



## CARTAS AL DIRECTOR

# La lucha contra el cáncer: ¿es hora de cambiar la metáfora?

Andrés Vargas\*

Departamento de Radioterapia Oncológica, Clínica Instituto de Radiomedicina (IRAM), Santiago, Chile

Recibido el 08 de marzo de 2019

Aceptado el 27 de noviembre de 2019

Vargas A. La lucha contra el cáncer: ¿es hora de cambiar la metáfora?. Med Paliat. 2020;27(1):67-68

Sr. Director:

Según estadísticas de la OMS, en 2018 el cáncer fue responsable de casi 10 millones de muertes en el mundo<sup>1</sup>.

La magnitud del problema ha hecho que la sociedad, las instituciones y los gobiernos se movilen bajo un mismo llamado: “La lucha contra el cáncer”. Esta concepción bélica de la enfermedad, acuñada durante los años 70 en los Estados Unidos de América, surgió para buscar apoyos que destinaran financiamiento para el estudio y tratamiento del cáncer. A pesar de haber sido cuestionada durante las últimas 2 décadas, esta metáfora aún es frecuentemente utilizada en diversos ámbitos<sup>2</sup>.

La visión bélica del cáncer sugiere la posibilidad de derrotar a la enfermedad mediante la “lucha”, justificando todos los esfuerzos personales, terapéuticos y financieros. Los efectos secundarios del tratamiento, fuente potencial de una importante morbilidad, deterioro de la calidad de vida y de “toxicidad financiera”, pasan a ser desafortunados pero inevitables consecuencias de la victoria<sup>3</sup>.

El “combate contra el cáncer” se asocia al siguiente argumento falaz: si un paciente lucha lo suficientemente duro,

podrá ganar la pelea (*falacia post hoc*, pues supone una relación entre el hecho de “luchar” y la probabilidad de controlar la enfermedad). Sin embargo, en aquellos pacientes con enfermedad potencialmente curable, la enfermedad remite gracias a la erradicación de las células tumorales debido a las terapias antineoplásicas y no debido a cuán valientemente “luchan”<sup>4</sup>.

Salvo raras excepciones, aquellos con enfermedades avanzadas no podrán ganar esta guerra, sin importar cuán duramente luchan. Llevando el argumento a la *reductio ad absurdum* podemos afirmar que todos aquellos pacientes que presentan una persistencia/recurrencia tras haber sido tratados, aquellos que perecen producto de la enfermedad o de las complicaciones asociadas al tratamiento, no se enfrentaron a ella valientemente ni han combatido lo suficiente como para merecer la victoria.

Interesantemente, la evidencia disponible no respalda la relación entre “la actitud combativa” y la supervivencia global ni la supervivencia libre de enfermedad. Tampoco hay evidencia que respalde la asociación entre la impotencia/desesperanza y peores resultados oncológicos<sup>5</sup>.

\*Autor para correspondencia:

Andrés Vargas

Avda. Américo Vespucio, 1314.

Santiago de Chile, Chile

Correo electrónico: [andres.vargas@iram.cl](mailto:andres.vargas@iram.cl)

DOI: [10.20986/medpal.2020.1083/2019](https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1083/2019)

El uso de la metáfora bélica puede entorpecer los procesos adaptativos y el tratamiento mismo. Algunos autores han reportado que, al alentar a los pacientes a “ser luchadores” y “positivos”, los oncólogos podrían contribuir con la supresión emocional de estos y llevarlos a silenciar sus síntomas<sup>3,6</sup>. Con la finalidad de ganar la batalla a toda costa, pueden indicarse tratamientos que no necesariamente aumentan la supervivencia, retrasando el necesario y beneficioso inicio de los cuidados paliativos. La voluntad de llevar esta “lucha” hasta sus últimas consecuencias hace que hasta un 8 % de pacientes reciba quimioterapia en las últimas 2 semanas de vida y hasta un 62 % durante los últimos 2 meses<sup>7,8</sup>.

Quizá debemos replantear el lenguaje del cáncer y los términos utilizados para referirnos a su prevención y tratamiento. Debemos contribuir a que la sociedad reflexione acerca de cómo entender, vivir y acompañar el proceso de enfermedad. En este sentido, la metáfora bélica del cáncer parece poco adecuada pues es ambigua y promotora de falaces argumentos que imponen una presión indebida en los pacientes y sus familias<sup>9</sup>. La concepción del cáncer como un enemigo al que se debe combatir y vencer no puede privar al paciente de su dignidad, y durante el curso de la enfermedad ninguno puede sentirse ni debería ser considerado un perdedor si esta progresa o si debe detenerse el tratamiento por una toxicidad inaceptable.

Así como es infrecuente que los medios publiquen que alguien perdió la batalla contra la insuficiencia cardiaca, la enfermedad renal crónica o el Alzheimer, deberíamos trabajar para que llegue el día en que no vuelva a decirse que alguien se ha ido tras “perder la batalla contra el cáncer”.

## FUENTES DE FINANCIACIÓN

Este manuscrito no contó con apoyos financieros de ningún tipo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cancer: Key facts [actualizado 12 Sep 2018; consultado 7 Mar 2019]. Disponible en: [www.who.int](http://www.who.int)
2. Rojas Miranda D, Fernández González L. ¿Contra qué se lucha cuando se lucha? Implicancias clínicas de la metáfora bélica en oncología. *Rev méd Chile*. 2015;143:352-7.
3. Oronsky BT, Carter CA, Oronsky AL, Salacz ME, Reid T. “No patient left behind”: an alternative to “the war on Cancer” metaphor. *Med Oncol*. 2016;33:55.
4. Ellis LM, Blanke CD, Roach N. Losing “Losing the battle with cancer”. *JAMA Oncol*. 2015;1:13-4.
5. Petticrew M, Bell R, Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ* 2002;325:1066.
6. Byrne A, Ellershaw J, Holcombe C, Salmon P. Patients’ experience of cancer: evidence of the role of “fighting” in collusive clinical communication. *Patient Educ Couns*. 2002;48:15-21.
7. Kao S, Shafiq J, Vardy J, Adams D. Use of chemotherapy at the end of life in oncology patients. *Ann Oncol*. 2009; 20:1555-9.
8. Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, Muzikansky A, Lennes IT, Hesit RS, et al. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30:394-400.
9. Rhodes R, Strain JJ. Ideology and palliative care: Moral hazards at the bedside. *Camb Q Healthc Ethics*. 2018; 27:137-44.