

## La psicogénesis del cáncer como fenómeno de posverdad en salud: Implicaciones sociales, clínicas y éticas

### *Psychogenesis of cancer as a post-truth phenomenon in healthcare: Social, clinical and ethical implications*

Daniela Rojas Miranda<sup>1, a, b</sup>

Corporación Cáncer de Mama “Yo Mujer”, Santiago de Chile, Chile.

<sup>a</sup> Psicóloga-Psicooncóloga.

<sup>b</sup> Magíster en Bioética ©. Universidad del Desarrollo, Chile.

Email: [danirojasm@hotmail.com](mailto:danirojasm@hotmail.com)

Este trabajo no tuvo apoyo financiero.

#### Resumen

Muchos son los fenómenos actuales de posverdad en salud. En oncología, las creencias relativas al origen psicológico del cáncer continúan resistiéndose a la evidencia, que plantea que no existe una relación causal entre los aspectos psicológicos y la emergencia y/o el progreso de la enfermedad.

La psicogénesis del cáncer como posverdad encapsula la evidencia y la permuta por opiniones que se comunican y aceptan como verdades científicas, afectando la salud física, mental y el derecho a la autonomía de los pacientes.

Los profesionales de salud contamos con la principal conjugación de herramientas para enfrentar la posverdad: el conocimiento científico y la relación clínica.

**Palabras clave:** Bioética, Psicooncología, Cáncer, Posverdad, Comunicación.

#### Abstract

Many are the current phenomena of post-truth in health. In oncology, beliefs related to a psychological origin of cancer continue resisting the evidence given that there is no causal relationship between psychological aspects and the onset and/or progress of the disease.

The psychogenesis of cancer as a post-truth encapsulates the evidence and the exchange of opinions that are communicated and accepted as scientific truths, which affects patients' physical and mental health and their right to autonomy.

Healthcare professionals manage the main combination of tools to face post-truths: scientific knowledge and the clinical relationship.

**Keywords:** Bioethics, Psycho-Oncology, Cancer, Post-truth, Communication.

## 1. Introducción

En el año 2016, el Diccionario Oxford escogió “posverdad” como la palabra del año (Flood, 2016), luego de que el mundo fuera testigo de fenómenos político-sociales como el triunfo del Brexit en Inglaterra y la elección de Donald Trump en EE.UU., hechos señalados como iconos de la posverdad en nuestros tiempos. En ambos casos circuló información falsa que se instaló con fuerza en la opinión pública: el “ahorro” que significaría para Gran Bretaña desprenderse de la Unión Europea, y el aumento de las tasas de homicidios y la atribución de responsabilidad a los inmigrantes sobre la inseguridad nacional en EE.UU. Esta información fue desmentida a través de datos concretos en numerosas oportunidades y en distintas plataformas. No obstante, la población desestimó las rectificaciones, persistió en su creencia en base a la primera información otorgada y votó en consecuencia.

La posverdad ha sido definida como “las circunstancias en las que los hechos objetivos influyen menos a la opinión pública que las apelaciones a la emoción o a las creencias personales” (Dictionaries, O. 2016). A pesar de que no pueda ser calificada como un fenómeno “nuevo”, la posverdad posee características particulares y otorga importantes señales sobre cómo las sociedades se relacionan hoy con las instituciones y con sus conocimientos o “verdades”.

En ciencia, la posverdad tampoco es una realidad reciente, siendo los movimientos antivacunas uno de sus ejemplos más dramáticos. La inmunización constituye uno de los principales y más exitosos avances de la medicina en el control de la morbilidad y

En fenómeno de la posverdad aparece cuando la apelación a “los hechos objetivos influye menos en la opinión pública que la apelación a la emoción o a las creencias personales”.

mortalidad de una serie de patologías infectocontagiosas que han revestido importantes peligros para la salud a lo largo de la historia. Gracias a la implementación de los programas de vacunación se han logrado altos niveles de cobertura que han permitido erradicar enfermedades como la

viruela y disminuir al mínimo las tasas de otras como el sarampión y la poliomielitis, constituyendo una de las principales herramientas de prevención y, por lo tanto, una de las áreas donde se ha centrado la investigación en biomedicina (Burrows, 2011).

Sin embargo, la inmunización no ha estado exenta de importantes cuestionamientos éticos ligados a los mandatos/obligatoriedad de su aplicación, a la investigación y pruebas para su desarrollo, al consentimiento informado y a la disparidad en el acceso global de las mismas ((*The College of Physicians of Philadelphia*, 2014). Una de las problemáticas más complejas de abordar la han representado los movimientos que se oponen a la vacunación, donde se confronta el derecho a la autonomía de los padres con el de justicia y protección de la población general.

Desde el comienzo de la inmunización emergieron detractores que por distintos motivos se han negaban a los programas de vacunación; así, la oposición a la vacuna contra la viruela en el s. XIX en EE.UU. e Inglaterra, las controversias derivadas de la seguridad y eficacia de las vacunas contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, el sarampión, las paperas y la rubéola, así como el uso de Timerosal (preservante llamado “etilmercurio”) y su supuesto vínculo con el autismo (*The College of Physicians of Philadelphia*, 2015). Esta vinculación emergió con fuerza tras un estudio realizado

por el cirujano e investigador inglés Andrew Wakefield en 1998, en el que establecía una correlación entre la vacuna trivírica (que protege contra el sarampión, la rubéola y las paperas) y el desarrollo de autismo en niños. La investigación tuvo una gran visibilidad mediática, con el impacto consecuente en la opinión pública. Sin embargo, al tiempo se descubrió que el autor había falseado datos y que poseía intereses económicos comprometidos. A pesar de que el estudio fue retractado y de que investigaciones independientes posteriores que intentaron replicar los resultados no tuvieron éxito, lo que demostró que no existe tal relación, las tasas de vacunación bajaron significativamente, afectando la inmunidad de rebaño. Hoy, 20 años más tarde, existe un número creciente de padres que, aún con la información correcta a disposición, se niegan a vacunar a sus hijos debido a este temor, negando la evidencia disponible.

Actualmente, los movimientos antivacunas han ido en aumento en distintas partes del mundo, lo que ha significado rebrotes y muertes por enfermedades que se encontraban controladas o erradicadas (Salleras, 2018). El año pasado hubo brotes de sarampión y paperas en miles de niños en EE.UU., Canadá y Europa, así como muertes por la misma causa. Solo Europa cerró el 2017 con 14.451 casos nuevos de sarampión (Zuñiga et al., 2018).

El descrédito de la evidencia científica puede ser visto como una expresión de la crisis de confianza de la posmodernidad en las instituciones y autoridades de todo orden: políticas, eclesiásticas, económicas y científicas. La investigación científica y sus resultados son observados con suspicacia por la opinión pública, imputándoles con frecuencia el responder a intereses de la industria farmacéutica, a la búsqueda de beneficios particulares de instituciones y profesionales de salud, y a una falta de interés real por los enfermos, como un signo más de la deshumanización de la medicina.

Las creencias sin respaldo científico en torno al cáncer son múltiples. No obstante, muchas de ellas pueden agruparse bajo una creencia madre: el origen psicológico del cáncer”.

Quienes defienden ideas como el peligro de las vacunas, la inexistencia del calentamiento global, la cura oculta del cáncer y otras, suelen utilizar un lenguaje técnico, falacias lógicas y apelación a la emocionalidad, a la vez que presentan falsos expertos, haciendo pasar métodos y prácticas como científicamente correctas y “evidencias” desvinculadas de cualquier método científico válido (Majima, 2015). Como estos resultados se dice que proceden de investigaciones metodológicamente correctas, se desprestigia a la ciencia como fuente de conocimiento principal y fidedigna, desestimando su evidencia y calificándola como falsa o insuficiente, a la vez que se construyen diversas teorías, incluso conspirativas, para denunciar los intereses detrás de la información “oficial”.

En el ámbito de la oncología son muchas las “posverdades” que circulan entre la población, reforzadas por medios de comunicación, redes sociales y otros espacios propicios que alcanzan rápida y efectivamente a la opinión pública. Gran parte de estas ideas podrían entenderse como derivadas de una “creencia madre” bajo la cual el resto de ellas cobra fuerza y “verdad”: el origen psicológico del cáncer.

## 2. Antecedentes históricos de la psicogénesis del cáncer

Las construcciones narrativas mágicas, religiosas, psicológicas etc. para otorgar un marco explicativo a enfermedades que históricamente han amenazado la salud y la vida de los seres humanos, no es un fenómeno nuevo ni particular: desvelan el esfuerzo de la humanidad para lidiar con la incertidumbre, la incontabilidad y el temor provocados por estas patologías, sobre todo aquellas en que aún no hay un conocimiento cabal acerca de su(s) causa(s) y/o su funcionamiento.

Algunos ejemplos de estas enfermedades son la lepra, la sífilis, la tuberculosis, el VIH y el cáncer, todas patologías que han tenido explicaciones paralelas a las fisiopatológicas para dar cuenta de su existencia, y han sido objeto de construcciones metafóricas que encierran fantasías emocionales, morales y punitivas, lejos de sus verdaderas geografías y mucho más cercanas a los estereotipos (Sontag, 1996).

Las creencias asociadas a la tuberculosis se desarrollaron en el prerromanticismo del s. XVIII y el movimiento romántico del s. XIX. Se la describía como una enfermedad caracterizada por periodos de euforia, donde aumentaba el deseo sexual, y que volvía a los enfermos “seductores”, con una apariencia que combinaba la rojez de las mejillas, producto de sus cuadros febriles, con un semblante melancólico y frágil. Se creía que la muerte por tuberculosis era sencilla, indolora e incluso bella (contraria al dramatismo que rodea hasta hoy la muerte por cáncer). El refinamiento alrededor de la tuberculosis hacía que la muerte adquiriera ribetes espirituales distintivos, convirtiéndola en un final edificante para el enfermo: una “agonía romántica” (Sontag, 1996).

Susan Sontag en su icónico trabajo “La enfermedad y sus metáforas” (Sontag, 1996) realiza un paralelismo entre las narrativas asociadas a la tuberculosis y el cáncer. Con más semejanzas que diferencias, ambas patologías han estado relacionadas con el manejo de la “pasión”. Mientras el paciente tuberculoso era víctima de su propio fervor interno (la tuberculosis como metáfora de un amor enfermizo), la enfermedad en el paciente oncológico era el fruto de la represión de tales pasiones (es interesante que en la actualidad el cáncer sea visto como el resultado de la omnipresencia de sentimientos definidos como “negativos”: la rabia, el miedo, la tristeza). En enfermedades como la sífilis y el VIH, vinculadas originariamente al comportamiento sexual, su estigma lo caracterizaba el juicio moral. En tanto que en la tuberculosis y en el cáncer las metáforas surgidas a su alrededor responden a las dimensiones más profundas del ser humano, aquellas de origen psicológico, las más propiamente identitarias en el sujeto: la enfermedad como signo y símbolo de aspectos “enfermos” de la personalidad y como consecuencia de eventos vitales de los pacientes. Comienza a germinar la idea de que, tanto la emergencia de la patología como su pronóstico, son responsabilidad del sujeto enfermo.

A finales del siglo XIX y principios del XX, el cirujano inglés Dr. Herbert Snow, que tenía un interés particular por los mecanismos de propagación del cáncer, escribió extensamente sobre este tema, sobre todo en relación al Melanoma (Neuhaus et al., 2004). Snow pensaba que las emociones podían causar una pérdida de la vitalidad y debilitar la capacidad del individuo para responder a la enfermedad oncológica, y se preguntaba si la mayoría, o incluso todos los casos de cáncer, no tendrían a la base un conflicto neurótico (Leshan et al., 1956). En sus descripciones de casos planteaba que muchos pacientes a su cargo en el Hospital Oncológico de Londres (pacientes de

escasos recursos), habían tenido una pérdida reciente, trabajaban arduamente y/o vivían privaciones (Sontag, 1996).

Desde el mundo de la salud mental, uno de los autores que convirtió las ideas relativas a la psicogénesis del cáncer en teoría fue el médico, psiquiatra y psicoanalista austríaco Wilhelm Reich (1897-1957).

Reich criticaba el “enfoque mecanicista” con que se abordaba la patología oncológica que, según su perspectiva, buscaba infructuosamente una etiología específica y única para dar cuenta de su origen. Reich no desechaba la relación del cáncer con infecciones, trastornos emocionales y daños en el metabolismo celular, que ya habían sido planteadas como posibles causas de la enfermedad, ni minimizaba la importancia de la extirpación de las masas tumorales, sino que consideraba que, más que elementos etiológicos inconexos, estos factores eran síntomas de una enfermedad sistémica cuyo origen residía en un trastorno de la descarga de la energía sexual. Esto implicaba que los esfuerzos médicos destinados a curar los “síntomas” de la enfermedad, debían orientarse a tratar la patología sexual subyacente (Reich, 1985). La teoría reichiana conceptualizaba el cáncer como una enfermedad del deseo reprimido, de la energía vital acallada, de los sentimientos inexpressados.

Desde la época de Galeno, que asociaba el cáncer a las personalidades melancólicas,

La idea de que el cáncer surge por cierto manejo emocional y/o experiencias de sufrimiento en el pasado, continúa resistiéndose con fuerza a la evidencia.

han existido explicaciones psicologicistas de la enfermedad oncológica. La idea de la psicogénesis, tan férreamente instalada, ha sobrevivido al paso del tiempo y a la evidencia en esta

materia, según la cual no existe relación causal entre factores psicológicos y cáncer, ni una asociación positiva entre cuadros depresivos y emergencia de la enfermedad (Aro et al., 2005; Ranchor et al., 2010; Sun et al. 2015; Archer et al. 2015, Ahn et al. 2016).

### 3. El fenómeno de la posverdad y la oncología hoy

La psicogénesis del cáncer constituye un ejemplo vivo de la posverdad en salud. La idea de que el cáncer surge por cierto manejo emocional y/o por experiencias de sufrimiento en el pasado, continúa resistiéndose con fuerza a la evidencia.

Las construcciones de significado que las sociedades realizan de la enfermedad oncológica no son algo inocuo o de importancia secundaria y poseen relevantes implicaciones sociales, clínicas y éticas. Las creencias y narrativas respecto al cáncer mediatizan la construcción de políticas públicas y las campañas de comunicación social, condicionan el enfrentamiento del paciente diagnosticado, influyen en los discursos y el abordaje de profesionales de salud, matizan la vivencia de enfermedad y el apoyo otorgado por el entorno familiar, y edifican la forma en que la población sana se aproxima a esta enfermedad como riesgo cercano o eventual paciente (Rojas, 2017).

Vinculada estrechamente a la visión del origen psicológico de la enfermedad, se ha desarrollado y asentado otra narrativa que enfatiza la voluntariedad del paciente en el proceso de la enfermedad; es el lenguaje bélico en torno al cáncer. El discurso de la

“lucha contra el cáncer”, presente transversalmente en la sociedad occidental, busca promover la actitud “correcta” para superar la enfermedad: valentía, fortaleza, pensamiento positivo, no llorar, no temer y continuar con la vida como antes del diagnóstico, todos comportamientos y actitudes que de alguna manera permitirían su cura (Byrne et al. 2002). Estas creencias no solo comunican a la población sana y

La psicogénesis del cáncer como posverdad encapsula la evidencia y la permuta por opiniones y creencias que se comunican y aceptan como verdades científicas, afectando importantemente a la salud física, mental y al derecho a la autonomía de los pacientes.

cercana a la patología información errónea en cuanto a lo que hace que la enfermedad emerja y progrese, sino que también responsabilizan al paciente oncológico de su aparición y desarrollo, lo invisten de múltiples exigencias para mantener la

posición de “lucha” (invisibilización de necesidades físicas y emocionales propias del proceso), y lo culpan si la enfermedad no es “derrotada” (“perdió la batalla contra el cáncer”: Harrington, 2012; Rojas et al., 2015). Así, la enfermedad y su avance son vistas como una abdicación de la voluntad.

La firmeza con que este discurso se ha fijado y ha permanecido más de 40 años en el mundo occidental puede entenderse como un intento de salvaguardar aquella creencia que nos mantiene en una zona protegida, en la que gobierna el poder de nuestra “mente” y/o actitud, acallando aquello a lo que el cáncer nos enfrenta: la vulnerabilidad de nuestra biología y la fragilidad de la vida humana. En este escenario, la posverdad de la psicogénesis del cáncer cumpliría una función psicológica, ya que al sostener la creencia de que tenemos la capacidad de controlar la enfermedad, se apacigua la ansiedad provocada por su esencia incierta y desconcertante, devolviendo la sensación de control que el cáncer arrebató.

El sesgo de confirmación (proceso cognitivo en que las personas buscan selectivamente información que refuerce su punto de vista) (Cook et al., 2011), la acomodación de las creencias a los hechos que las refutan para continuar confirmándolas (“preferencia adaptativa”), la confusión entre creencia, opinión y verdad científica (Flichtentrei, 2017), y la desacreditación de quien porta información que nos contradice (Lewandowsky, 2016), son parte del fenómeno de la posverdad. En este marco, quienes defienden la psicogénesis del cáncer afirman que aquellos que niegan esta relación desconocen la integralidad del ser humano, crítica frecuente del modelo biomédico. De esta manera y con el objetivo de entender la salud como un proceso global donde interactúan las dimensiones humanas en su totalidad, se fuerzan relaciones como las mencionadas, en que las vivencias dolorosas, cierta tipología de carácter, una actitud pesimista, los duelos recientes y otros (habitualmente asentados en la falacia lógica *post hoc ergo propter hoc*: “después de, entonces a causa de”) (Flichtentrei, 2017), serían los responsables, tanto de la aparición de la enfermedad como de su evolución.

Resulta relevante la pregunta de si los pacientes son realmente autónomos en salud si el proceso decisional se realiza sobre la base de información falsa.

La vulnerabilidad propia de la situación de enfermedad y el enfrentamiento sociocultural del cáncer exponen a los pacientes oncológicos a un importante riesgo frente al cúmulo de información y consejos que reciben permanentemente de personas cercanas, redes sociales y medios de comunicación, donde se recomiendan sin filtro ni regulación alguna tratamientos “milagrosos”, nuevas terapias que no poseerían la toxicidad, ni la miopía reduccionista y biologicista de los tratamientos médicos; dietas anti-cáncer, curanderos y chamanes que ofrecen su cura o niegan la enfermedad, asegurando que está en la “mente” o en el “alma” de las personas o, en el caso de los niños, en los conflictos irresueltos de sus padres. La búsqueda incesante de métodos alternativos sin evidencia científica, no solo implica gastos económicos extras sino que también puede significar un importante desgaste emocional asociado a la frustración y los sentimientos de culpa por no obtener los resultados esperados, a lo que se suma el riesgo documentado de consulta tardía, baja adhesión o franco abandono de tratamientos (Ernst et al., 2008; Greenlee, et al. 2016; Johnson et al., 2018).

No sería éticamente aceptable que los profesionales de la salud nos abstraeráramos del debate y de esta forma evadiéramos la responsabilidad de alertar, rectificar e informar adecuadamente frente a mitos y a comportamientos de salud derivados de ellos.

El traspaso semántico y práctico de lo “alternativo” (“terapias alternativas”) a lo “complementario” (“terapias complementarias”) de alguna manera permite garantizar los tratamientos médicos tradicionales, pero al parecer no es suficiente para asegurar el bienestar de los pacientes, por lo que se vuelve decisivo el cuestionamiento por los profesionales de la salud de hasta dónde secundamos estas ideas (en tiempos en que el respeto por el otro se ha transformado en que todo es verdadero) y hasta dónde ese respeto puede identificarse con validar estas creencias y prácticas y por ende las expectativas de los pacientes respecto de ellas.

#### 4. Conclusiones

La psicogénesis del cáncer como fenómeno de posverdad encapsula la evidencia y la permuta por opiniones y creencias que se comunican y aceptan como verdades científicas, afectando la salud física y mental de los pacientes.

Es necesaria una reflexión sobre la responsabilidad profesional y ética en tiempos de posverdad, y un cuestionamiento sobre si los pacientes son realmente autónomos en salud si el proceso decisional se realiza en base a información falsa. Como plantea Jordi Ibañez en el libro *En la Era de la Posverdad: 14 ensayos*: “Rebelarse contra los hechos es sin duda un signo distintivo de la libertad humana. Pero negar su evidencia, o convertir en indiferente o indiscernible su realidad, cuando esta es simple y palmaria, puede transformarse más bien en un ataque a las capacidades de esta libertad” (Ibañez et al., 2017). De esta manera, no sería éticamente aceptable que los profesionales de la salud nos abstraeráramos del debate, del rol y la responsabilidad de alertar, rectificar e informar adecuadamente frente a creencias erróneas, mitos y comportamientos de salud derivados de ellos.

Es necesaria una reflexión sobre la responsabilidad profesional y ética en tiempos de posverdad.

Los equipos tratantes contamos con la principal conjugación de herramientas para enfrentar la posverdad: el conocimiento científico y la relación clínica, para indagar, informar y educar en base a la confianza y el conocimiento sobre las necesidades y valores de los pacientes. De la misma manera, resulta esencial acercar la ciencia a la comunidad: salir de la esfera clínica a educar a la población en espacios que pueden parecernos ajenos, como los medios de comunicación, redes sociales y otros. Es a los profesionales de la salud tanto en la programación de políticas, como de campañas de salud en el contexto asistencial, a quienes nos compete dar razones (y no “deseos” de que las cosas fueran de un modo y no de otro) en el camino de garantizar el derecho a la salud. Actuar pasivamente en estos casos es atentar contra el principio de autonomía de los pacientes y contra su derecho a la información veraz. “Porque el desprecio de los hechos solo puede preceder al desprecio de los derechos” (Ibáñez et al., 2017).

## 5. Bibliografía

Ahn, H. K., Bae, J. H., Ahn, H. Y., & Hwang, I. C. (2016). Risk of cancer among patients with depressive disorder: a meta-analysis and implications. *Psycho-oncology*, 25(12), 1393-1399.

Archer, G., Pikhart, H., & Head, J. (2015). Do depressive symptoms predict cancer incidence?: 17-year follow-up of the Whitehall II study. *Journal of psychosomatic research*, 79(6), 595-603.

Aro, A. R., De Koning, H. J., Schreck, M., Henriksson, M., Anttila, A., & Pukkala, E. (2005). Psychological risk factors of incidence of breast cancer: a prospective cohort study in Finland. *Psychological medicine*, 35(10), 1515-1521.

Byrne, A., Ellershaw, J., Holcombe, C., & Salmon, P. (2002). Patients' experience of cancer: evidence of the role of 'fighting' in collusive clinical communication. *Patient education and counseling*, 48(1), 15-21.

Burrows, J. (2011) Análisis Ético de los Programas de Vacunación. En: *Diálogo Bioético*. Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

Cook, J., & Lewandowsky, S. (2011). *The debunking handbook*. Sevidoid Art.

Flichtentrei, D. (2017). Posverdad: la ciencia y sus demonios. *IntraMed Journal*, 6(1), 2.

Flood, A. (2016). Post-truth'named word of the year by Oxford Dictionaries. *The Guardian*, 15.

Greenlee, H., Neugut, A. I., Falci, L., Hillyer, G. C., Buono, D., Mandelblatt, J. S., ... & Tsai, W. Y. (2016). Association between complementary and alternative medicine use and breast cancer chemotherapy initiation: the Breast Cancer Quality of Care (BQUAL) study. *JAMA oncology*, 2(9), 1170-1176.

Harrington, K. J. (2012). The use of metaphor in discourse about cancer: a review of the literature. *Clinical journal of oncology nursing*, 16(4), 408.

Ibáñez J., Arias M., Camps, V. Catelli N., Estefanía J., Gracia, Jordi., et al. (2017) *En la Era de la Posverdad: 14 ensayos*. Madrid, España: Calambur.

Johnson, S. B., Park, H. S., Gross, C. P., & Yu, J. B. (2017). Use of alternative medicine for cancer and its impact on survival. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 110(1), 121-124.

Leshan, L. L., & Worthington, R. E. (1956). Personality as a factor in the pathogenesis of cancer: a review of the literature. *British Journal of Medical Psychology*, 29(1), 49-56.

Lewandowsky, S., & Oberauer, K. (2016). Motivated rejection of science. *Current Directions in Psychological Science*, 25(4), 217-222.

Majima, Y. (2015). Belief in pseudoscience, cognitive style and science literacy. *Applied Cognitive Psychology*, 29(4), 552-559.

Neuhaus, S. J., Clark, M. A., & Thomas, J. M. (2004). Dr. Herbert Lumley Snow, MD, MRCS (1847–1930): the original champion of elective lymph node dissection in melanoma.

Post-truth (2016). En *Oxford Dictionaries English*. Recuperado de: <https://en.oxforddictionaries.com/definition/post-truth>

Ranchor, A. V., Sanderman, R., & Coyne, J. C. (2010). Invited commentary: personality as a causal factor in cancer risk and mortality—time to retire a hypothesis?. *American journal of epidemiology*, 172(4), 386-388.

Reich, W. (1948). La biopatía del cáncer: El descubrimiento del orgón Vol. 2 Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, 1985. Traducción The cancer biopathy The discovery of the Orgon. Vol. 2.

Rojas Miranda, D., & Fernández González, L. (2015). ¿Contra qué se lucha cuando se lucha? Implicancias clínicas de la metáfora bélica en oncología. *Revista médica de Chile*, 143(3), 352-357.

Rojas, D. (2017). Las campañas de salud y la perpetuación de la “lucha contra el cáncer”. *Bioética Complutense*, 27, 53-58.

Salleras, L. (2018). Movimientos antivacunas: una llamada a la acción. *Vacunas. Investigación y Práctica*, 19(1), 1-3.

Singh, S., & Ernst, E. (2008). *Trick or treatment: The undeniable facts about alternative medicine*. WW Norton & Company.

Sontag, S. (1996). La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. Madrid, España: Santillana.

Sun, H. L., Dong, X. X., Cong, Y. J., Gan, Y., Deng, J., Cao, S. Y., & Lu, Z. X. (2015). Depression and the risk of breast cancer: a meta-analysis of cohort studies.

The College of Physicians of Philadelphia (2014). Historia de los movimientos en contra de la vacunación. *The History of Vaccines: An Educational Resource*. Recuperado de: <https://www.historyofvaccines.org/es/contenido/articulos/historia-de-los-movimientos-en-contra-de-la-vacunaci%C3%B3n>

The College of Physicians of Philadelphia (2015). La Ética y las Vacunas. *The History of Vaccines: An Educational Resource*. Recuperado de: <https://www.historyofvaccines.org/es/contenido/articulos/la-%C3%A9tica-y-las-vacunas>

Zúñiga Carrasco, I. R., & Caro Lozano, J. (2018). Grupos antivacunas: el regreso global de las enfermedades prevenibles. *Revista Latinoamericana de Infectología Pediátrica*, 31(1), 17-21.