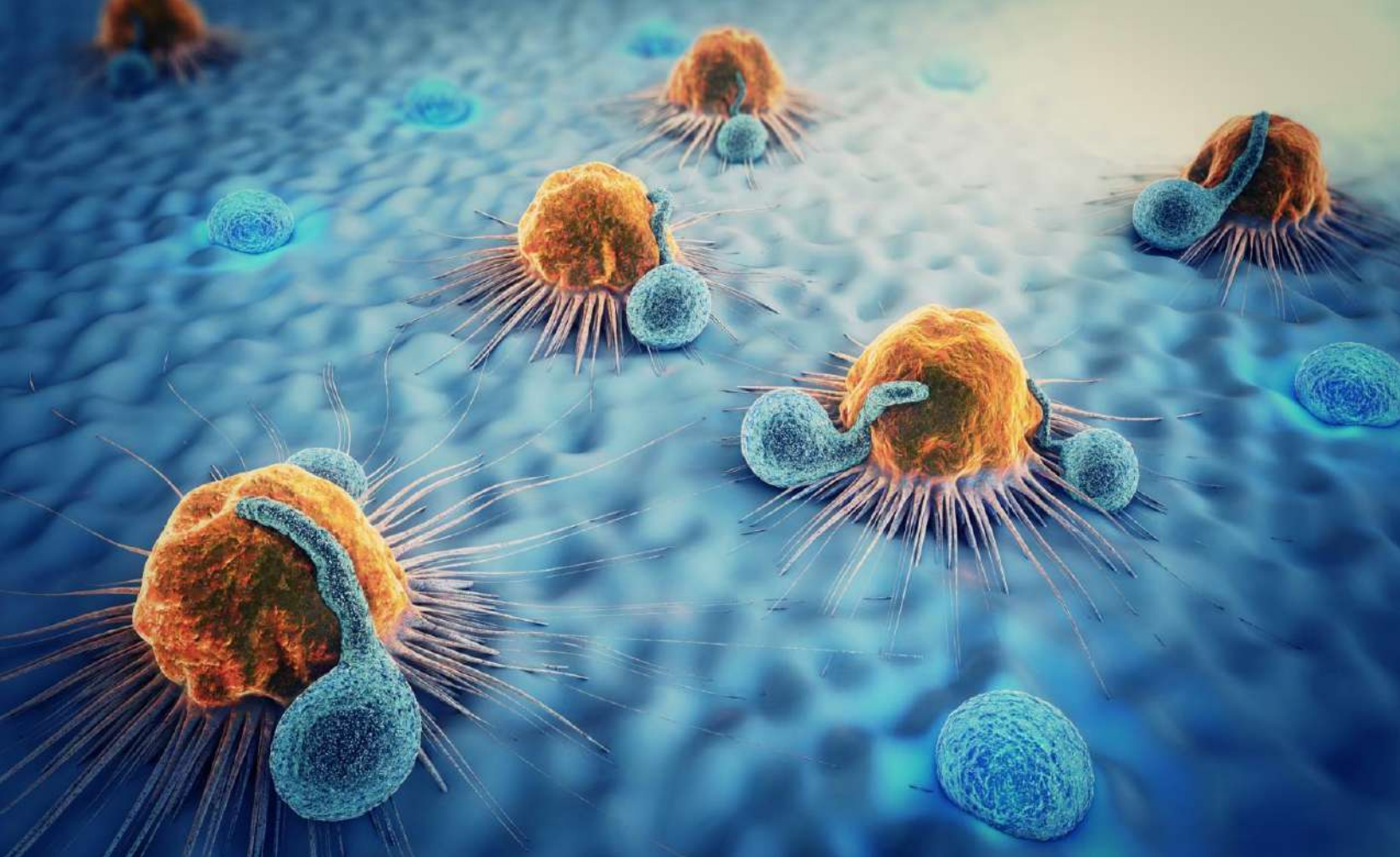




Experto en psicooncología

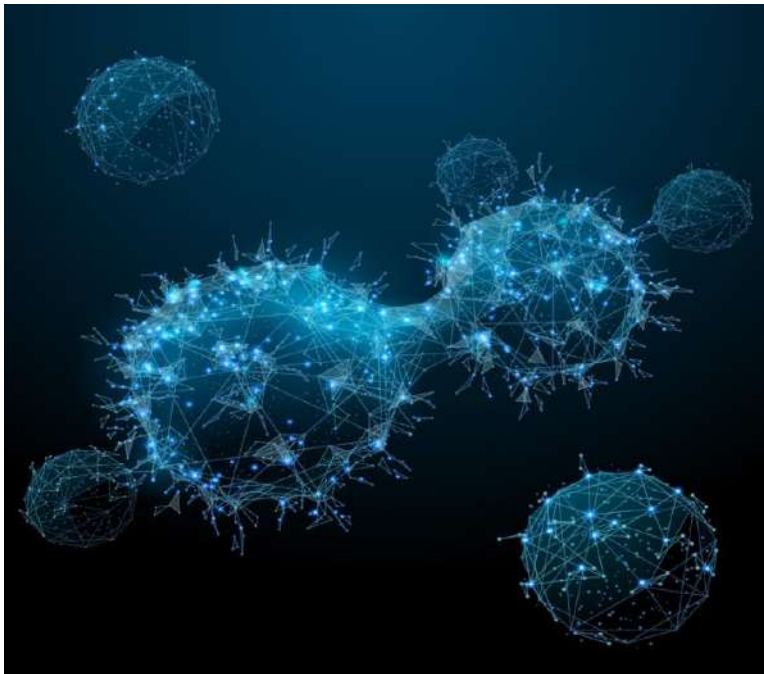


www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA VII. EL CÁNCER

Introducción

En este tema abordaremos los aspectos concernientes al cáncer. Como vamos viendo a lo largo de los temas que componen este curso, es imposible separar la mente de nuestro cuerpo, ya que ambas se influyen mutuamente. Con respecto a la enfermedad oncológica iremos observando la relación tan determinante que tiene en el enfermar, así como en el curso de la enfermedad las variables psicológicas, así como la historia de vida y acontecimientos vitales que han pasado por la vida de nuestros/as pacientes.



Un poco de historia

A pesar de lo que con frecuencia se piensa, el cáncer no aparece únicamente en la especie humana ni en la sociedad actual. En todas las especies animales y vegetales se puede detectar algún tipo

de cáncer, por lo que es erróneo pensar que es una enfermedad que corresponde a nuestro tiempo y tipo de sociedad.

El termino cáncer hunde su raíz en el concepto "carcinosis" que significa cangrejos y que fue empleado por Hipócrates para designar a los procesos neoplásicos y que a simple vista se presentan como formaciones dotadas de prolongaciones o patas y al igual que los cangrejos, hacen presa en los tejidos a los que invaden.

Galeno por su parte, afirmó que el cáncer aparecía más frecuentemente en las mujeres melancólicas que en las sanguíneas. Esta observación que realizó Galeno es de gran interés, ya que se apuntaba desde ese momento la importancia de los aspectos psicológicos en el enfermar corporal.

Tal y como vimos en el tema III en la revisión histórica que llevamos a cabo sobre los conceptos referentes a las disciplinas que hoy en día estamos tratando, el campo médico discurreó con un enfoque muy biológico lo que impidió que el conocimiento psicológico del cáncer (y otras enfermedades) se abordara y estudiara en profundidad.

Es en los siglos XVIII y XIX cuando se empieza a ver un verdadero interés por la relación existente entre el cáncer y las características psicológicas de las personas que lo desarrollaban.

Algunos de los estudios más importantes que se llevaron a cabo en el siglo XVIII, fueron las obras de Gendron en 1701, que consideraba que las mujeres ansiosas y con depresión mayor eran más vulnerables a padecer un cáncer. Guy en 1759 consideró que las mujeres con personalidad histérica y con personalidad flemática-melancólica, tenían mayor probabilidad de desarrollar un cáncer.

A principios del siglo XX aparecieron otros trabajos que seguían abordando los aspectos psicológicos que podían influir en esta enfermedad.

Evans en 1926 elaboró un estudio contando con 100 pacientes diagnosticados de cáncer y observó que existía una alta prevalencia en cuanto a pérdidas personales antes de generarse la enfermedad.

Es precisamente desde ese momento en el que se comienza a considerar la pérdida como uno de los factores clave necesario de investigar para esclarecer la influencia que tenía en el desarrollo del cáncer.

Leshan continua con esta misma línea de investigación y lleva a cabo una revisión bibliográfica de lo investigado hasta el momento y señala que son tres las características que predisponen al desarrollo de un cáncer: desesperanza, pérdida y depresión.

A pesar de que los autores que habían investigado sobre el cáncer y su aparición iban bien encaminados con las averiguaciones que hacían, tenían una importante limitación y era que sus datos procedían principalmente de entrevistas clínicas con los/as pacientes y no disponían de grupos control que permitieran ver las posibles variaciones y errores al respecto.

En las décadas de 1950 y 1970, los investigadores subsanaron errores del pasado y empezaron a usar grupos control e instrumentos de evaluación psicológica que permitían concretar más las variables estudiadas.

Uno de los estudios que se realizó a partir de este cambio en la forma de investigar, partió de la evaluación realizada mediante el test de personalidad MMPI, contando con una muestra de 50 pacientes diagnosticados/as de cáncer y en el que encontraron diferencias significativas en aquellos/as pacientes cuya enfermedad evolucionó de manera rápida y progresiva y los/as pacientes que tuvieron un proceso más lento.

La conclusión de este estudio fue que los/as pacientes que habían desarrollado un cáncer con una progresión rápida fueron descritos como personas serias, excesivamente cooperativos/as, amables, ansiosos, muy sensibles, pasivos/as, con tendencia a pedir disculpas de manera continua, dificultad para expresar sus sentimientos e incapacidad para alcanzar su propia realización personal.

Los resultados de estos estudios tienen una gran semejanza con otro estudio llevado a cabo por Bacon, Renneker y Cutler, donde encontraron que, en un grupo de 40 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, éstas presentaban las siguientes características comunes:

Características comunes	☒ Carácter masoquista. ☒ Sexualidad inhibida. ☒ Maternidad inhibida. ☒ Incapacidad para descargar emociones negativas: ira, agresividad y hostilidad. ☒ Se muestran continuamente bajo la apariencia de agrado. ☒ Presentan conflictos no resueltos con la madre y los mecanismos defensivos que presentaban eran de negación o sacrificio. ☒ Demora en la demanda de asistencia médica.
--------------------------------	--

Estos aspectos que vamos viendo a lo largo de este apartado y otros muchos que iremos descubriendo nos irán dando las claves del abordaje que debemos realizar en psicoterapia con pacientes proclives a padecer cáncer, que presenten la enfermedad o la hayan superado.

Probablemente el modelo etiológico del cáncer más importante hasta el momento es el elaborado por Bahnson y Bahnson, al cual denominaron Teoría de la complementariedad. Los autores de esta teoría consideran que existe una tendencia a padecer una enfermedad cancerosa si la persona ha presentado con anterioridad conflictos de tipo emocional como consecuencia de alguna/s pérdidas no superadas.

Además de seguir produciéndose estudios sobre el cáncer para indagar más sobre los factores influyentes, a partir de los años 70 se produjeron una serie de acontecimientos relevantes cuyo interés e influencia ha llegado hasta nuestros días. En 1971 tuvo lugar en EE.UU. el primer Plan Nacional contra el Cáncer. En 1975 se celebró en Texas el Congreso sobre Oncología Psicosocial y en ese mismo año se creó la sección de investigación sobre

la salud en la Asociación Psicológica Americana, y así se han ido creando poco a poco, pero sin descanso multitud de organismos que siguen haciendo hincapié en la importancia y necesidad de investigación.

Hoy en día es indiscutible que la psicología tiene un lugar dentro del campo de la oncología, tanto en la prevención como en la intervención directa de los/as pacientes en fase activa y de remisión.

Descripción

Teorías etiológicas del Cáncer: La Personalidad Tipo C

Cuando vimos los trastornos cardiovasculares, hicimos mención al Patrón de Conducta tipo A, como un aspecto de vital importancia a la hora de que una persona desarrolle un trastorno de ese tipo. En este apartado abordaremos el la Personalidad Tipo C, como un posible factor de predisposición a padecer una enfermedad cancerosa.

Es necesario señalar la dificultad para llevar a cabo estudios empíricos que determinen la existencia de un patrón consistente de personalidad proclive al cáncer, dado que la mayor parte de las investigaciones se han realizado retrospectivamente y los grupos de control poseen gran cantidad de variables que pueden influir al respecto. Así mismo, esta forma de comportamiento parece ser más heterogénea y diversa que el Patrón de Conducta tipo A, como veremos a continuación.

Los resultados obtenidos hasta el momento en esta línea de trabajo consideran que:

- Los factores de tipo psicológico son muy probables que actúen como potenciadores del cáncer, más que como iniciadores del proceso. Es decir, si actúan en su aparición clínica, probablemente también afectaran a su curso.

- El estrés, puede cumplir un papel de acelerador de la enfermedad cancerosa, jugando un papel muy relevante en la manera de manifestarse el cáncer.
- La gran variabilidad de la enfermedad, supone que es posible que los factores psicológicos afecten únicamente a una subpoblación de enfermos/as, lo que probablemente explique la inconsistencia en los estudios realizados teniendo en cuenta distintos tipos de poblaciones.

Morris y Greer acuñaron el termino de Personalidad Tipo C en el año 1980. Lo describieron como un patrón de conducta proclive a desarrollar cáncer, el cual se caracterizaba especialmente por supresión emocional, especialmente en situaciones estresantes. A pesar de las criticas recibidas en cuanto a la metodología aplicada para el estudio de la Personalidad Tipo C, se han observado una serie de características comunes que pueden considerarse prototípicas de las personas que padecen cáncer.



La Personalidad Tipo C parece que es opuesta a la Tipo A, (riesgo de enfermedad cardiovascular), siendo la Personalidad Tipo B la más saludable, ya que muestra una respuesta al estrés intermedia entre la A y la C.

De las variables estudiadas para determinar los componentes de la Personalidad Tipo C, las que han conseguido mayor apoyo empírico se pueden agrupar en las siguientes categorías:

Variables	☒ Depresión ☒ Desamparo – desesperanza
------------------	---

Personalidad tipo C	☒ Pérdida de personas significativas ☒ Bajo afecto negativo ☒ Inexpresividad emocional
--------------------------------	--

Estas variables son las que no tendremos que perder de vista a la hora de intervenir en consulta con nuestros/as pacientes.

Como bien sabemos, la personalidad es una manera de comportarse estable en el tiempo y que se manifiesta en los diferentes entornos en que nos movemos. La personalidad Tipo C, al igual que la Tipo A, hunde sus raíces en lo más profundo de la historia de vida del paciente, convirtiéndose estos tipos en formas de vida, desde la sobreactividad característica del Tipo A, a la pasividad extrema propia del Tipo C.

A continuación, explicaremos cada una de las variables anteriormente citadas propias del Patrón Tipo C de personalidad:

Depresión

Fue el estado de ánimo más descrito en los primeros estudios que se realizaron para valorar las variables psicológicas influyentes en la enfermedad cancerosa. Por la dificultad metodológica unida a la gran variabilidad que presenta la depresión (cada persona tiene una manera distinta de expresar su malestar), no se ha permitido afirmar de forma rotunda que la depresión juega un papel decisivo en el surgimiento del cáncer. En cambio, si que se contempla que es un factor adicional para el desarrollo del mismos.

La variable depresión es de gran interés para nosotros, bien como antecedente bien como consecuencia de la enfermedad, y será uno de los aspectos básicos a tratar en consulta.

Desamparo – desesperanza

Esta variable se ha relacionado de forma más consistente con el cáncer que la depresión. La desesperanza fue un factor que encontraron en relación con el surgimiento de melanomas y un buen predictor tanto en el cáncer de mamá antes de realizar la biopsia como en las recaídas dentro de la enfermedad.



Así mismo, mediante estudios de tipo prospectivos se han hallado datos que indican que las reacciones de desamparo ante acontecimientos vitales estresantes, tienen un importante valor predictivo.

Pérdida de personas significativas

Existen estudios muy importantes que relacionan el surgimiento de la carcinogénesis con la pérdida o ausencia de buenas relaciones con los padres.

Baltrusch sugirió la importancia de las relaciones objetales en la infancia,

aspecto que sin duda desde la psicoterapia psicoanalítica venimos trabajando con especial interés, ya que lo consideramos de enorme trascendencia ya que marca la evolución psicológica y física de las personas, como podemos ver a lo largo de este curso.

La pérdida de un ser querido puede desencadenar un desequilibrio intraorgánico con unas consecuencias fatales para su supervivencia.

Leshan en su obra *"An emotional life-history pattern associated with neoplastic diseases"* recoge importantes observaciones biográficas de sus pacientes cancerosos/as, y llega a la conclusión de que en estos/as enfermos/as ha habido importantes pérdidas tempranas

familiares. Este será un aspecto que tendremos que abordar detenidamente en psicoterapia, pues es posible que esas tempranas pérdidas estén influyendo en la actualidad y habrá que ayudar al paciente a superar sus duelos pendientes.

Rísquez en los estudios que realizó observó que los/as pacientes con cáncer presentaban un antecedente común. Todos ellos habían experimentado la pérdida de un/a familiar o de un ser querido. Estas pérdidas no tienen porque ser necesariamente muertes físicas, aunque la muerte de la pareja y sobre todo la de los/as hijos/as se relaciona con mucha frecuencia con el surgimiento de la enfermedad cancerosa.

Éste mismo autor, ha trabajado con niños y niñas con leucemia y ha constatado que en ellos hay otro denominador común, como es la muerte real de la madre, otros por ausencia, pero en la mayoría lo que destacan es la incapacidad afectiva de la figura materna. Rísquez observaba con frecuencia en estos niños, la inversión de roles que se producía. Solían ser niños y niñas muy protectores de sus madres y en general tenían la fantasía de tener madres muy buenas que se preocupaban por ellos y les protegían. Vemos aquí la manifestación del mecanismo de defensa de negación que emplean estos niños y como por mucho que nieguen en su psiquismo, su cuerpo enferma.

Bahnson y Bahnson, también refieren la influencia negativa de la figura materna, en los casos de privación afectiva, rechazo, hostilidad, aversión, etc. Así pues, el/la paciente con cáncer.

Resulta imposible negar la importancia de las interacciones sociales en el surgimiento y curso del cáncer, en concreto las que son tan primarias y vitales como las que formamos con nuestros padres. Dejan una huella que no podemos borrar de nuestro psiquismo.

Parece que un apoyo social deficiente puede estar relacionado con una baja actividad de las células NK (ver tema estrés). Se han llevado a cabo programas con pacientes diagnosticados/as de cáncer con el objetivo de potenciar los vínculos de apoyo social y los datos arrojaban mejorías en el tiempo de supervivencia.

Podríamos por tanto decir que un cáncer es como una psicosis corporal, en que las células del organismo dejan de tener en control y se vuelven locas, en muchos casos, producto de situaciones vitales que no podemos encajar en nuestra mente. Nuestro cuerpo reacciona como puede, aunque esa manera de reaccionar sea autodestructiva para nosotros/as.

Bajo afecto negativo



Este concepto se refiere a la dificultad que presentan las personas propensas al cáncer a manifestar sus emociones negativas: ira, cólera, agresividad, etc. Lo que a su vez contrasta

especialmente con la intensa expresión de emociones positivas: amor, cariño, solidaridad, etc.

Como ya vimos en el tema de los Trastornos Cardiovasculares, las personas con un patrón de conducta tipo A manifiestan irritabilidad, hostilidad y todo ello de manera explosiva y activa. Una persona con rasgos de personalidad tipo C expresa todo lo contrario: alegría, cariño hacia los demás, es afable en su actitud, etc. La tendencia es a guardarse esos sentimientos de ira y enfado para sí mismo.

Inexpresividad emocional

En este aspecto hablamos de que lo característico de las personas diagnosticadas con cáncer o proclives a éste, es la inhibición en sus emociones negativas, pero también se ha constatado que con frecuencia aparecen en ellos/as explosiones afectivas, quizás como

consecuencia de la represión continua que viven, ésta les hace "estallar" en momentos críticos.

Algunos investigadores piensan que los enfermos de cáncer subestiman sus estados emocionales lo que puede después traducirse en una mayor labilidad emocional.

Es muy probable que esta manera de reaccionar ante sus propias emociones y de relacionarse con los demás, lo hayan estado repitiendo durante largo tiempo, aspectos que tendremos que considerar remontándonos a sus orígenes familiares y formas de vinculación con los padres.

Para concluir este epígrafe, queremos lanzar una reflexión con relación a la enfermedad cancerosa y la Personalidad Tipo C. Cabría cuestionarnos si realmente existe de una única forma de personalidad o en realidad hablamos de una serie de variables psicológicas específicas para cada forma de cáncer. Como ya hemos planteado, es necesario seguir investigando para determinar con más exactitud todos los factores implicados en el surgimiento del cáncer.

A continuación, a modo de anexo de este apartado se muestra una tabla con las características de la Personalidad Tipo B, la más saludable y que en gran parte protege nuestra salud.

	- Expresión verbal de relajación, calma y quietud. - Postura apacible y caminar moderadamente lento. - Su voz es suave. - Respuestas extensas y divagantes. - Sus respuestas verbales son moderadamente lentas. No hay aceleración.
--	---

Personalidad Tipo B	- Inflexión mínima del habla, en general podríamos decir que un poco monótona. - Raramente interrumpe a su interlocutor. - Reacciones no vehementes a cuestiones relacionadas con el uso del tiempo. - No emplea gestos para hacer mayor énfasis en su habla. - Rara vez suspira a menos que este ligeramente ansioso. - No son observables las manifestaciones de hostilidad.
--	---

Modelos explicativos

Es a partir de los años 80 cuando comienzan a realizarse estudios que trataban de abordar la relación existente entre las variables psicológicas y el cáncer.

Los modelos que vamos a abordar en las siguientes líneas, a excepción del modelo de Eysenck, no pueden encuadrarse dentro de un único marco teórico, pues como ya hemos comentado con anterioridad, es necesario seguir estudiando estos aspectos para llegar a consolidar una verdadera teoría sobre el cáncer.

Los principales modelos teóricos del cáncer desarrollados hasta el momento son:

Módelos teóricos	☒ El modelo psicoimmunológico de Greer y cols. ☒ El modelo prospectivo de Levy y Wise. ☒ El modelo bidireccional de Contrata, Leventhal y O'leary.
-------------------------	--

del cáncer	☒ El modelo procesual del estilo de afrontamiento y homeostasis de Temoshok. ☒ El modelo de Eysenck.
-----------------------	---

Todos estos modelos teóricos sobre el cáncer arrojan una gran información, pero para no extendernos demasiado en este punto, vamos a definir el que consideramos de mayor valor e interés en nuestro campo.

El modelo procesual del estilo de afrontamiento y homeostasis de Temoshok

En 1987, Temoshok propone su modelo procesual de estilo de afrontamiento y cáncer.

La autora marca el foco en el tipo de respuestas que dan las personas ante situaciones o acontecimientos vitales estresantes.

Los factores que propone para su modelo son los siguientes:

- ☒ El estilo de afrontamiento tipo C
- ☒ La expresión emocional
 - El desamparo/desesperanza

Temoshok considera que los tres factores son relevantes en la génesis del cáncer, pero no todos influyen en el mismo momento.

El primer elemento del que habla la autora es el estilo de afrontamiento tipo C, del que ya hemos hablado a lo largo de este tema. Ésta considera que la manera de enfrentarse a las situaciones que nos coloca la vida es producto de la combinación entre variables de tipo genéticas y patrones de interacción familiar, que vamos aprendiendo desde nuestros primeros años y serán muy distintos en función de cada tipo de familia.

La persona que presenta un patrón de personalidad Tipo C muestra una forma de reaccionar ante las adversidades y los acontecimientos que vayan pasando por su vida que se caracteriza por la supresión de las emociones y sentimientos que serían evidentes que le surgieran. Estas personas tienen a percibirse por los demás de su entorno como personas muy afables, cooperativas, sumisas, sosegadas, etc. Son personas que no



plantean conflictos en las relaciones sociales, pues su sobreadaptan a todas las circunstancias.

Todas las personas podemos inhibir de manera puntual nuestras emociones, pero cuando éstas se bloquean de forma extensa y durante largos espacios de tiempo como les ocurre a estas personas, surgen consecuencias muy negativas a nivel corporal y psicológico.

Es necesario que nos planteemos porque estas personas han llegado a esta situación en la que tienen que estar constantemente "tragándose" sus emociones, tan humanas y a la vez tan censuradas para ellos. Es muy frecuente que estos/as pacientes hayan sido niños y niñas sobreadaptados/as a las demandas de su medio familiar. Es posible que comenzaran a inhibir sus emociones y otros síntomas físicos para no molestar a los demás y con el tiempo se convirtiera en una forma de vida y de relación con su entorno. Una vez más hablamos de un mecanismo defensivo que probablemente fue eficaz en su origen pero que a largo plazo le ocasiona un gran daño a la persona que lo repite reiteradamente.

Una persona con este tipo de comportamiento no ve necesario expresar su malestar a los demás y suelen sentirse desesperanzados y desamparados, pero es muy complicado

que lleguen a aceptar esta realidad, así mismo puede ocurrirles lo mismo con los síntomas físicos que presenten, ya que éstos serán negados drásticamente y mostrará una percepción de absoluta normalidad ante los ojos de los demás.

Sin embargo, el problema surge cuando los acontecimientos que vamos viviendo en nuestra vida. La manera habitual de comportarse de estas personas será suprimir las emociones, por lo que la reacción que se producirá por la propia interacción con los estresores del ambiente será un aumento de estrés, el cual tratará de reducir empleando más mecanismos de supresión emocional, pues finalmente es la herramienta que más ha empleado a lo largo de su vida y la conoce a la perfección.

Temoshok considera que con esta manera de relacionarse con los/as demás se consigue crear el escenario idóneo para que se gesté la enfermedad cancerosa. La autora cree que la enfermedad es la consecuencia de una forma de relación basada en la negación de sus propias emociones y necesidades.

Temoshok se pregunta el por qué del surgimiento de una enfermedad cancerosa y no otra. Considera que el cuerpo humano bajo condiciones de estrés trata de afrontar las circunstancias al mayor nivel posible. En el caso de los pacientes con personalidad tipo C, como no podía ser otra, su respuesta será emplear el mecanismo de racionalización para entender lo que le está pasando. La situación problemática puede ser procesada de este modo, sin embargo, si esa situación es desbordante para el mecanismo de la razón surgieran otros mecanismos defensivos.

Pueden darse dos posibles opciones en la manera de abordar los conflictos de este tipo de personas. O bien buscan soluciones a lo que les está pasando, y para ello emplean un nivel de procesamiento más elevado (sublimación) o bien emplean niveles inferiores donde tiene especial relevancia lo biológico. Esta segunda manera de abordar los problemas nos recuerda al mecanismo de conversión.

Tanto si la persona emplea un mecanismo como otro el efecto siempre es el mismo: suprime toda emoción posible.



Cuando la persona se ve sobrecargada por tanto estrés acumulado sin ser capaz de hacerse cargo de ello, es en ese momento cuando pueden producirse tres tipos de respuesta:

- Se produce un cambio en la persona y ésta comienza a desarrollar otros mecanismos de defensa más adecuados que le permitan dar salida a sus conflictos.
- El patrón de comportamiento tipo C se fractura y se derrumba, y da lugar a un profundo estado de desesperanza que siempre ha estado presente, pero había permanecido oculta. Ha habido del principal mecanismo de defensa. Es probable que, en este momento, la persona pueda acudir a consulta y ahí entra en juego la importancia de nuestra labor. Si el individuo comienza a poder expresar sus emociones y necesidades es muy probable que logre un aumento de su calidad de vida, logrando un mejor equilibrio entre el plano biológico y el psicológico.
- La persona mantiene su manera de comportarse, lo que conlleva más tensión en todo su organismo que acabará desplomándose y destruyéndose como sucede en el caso del cáncer.

Temoshok plantea que el estilo de bloqueo emocional que utilizan estos/as pacientes puede ser una manera de disfrazar una depresión. Aspecto que sin duda puede arrojar

mucha luz en el campo de la psicoterapia, pues será nuestra labor ayudar a desmontar esa fachada tan rígida y que tanto tiempo lleva protegiendo al paciente.

Hemos optado por explicar este modelo por varias razones:

- Temoshok parte de una concepción psicodinámica para llevar a cabo su modelo sobre el cáncer.
- Este marco teórico puede servirnos para entender por qué algunos estudios que se han llevado a cabo han concluido que es el patrón tipo C el que está asociado al cáncer, mientras que otros se decantan por el desamparo-deseesperanza o la falta de expresión emocional. Este aspecto puede servirnos para reflexionar a nivel profesional y confirmar o no la información sobre los distintos planteamientos teóricos que aquí hemos ido abordando.



La opinión de la autora con respecto a este punto es que las estas diferencias pueden ser atribuibles al momento en que se realiza la evaluación psicológica del paciente, pues no es lo mismo la fase previa a un cáncer, que el momento del diagnóstico o el tratamiento.

Cáncer de mama

El cáncer de mama representa la enfermedad maligna diagnosticada más frecuentemente en las mujeres, y la segunda causa de muerte relacionada con el cáncer después del cáncer de pulmón. España es un país con una incidencia media pero creciente, de tal manera que se estima que una de cada 20 mujeres españolas desarrollará un cáncer de mama antes de cumplir los 75 años, datos que, sin duda, resultan alarmantes.

Resulta sumamente importante desarrollar técnicas adecuadas para la detección del cáncer de mama. La mamografía constituye la prueba más sensible y específica de la que se dispone en la actualidad junto al examen físico para llevar a cabo un diagnóstico precoz de la enfermedad, y es aquí donde se ha visto que también juegan un papel importante las características psicológicas de las pacientes.

Existen estudios que demostraron que la ansiedad que genera en las mujeres la realización de una mamografía como método de *screening* del cáncer de mama y la espera hasta saber el resultado derivado de la misma, es diferente dependiendo de las características psicológicas de las mujeres.

De la misma forma, el impacto psicológico que provoca la confirmación del diagnóstico, la aparición de recurrencias o la manera de superar la intervención quirúrgica (mastectomía radical), guarda una importante relación con las características psicológicas de las mujeres.

El estudio prospectivo que relaciona el cáncer de mama y variables de personalidad más completo hasta la fecha parece ser el de Bleiker y cols, en el cual se enviaron cuestionarios a casi 30.000 mujeres, de las que contestaron 9.705 y de las que 131 fueron diagnosticadas de cáncer de mama. Tres variables fueron identificadas como estadísticamente asociadas a un incremento de desarrollar cáncer de mama:

- La existencia de un familiar de primer grado afectado/a de cáncer.
- La nuliparidad (no hijos/as).
- Bloqueo en la expresión emocional.

El cáncer de mama es una enfermedad multifactorial en la que se implican gran variedad de etiologías. Además del componente genético, se incluyen factores hormonales e inmunológicos que juegan un papel importante en el desarrollo de esta enfermedad.

Mas allá de lo estrictamente “biológico”, se puede considerar que íntimamente relacionado con ella se encuentran también aspectos psicológicos, como venimos viendo a lo largo de este tema, que actúan modulando el comportamiento de las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama e influyen de forma directa en el pronóstico y manera de afrontar la enfermedad.



diagnostico.

Nuestra labor como psicólogos/as será muy importante para ayudar a las pacientes a calmar las angustias que puedan tener en cuanto al surgimiento de un cáncer de mama (aspecto muy frecuente en pacientes cuyas madres han padecido un tumor de este tipo) el período de incertidumbre antes de conocer los resultados de un posible diagnostico, y el momento del

Evaluación

En la siguiente tabla se muestran los instrumentos más empleados para realizar una medición de la calidad de vida de los pacientes diagnosticados de cáncer. En general, las características psicométricas de estas pruebas son satisfactorias y arrojan buenos resultados en cuanto a fiabilidad y validez.

Instrumento	Autor	Aspecto a evaluar
-------------	-------	-------------------

Quality of live index (QLI)	Spitzer, Dobson, Hall y cols (1981)	Calidad de vida
Functional Assessment Cancer Therapy Scale (FACT-G)	Cella, Tulky, Gray, Sarofian, Linn, Banomi y cols (1993)	Calidad de vida
European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ C-30)	Aaronson, Ahmezdai, Bergman, Cull, Duez, Filiberty y cols (1993)	Calidad de vida
Functional Living Index Cancer (FLIC)	Schipper, Clinch, McMurray y Levitt (1984)	Calidad de vida
Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)	De Haves, Van Knippenberg y Neijit (1990)	Calidad de vida
Karnofsky Performance Scale (KPS)	Karnofsky y Buchenal (1949)	Funcionalidad
Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG)	Zubrod y cols (1960)	Funcionalidad

A continuación, vamos a desarrollar uno de los instrumentos de medida que acabamos de mencionar.

Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Terapia del Cáncer (EORTC QLQ C-30)

Características generales

El cuestionario que detallamos a continuación fue elaborado por el grupo de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) formado por oncólogos/as, cirujanos/as, hematólogos/as, psiquiatras, psicólogos/as y metodólogos/as.

Este instrumento ha sido diseñado específicamente para enfermos/as con cáncer y la forma de administración puede ser bien que lo conteste directamente la persona o bien nosotros/as.

La característica principal de esta prueba de evaluación es que se ha estandarizado para diferentes países, por lo que podemos usarlo en nuestro país sin necesidad de buscar adaptaciones.

Esta prueba evalúa 5 áreas:

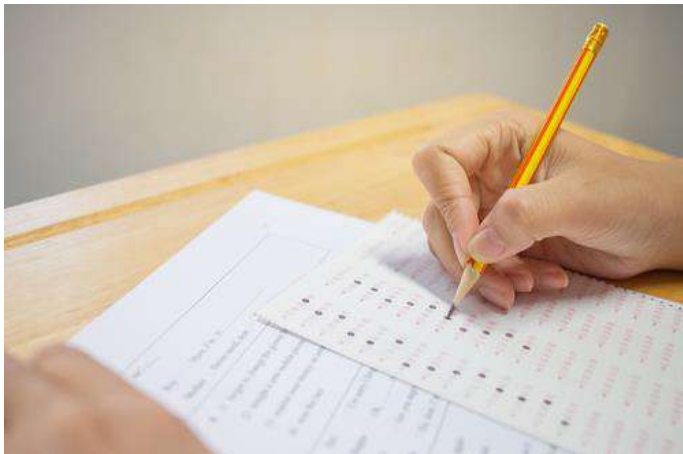
- ☒ Funcionamiento físico
- ☒ Funcionamiento social
- ☒ Funcionamiento emocional
- ☒ Funcionamiento cognitivo
- ☒ Funcionamiento de rol

Así mismo, incluye ciertos ítems que valoran síntomas y efectos secundarios de los tratamientos, pensados para evaluar la calidad de vida de los ensayos clínicos y descubrir como afectan algunos tratamientos a la calidad de vida de los/as pacientes diagnosticados/as de cáncer.

La prueba consta de 30 ítems agrupados en las cinco escalas funcionales que acabamos de mencionar, tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas y vómitos), una escala global de calidad de vida e ítems individuales relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento (disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea, etc.).

Administración de la prueba

La respuesta a los ítems se refiere a la semana anterior, excepto la escala de



funcionamiento físico en que el marco temporal es el presente.

Los ítems presentan un formato de escala tipo Likert basada en 4 puntos de respuesta ordinal, con excepción de los ítems 29 y 30, que son los correspondientes a la

escala global de calidad de vida y presentan 7 opciones de respuesta.

Corrección e interpretación

Una mayor puntuación en las escalas funcionales indica una mejor calidad de vida, y una mayor puntuación en las escalas sintomáticas, una peor calidad de ésta.

La Prueba

Estamos interesados/as en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo

el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

Durante la semana pasada:

6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

8. ¿Tuvo asfixia?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

9. ¿Ha tenido dolor?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

10. ¿Necesitó parar para dormir?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

12. ¿Se ha sentido débil?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

13. ¿Le ha faltado el apetito?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

14. ¿Ha tenido náuseas?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

15. ¿Ha vomitado?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

16. ¿Ha estado estreñado?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

17. ¿Ha tenido diarrea

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

18. ¿Estuvo cansado/a?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

21. ¿Se sintió nervioso/a?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

22. ¿Se sintió preocupado/a?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

23. ¿Se sintió irritable?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

24. ¿Se sintió deprimido/a?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

25. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?

En absoluto ☐ Un poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

Por favor, en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted:

29. ¿Cómo valoraría su salud durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
Pésima						Excelente

30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1	2	3	4	5	6	7
Pésima			Excelente			

Abordamiento terapéutico

En este apartado veremos la posibilidad de llevar a cabo una doble intervención, con pacientes antes de presentar un cáncer y cuando ya han sido diagnosticados de él.

Como hemos visto en el apartado de los modelos teóricos sobre el cáncer, Temoshok en su marco explicativo abordaba el proceso que se sigue para que se pueda generar la enfermedad cancerosa. Si el estrés llega un punto en que es excesivo, es posible que genere un derrumbamiento afectivo de la persona y que esa depresión que llevaba

latente en su psíquismo durante largo tiempo comience a dar la cara y se pueda abordar en psicoterapia.

A lo largo del tema hemos hecho una importante mención al patrón de personalidad tipo C, como uno de los posibles factores implicados en el cáncer. Es muy posible que en consulta nos encontremos con pacientes que podamos identificar con esta manera de ser y relacionarse con los demás. Lo notaremos contratransferencialmente, ya que son personas que se comportan sobreadaptándose a todo (citas, honorarios, etc.), que en apariencia se llevan bien con todo el mundo, les cuesta discutir y evitan activamente los conflictos percibiéndoles incluso como personas sumisas.

Es necesario que rastreemos en su vida, en sus primeros acontecimientos familiares, en el lugar que ocupaban con respecto a sus hermanos/as y que rol desempeñan en relación a sus padres. Es muy probable que fueran niños/as sobreadaptados a las demandas de su entorno, “el/la típico niño/a muy bueno/a”.

Tenemos que estar atentos/as ante la presentación de ese disfraz que llevan puesto en cada momento.

Si este tipo de pacientes acude a terapia antes de que exista un derrumbamiento afectivo y emocional, debemos indagar los sentimientos depresivos encubiertos y la dificultad para enfadarse, así como los primeros momentos en que surgieron estos comportamientos y de qué le estaban protegiendo.

Si ya se ha producido un derrumbamiento afectivo dejando paso a un cuadro depresivo, tenemos una gran oportunidad para trabajar de primera mano esas emociones y ayudarle a construir unos cimientos más adecuados para su vida. Es fundamental que abordemos el plano social, la manera de comportarse con su entorno, la dificultad que tiene en el pedir y hacer explícitas sus demandas y necesidades.

Así mismo, es fundamental que realicemos una labor psicoeducativa, con este tipo de pacientes, pero también con el resto, tratando de incidir en los hábitos y conductas aversivas (correcta alimentación, tabaco, ejercicio físico, etc.) que puedan dañar la salud y potenciar el surgimiento de un cáncer.

Estos dos primeros tipos de intervención podrían evitar que surgiera una enfermedad cancerosa en los/as pacientes.

Cuando el cáncer ya ha sido diagnosticado la intervención psicológica será distinta. Sobre este tipo de abordaje sólo daremos algunas pinceladas generales, ya que lo común no será trabajar con pacientes oncológicos en fase activa a menos que trabajemos en hospitales.

Las áreas principales donde se debe intervenir dentro del contexto hospitalario son:

- ☒ La información que le debemos dar al paciente
- ☒ Prepararle para la hospitalización y los tratamientos a los que tenga que someterse
- ☒ Tratamiento psicológico tras el diagnóstico de cáncer

Información

Este es uno de los temas principales, ya que abarca toda la información referente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento que se llevara a cabo. Hoy en día sabemos que los pacientes bien informados presentan una mejor adaptación social a largo plazo, aunque no de forma inmediata.

Los efectos positivos de la información tienen que ver con el cómo y el cuándo se emita ésta.

Aspectos importantes a tener en cuenta.

- ☒ Debe ser secuencial, específica y concreta, teniendo en cuenta los diferentes momentos que va atravesando el/la paciente.
- ☒ Debe ser dada para el profesional correspondiente en cada caso: médico/a, psicólogo/a, etc.
- ☒ La información debe ser congruente, teniendo en cuenta los distintos canales comunicacionales (pareja, allegados, otros, etc.).
- ☒ Adecuaremos la información al nivel del paciente y forma de afrontamiento. Hay pacientes que prefieren evitar información mientras que otros necesitan disponer de cuanta más mejor.
- ☒ La información será realista. Nunca daremos falsas expectativas a la persona.

Para finalizar este tema nos gustaría concluir que la enfermedad oncológica es muy compleja, parece que más que una única enfermedad, son varias enfermedades presentando además distintos estadios de evolución.

Probablemente sean determinantes los estudios que se realicen en los próximos años, esperando que clarifiquen la relación existente entre el cáncer y las variables psicológicas y de personalidad.

Bibliografía

- Amigo Isaac, Fernández Concepción, Pérez Marino. Manual de Psicología de la Salud. Editorial Pirámide (2003).
- Artículo Depresión y cáncer de mama ¿Hay alguna asociación entre ellos? M.T. Torras, M. Pedregosa, M. Catalá, E. Paredes, A. García Curado, X. Masgrau, I. Roig, A. Modéjar. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace, nº 73 (2005).
- Artículo Aspectos psicológicos y psiquiátricos relacionados con el cáncer de mama. A. Martín Suarez, J. Fernández Sandonis, F. Vizoa Piñeiro. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Jove. Gijón. Servicio de Psiquiatría. Hospital Central de Asturias. Oviedo. Servicio de Cirugía General. Hospital de Jove. Gijón. Asturias. En Psiquiatría, Vol. 20. N.º 2, pp.62-69 (2004).
- Artículo Depresión y cáncer de mama. Relación no eligible. A. Adán y M. Sánchez-Turet. Departamento de Psiquiatría y Psicobiología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Barcelona. 165-70 (2003).
- Artículo Prevención del cáncer. Alonso Gordo JM, Bellas Beceiro B, Cierco Peguera P, Gálvez Ibáñez M, González Enríquez J, Martín Blanco N. (1999).
- Conde, M. Psicoanálisis, medicina y salud mental. Editorial Síntesis (2004).
- Flórez Lozano, J.A. Personalidad, estrés y cáncer. Una aproximación ética e integral a la asistencia. Ediciones Ergon (1999).
- Flórez Lozano, J.A. La comunicación y comprensión del enfermo oncológico. Ediciones Ergon (1997).
- Gutiérrez, T. Raich, R. Sánchez D, Deus, J. Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud. Alianza Editorial (2003).
- Onnis L. La palabra del cuerpo. Psicosomática y perspectiva sistémica. Editorial Herder (1997).

- Rodado, J., Barcia, D. El cáncer como enfermedad psicosomática. Aspectos psicoimmunológicos. Unidad Docente de Psiquiatría. Universidad de Murcia. Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario de Murcia. An. Psiquiatría Vol. 17. N.º 1, pp. 13-21, 2001 (2001).

Cuestiones

1. Características fundamentales de la Personalidad Tipo C y diferencias que encuentras con respecto al Patrón de conducta Tipo A.
2. Surgimiento del cáncer según el modelo de Temoshok.
3. Abordaje terapéutico antes de la aparición de un cáncer.