncer. Es importante considerar el impacto potencial que pueden tener los desórdenes psiquiátricos en la función inmune y dado que los procesos del sistema nervioso central (SNC) están involucrados en la regulación inmune, es lógico considerar que los trastornos del SNC, manifestados a través de las enfermedades psiquiátricas, puedan conducir al desarrollo, curso o aparición de las enfermedades del SI<sup>(5)</sup>.

Los mecanismos identificados a través de los cuales el estrés afecta el SI son: la menor actividad de células natural killer (NK)<sup>(6)</sup>, una menor respuesta proliferativa de linfocitos periféricos a lecitinas vegetales y anticuerpos monoclonales contra sus receptores<sup>(7)</sup>, expresión disminuida del complejo mayor de histocompatibilidad clase I por medio de la elevación del TNF $\alpha$ , que conlleva a fallas en la detección de células tumorales<sup>(8)</sup>.

Además del estrés, la depresión también está relacionada con cambios en la respuesta inmunológica, pero que diferentes estudios reportan con una enorme heterogeneidad, ya que existen otras variables que influyen como son el sexo, la edad, estado ambulatorio, y la severidad de los síntomas depresivos. Parece que los pacientes deprimidos muestran una neutrofilia y linfopenia relativa. Además, muestran alteraciones en la proliferación linfocítica inducida por mitógenos y una citotoxicidad de NK<sup>(9)</sup>.

Hay abundante evidencia de que el SI puede modular tanto la respuesta de los neurotransmisores a nivel central como la respuesta del sistema endocrino. Esta interrelación entre esos tres sistemas podría explicar no sólo los cambios vistos posteriormente al impacto de un agente estresor, sino también los síntomas que se observan en pacientes con depresión. Actualmente existe mucha controversia en lo que refiere a la relación causal existente entre el incremento en distintos procesos inflamatorios y los cambios en la conducta que se observan en la depresión. Por lo que aún necesita esclarecerse si los cambios en el SI son consecuencia de un estado patológico inducido por un estresor, o si estos cambios son directamente responsables de la alteración de la actividad de los neuro-transmisores a nivel central<sup>(10)</sup>.

El patrón de citoquinas de la depresión es muy similar al del cáncer, por lo que se piensa que ambas constituyen un perfil depresivo/carcinógeno de citoquinas<sup>(8)</sup>. Se demostró que este perfil inmunológico se modificaba tras la aplicación de un programa de intervención de índole psicológico y espiritual de una duración de ocho semanas, al mismo tiempo que mejoraba la ansiedad y depresión, en 49 pacientes con cáncer de mama<sup>(11)</sup>. Resultados parecidos fueron obtenidos en sólo 2 sesiones de intervención psico-educativa, relajación y apoyo grupal<sup>(12)</sup>.

En cuanto a las técnicas de visualización y relajación, se determinó sus efectos inmuno-

lógicos en un estudio controlado “aleatorizado” realizado en mujeres con cáncer de mama avanzado, encontrando que la actividad citotóxica activada por citoquinas se correlacionó positivamente con la frecuencia en la práctica de la relajación y de la visualización<sup>(13)</sup>. Simonton diseñó un programa de esta naturaleza para pacientes con cáncer, en el cual el paciente crea imágenes sobre su enfermedad y su SI<sup>(14)</sup>.

El cáncer de mama afecta un órgano cuyas significaciones individuales y culturales lo relacionan con la maternidad, la feminidad, el erotismo y la sexualidad<sup>(15)</sup>. Este estrés causado por un diagnóstico de cáncer y su tratamiento puede precipitar una recaída a pacientes con trastornos de ansiedad preexistentes, lo que a su vez puede incapacitar y dificultar el tratamiento<sup>(16)</sup>.

Meyerowitz planteaba que el impacto psicológico del cáncer de mama se manifiesta en tres áreas:

1. El área psicológica, con aparición de ansiedad, depresión e ira.
2. El área psicosocial, con notables cambios en la manera de vivir relacionados, sobre todo, con la afectación del estado de bienestar físico.
3. El área de las ideas, con temores a la muerte, a la discapacidad y a la mutilación<sup>(17)</sup>.

Se sabe que el estrés está asociado a recidivas del cáncer de mama. En 1893 Snow, en un trabajo muy riguroso estudió a más de 200 pacientes con cáncer de mama y útero del “*London Cancer Hospital*”, llega a la conclusión de que la pérdida de un pariente cercano (esposo, hijos, madre y amigas íntimas), actuaba como un mecanismo disparador en la aparición y desarrollo posterior del cáncer de mama<sup>(18)</sup>.

En base al análisis realizado, se determina la influencia que tiene el estrés sobre el SI, por lo que el programa contempla que los pacientes serán entrenadas en el manejo de emociones según el enfoque cognitivo, cambiando

creencias erróneas por creencias saludables que promuevan su salud y en las técnicas de relajación y visualización del SI.

## **DIMENSIÓN SOCIAL**

Es importante considerar la influencia que tiene el medio ambiente social que nos rodea. Son numerosos los testimonios que avalan la tesis de que la calidad de nuestras relaciones interpersonales tiene un impacto enorme en la salud. Acontecimientos como un ascenso en el trabajo, la pérdida del empleo, la tensión de una nueva posición, el matrimonio, el divorcio, la muerte de alguien muy cercano, el traslado a un lugar distante, la soledad, el aislamiento y las dificultades en las relaciones interpersonales, constituyen un riesgo significativo para la salud.

Entre los estudios que se han hecho en relación con los acontecimientos y la enfermedad, tenemos el de Schmale y Engel<sup>(19)</sup>, quienes han explicado lo que han denominado “renuncia” y que no viene a ser sino el preludio de la enfermedad. Esto significa que antes de enfermar, y no necesariamente de una enfermedad de carácter psiquiátrica, el individuo se ve atrapado en circunstancias vitales que le obligan a renunciar a una parte muy querida de su vida y reacciona con ira, depresión y decepción. Esto ocurre cuando no hay alternativas para superar la situación resultando una rendición perdiendo la esperanza de que las cosas vuelvan a ser como antes. Estos autores demostraron que el 80 % de sus pacientes con cáncer habían tenido una experiencia de pérdida real o simbólica. Los pacientes habían tenido un sentimiento de desamparo que se definió como una carencia consecuente con un cambio frente al que se sentían impotentes para actuar. Esta desesperanza se describió como una sensación de inutilidad derivada de la pérdida de satisfacción donde el individuo siente que la responsabilidad final por la pérdida es suya y la desesperanza se debe a la noción de que no puede rectificarse la situación.

Se puede afectar de manera positiva esta dimensión a través de las intervenciones psicosociales conducidas a mejorar la calidad de vida del paciente, aumentando su sobrevida. Se demostró que, después de una intervención de este tipo por 1 año, en 50 pacientes, un promedio de 3 años de sobrevida (tomado a partir del inicio de la intervención) en comparación con año y medio en el grupo control<sup>(20)</sup>; mientras que en otro estudio similar, no se encuentra aumento de la sobrevida, pero sí una mejora en la percepción del dolor y en el humor<sup>(21)</sup>. De igual manera se ha reportado que mediante estas terapias, se disminuyen los efectos colaterales de la quimioterapia<sup>(22-25)</sup>. También se ha demostrado mejoría significativa en el perfil de estado de ánimo y en la escala para el impacto de acontecimientos vitales, después de una intervención con una terapia grupal orientada a enfrentarse y manejar el estrés relacionado con la enfermedad<sup>(26)</sup>. Esto ha conducido a replantearse nuevos caminos a seguir en la investigación orientada al estudio de las consecuencias de las intervenciones psicosociales sobre la salud.

Otro aspecto a considerar en esta dimensión es la musicoterapia, como un recurso que favorece la interacción social y la estimulación del SI. La musicoterapia puede ser definida como “...un proceso de intervención sistemática, en el cual el terapeuta ayuda al paciente a obtener la salud a través de experiencias musicales y de las relaciones que se desarrollan a través de ellas como las fuerzas dinámicas para el cambio”<sup>(27)</sup>. Ya sea la participación activa (produciendo sonidos con instrumentos o con la voz) o pasiva (simplemente escuchar música), la musicoterapia permite: explorar los sentimientos, hacer cambios positivos en el estado de ánimo y en el estado emocional, desarrollar un sentido de control de nuestra vida a través de experiencias de éxito, aprender o poner en práctica habilidades para resolver problemas y conflictos, y mejorar las habilidades de socialización<sup>(28)</sup>.

En cuanto a los efectos psicológicos, en un estudio japonés en 1998, se demostró que el sólo hecho de escuchar o interpretar música de cualquier tipo en sujetos sanos, disminuye el estrés psicosocial medido a través de marcadores biológicos (17-cetosteroide sulfato y 17-hidrocorticosteroides en orina)<sup>(29)</sup>. En 75 pacientes quirúrgicos se encontró que el uso de la música durante el posoperatorio disminuía el cortisol plasmático, así como la ansiedad y el dolor, requiriendo menor cantidad de morfina en comparación con el control<sup>(30)</sup>. En adultos tardíos con trastornos afectivos, la musicoterapia durante 8 semanas mejora la depresión, estrés, autoestima y el estado de ánimo, incluso a los 9 meses de terminada la intervención<sup>(31)</sup>. En la esfera inmunológica, la musicoterapia incrementa los niveles de IgA salival y la actividad NK en pacientes oncológicos y sanos<sup>(32-34)</sup>.

Lo antes expuesto, justifica que en esta dimensión se incluyan actividades de recreación que favorezcan la interacción con el entorno social y que permitan ocupar el tiempo libre de manera efectiva. Los pacientes comprenderán la importancia de los estresores psicosociales y el significado de su enfermedad y vivenciarán el efecto de la risa, la música y el baile, como herramientas para estimular su SI.

## **DIMENSIÓN FÍSICA**

En relación con los factores que pueden influir en la respuesta del cuerpo a la enfermedad, se destaca la importancia del estilo de vida, por lo que en el programa se incluye información relativa a los hábitos de alimentación, ejercicio, y del cáncer como enfermedad, sus complicaciones, los tratamientos disponibles, todo esto con la finalidad de educarlo y que pueda tomar decisiones acertadas. A continuación se hará una referencia a las investigaciones relacionadas.

Se conoce que la actividad física influye en la aparición y progreso del cáncer. Se estudió el

efecto de un programa de 6 meses de ejercicio aeróbico, tres veces por semana, demostrándose que el grupo intervenido mostró mayor porcentaje de células CD4 en sangre al estimular su proliferación con concanavalina A que el control<sup>(35)</sup>.

En 1921 Silvertsen y Dahlstrom analizaron 86 000 muertes y descubrieron que las muertes por cáncer en general eran más numerosas entre aquellos que tenían oficios con menos actividad muscular. Teniendo en cuenta que el cáncer parece ser producto de la era de la automatización, estos investigadores resaltaron que las sociedades “incivilizadas” estaban relativamente libres de cáncer<sup>(36)</sup>. Más tarde en 1944, Rusch y Kline<sup>(37)</sup> encontraron que animales de laboratorio ejercitados tuvieron una incidencia de cáncer 16 % menor que aquellos sin ejercicio. En 1960, Hoffman, Paschkis, Debias y col. implantaron tejido muscular fatigado en ratones previamente inoculados con células cancerosas. Encontraron que el extracto muscular fatigado conllevó a una disminución en el crecimiento tumoral, mientras que si se inyectaba músculo no fatigado no existía tal efecto<sup>(38)</sup>.

Es así como un ejercicio vigoroso estimula el SI y es una de las mejores maneras de canalizar apropiadamente los efectos del estrés. Además, varios estudios han demostrado que aquellas personas sometidas a ejercicios regulares principalmente caminar y trotar, tienen más flexibilidad en su pensamiento y creencias, desarrollando un perfil psicológico más saludable en general<sup>(39)</sup>.

Y sobre la influencia de los alimentos, a pesar de conocerse la importancia de la interrelación de los nutrientes en el organismo, se han hecho estudios individuales con nutrientes en animales de laboratorio, para caracterizar el efecto que tiene cada uno en la inhibición del cáncer de mama. Entre los nutrientes comprobados como inhibidores se encuentran: selenio (frutas y vegetales), d-limoneno (especialmente el aceite de cáscara de

naranja), licopen (tomate, mejor absorbido cocido), luteína (espinaca, brócoli, lechuga, tomate, naranja, zanahoria, céleri y verduras), isoflavonas (té verde y frutos de soya), cúrcuma longa (curry) y ácido linoleico (lácteos y carne). En cuanto a estudios poblacionales en humanos, las altas cantidades de fibra, el calcio y vitamina D y el yogur se asocian con menor incidencia de cáncer de mama<sup>(40)</sup>.

El rol de los carbohidratos simples en este tema también ha sido vislumbrado. En mujeres mayores se encontró una correlación significativa entre la mortalidad por cáncer de mama y el consumo de azúcar<sup>(41)</sup>. En otro estudio, se les inoculó a ratas de laboratorio una cepa agresiva de cáncer de mama, para después administrarles dietas que las conducirían a hiperglicemia. Se encontró que a menor glicemia, mayor fue la sobrevida en 70 días<sup>(42)</sup>.

Y pasando a los lípidos, se sabe que los países con alta ingesta de grasas en la dieta muestran mayor incidencia de cáncer de mama que aquellos con menor ingesta de la misma. Existe discrepancia en cuáles ácidos grasos son los que están mayormente relacionados con el cáncer de mama; algunos estudios animales indican que todos los ácidos grasos tienen por igual este efecto, mientras otros trabajos reportan que los ácidos grasos poliinsaturados son los más dañinos, mientras que los monosaturados no están implicados con un mayor riesgo. Es así como en países como Italia y Grecia, donde se consumen grandes cantidades de aceite de oliva, el cual es monosaturado, disfrutaban de menor prevalencia de este tipo de cáncer. En Canadá, Boyd demostró que la densidad en la mamografía disminuía en un grupo de 9 500 mujeres sometidas a una dieta baja en grasas durante 2 años<sup>(42)</sup>.

Teniendo todo esto en cuenta, la dimensión física propone la educación de los pacientes para que comprendan la importancia de evitar la desnutrición que favorece el progreso del cáncer, la alimentación balanceada destacando los

alimentos verdes, el ácido graso omega 3 y 6 y los antioxidantes. En complemento a esto, practicarán ejercicios físicos adaptados a sus necesidades con la finalidad de estimular su SI.

## **DIMENSIÓN ESPIRITUAL**

Es interesante el rol que desempeña la fe religiosa desde la perspectiva de las pacientes que enfrentan de nuevo el cáncer de mama, como lo revelan los resultados obtenidos en el estudio hecho por Feher y Maly<sup>(43)</sup> en 33 mujeres de la tercera edad, encontrando que el contenido de las transcripciones hechas en los pacientes investigados, se relacionaba con tres tópicos: la religión y la fe proporcionaban el apoyo emocional para enfrentar el cáncer de seno (91 %), sirve de apoyo social (70 %), y proporciona la habilidad de hacer significativo cada día de su vida, especialmente durante la experiencia del cáncer (64 %), por lo que concluye que las pacientes a través de la espiritualidad, se les provee de herramientas importantes para enfrentar su enfermedad. En otro estudio de 103 mujeres que recibió un programa de apoyo religioso, el 85 % afirmó que sus creencias religiosas le ayudaron a enfrentar la enfermedad de forma más efectiva (Jonson, 1991). Otro trabajo reveló una correlación entre el bienestar espiritual y estilos específicos de adaptación en estas pacientes, como el espíritu combativo<sup>(44)</sup>.

Numerosos son los estudios que sugieren la relación entre salud y la espiritualidad, conociéndose su asociación con una mejor salud, calidad de vida, menos ansiedad, depresión y suicidio, incluso en pacientes con enfermedades terminales<sup>(45)</sup>. Y el cáncer de mama no es excepción, pues se sabe que la ausencia de espiritualidad se relaciona con una menor sobrevida en mujeres afro americanas con la patología<sup>(46)</sup>. Un mecanismo descubierto es la mejoría de la función inmune, demostrada en un ensayo clínico de 112 mujeres que encontró que las mujeres que iban con mayor frecuencia a

centros religiosos y para las cuales la expresión espiritual era más importante, el conteo de linfocitos T CD8, CD4 y células NK era mayor<sup>(47)</sup>.

Se ha reportado el efecto beneficioso de las disciplinas orientales como son el Qigong, el Tai Chi, el yoga y la meditación en numerosas enfermedades. El Instituto Qigong de Menlo Park, California reporta alrededor de diecisiete mil estudios con resultados positivos en enfermedades como el cáncer y la diabetes, así como en el envejecimiento. Se sabe que promueve la respuesta de relajación produciendo ondas alfa y en algunos casos ondas theta lo que se asocia a disminución de la presión arterial y la frecuencia cardíaca ya que reduce la actividad simpática del sistema nervioso autónomo. Coordina el balance entre ambos hemisferios promoviendo un sueño profundo, una reducción de la ansiedad y aumento de la claridad mental. También favorece la respuesta inmune al activar las células del SI mejorando la resistencia a las infecciones<sup>(48)</sup>.

Se contempla en el programa, para esta dimensión, la importancia que tiene la búsqueda del bienestar existencial para promover la salud. Se enseña como lograrlo mediante el fortalecimiento de las creencias religiosas, la práctica de la meditación y los ejercicios del Qigong.

El programa desarrollado consiste en un plan de salud integral cuyo objetivo es proporcionarle herramientas que faciliten un cambio de su estilo de vida, y así promover una respuesta inmunológica satisfactoria al tratamiento. Su carácter es multidimensional, contemplando una intervención en las dimensiones física, psicológica, espiritual y social.

Estará conformado por cuatro consultas individuales y cinco talleres de 4 horas cada uno, que se realizarán en forma alterna. Fue adaptado a la idiosincrasia del paciente oncológico venezolano de forma que a lo largo de un mes pueda participar dos veces por semana

y no se ausente de sus actividades cotidianas, puesto que es de tipo ambulatorio. El paciente tendrá asignada una tarea semanal para cada dimensión y cada tarea será evaluada en las consultas individuales y en los talleres. Cada participante será evaluado por el médico oncólogo que refiere al paciente y se llevará un registro escrito de los reportes mensuales. Está diseñado para ser aplicado a un grupo de 20 participantes. Adicionalmente, se diseñó una página Web (<http://cpi.ing.uc.edu.ve/psiconeuro/>) que presenta información siguiendo el enfoque multidimensional ya referido, para la educación de los participantes.

## TÓPICOS A TRATAR

**PSICONEUROINMUNOLOGÍA Y SALUD:** la relación mente-cuerpo. Funcionamiento del sistema inmune, ejercicios y recreación. Nutrición para la salud. Espiritualidad y salud. Dimensión psicológica y manejo de emociones. Creencias y salud. Salud y estilo de vida: Plan de dos años para la sanación.

## OBJETIVO GENERAL

Proporcionar información acerca de su enfermedad y las herramientas de la psiconeuroinmunología, como un recurso para el tratamiento de enfermedades de alto riesgo.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Tomar conciencia de la importancia del enfoque multidimensional de la psiconeuroinmunología como alternativa para el enfrentamiento de su enfermedad.
2. Vivenciar la importancia de su sistema inmunológico en la preservación de su salud.
3. Vivenciar la importancia de la visualización como alternativa para estimular su sistema inmunológico.

4. Vivenciar la importancia del ejercicio y del estilo de vida como alternativas para la promoción de su dimensión física.
5. Vivenciar la importancia de la alimentación como alternativa para la promoción de su dimensión física.
6. Reconocer y expresar sentimientos mediante su identificación y discusión en pequeños grupos como alternativa para la promoción de su dimensión psicológica.
7. Vivenciar la importancia de las creencias como alternativa para un nuevo estilo de vida.
8. Comprender las relaciones entre los eventos estresantes y los beneficios secundarios de la enfermedad.
9. Conocer estrategias de afrontamiento relacionadas con el disfrute, el baile, la música y la risa, como alternativas para la promoción de su salud social.
10. Propiciar la creación de un grupo de apoyo para futuros encuentros.
11. Establecer un plan de salud de dos años para la búsqueda de su salud mediante su graficación en un mapa mental.
12. Vivenciar el significado de la conexión mente, cuerpo y espíritu y la salud.
13. Vivenciar el alcance de la fe como herramienta de afrontamiento en la enfermedad.
14. Experimentar algunas disciplinas orientales para la estimulación del sistema inmune.

### **TÉCNICAS DE FACILITACIÓN**

1. Exposiciones teóricas: Ocho presentaciones audiovisuales.
2. Ejercicios de dinámica de grupo:
  - Individuales: ejercicios escritos de reflexión para uso propio o para compartir posteriormente

con otros.

Sub-grupales: ejercicios escritos u orales en grupos de trabajo de 4 a 5 personas, cuya realización será compartida con los demás del grupo.

Visualizaciones, juegos y relajaciones: El uso de estas técnicas simbólicas para representar y, por tanto, realizar partes del proceso del taller.

### **DISCUSIÓN**

Se hizo un análisis exhaustivo de las dimensiones del hombre, de los factores implicados en la pérdida de la salud del paciente oncológico, y de cómo las intervenciones psicosociales y los programas psicoeducativos, atenúan la respuesta ante el estrés y estimulan el SI aumentando la sobrevida del paciente oncológico, con lo que se justifica plenamente el desarrollo de un programa multidimensional de PNI dirigido a ese paciente.

Dicho programa habilita al paciente a participar activamente en la recuperación de su salud y a vivir una vida plena y satisfactoria, proporcionándole información en todas las dimensiones, aclarando creencias erróneas, colocando a su alcance estrategias que promueven una mejor respuesta inmunológica, un nuevo estilo de vida con comportamientos más sanos y una actitud diferente ante la enfermedad.

Los talleres que conforman este programa se diseñaron con la finalidad de educar al participante para que pueda tomar decisiones acertadas, utilizando recursos de cada dimensión (física, psicológica, social y espiritual), restituyendo el adecuado balance del sistema, de forma tal que promueva una respuesta satisfactoria al tratamiento, eleve su calidad de vida y por ende su sobrevida.

## REFERENCIAS

1. Shapiro S, López AM, Shuarartz G, Bramen C, Kurker S. Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables. *J Clin Psychol.* 2001;57(4):501-519.
2. Oktay JS. Psychosocial aspects of breast cancer. *Lippincotts Prim Care Pract.* 1998;2(2):149-159.
3. Dean C. Psychiatric morbidity following mastectomy: Preoperative predictors and types of illness. *J Psychosom Res.* 1987;31(3):385-392.
4. Sala AR. Depresión y Cáncer. Disponible en: URL: <http://www.psicoadactiva.com/arti/articulo.asp?SiteIdNo=164>
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7ª edición. Filadelfia (EE.UU): Lippincott Williams & Wilkins; 1996.
6. Levy SM, Herberman RB, Lippman M, D'Angelo T, Lee J. Immunological and psychosocial predictors of disease recurrence in patients with early-stage breast cancer. *Behav Med.* 1991;17:67-75.
7. Andersen BL, Farrar WB, Golden-Kreutz D, Kutz LA, MacCallum R, Courtney ME, et al. Stress and immune responses after surgical treatment for regional breast cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1998;90:30-36.
8. Holden RJ, Pakula IS, Mooney PA. An immunological model connecting the pathogenesis of stress, depression and carcinoma. *Med Hypotheses.* 1998;51(4):309-314.
9. Irwin M, Patterson T, Smith TL, Caldwell C, Brown SA, Gillin JC, et al. Reduction of immune function in life stress and depression. *Biol Psychiatry.* 1990;27(1):22-30.
10. Den Boer JA, George MS, Ter Horst G.J. Current and Future Developments in Psychopharmacology. *Organon;* 2005.
11. Carlson LE, Speca M, Patel KD, Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosom Med.* 2003;65(4):571-581.
12. Larson MR, Duberstein PR, Talbot NL, Caldwell C, Moynihan JA. A Presurgical psychosocial intervention for breast cancer patients: Psychological distress and the immune response. *J Psychosom Res.* 2000;48:187-194.
13. Gruzelier J, Clow A, Evans P, Lazar I, Walker L. Mind-body influences on immunity: Lateralized control, stress, individual difference predictors, and prophylaxis. *Ann NY Acad Sci.* 1998;851:487-494.
14. Castés M. Psiconeuroinmunología y cáncer. Tercer curso nacional teórico: Aplicación clínica y social de la Psiconeuroinmunología; 2002. Caracas, Venezuela.
15. Vidal M, López B. La consulta psico-oncológica. La depresión en cáncer de mama. *ALCMEON* 1999;8(2):141-156.
16. Simigliani, C. Variables psicosociales y cáncer de mama: Un estudio comparativo en mujeres que asisten a la consulta de despistaje de la Sociedad Anticancerosa "Francisco Polo Castellano", Valencia, 2005-2006. (Proyecto de Trabajo de Ascenso para Profesor Asociado, Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Salud Mental. 2006.
17. Meyerowitz BE. Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychol Bull.* 1980;87(1):108-131.
18. Snow HL. Cancer and the cancer process. Londres: Churchill; 1893.
19. Engel GL, Schmàle AH Jr. Psychoanalytic theory of somatic disorder: Conversion, specificity and circumstances of the onset of the disease. *Rev Med Psychosom Psychol Med.* 1968;10(3):197-216.
20. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet.* 1989;2(8668):888-891.
21. Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, Koopmans J, Vincent L, Guthrie H, et al. The Effect of Group Psychosocial Support on Survival in Metastatic Breast Cancer. *N Engl J Med.* 2001;345(24):1719-1726.
22. Achterberg J, Lawlis GF, Simonton OC, Simonton S. Psychological factors and blood chemistries as disease outcome prediction for cancer. *Multivariate Experimental Clinical Research.* 1977;3:107-122.
23. Achterberg J, Simonton OC, Matthews S. Psychology of the exceptional cancer patient. A description of patients who outlive predicted life expectancies. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice.* 1977;14(4):416-422.
24. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, Elashoff R, Guthrie D, Fahey JL et al. Malignant melanoma. Effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and

- affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry*. 1993;50(9):681-689.
25. Kielcot-Glaser JK, Glaser R. Psychosocial influences on immunity: Implications from AIDS. *Am Psychol*. 1988;27:892-898.
26. Classen C, Butler LD, Koopman C, Miller E, Di Miceli S, Giese-Davis J, et al. Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: A randomized clinical intervention trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58(5):494-501.
27. Bruscia KE. *Defining music therapy*. 2ª edición. Gilsum, NH: Barcelona Publishers; 1998.
28. Murow Troice E. Instituto de Musicoterapia y Terapias Centradas en la Música (Ciudad de México). Available in URL: <http://www.musicoterapia.com.mx/>
29. Machiko T, Katsutaro N, Chika O. A study of psychoneuroendocrinological effects of music therapy. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2003;105(4):468-472.
30. Nilsson U, Unosson M, Rawal N. Stress reduction and analgesia in patients exposed to calming music postoperatively: A randomized controlled trial. *Eur J Anaesthesiol*. 2005;22(2):96-102.
31. Hanser SB, Thompson LW. Effects of a music therapy strategy on depressed. Effects of a music therapy strategy on depressed older Adults. *J Gerontol*. 1994;49(6):265-269.
32. Burns SJ, Harbuz MS, Hucklebridge F, Bunt L. A pilot study into the therapeutic effects of music therapy at a cancer help center. *Altern Ther Health Med*. 2001;7(1):48-56.
33. Kuhn D. The effects of active and passive participation in musical activity on the immune system as measured by salivary immunoglobulin A (SIgA). *J Music Ther*. 2002;39(1):30-39.
34. Bittman BB, Berk LS, Felten DL, Westengard J, Simonton OC, Pappas J, et al. Composite effects of group drumming music therapy on modulation of neuroendocrine-immune parameters in normal subjects. *Altern Ther Health Med*. 2001;7(1):38-37.
35. Hutnick NA, Williams NI, Kraemer WJ, Orsega-Smith E, Dixon RH, Bleznak AD et al. Exercise and lymphocyte activation following chemotherapy for breast cancer. *Med Sci Sports Exerc*. 2005;37(11):1827-1835.
36. Silvertsen I, Dhalstrom AW. Relation of muscular activity to carcinoma: Preliminary report. *J Cancer Research*. 1921;6:365-378.
37. Rusch HP, Kline BE. The effect of exercise on the growth of a mouse tumour. *Cancer Res*. 1944;4:116-118.
38. Hoffman SA, Paschkis KE, Debias DA, Cantarow A, Williams TL. The influence of exercise on the growth of transplanted rat tumors. *Cancer Res*. 1962;22:597-599.
39. McTiernan A, Gralow J, Talbott L. *Breast Fitness*. Nueva York: St. Martin's Griffin. 2001.
40. Thomson Healthcare. *Food That Fights Off Cancer: What Science Knows Today*. 2004. Available in URL [http://www.pdrhealth.com/content/nutrition\\_health/chapters/fgnt14.shtml](http://www.pdrhealth.com/content/nutrition_health/chapters/fgnt14.shtml)
41. Seely S, Horrobin DF. Diet and breast cancer: The possible connection with sugar consumption. *Med Hypotheses*. 1983;11(3):319-327.
42. Santisteban GA, Ely JT, Hamel EE, Read DH, Kozawa SM. Glycemic modulation of tumor tolerance in a mouse model of breast cancer. *Biochem Biophys Res Commun*. 1985;132(3):1174-1179.
43. Feher S, Maly RC. Coping with breast cancer in later life: The role of religious faith. *Psychooncology*. 1999;8(5):408-416.
44. Cotton SP, Levine EG, Fitzpatrick CM, Dold KH, Targ E. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psychooncology*. 1999;8(5):429-438.
45. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc*. 2001;76(12):1225-1235.
46. Van Ness PH, Kasl SV, Jones BA. Religion, race, and breast cancer survival. *Int J Psychiatry Med*. 2003;33(4):357-375.
47. Sephton SE, Koopman C, Schaal M, Thoresen C, Spiegel D. Spiritual expression and immune status in women with metastases breast cancer: An exploratory study. *Breast J*. 2001;7(5):345-353.
48. Jahnke R. *The healing promise of Qi*. EE.UU: Mc Graw-Hill. 2002.