



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

# Las tesis de Belgrano

**Facultad de Humanidades  
Carrera de Licenciatura en Psicología**

**Influencia del estrés y la personalidad  
en la etiología de cáncer: formas de prevenirlo**

**Nº 105**

**María de las Nieves Viollaz**

**Tutor: Beatriz Gómez**

**Departamento de Investigación  
Abril 2004**



## Indice

Síntesis .....	5
1- Introducción .....	5
2- Modelos de la enfermedad .....	7
2-1. Qué es el cáncer .....	7
3- Relación entre inhibición de las emociones y cáncer .....	8
3-1. Antecedentes .....	8
3-2. Personalidad y cáncer .....	9
3-3. Tabla 1 .....	11
3-4. Problemas de la personalidad Tipo C .....	12
3-5. Tabla 2 .....	13
4- Relación entre estrés y cáncer .....	13
4-1. Concepto de estrés .....	13
4-2. Antecedentes .....	14
4-3. Estrés y disfunción inmune: Estudios en animales .....	14
4-4. Estrés y función inmune en humanos .....	15
4-5. Influencia del estrés en el organismo .....	15
4-6. Estrés: Perspectivas actuales .....	16
4-7. Tabla 4 .....	17
5- Sistema inmunológico .....	18
5-1. Teoría de la vigilancia inmunitaria y otras investigaciones .....	18
5-1. (a) Figura 1 .....	19
5-2. Células que intervienen .....	19
5-3. Sistema inmunitario y el estrés .....	20
5-3. (a) Figura 2 .....	20
5-4. Sistema inmunológico y cáncer .....	20
6- Prevención .....	21
6-1. Introducción .....	21
6-2. Prioridades de la prevención .....	22
6-3. Prevención primaria y sus obstáculos .....	23
6-4. Prevención de cáncer: Comportamiento alimentario .....	24
6-5. Tablas 5 y 6 .....	25
6-6. Figura 3 .....	26
6-7. Intervenciones específicas .....	26
6-7. (a) Técnica de visualización .....	26
6-7. (b) Biofeedback .....	26
6-7. (c) Imaginación dirigida .....	27
6-7. (d) Relajación .....	27
6-7. (e) Técnica "Silla Vacía" .....	27
6-7. (f) Técnicas de afrontamiento enfocadas en la emoción .....	27
7- Conclusión .....	28
8- Bibliografía .....	30



## Síntesis

Se analizará la influencia del estrés en la aparición de cáncer, sobre todo en aquellos individuos en que dicho estrés es favorecido por aspectos de su personalidad.

De acuerdo a investigaciones previas, se sabe que los sujetos que padecen de estrés son más vulnerables que el resto de la población a contraer cáncer porque se ve afectado su sistema inmunológico. Una de las variables que dan origen al estrés es la inhibición en la expresividad emocional.

Se profundizarán estas investigaciones para tratar de determinar si la relación entre el déficit en la expresividad emocional, el estrés y el cáncer es potencialmente factible.

## 1- Introducción

En el presente trabajo se estudiarán distintas posturas psicosociales y psicobiológicas con respecto al desarrollo de cáncer, con el propósito de analizar su relación con la personalidad, el estrés y el sistema inmunológico.

Esta última se definirá como la incapacidad para identificar sentimientos y describirlos por medio del lenguaje. El cuadro se acompaña de pobreza imaginativa, ausencia de emociones positivas y en contraposición, elevada prevalencia de emociones negativas.

Se considerará por un lado al cáncer como un fenómeno condicionado por el contexto sociocultural e histórico, que fue evolucionando progresivamente, y por el otro, al hombre como una unidad biopsicosocial, un todo que enferma. Asimismo, se referirá al estrés como toda respuesta que dependerá de la forma en que un individuo interpreta, evalúa conciente o inconscientemente el significado amenazante de un evento.

Para describir el tema a estudiar resulta necesario hacer mención a la inhibición de expresividad emocional, la cual podría asociarse con el concepto de alexitimia. Se la definirá como la incapacidad para identificar sentimientos y describirlos por medio del lenguaje. Aunque muchos estudios han señalado que existe relación entre alexitimia y ánimo depresivo, la naturaleza exacta de tal relación es todavía motivo de controversias (Honkalampi & Hintikka, 2001).

Dentro de las personas que tienden a inhibir sus emociones, se encuentran los trastornos de personalidad incluidos en el patrón C, el cual se caracteriza por presentar los siguientes rasgos: sujetos cooperadores, pasivos apacibles y conformistas, sumisos en sus relaciones interpersonales, con fuertes deseos de agrandar y de pertenecer. Vallejo-Ruiloba (1998) dice "El patrón C de conducta puede considerarse como la imagen especular del patrón A, y su presencia determina una mayor probabilidad de presentar enfermedades neoplásicas y peor pronóstico en la evolución de algunos cánceres, en particular, melanoma".

Estos patrones de inhibición conductual generan en la persona una alta carga de estrés debido a su dificultad en expresar o simbolizar diferentes situaciones. Si bien el estrés resulta difícil de medir en forma precisa, es posible identificar distintos tipos de situaciones estresantes que afectan la salud del individuo. El estudio de los efectos de estas situaciones en la salud y enfermedad permitirá observar la relación existente entre una experiencia estresante, la interpretación de esas experiencias y el funcionamiento orgánico.

Para profundizar la relación existente entre estrés e incapacidad de expresividad emocional como predisponente a psicopatologías, resultan interesantes los aportes psicoanalíticos que sostienen que personas que han padecido situaciones traumáticas de mucho estrés son incapaces de identificar o verbalizar estados emocionales, como una característica común. Esto se observa tanto si el trauma psíquico ocurrió durante la infancia o en la edad adulta. En cualquier caso, los supervivientes de un trauma normalmente no pueden utilizar sus estados emocionales internos como señales y pueden sufrir síntomas psicopatológicos (Kaplan & Sadock, 2000).

Tanto médicos como investigadores tienen dificultades para explicar cómo determinadas situaciones emocionales afectan el cuerpo, ellos no asumen que las emociones conducen directamente a desarrollar y favorecer estados de enfermedad. Sin embargo, se pudo comprobar que ciertas conductas y experiencias pueden dañar el sistema inmune aumentando la vulnerabilidad de la persona a una variedad de desórdenes que van desde infecciones menores al cáncer (Shavit et. al, 1985).

Desde este punto de vista, si bien no se descarta al cáncer como una enfermedad física, no se puede dejar de lado la influencia que ejercen ciertos factores psicológicos que contribuyen a su ocurrencia. El cáncer es una de las enfermedades donde la experiencia personal puede influir en su desarrollo, particularmente en el caso de experiencias estresantes. No es una enfermedad imaginada y no es enteramente el resultado de factores psicológicos (Kalat, 1993).

¿El manejo de las emociones podrían conducir directamente al cáncer? Debido a que el cerebro ejerce efectos sobre el funcionamiento del sistema inmunológico que se encarga de combatir enfermedades, entre ellas el cáncer, una experiencia emocional podría llevar a una disfuncionalidad de este sistema, y por lo tanto aumentar el riesgo de contraer cierto tipo de cáncer.

Los dos estados emocionales más comunes en el desencadenamiento del cáncer son: depresión y ansiedad, lo cual desencadena grandes montos de estrés. La mayoría de los pacientes con cáncer son depresivos y muchos de ellos reportan dichos estados, generalmente posteriores a la muerte de un ser querido, mucho tiempo antes de que se les halla diagnosticado la enfermedad (Weinstock, 1984).

Situaciones constantes de estrés suprimen la actividad del sistema inmune y dejan a la persona en condiciones de mayor susceptibilidad frente a infecciones y enfermedades, incluyendo el desarrollo de cierto tipo de tumores. Mantener una actitud positiva frente a la vida podría ayudar entonces a prevenir el desarrollo y evolución del cáncer (Anisman & Zacharko, 1983).

La relevancia del tema a trabajar reside en varios puntos. En primer lugar, el estrés desde su etiología y sintomatología se encuentra fuertemente enlazado con muchos cuadros psicósomáticos. Por lo tanto estudiar el concepto de estrés es importante para comprender cómo afecta al sistema inmunológico predisponiendo el desarrollo de enfermedades, tales como el cáncer.

En segundo lugar, comprender cómo la personalidad de base (evitativo, inhibido y dependiente) contribuye al desencadenamiento de enfermedades psicósomáticas, resulta de vital importancia para poder prevenir tales afecciones.

En tercer lugar, esta investigación posibilitará conocer cuándo es necesario realizar psicoterapia, disminuyendo de este modo el costo social.

En último lugar, debido a la alta prevalencia entre la inhibición de expresividad emocional, el estrés y el cáncer, un estudio de estas características permitirá lograr una mejor comprensión de la queja de estos sujetos.

### **Objetivo general**

El objetivo general de este trabajo será realizar una revisión bibliográfica para investigar la incidencia psicológica en la aparición de la enfermedad de cáncer desde distintos marcos teóricos y evaluar modalidades preventivas de dicha enfermedad.

### **Objetivos específicos**

- Analizar la relación entre la expresividad emocional, el aumento de estrés, el sistema inmunológico y la predisposición al desarrollo de cáncer.
- Identificar cuáles son los rasgos predominantes en la personalidad que bajo ciertas situaciones de estrés puedan conducir a la enfermedad de cáncer.
- Investigar cómo los conocimientos en relación a los puntos antes mencionados podrían ser utilizados al servicio de la prevención.

Sobre la base de estas ideas, se tratará de profundizar sobre distintos modelos del "enfermar" y el concepto de "cáncer". Para tal efecto se utilizará la bibliografía de Stanley Cheren (1989) y Cooper (1986), entre otros.

Se investigará la relación entre la inhibición de la expresividad emocional y el cáncer, considerando los antecedentes del papel que cumplen las emociones en el organismo, para continuar con los patrones de conducta que puedan ser vistos como predictores de la enfermedad de cáncer. Para tal efecto se tendrán en cuenta las publicaciones de Temoshock (1985), y Seyle (1979), entre otros.

Luego se profundizará acerca del importante papel que cumple el estrés en el desencadenamiento del cáncer. En primer lugar se esclarecerá el significado de estrés, luego se hará una breve reseña de los estudios sobre el estrés en animales, y en la función inmune en humanos. Se continuará con los efectos del mismo en el organismo, para finalizar con perspectivas actuales al respecto. Con el propósito de una mayor comprensión de ésta temática, se utilizará bibliografía de Cooper (1986), Seyle (1979), Lazarus (1986), Bammer y Newberry (1985) entre otros.

Además, se analizará la teoría de la vigilancia inmunitaria e investigaciones al respecto. Se continuará con la descripción de las células que intervienen en dicho sistema; siguiendo con el análisis entre estrés y sistema inmune. Se finalizará con la relación entre el cáncer y el sistema inmunitario. Dentro de la bibliografía a considerar se encuentran: Fox (1978), Burnet (1970), y Green (1991), entre otros.

Por último se planteará la posibilidad de trabajar a un nivel preventivo comenzando con una breve introducción al respecto, luego se focalizará en aspectos prioritarios dentro de la prevención, continuando con la prevención primaria y sus obstáculos. Desde lo preventivo, se focalizará en el papel que cumple la alimentación en el desarrollo del cáncer. Por último se realizará una exposición de distintas técnicas o modos de abordaje utilizadas en prevención. Para ello se tendrán en cuenta a Miller (1980) y Bayés (1985) entre otros.

Con esta finalidad se realizará una revisión bibliográfica basada en libros y revistas especializadas. En este trabajo se utilizará información proveniente de diversos marcos teóricos, incluyendo la psicología de la salud, la medicina psicosomática, la psicología cognitiva, el psicoanálisis y la psiconeuroinmunoendocrinología, entre otros.

## 2. Distintos modelos del enfermar

Para comenzar a desarrollar este trabajo resulta imprescindible describir brevemente distintos modelos acerca de lo que se considera "enfermedad" para partir de un conocimiento básico común sobre ésta.

Desde el punto de vista del modelo tradicional la enfermedad se produce cuando una entidad invade los órganos del cuerpo, alterando su estructura y funcionamiento. Este modelo se focaliza solamente en la estructura bioquímica, inmunológica, fisiológica y genética como causa de la enfermedad. Le presta poca atención a la interacción del individuo con su ambiente social, así como también el impacto que la enfermedad causa en la vida social y cultural de los pacientes, sus familias y la comunidad.

Por otro lado, se encuentra el modelo psicológico cuya máxima contribución en la práctica de la medicina radica en la focalización de los aspectos psicológicos de la enfermedad. Desde el punto de vista Freudiano, las personas enfermas y sus conflictos no son entidades independientes. El modelo psicológico de la enfermedad es totalmente diferente al modelo biomédico. La enfermedad no es meramente el producto de una alteración estructural. Además este modelo tiene en cuenta el impacto o repercusión que dicha enfermedad genera en el seno familiar, cultural y social del paciente.

Otra alternativa es el modelo psicosomático como intento de unir la brecha entre el modelo psicológico y biomédico. Sostiene la introducción de las variables personalidad y los conflictos psicológicos dentro del estudio de la enfermedades físicas. Dunbar, Alexander (1950) enfatizan el rol patogénico de las emociones en la enfermedad física y se preguntan acerca de por qué las personas contraen una enfermedad u otra. También postulan que los conflictos psicológicos no determinan la elección de la enfermedad, ya que existen factores adicionales que juegan un rol importante en su elección. Una de las contribuciones de la medicina psicosomática ha sido la de proveer una teoría multifactorial para algunas enfermedades. (Cheren, 1989)

Como contrapartida, el modelo integrativo sostiene que la salud no puede ser definida en términos absolutos como la ausencia de enfermedad, sino como una buena adaptación psicobiológica al ambiente. La enfermedad puede ser consecuencia de la inhabilidad de la persona para adaptarse a la situaciones ambientales diversas, o el resultado de la discrepancia entre sus capacidades adaptativas y las demandas.

El punto de vista del modelo integrativo es un proceso, no está orientado a una estructura. Tiene en cuenta la paradoja de tener síntomas con o sin la presencia de lesiones anatómicas o físicas. Sostiene que la enfermedad es una interrupción a la adaptación biológica que puede conducir a lesiones anatómicas.

Las necesidades planteadas en el modelo bio-psico-social pretenden integrar dentro de un mismo marco teórico las perspectivas biológicas, psicológicas y sociales acerca del enfermar humano.

En base a lo sostenido anteriormente, en el presente trabajo se va a considerar a la enfermedad desde el punto de vista del modelo integrativo. Es decir que se tendrán en cuenta la consecuencia de muchos factores: genéticos, inmunológicos, psicológicos, ambientales y sociales.

### 2-1. Qué es el cáncer

Según la Liga Argentina de Lucha Contra El Cáncer (L.A.L.C.E.C) todos los cánceres tienen varias características en común, por ejemplo, que unas cuantas células de una zona del cuerpo empiezan a crecer desorganizadamente, se reproducen demasiado rápido, lo cual da como resultado un conjunto de células anormales, de estructura atípica llamadas "tumores cancerosos".

Cabe destacar que no todos los tumores son malignos. Existen dos tipos: benignos o no cancerosos y cancerosos o malignos. Los benignos tienen las siguientes características principales:

- Sólo crecen hasta un determinado tamaño.
- Normalmente no crecen muy rápido (no son agresivos).
- No destruyen células normales.
- No se propagan al tejido que los rodea.
- Normalmente no producen efectos secundarios graves.
- Por lo general crecen de una manera ordenada.

En cuanto a los malignos (cáncer) se caracterizan por invadir progresivamente tejidos y órganos, cercanos o no al tumor original, provocando la muerte del organismo o huésped al alcanzar y dañar aquellos

tejidos y órganos vitales impidiendo su funcionamiento. Las células cancerígenas atacan el tejido sano y nunca dejan de multiplicarse, teniendo un comportamiento distinto en cada persona, según su tipo.

Así como se clasifican en estadios según la evolución de la enfermedad; también se clasifican según su composición celular, histológicamente, en carcinomas (son los más comunes), sarcomas, linfomas y leucemias.

Tanto el grado de crecimiento como el patrón de expansión varían en forma notoria entre caso y caso. Esta variación depende del tipo de cáncer, del órgano original, de la resistencia o inmunidad del paciente y del tratamiento aplicado.

El cáncer es un problema pluricausal en donde los factores sociales, culturales y ambientales juegan un papel importante; es decir, no es una enfermedad única sino que existen diferentes causas en su aparición. Algunos pueden heredarse, pero en la mayoría de los casos sólo se hereda la predisposición a presentar una tumoración maligna, por lo tanto, los principales desencadenantes del proceso canceroso además del genético, son los factores de origen ambientales, químicos, físicos y virales.

Existe un grupo de agentes, denominados factores promotores, que sin ser cancerígenos por sí mismos pueden contribuir al desarrollo de una patología tumoral, entre los cuales se encuentran una dieta hipergasa, consumo de alcohol, abuso de productos hormonales y estrés. Está comprobado que éste último provoca una disminución de las defensas inmunológicas, y es por ello que se debe considerar como una de las variables a los factores psicosociales.

### 3. Relación entre inhibición de la expresividad emocional y cáncer

#### 3.1. Antecedentes

En las últimas décadas se ha despertado un interés creciente por conocer hasta que punto determinadas características de personalidad y estados emocionales, en combinación con los factores biológicos y ambientales, pueden contribuir a la etiología y progresión del cáncer. La relación de factores emocionales con el estado de salud en general, y con el cáncer en particular, ha sido sugerida desde la antigüedad. En la historia de la medicina, sus orígenes se encuentran en el pensamiento del “padre de la medicina”, Hipócrates, ya que en sus estudios se mencionan la influencia del cuerpo sobre la parte anímica, así como la del alma sobre el cuerpo, señalándose una atención especial al medio ambiente social como factor etiológico de la enfermedad (Laín, 1972).

Galeno por su parte estimaba que el 60% de sus pacientes tenían síntomas de origen emocional más que de origen físico. Él pensaba que las mujeres de temperamento melancólico estaban más expuestas al desarrollo de neoplasias que las mujeres de temperamento sanguíneo. La observación de Galeno puede considerarse como el inicio del interés por el papel que juegan los aspectos psicológicos sobre el enfermar humano.

A partir del Renacimiento la tendencia dominante ha sido considerar a la mente y al cuerpo como elementos independientes. La tradición positivista existente en la segunda mitad del siglo pasado, depositaba en forma prácticamente exclusiva la confianza del progreso de la medicina en el modelo biomédico.

La existencia de modelos y teorías que vinculan los factores psicológicos por una parte, y lo fisiológico y bioquímico por otra, es reciente. En primer lugar se encuentra el grupo del Instituto Psicoanalítico de Chicago, del que formaban parte, entre otros, Alexander y Dunbar. Esta escuela alcanza su máximo auge en los albores de la década del cincuenta. Según ellos, los conflictos inconscientes que no son resueltos son los responsables de diversos trastornos orgánicos, y es posible descubrir tipos “específicos” de personalidad en algunos de ellos. Gracias a los esfuerzos de esta escuela psicoanalítica ha alcanzado una notable difusión la medicina psicosomática, término que procede de las palabras griegas psyche (alma, mente) y soma (organismo, cuerpo).

En segundo lugar, se encuentra el enfoque de la fisiología experimental que puso su énfasis sobre los efectos de las emociones en el funcionamiento del organismo. Este enfoque tiene sus orígenes en los estudios sobre la patología de las emociones. Aún cuando los acontecimientos objetivos en la vida de las personas, como la pérdida de la pareja, la enfermedad grave de un familiar próximo, el despido de la empresa, etc., suelen producir respuestas emocionales, la respuesta fisiológica ante éstos y otros acontecimientos varía significativamente en función de factores psicológicos. Es decir que las variables ambientales, actuando a través de vías y mecanismos puramente psicológicos, son capaces de alterar la bioquímica de nuestro organismo (Seyle, 1946).

En tercer lugar, se encuentra la escuela rusa defensora de un enfoque llamado “córtico - visceral” que tiene como precursores a Pavlov, entre otros, la cual se apoya en pruebas experimentales de que las

interacciones del medio externo con el interno obedecen a las leyes generales del condicionamiento (Alcazar, 1979).

Junto a estas tres tendencias es necesario señalar la influencia de otras que han brindado importantes aportes para la comprensión del rol de las emociones en el desarrollo, control y consecuencia de las enfermedades. Entre ellas se encuentran las investigaciones realizadas por la sociología de la medicina, epidemiología y antropología médica, entre otras.

Son múltiples las investigaciones que intentan demostrar la influencia de aspectos psicológicos en la aparición y desarrollo de cáncer. Es frecuente en la literatura hacer mención a la relación y vinculación clínica entre tres variables: Personalidad, estrés, y cáncer. A pesar de los problemas metodológicos que tienen muchas de estas investigaciones, y que los resultados obtenidos todavía no son concluyentes, los datos señalan cada vez con mayor rigor que diferentes variables psicológicas se encuentran asociadas tanto en la aparición como en el desarrollo de cáncer.

La mayoría de los trabajos empíricos que recoge la literatura pueden enmarcarse en cuatro grandes áreas: a) búsqueda de un perfil premórbido de personalidad relacionado con cáncer, b) estudio de la influencia de situaciones estresantes y emociones negativas, tales como ansiedad, ira y depresión, c) análisis de los estilos de afrontamiento que ponen en marcha las personas con cáncer ante la enfermedad, y sus efectos en la evolución de la misma, d) tipo de intervenciones psicológicas que pueden ser más efectivas para reducir el malestar emocional y los problemas de adaptación psicosocial que se derivan del padecimiento y tratamiento de esta enfermedad.

### 3.2. Personalidad y cáncer

Al margen del demostrado poder patógeno de algunas conductas concretas (como fumar o beber alcohol), la investigación epidemiológica ha permitido descubrir la existencia de un conjunto de actitudes y comportamientos que implican un riesgo para la salud. El patrón de conducta es la forma habitual de ver y reaccionar ante el mundo; es el resultado de la observación de determinadas características psicológicas y conductuales.

Estas observaciones llevaron a Price (1982) a definir el patrón de conducta como la predisposición de determinados sujetos en cuanto a sus actitudes y el modo de afrontar situaciones, condicionados por la escala de valores utilizados en una sociedad determinada. Así el patrón de conducta de un sujeto reúne rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica. Esta serie de variables psicológicas y comportamentales que constituyen una unidad funcional han sido objeto de exhaustiva investigación en las dos últimas décadas. El estudio de estos patrones de conducta ha abierto nuevos cauces de prevención e intervención terapéutica y ha demostrado de manera inequívoca el peso de las variables psicológicas en la codeterminación de las enfermedades médicas.

Hasta el momento se han descrito 3 tipos de patrones de conducta: patrón A relacionado con factor de riesgo coronario, patrón B que no parece asociado a ninguna enfermedad en particular y patrón C relacionado con un factor de riesgo neoplásico.

El patrón C de conducta puede considerarse como la imagen especular del patrón A. Su presencia determina una mayor probabilidad de presentar enfermedades neoplásicas y un peor pronóstico en la evolución de algunos cánceres (en particular, melanomas). Este patrón de conducta se caracteriza por los siguientes rasgos de personalidad (Temoshok, 1985):

- 1- Estilo verbal pasivo, blando y cooperativo.
- 2- Actitud de resignación y sumisión.
- 3- Bloqueo o contención expresiva de las emociones.
- 4- No asertividad y supresión de las manifestaciones hostiles.

Los sujetos C son personas conformistas, sufrientes y preocupadas por los demás, dependen emocionalmente de la aceptación de los otros y acostumbran presentar de forma clínicamente enmascarada estados de ansiedad y depresión. Además, presentan una tendencia al autosacrificio y a evitar los conflictos con tal de mantener relaciones armoniosas con personas de su entorno.

El estilo de vida, las estrategias de afrontamiento y la vulnerabilidad son aspectos que integran las características de la personalidad. El cáncer se ve asociado a una personalidad precancerosa caracterizada por inhibición emocional, negación, represión, vulnerabilidad a la pérdida afectiva, tendencia a la depresión, perfeccionismo, estoicismo, laboriosidad, agresividad dirigida hacia sí mismo, etc. (Graham, 2000). Estas características definen a la personalidad Tipo C.

Temoshok conceptualiza el patrón de conducta de tipo C, el cual describió como cooperativo, con poca expresión de opiniones, con supresión de las emociones negativas, particularmente la rabia, que acepta o se subordina a autoridades externas. Este autor halla una relación positiva entre el tipo C de personalidad y el volumen de crecimiento tumoral de invasión en pacientes con melanoma, especialmente por debajo de los

cincuenta y cinco años. Temoshok propone un modelo procesual de estilo de afrontamiento y cáncer; el foco de atención se centra en el tipo de respuestas que las personas emiten ante situaciones o acontecimientos vitales estresantes. Los tres factores psicológicos propuestos en la progresión del cáncer, bien individualmente o en combinación, son: a) estilo de afrontamiento Tipo C, 2) expresión emocional y 3) desamparo / desesperanza. Los tres factores actúan, aunque en distintos momentos, tanto en la iniciación como progresión y recurrencia del cáncer. El estilo de afrontamiento Tipo C se plantea tanto como resultado de una predisposición genética como de patrones de interacción familiar, de tal modo que la persona aprende a enfrentarse a las dificultades inevitables, estresores y posibles acontecimientos traumáticos, suprimiendo la manifestación de sus necesidades y sentimientos. El estilo de afrontamiento Tipo C consiste en la supresión de las propias necesidades a favor de las de otras personas, lo que conlleva la eliminación de manifestaciones emocionales negativas. De este modo, el individuo da la impresión de ser cooperativo, asertivo, sosegado y sumiso. Este estilo de afrontamiento resulta efectivo para la homeostasis ambiental facilitando las interacciones sociales no conflictivas. Es decir, dado que el individuo Tipo C presenta una fachada de amabilidad, comprensión y paciencia, rara vez incurre en discusiones o conflictos con los demás, por lo que suele tener suficientes recompensas sociales para mantener su propia autoestima, lo que le permite un buen ajuste psicológico. Sin embargo, se ha comprobado que un bloqueo duradero de la expresión de las propias necesidades y sentimientos tiene consecuencias biológicas y psicológicas negativas en el sujeto. Así, por ejemplo, lo que puede haber comenzado como una supresión consciente de síntomas físicos para no molestar a otras personas, puede terminar en una conducta habitual de ignorancia e incluso de no reconocimiento de síntomas biológicos como el dolor o la fatiga; algo similar puede ocurrir con necesidades psicológicas como la soledad, tristeza y temor. De este modo, es posible que el individuo Tipo C sufra desamparo y desesperanza de forma crónica, aunque no lo reconozca conscientemente. La persona cree que es inútil expresar las propias necesidades y sentimientos, por tanto, los oculta bajo una máscara de normalidad y autosuficiencia. El individuo Tipo C, a lo largo de la vida, tiene que enfrentar acontecimientos vitales amenazantes a las que responde con su estilo habitual de afrontamiento, supresión de emociones, lo cual interactúa con los estresores ambientales para crearle más estrés, el cual combate con mecanismos Tipo C cada vez más fuertes. La persona, puede comenzar a sentirse deprimida, pero en estos casos, la depresión no va ligada a un acontecimiento determinado, sino que es la sobrecarga acumulada de necesidades y sentimientos sin expresar donde no ha existido un estilo de afrontamiento adecuado. Según Temoshok, se ha creado el escenario adecuado para la activación de la enfermedad cancerosa.

Los trastornos de personalidad listados en el DSM-IV que aparecen con más frecuencia en este tipo de sujetos, son los trastornos por evitación, por dependencia, y el obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos parecen ansiosos o temerosos.

Por otro lado, estudios realizados con pacientes de cáncer de mama arrojaron que estos sujetos muestran poca confianza en sus recursos, alta incertidumbre sobre su situación, bajo control sobre los emergentes de la situación y alto miedo a la recurrencia. Estas personas usan estilos de afrontamiento tipo escape-evitación y aislamiento, lo cual empeora la adaptación a la enfermedad. Se postula que estos son los pacientes más susceptibles al progreso de la enfermedad; mientras que las personas que afrontan el cáncer con espíritu de lucha tienden a presentar un mejor pronóstico en la recuperación.

Otros autores como Grossarth-Maticek y Eysenck (1990) señalan seis estilos de reacción al estrés. Dos de ellos están muy relacionados con cáncer:

**Tipo 1.** Predisposición al cáncer. El sujeto tipo 1 se caracteriza por presentar un elevado grado de dependencia conformista respecto a algún objeto o persona con valor emocional destacado para él, e inhibición para establecer intimidad o proximidad con personas queridas. Son personas que ante situaciones estresantes suelen reaccionar con sentimientos de desesperanza, indefensión y tendencia a reprimir las reacciones emocionales abiertas. La pérdida del objeto se mantiene como fuente de estrés.

**Tipo 5.** Racional – antiemocional. Se define por la tendencia a emitir reacciones racionales y antiemocionales. Este tipo de personas suele suprimir o negar las manifestaciones afectivas, encontrando dificultad para expresar emociones. Debería denotar predisposición a la depresión y cáncer. Hay predominio de lo racional sobre lo emocional. Otras características de personalidad que se han asociado al cáncer son la presencia de altos niveles de depresión, sentimientos de indefensión y pesimismo.

Green y Shellenberger (1991) resumen las características de personalidad en pacientes de cáncer.

**3.3. Tabla 1. Posibles Factores de Personalidad Predisponentes al Cáncer**

<p>Estilo Interpersonal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Esfuerzo para parecer bueno y ser bueno.</li> <li>*Aceptar la autoridad.</li> <li>*Docilidad y lealtad.</li> </ul>	<p>Temperamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Depresión</li> <li>* Indefensión / desesperanza</li> <li>* Fatiga</li> </ul>
<p>Estilo emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Tranquilidad.</li> <li>*Supresión de emociones negativas.</li> </ul>	<p>Factores sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Soledad</li> <li>*Carencia de apoyo social.</li> <li>*Carencia de intimidad.</li> </ul>
<p>Estilo Cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Aceptación estoica.</li> <li>*Racional, leal a la realidad.</li> </ul>	

En investigaciones realizadas por Kissen (1963) con 335 enfermos, de ellos 161 diagnosticados de cáncer y los demás de una enfermedad de menor gravedad, se confeccionó un cuestionario de desorden de la conducta en la infancia y se observó que los enfermos de cáncer habían tenido “una salida disminuida para la descarga emocional”, tanto en su experiencia infantil, como en su vida adulta actual. Las reacciones se caracterizaban por la represión emocional, la introversión de la cólera y la vulnerabilidad a la pérdida emocional. (Cooper, 1986).

Con respecto a la personalidad premórbida existen estudios que prueban la teoría de Kissen. Uno de ellos muestra a la represión como mecanismo fundamental de la personalidad en la patogénesis del cáncer, especialmente en los sujetos que han sufrido la pérdida de un persona querida. En estudios posteriores Kissen usó diferentes métodos de valoración de la personalidad; los resultados generales tienden a apoyar la relación original entre cáncer y bajo neuroticismo. El principal hallazgo fue la asociación significativa entre el diagnóstico de cáncer de mama y patrón de conducta, persistente a través de la vida, de descarga anormal de las emociones. Esta anomalía correspondía, en la mayoría de los casos, a la supresión extrema de otros sentimientos, corroborando de este modo la hipótesis que postula la relación entre cáncer y baja emotividad.

Barreto, et al., (1988) también sostiene que la personalidad tipo C es el reverso del tipo A y se caracteriza por lo siguiente: Personas cooperadoras, poco asertivas, con represión de emociones negativas (sobre todo ira), depresión, y con estrategias de dominio de desamparo, desesperanza e impotencia. En definitiva, lo que se viene conociendo como la personalidad del antihéroe. (Páez Rovira, 1989).

La depresión es el estado psicológico estudiado con más frecuencia en los primeros estudios sobre personalidad proclive al cáncer. Dichas investigaciones permiten afirmar que esta variable juega un papel importante en la aparición de tumores.

Respecto al desamparo / desesperanza, se puede decir que ha sido relacionada más consistentemente con cáncer que la depresión. Esta variable fue uno de los factores asociados por Temoshok (1985) con el desarrollo de melanomas, y también se ha encontrado que es un buen predictor tanto del cáncer de mama antes de la biopsia, como de las recaídas de la misma enfermedad.

Otros de los factores que parecen contribuir al cáncer son la ruptura del apoyo social, entre ellos, la pérdida de personas significativas. Asimismo, existen indicios de que un apoyo social deficiente podría estar relacionado con una baja actividad de las células NK (células asesinas), lo que favorecería la aparición no sólo de recidivas, sino también de la enfermedad. Por último, en un estudio de Spiegel, Bloom, Kraemer y Cottheil, (1989) en el que se aplicaban tratamientos psicológicos para potenciar los vínculos de apoyo social, se incrementó notablemente el tiempo de supervivencia en mujeres con cáncer de mama. Todo ello lleva a que se considere la pérdida de apoyo social como un factor de riesgo del cáncer. (Páez Rovira, 1989).

Además de la depresión, desamparo / desesperanza y pérdida de apoyo social, Contrada et al. (1990) distinguen un cuarto factor: La relación que se establece entre un afecto negativo bajo y un alto afecto positivo; es decir, la dificultad que presentan las personas proclives al cáncer de manifestar sus emociones negativas, como ira, cólera, agresividad, etc., lo que contrasta con la alta expresividad de sus emociones positivas, como amor, cariño y solidaridad. (Páez Rovira, 1989).

Así, mientras que el individuo Tipo A es irritable, hostil y explosivo, la persona Tipo C presenta una actitud alegre o imperturbable ante el mundo. Temoshock, incluía dentro de los indicadores de peor pronóstico algunas descripciones indicativas de baja emocionalidad: “suave” en lugar de “intensa”; “reprimido emocionalmente” en lugar de “lábil”; y “calmado” en lugar de “hostil”.

Para esclarecer la relación entre la expresión, represión emocional y enfermedad crónica grave es importante tener en cuenta que la incapacidad de transmitir y elaborar subjetivamente las vivencias emocionales, en particular la hostilidad reprimida aparecen en investigaciones epidemiológicas asociadas a una mayor morbi - mortalidad de enfermedades coronarias y oncológicas. Los pacientes de cáncer tienen dificultad en expresar sus emociones o incluso sentirlas. Además de ser un factor de riesgo para enfermedades graves, las dificultades de expresión y comunicación interpersonal se asocian a un peor pronóstico y progresión de la enfermedad.

Aparentemente hay elementos que permiten pensar que la inhibición y dificultad de compartir las emociones son factores predictores de enfermedad y peor evolución de la misma. En base a investigaciones LeShan y sus colaboradores (1992) concluyeron que los aspectos psicológicos de pérdida sin resolver, incapacidad de expresar frustración, ira y relaciones afectivas tenues formaban una constelación altamente característica en los pacientes con cáncer. (Bammer y Newberry, 1985).

Como se dijo anteriormente, el patrón de personalidad C es un patrón de conducta proclive a desarrollar cáncer, al cual se asocia como presentando supresión emocional, especialmente ante situaciones estresantes. Con respecto a la inhibición de expresividad emocional, mujeres que fueron diagnosticadas de cáncer se describieron a sí mismas como "guardándose la ira dentro".

Para concluir, según las investigaciones mencionadas existe una relación altamente significativa entre inhibición de la expresividad emocional y cáncer, es decir que podría hablarse claramente de una personalidad premórbida cancerosa. Por lo tanto, los estilos de afrontamiento mencionados, persistentes a través de la vida, implicarían un factor de riesgo, así como también un peor pronóstico y progreso de la enfermedad. Se observa una menor sobrevida en los pacientes afectados de cáncer con características depresivas, de resignación, que en aquellos pacientes que expresan más sus emociones como la rabia.

#### **3.4. Problemas de la Personalidad tipo C**

Al hablar de la relación entre personalidad y cáncer, se deben tener en cuenta las múltiples interacciones que se producen entre las variables intervinientes en el tema, lo que dificulta enormemente encontrar respuestas definitivas. Aún cuando los distintos modelos tratan de dar respuestas y recopilar investigaciones empíricas realizadas en décadas anteriores, se debe tener en cuenta que al analizar la personalidad Tipo C, se tendría que buscar cosas distintas si se utiliza las variables de personalidad como antecedente del cáncer o como variable consecuente del mismo.

Por otro lado, la afirmación sostenida por la hipótesis psicosomática acerca de la existencia de una personalidad específica de un trastorno determinado, produjo resultados mas bien pobres. Debido a ello, se podría hablar más de la existencia de una personalidad proclive al cáncer.

A su vez, se debe agregar las dificultades intrínsecas a la propia naturaleza de la enfermedad cancerosa: a)el cáncer no es una enfermedad, sino varias enfermedades; b)los cánceres son enfermedades con distintos estadios evolutivos; c)la mayor parte de los cánceres dan pocas manifestaciones clínicas hasta que no se encuentran a un nivel de desarrollo determinado; d)el cáncer es una enfermedad con un significado cultural específico, por lo que resulta difícil realizar una investigación que tenga en cuenta estas características.

Desde el punto de vista psicológico, se debe tener en cuenta la necesidad de utilizar instrumentos de medida válidos para una muestra de este tipo, ya que el enfermo oncológico es una persona excesivamente adaptada. Es probable que la utilización de cuestionarios habituales no muestre ninguna característica específica de estos pacientes, lo cual lleva a la necesidad de utilizar cuestionarios u otras técnicas de auto-informe diseñadas específicamente para este tipo de enfermos.

Muchos de los estudios realizados presentan deficiencias metodológicas, como ausencia de grupos de control, o poblaciones control mal definidas que impedían comparar los resultados obtenidos con otras poblaciones. Además, dado que en general se trataba de estudios retrospectivos, no se tenían en cuenta otras variables como, por ejemplo el efecto que el conocimiento del diagnóstico de la enfermedad podía producir sobre las respuestas de los pacientes en los tests psicológicos.

Todo esto hace que las relaciones entre personalidad y cáncer, no sólo no hayan sido totalmente ratificadas, sino que sea difícil llegar a conclusiones definitivas.

**3-5. Tabla 2: Patrones de conducta**

	<b>Tipo A</b>	<b>Tipo B</b>	<b>Tipo C</b>
Características psicológicas	Hiperactivo, rápido, impaciente, hostil, competitivo	Relajado, tranquilo confiado, atento a la satisfacción y el bienestar personal	Extremadamente cooperador, pasivo, no asertivo, apacible y conformista
Relaciones interpersonales	Problemáticas: dominancia, tensión, agresividad	Relajadas, con expresión abierta de las emociones incluidas las hostiles	Sumisas: deseo de agradar y de afiliación, controlando la expresión de la hostilidad. Inhibidor de la acción
Riesgo patógeno	Coronariopatía.	No detectado	Cáncer
Diagnóstico	Entrevista estructurada y cuestionarios al efecto		

**4. Relación entre el estrés y cáncer****4.1. Concepto de estrés**

El término estrés fue utilizado en general para referirse a los agentes ambientales que perturban la estructura y función de un individuo, así como las respuestas ante tales agentes. Se lo ha tratado desde un punto de vista fisiológico, el síndrome de adaptación de Seyle; también en términos sociológicos, cuando una organización o sistema social se desorganiza.

Lazarus (1986) ha sido autor destacado de este tema; a partir de la década del 60 investigó el estrés psicológico desarrollando una teoría cognitiva en el campo de la psicología médica. Lazarus (1986) sostiene con respecto al estrés psicológico que "la respuesta depende de la forma en que un individuo interpreta, evalúa conciente o inconscientemente el significado amenazante de un evento". Lo diferencia del estrés físico, al que considera como una condición de los tejidos que directamente determina daño. Lazarus señala que el concepto puede extenderse hacia toda un área de problemas sociológicos, psicológicos y fisiológicos en los cuales a la organización de un individuo le es impuesta una demanda que amenaza sus habilidades de adaptación. El concepto de estrés incluye para su análisis tipos de estímulo, mecanismos y efectos de la respuesta. Este autor plantea que hay diferentes clases de estrés: "Eustrés" o placentero, y "Distrés" o displacentero. Coincide con Seyle en que cierto nivel de estrés es necesario para vivir y desarrollarse, pero que un grado amenazante o desbordante se puede transformar en patológico.

Lazarus también otorga especial relevancia al sistema de evaluación del individuo; cuando se produce una evaluación de amenaza y se ponen en juego mecanismos para afrontarla se produce el llamado distrés. Si un evento de la vida es evaluado como irrelevante para la persona no va a producirse una activación emocional o una movilización conductual. En ese sentido hace hincapié en la evaluación cognitiva individual frente al evento, aunque no deja de lado el análisis del tipo de evento y sus características para evaluar la respuesta.

"Para entender el estrés psicológico se requiere estudiar procesos mediadores cognitivos, evaluativos, que determinan la reacción de estrés, incluyendo las conductas y las adaptaciones subjetivas, procesos de coping, que se desencadenan al producirse la alteración de la relación entre individuo y medio. Los procesos de coping incluyen acciones destinadas a modificar directamente la relación del individuo con el ambiente, que puede ser percibido como amenazante." (Lazarus, 1986).

En los procesos de afrontamiento las condiciones que implican la selección de determinado repertorio de respuestas y sus consecuencias de corto y largo plazo para el individuo, son puntos centrales en la respuesta y relación con las enfermedad. Este autor enfatiza en que las modificaciones de los individuos en la vida adulta y sus transiciones de un estado a otro pueden ser significativos estresores, por ejemplo, la viudez, la jubilación, el divorcio, como situaciones ambientales que producen modificaciones del individuo, pero planteó que la magnitud del efecto depende de diferencias individuales en la respuesta.

Cabe destacar que hay dos posturas con respecto a la influencia de los factores psicológicos en la salud y en la enfermedad: una que plantea la generalidad y otra la especificidad. El concepto de síndrome general de adaptación de Seyle prestó apoyo a las teorías de la generalidad. Se planteó una respuesta inespecífica del individuo a las situaciones estresantes, y se consideró que la razón de que aparezca una enfermedad u

otra es dependiente de diferencias individuales en los condicionamientos pasados o en las vulnerabilidades determinadas genética o constitucionalmente. Esto fue criticado por Lazarus pues supone desconocer el hecho de las diferentes calidades y la versatilidad de la respuesta emocional. Para él la variable que puede influir específicamente en la producción de enfermedad está en la relación que se establece entre el individuo y el entorno expresada en el concepto de estrategia de afrontamiento. Esta puede aminorar o aumentar el efecto de las condiciones ambientales nocivas, regular la perturbación emocional en el individuo frente a la situación y expresar una serie de valores-afrontamientos que en sí mismos pueden ser perjudiciales. (Lazarus, 1986).

R. Lazarus y D. Cohen (1977) hablan de tres tipos de estímulos estresantes:

1. Cambios mayores tales como cataclismos que afectan a gran número de personas, por ejemplo inundación, terremoto. Se los considera fuera del control del individuo pudiendo corresponder a hechos prolongados en el tiempo o cambios agudos con efectos duraderos.
2. Los cambios mayores que afectan a una persona, por ejemplo, un estado de duelo, una enfermedad incapacitante, etc..
3. Situaciones adversas de la vida cotidiana, como desavenencias matrimoniales que pueden ser menos dramáticas y sin embargo también implicar procesos más importantes en la adaptación y conservación de la salud.

#### 4.2. Antecedentes

La idea de que el cáncer puede estar relacionado con el estrés es muy antigua. El tratado de Galeno sobre los tumores señala que las mujeres melancólicas, que presumiblemente tenían demasiada bilis negra eran mucho más susceptibles al cáncer que otras mujeres.

Walshes en su obra "The Nature and Treatment of Cancer", llamaba la atención sobre la influencia de la miseria mental, los reveses bruscos de la fortuna y los abatimientos habituales del humor, sobre la disposición de la materia carcinomatosa.

Hacia el final del siglo, otro médico inglés, Snow, revisó más de 250 enfermos y concluyó que "la pérdida de un pariente cercano era un factor importante en el desarrollo de cáncer de mama y útero".

Descartes por su parte, veía al cuerpo humano como una máquina, la enfermedad se presentaba cuando se estropeaba alguna parte de esta máquina. Con el fin de reparar el mal funcionamiento, era necesario conocer más sobre la función incluso de las más pequeñas partes y esto constituía el territorio de la Medicina. Los médicos de los siglos XVIII y XIX tenían tiempo para valorar y hacer una historia detallada de sus pacientes, en la cual se ponía énfasis en el ambiente emocional y estilo de vida, así como una serie de otros factores personales. Tales médicos probablemente conocían mejor y durante más tiempo al paciente, su familia, así como la naturaleza y significación de los acontecimientos personales y del ambiente. Los antiguos médicos tenían un acercamiento más personalizado, y por ende una sensibilidad y conocimiento de las posibles relaciones entre estrés y desarrollo de enfermedades de lo que es ahora posible. Si bien cabe destacar que actualmente se observa una mayor valorización, por parte del médico clínico, a poner el énfasis en una relación más personalizada dado que esto repercute positivamente en el tratamiento del paciente.

#### 4.3. Estrés y disfunción inmune: Estudios en animales

En los últimos años se han hecho muy diversas investigaciones acerca de estrés y cáncer. Basándose en estudios con animales se pudo evaluar la correlación entre estrés y crecimiento tumoral que muestran la vinculación de los factores psicológicos y la aparición y progreso de la enfermedad en humanos. También se han realizado estudios donde se comprobó que la situación de estrés altera la respuesta inmune, en general disminuyéndola tanto se trate de animales, como de humanos.

Las experiencias con animales permitieron demostrar que la exposición a estresores puede incrementar la morbilidad y mortalidad de trastornos inmuno-relacionados con el cáncer.

Bartrop y colaboradores (1977) estuvieron entre los primeros en reportar que estresores agudos tales como inmovilización forzada, shock intermitente, exposición a sonido, inducen en ratas una supresión de la proliferación linfocitaria. Mientras la exposición crónica puede estar asociada con habituación de la respuesta. (Luchina 1998).

Se encontró que las experiencias de separación temprana con la madre tienen efectos inmuno-supresores de importante duración. Ratas destetadas tempranamente presentan una mayor susceptibilidad a infecciones.

Laudenslager, Ryan, Drugan, Hyson & Maier (1983), realizaron un hallazgo muy significativo para pensar en un componente "psicológico", ratas sujetas a un shock eléctrico impredecible e incontrolable suave a moderado presentaban inmunosupresión. En contraste, el mismo estresor pero con la posibilidad de contro-

larlo escapando, no mostró evidencias de inmunosupresión. Lo que permite plantear una correlación entre la conducta de afrontamiento y la respuesta inmune. (Luchina, 1998).

#### 4.4. Estrés y función inmune en humanos

Es interesante observar como se da la integración entre ciertas respuestas psicológicas frente a determinadas vivencias, y el impacto que estos estados generan en el cuerpo. Durante el período clásico de la medicina psicosomática, tuvo importancia la hipótesis que postulaba que las perturbaciones afectivas o emocionales, dadas por la presencia de conflictos inconscientes irresueltos, eran causa potencial de desórdenes físicos. La exposición de una persona a una situación emocionalmente crítica y estresante constituía un factor predisponente significativo para contraer una enfermedad, que adquirió, la designación de psicosomática (Fernández Alvarez, 1994).

Estudios epidemiológicos (Friedman, Klein & Friedman, 1996) vinculan la presencia de eventos estresantes con un mayor riesgo de padecer enfermedad; parecería ser que la pérdida del cónyuge ha sido uno de los factores estresantes más frecuentemente estudiados. De hecho se ha observado que el cáncer aparece con una mayor frecuencia de lo esperado, entre tales individuos.

Thomas, (1976), estudiando prospectivamente estudiantes de medicina, encontró datos que sugieren que el cáncer tiende a presentarse en individuos opacados, no agresivos e incapaces de expresar adecuadamente sus emociones, siendo éstas características factores estresantes para la persona. Otros estudios se interesaron por el papel del estrés psicológico en la progresión de la enfermedad, se relacionó una menor supervivencia del paciente con la presencia de sensaciones de desesperanza, desamparo. (Luchina et al., 1998)

Rogentine, en 1977, encontró en pacientes operados de melanoma que aquellos que presentaban represión de la expresión de la emociones se podrían relacionar con un peor pronóstico. Los denominadores comunes entre los diferentes estudios, indican que la incapacidad para afrontar el estrés puede dar lugar a una mayor incidencia de cáncer y a disminución del tiempo de supervivencia. (Cooper, 1986).

Otros de los eventos estudiados fue la separación matrimonial dando índices similares a los estados de duelo, se lo relacionó con el tiempo de la separación y los sentimientos de ligazón de la pareja.

Los hechos que ligan el estrés con el cáncer, tanto en los seres humanos como en los animales, plantean una paradoja para quien los estudia, porque hay una contradicción entre este tipo de trabajo y el referido a la personalidad. Si se sostiene que el estrés puede producir o facilitar el crecimiento y metástasis del cáncer, se podría esperar entonces, que el cáncer estuviera asociado con altos niveles de neuroticismo y con psicosis. Por ejemplo una condición psicótica es altamente estresora para el individuo, así como también el alto grado de inestabilidad emocional, provoca situaciones inductoras de estrés, y aumenta el nivel de estrés experimentado por el individuo. Esto genera una aparente contradicción en el sentido de que aquellos rasgos de la personalidad que son estresores, también, al parecer, sirven para protegerle contra el cáncer, a pesar del hecho que el estrés se muestra frecuentemente como inductor del cáncer.

Eysenck (1983b) ha sugerido para ello una explicación llamada "efecto de inoculación". A partir de estudios con animales se hizo una distinción entre estrés crónico y agudo. El estrés agudo aumenta la incidencia de tumores espontáneos ya que puede producir inmunosupresión, mientras que el crónico tiene efectos contrarios, puede ejercer un "efecto de inoculación", es decir que el individuo aprende a convivir con el estrés generando mecanismos de adaptación adecuados, y por tanto, éste puede tener un efecto protector contra el cáncer.

Zimel y Col (1977) han mostrado que el estrés agudo puede exacerbar metástasis, pero que en condiciones de administración de condiciones adversas en forma crónica, la formación y crecimiento de las metástasis es inhibida, de modo parecido a como el estrés crónico inhibe la inducción y crecimiento de los tumores. El estrés agudo lleva a la depleción de catecolaminas, aumento de acetilcolina, síntesis y secreción aumentada de hormonas, e inmunosupresión. (Bammer y Newberry, 1985).

Para concluir, podría sostenerse que existen evidencias de que el estrés agudo produce crecimiento tumoral y exagera las metástasis, mientras que el estrés crónico favorece reducción del desarrollo tumoral e inhibición de metástasis. Como ha señalado Eysenck (1983b) "Nosotros podemos llamar quizás a este efecto, un efecto de inoculación", es como si la experiencia previa del estrés, inoculara al animal contra los estados de estrés subsiguientes, haciéndolos menos efectivos o revirtiendo los cambios biológicos producidos."

#### 4.5. Influencia del estrés en el organismo

Se han señalado muchos factores externos como causa de diversos cánceres, tales como irradiación solar o de rayos X, amianto, alquitrán, calor local excesivo, etc. Los dos mecanismos internos más importantes, que influyen en el crecimiento maligno son los factores hormonales y la competencia inmunológica

del individuo. El sistema nervioso central juega un papel importante en el control de estas determinantes. Es destacado que tanto la función endocrina como inmunitaria son sensibles al estrés.

Es sabido que las células malignas se desarrollan intermitentemente en varios órganos y tejidos. En individuos susceptibles, estas células son capaces de establecerse y multiplicarse hasta convertirse en lesiones malignas detectables clínicamente, mientras que en un individuo "sano" su sistema inmunitario es capaz de reconocer y destruir tales células anormales.

Cuando nos exponemos a algún agente extraño, como por ejemplo un virus, el organismo responde produciendo anticuerpos para combatir o aumentar la resistencia al agente ofensivo. Contrariamente, cuando las defensas inmunitarias están disminuidas el cuerpo es más susceptible a las infecciones.

Riley (1975) sostiene que el estrés produce la activación de las glándulas adrenales, lo cual supone un incremento en la producción de corticoesteroides, que a su vez tiene como consecuencia una involución del timo y ganglios encargados de la producción de linfocitos, y por lo tanto un debilitamiento del sistema inmunológico encargado de proteger al organismo. Sostiene que aunque el estrés no sea, la causa primaria del cáncer, éste constituye la circunstancia responsable de una reacción fisiológica y bioquímica del organismo que permite su aparición y favorece su desarrollo.

A principios de siglo, los descubridores del sistema inmunitario ya se habían preguntado si una de sus funciones no podría ser la identificación y destrucción de células cancerosas. En 1909, Paul Ehrlich sostiene: "Estoy convencido de que durante el desarrollo y crecimiento del hombre, las células malignas proliferan en gran número pero que en la mayoría de las personas permanecen en estado latente debido a la acción protectora del huésped". (Bayés, 1985).

Esta concepción preside la denominada teoría de la vigilancia inmunológica que ha permanecido vigente durante muchos años. De acuerdo con ella, la función del sistema inmune consistiría en reconocer los elementos extraños que aparecen en el organismo y destruirlos a través de la acción de anticuerpos circulantes y células especialmente diseñadas para matar, como los linfocitos T. En condiciones normales, el organismo sería capaz de discriminar y eliminar células cancerosas de la misma forma en que lo hace con los virus o bacterias.

Wayner, Cox y Mackay (1979) sostienen que el estrés puede influir sobre la iniciación del cáncer de varias maneras: 1) aumentando la exposición del sujeto a un carcinógeno; 2) interactuando con los efectos de un carcinógeno; 3) permitiendo la expresión de un potencial genético latente (heredado o aprendido) a través de un cambio en el ambiente hormonal.

Los datos disponibles sugieren que determinadas variables psicológicas, especialmente la carencia de estrategias adecuadas para enfrentar situaciones de estrés, se encuentran asociadas con una mayor incidencia de cáncer.

Para ilustrar como el estrés afecta el sistema inmunitario, una investigación realizada con estudiantes revela que el estrés social tiene fuertes efectos sobre la función del sistema inmune, tales como la actividad de las células destructoras. El grupo con alto estrés-alta soledad tenía menor nivel de actividad de las células destructoras, observándose lo opuesto en el grupo de bajo estrés-baja soledad.

Parece claro entonces, que el estrés puede causar alteraciones en distintas áreas dentro del sistema inmunológico y que la función disminuida de éste predispone al crecimiento de células anormales. Cabe aclarar que es imposible definir o cuantificar satisfactoriamente el estrés.

Rosch (1980), sostiene que el estrés emocional en los seres humanos puede ejercer efectos mucho más profundos que el estrés físico, como ha sido demostrado en los estudios hechos en pilotos de autos de carrera. Tales tipos de estrés, sobretodo si son graves, repetitivos o prolongados, pueden dar lugar a respuestas primitivas que contribuyen a padecer hipertensión, enfermedad coronaria, úlcera péptica, artritis, cáncer y una serie de otros desórdenes que involucran la competencia inmunológica. (Cooper, 1986).

El efecto del estrés psicosocial es muy importante, Jenkins (1983) revela un incremento de mortalidad, en aquellas áreas donde la pobreza, hacinamiento, divorcio y familias fragmentadas eran prevalentes. Se está empezando a apreciar el importante efecto del estrés psicosocial, crónico, insidioso, pobremente cuantificado, pero que de todas maneras puede resultar letal. (Cooper, 1986).

Para concluir, si bien no se conoce aún el factor determinante de resistencia al cambio maligno, cada vez cobra más importancia el tener en cuenta actitudes de la conducta y respuestas relacionadas con estrés, exageradas e inapropiadas; al enfocar el problema de quién desarrolla cáncer y sus consecuencias. Por último resulta interesante tomar en consideración la siguiente frase "Muchas veces es más importante saber qué clase de paciente tiene la enfermedad, que qué clase de enfermedad tiene el paciente."

#### 4.6. Estrés: Perspectivas actuales

Al final del siglo XIX se consideró por primera vez el posible vínculo entre estrés y cáncer, estudios realizados por Paget (1870) arrojaron que son frecuentes los casos en los que estados de ansiedad, deses-

peranza y desengaño son rápidamente seguidos por un desarrollo y aumento de cáncer, de modo tal que resulta difícil dudar de dicha influencia. (Bayés, 1985).

Se observa un cierto número de ejemplos en los cuales la enfermedad de cáncer sigue inmediatamente a una emoción anterior, de carácter estresante o depresivo, número que es demasiado grande para atribuirlo al azar. A lo largo del comienzo del siglo XX se han hecho sugerencias sobre la relación entre factores psicosociales y cáncer, culminando en el libro de Evans (1926) en el cual se señala que una de las causas principales de cáncer era la pérdida de amor o de una relación emocional importante. Se pensaba que la susceptibilidad asociada con la incapacidad para asumir la separación y / o sensación de pérdida y desamparo, aumentaba las chances de contraer la enfermedad. Su análisis de los pacientes de cáncer le condujo a creer que algunas personas que sufrían penas importantes, dirigían su energía psíquica hacia su interior, contra sus propias defensas corporales naturales. (Cooper, 1986).

Ha habido muchas explicaciones de cómo el estrés puede causar enfermedad. Foque (1931) creía que había una multiplicidad de causas secundarias para el cáncer, tales como los rayos X, productos químicos y virus. Sin embargo, desde su punto de vista, las células tienen que estar en un estado receptivo, antes de que el proceso canceroso pueda comenzar. El creía en el papel de las emociones tristes como activadoras y causas secundarias en la activación de los cánceres humanos. El sistema nervioso a través del metabolismo, actúa sobre los balances endocrinos del cuerpo, de tal modo que la célula es colocada en un estado que la hace sensitiva y receptiva al carcinógeno.

Fox (1978) sugirió, sin embargo que hay dos mecanismos causantes primarios del cáncer: 1) "carcinogénesis, la producción del cáncer por un agente o mecanismo que supera las resistencias existentes en el cuerpo", y 2) "resistencia disminuida frente al cáncer, por ejemplo un estado emocional debilitado, la cual permite a un carcinógeno potencial, que normalmente es insuficiente para producir cáncer, lograrlo". Este mecanismo compromete al sistema inmunosupresor del organismo, transformando al individuo "inmunodeficiente", y por tanto en riesgo de padecer una u otra forma de cáncer, dependiendo de la vulnerabilidad de determinados órganos.

Seyle (1979), cree que el estrés juega algún papel en el desarrollo de todas las enfermedades. "Los efectos pueden ser curativos como por ejemplo varias formas de estrés inducidos externamente, tales como (terapia de choque, terapia física), o perjudiciales, dependiendo si las reacciones bioquímicas generadas por estrés, por ejemplo hormonas del estrés o reacciones nerviosas al estrés, combaten o acentúan la perturbación". (Cooper, 1986).

En conclusión, el hallazgo fundamental de estos estudios consiste en que la relación más significativa entre estrés y cáncer parece ser la incapacidad de superar eficazmente los conflictos, y no la exposición de los estresores per se; esto es cierto, tanto en lo que refiere a los efectos sobre el crecimiento del tumor, como sobre los cambios hormonales relacionados con el sistema inmunitario que pueden afectar la neoplasia.

De todos modos, si bien es cierto que al hablar de estrés pueden encontrarse elementos comunes o generalizaciones acerca de reacciones, estilos de afrontamiento, rasgos de personalidad, etc., es importante tener en cuenta el concepto de vulnerabilidad individual, que incluye aspectos genéticos, formas particulares de respuesta, situación familiar, tipo de personalidad, entre otros. Se debe considerar el interjuego entre demandas entendidas como situaciones externas que se caracterizan por tipo de trabajo, tipo de eventos vividos, tipo de relaciones sociales, y recursos entendidos como características externas de la respuesta, por ejemplo, actitud pasiva o activa. Estas variables sólo pueden permitir establecer tendencias, proyecciones entre condiciones que caracterizan la situación de los sujetos y ciertos resultados de estrés y / o enfermedad. Pero no permite conocer la trayectoria individual, las motivaciones específicas, la historia y los significados que para un sujeto tiene una situación que en su caso particular resulta traumática, lo enferma, y para otro quizás sea poco significativa.

#### 4.7. Tabla 4: Estados del Síndrome General de Adaptación

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. <u>Reacción de alarma</u>   | a) Fase de choque: Reacción inicial e inmediata a un agente nocivo. b) Fase de contrachoque: Movilización de las defensas, en la que la corteza suprarrenal se agranda y se segrega más hormona corticoide. |
| 2. <u>Etapa de resistencia</u> | Implica la adaptación al estímulo estresor, pero decrece la capacidad de uno a arreglárselas con estímulos subsecuentes.  |
| 3. <u>Etapa de agotamiento</u> | Sigue a un periodo de adaptación prolongado y grave.  |

## 5- Sistema inmunológico

### 5.1. Teoría de la vigilancia inmunitaria y otras investigaciones

El sistema inmune, como el sistema nervioso y endocrino, juega un papel importante en la adaptación, contribuyendo a mantener la homeostasis y la integridad del cuerpo. La clave de una inmunidad efectiva es la capacidad de reconocer antígenos extraños y, gracias a una serie de mecanismos y vías celulares, lograr su eliminación del organismo. La modulación precisa del funcionamiento del sistema inmune es crucial para el individuo, ya que una excesiva activación puede llevar a enfermedades autoinmunes como la alergia, mientras que una sobresupresión puede promover enfermedades infecciosas y cáncer. Se puede considerar el sistema inmune dentro del mismo esquema conceptual de autorregulación que otros sistemas del cuerpo.

Por otra parte los factores psicológicos pueden modular la respuesta inmune: tanto el estrés como los trastornos afectivos están relacionados con inmunosupresión.

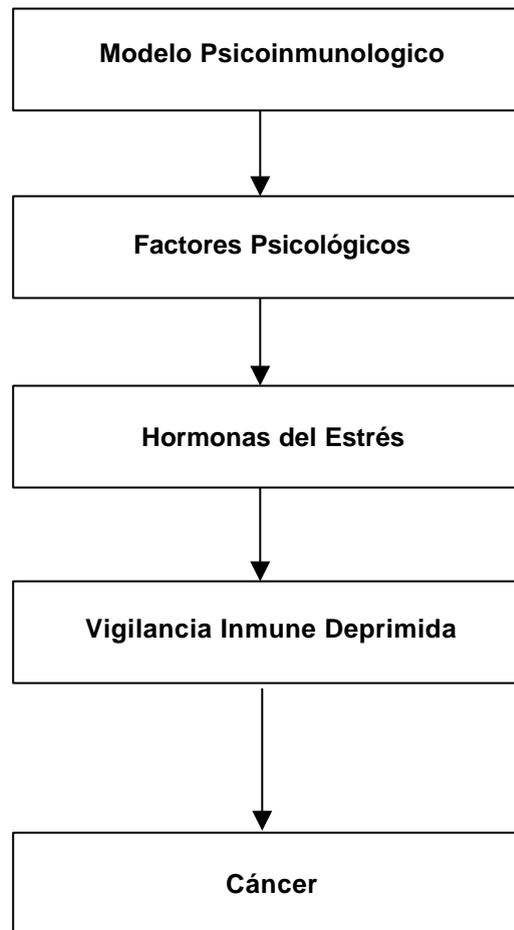
En 1959, Thomas adelantó de manera intuitiva la idea de la vigilancia inmunitaria, centrada posiblemente en torno a que la inmunidad mediada por células, fuera un mecanismo primario para el control de las neoplasias.

En aquella época (Green, 1954; Burnet, 1957) sugirieron que ya se conocían muchos agentes capaces de provocar cambios antigénicos y neoplasias y que, como consecuencia de una pérdida progresiva de antígenos recién adquiridos, una transformación potencialmente maligna podía eludir poco a poco el control inmunológico y establecerse como neoplasia maligna. (Bammer y Newberry, 1985).

*Todas estas observaciones dieron lugar a la teoría de la vigilancia inmunitaria, que sostiene que la inmunidad adaptativa se desarrolló como un mecanismo específico destinado a evitar la aparición de células mutante malignas (Burnet, 1970c). En esencia, una de las funciones de la vigilancia inmunitaria es reconocer y eliminar pequeños grupos de células neoplásicas por mediación del sistema inmune antes de que puedan descubrirse en el plano físico y sin que el huésped las reconozca de modo consciente, contribuyendo a la homeostasis. Esta teoría sostiene que los factores psicológicos mediatizan las respuestas ante acontecimientos estresantes. A los factores psicológicos los define como dimensiones de personalidad, bien como estrategias de afrontamiento o bien como actitudes. Las respuestas psicológicas que emiten algunos individuos los hacen vulnerables al estrés. Dichos individuos segregan más hormonas del estrés en el torrente circulatorio, las cuales influyen sobre el sistema inmune disminuyendo sus funciones de defensa.*

El sistema inmunitario puede verse sometido a stress provocado por factores ambientales tanto internos como externos que alteren de forma significativa la inmunidad adaptativa. Cualquier estado de estrés que origina depresión inmunitaria contribuirá probablemente al establecimiento de un tumor. El funcionamiento del sistema inmunitario es muy complejo, la mayor parte de sus reacciones sirven para aportar inmunidad adaptativa específica a los agentes infecciosos. Se ha demostrado que la inmunidad es consecuencia de reacciones celulares tanto directas como cooperativas y de reacciones de sus productos humorales, anticuerpos y linfocinas. (Hochman 1979).

La información recaudada indica que existe una heterogeneidad de mecanismos inmunológicos que pueden movilizarse y hacerse eficaces frente a una amplia gama de agresores, parte de los cuales tienen la facultad de aumentar su concentración en forma progresiva si no se contrarresta su acción. Sobre este complejo trasfondo ha surgido el concepto de vigilancia inmunitaria para el control de la célula neoplásica.

**5-1 (a). Figura 1. Teoría de la Vigilancia Inmunitaria****5.2. Células que intervienen**

El sistema inmune se lleva a cabo mediante dos tipos inmunitarios de defensas que se dividen en inmunidad celular y humoral. En ambos casos, se trata de reacciones frente a antígenos (usualmente proteínas extrañas al cuerpo, como bacterias o tejidos extraños). La inmunidad celular es efectuada por linfocitos T y / o sus productos, mientras que la humoral es la inmunidad debida a anticuerpos circulantes producidos por linfocitos B. Los linfocitos T y B se piensa que derivan de un precursor común, y se desarrollan modulados por factores de crecimiento y diferenciación específicos. Las células T maduran en el timo en dos principales subpoblaciones: T *helpers* y T *supresoras*, las células T *helpers* producen citoquinas como los interferones y el factor B para la diferenciación celular. Hay también una subpoblación de células linfocíticas no T, no B; son aproximadamente el 5% de los glóbulos blancos, que son llamados células Natural Killer (NK). Actúan como células citotóxicas que no necesitan ser preparadas en el contacto con el antígeno para reconocerlo y destruirlo, atacan células tumorales. Existen pruebas de que diversos estados patológicos puede elevar el número y actividad de las células asesinas naturales.

Por otro lado se ha demostrado que el interferón además de influir en la actividad citotóxica asociada con las células asesinas naturales, puede ejercer efectos inmunosupresores por medio de acción directa sobre las células B y suprimir la proliferación celular de linfocito B y T. (Bammer y Newberry, 1985). Siguen acumulándose datos acerca de las células NK y sus interacciones con y por causa del interferón, dichas interacciones pueden determinar o bien la posibilidad de controlar las células neoplásicas por medio de vigilancia inmunitaria o bien, ayudar a la célula a eludir un reconocimiento inmunitario precoz más específico.

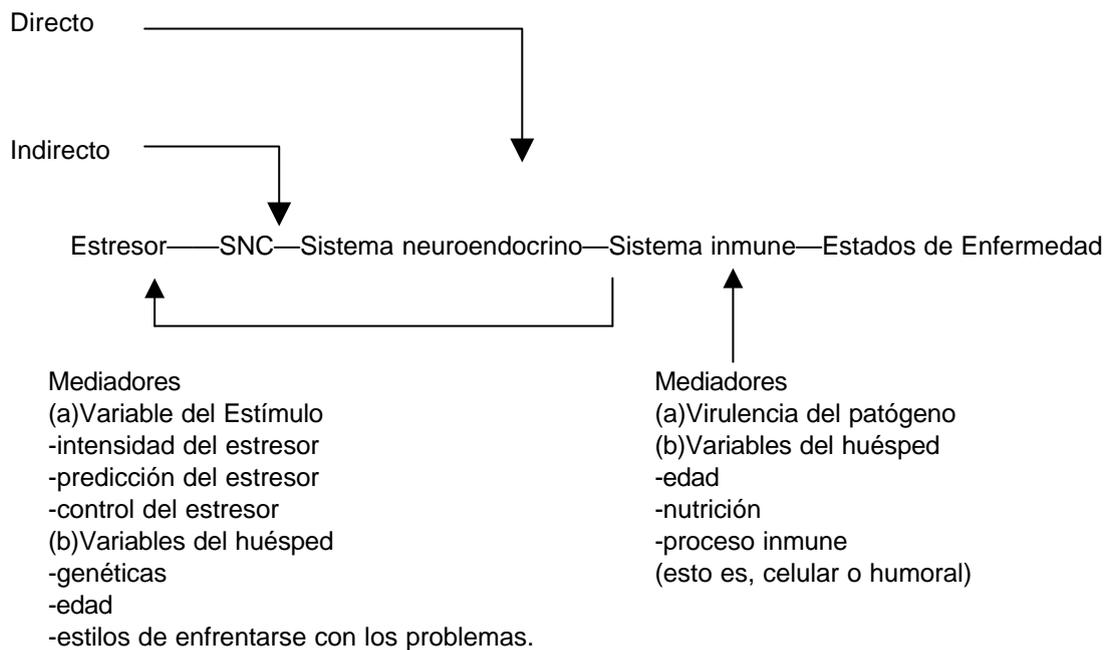
En base a lo sostenido anteriormente, hoy en día debe considerarse a la célula NK como una posible célula de primera línea de defensa en toda teoría de la vigilancia inmunitaria. Parecería claro que ante la presencia de un tumor aparece la reacción del sistema inmunitario ante un agente infeccioso. El estrés

físico, biológico o psicosomático influiría en las consecuencias de la inmunidad y desempeñaría, por lo tanto un papel determinante en la etiología de enfermedades como el cáncer.

**5.3. Sistema inmunitario y el estrés**

En la aparición de la enfermedad, el sistema de defensa está comprometido o es incapaz de reconocer el material extraño. Ninguno de los sistemas de inmunidad, el celular y el humoral, está totalmente desarrollado y la inmunocompetencia aumenta durante la infancia y la adolescencia. En la vejez, la regulación inmunitaria está lesionada y este período de vida está asociado con una mayor incidencia de enfermedades tales como el cáncer (Kay, 1980).

**5-3 (a). Figura 2**



**5-3 (a). Figura 2.** Los estresores producen alteraciones de los neurotransmisores, los cuales pueden influir sobre el estado de enfermedad, bien directamente actuando sobre los tejidos diana del sistema inmune, o influyendo la actividad neuroendocrina, la cual a su vez afecta a los procesos inmunes. Además, el sistema inmune suministra información sobre la actividad patogénica al sistema nervioso central. Las reacciones del organismo a la aplicación del estresor son medidas por factores tales como la intensidad del estímulo y su control, así como la edad y la historia genética, y de estrés del huésped. Igualmente, estas variables median la capacidad del huésped, para montar una respuesta inmune a la estimulación del patógeno.

**5.4. Sistema inmunológico y cáncer**

El cáncer se caracteriza por la proliferación incontrolable de las células. Para que el cáncer pueda desarrollarse, deben tener lugar dos cambios esenciales. Primeramente, las células normales deben transformarse en células malignas, como resultado de código genético, la mutación espontánea o la exposición a un carcinógeno. En segundo lugar, debe ocurrir un fallo de las defensas contra la proliferación celular anormal (Penn, 1981). Además, las células malignas pueden escaparse de la masa tumoral, y viajar a través de los vasos sanguíneos o el sistema linfático, provocando la aparición de tumores secundarios, proceso este, denominado metástasis.

Bartrop y col (1977) trabajaron con un grupo de 26 adultos, durante varias semanas después de la muerte de sus cónyuges. En ninguno de los intervalos investigados se encontraron diferencias con los controles, con respecto a la cifra total de linfocitos. Sin embargo, las células T estuvieron significativamente deprimidas durante un período de 6 semanas posteriores, pero no durante las 2 semanas siguientes al duelo. De modo similar, Schleifer y col. (1983) investigaron prospectivamente las respuestas de un grupo de hombres cuyas esposas estaban en avanzado estado de cáncer. Comparando con los datos anteriores al duelo, el número

total de linfocitos y la proporción relativa de células T y B, no cambió en las 5 a 7 semanas siguientes a la aflicción. Sin embargo, las respuestas en las células T y B fueron significativamente deprimidas en aquel momento.

Estas investigaciones reflejan que hay una respuesta gradual del sistema inmunitario a un estado de estrés crónico. Los estados de estrés experimentados inmediatamente después de la pérdida de un cónyuge son cualitativamente diferentes a los que se encuentran en semanas y meses posteriores, es decir que los estados inmunológicos son diferentes. Al comienzo de la acción de un estresor traumático, se estimula un proceso activo que sirve para combatir el impacto emocional. Así, al poco tiempo del trauma, el funcionamiento inmunitario no sería deprimido, pero con el paso del tiempo y la resultante disminución del embotamiento emocional, la expresión del funcionamiento inmunológico reducido sería evidente. Existen numerosos informes que indican que éste es un periodo asociado con aumento de enfermedad, ingresos hospitalarios y mortalidad.

En base a lo sostenido anteriormente los factores psicosociales pueden influir sobre el curso de las enfermedades mediadas inmunológicamente. La influencia de estresores dependerá del estilo individual de enfrentarse con los problemas de la vida y los recursos o apoyos sociales disponibles. De todos modos los datos que sugieren una relación significativa entre enfermedad y acontecimientos estresantes deben ser interpretados con precaución por los siguientes motivos:

- 1) Como los estresores son considerados como una serie de cambios que se suman, mas que acontecimientos, pueden ser calificados como positivos o negativos para el individuo. Por ejemplo un divorcio suele tener un alto nivel en la graduación de estrés, mientras que para algunos individuos, implica una reducción de la ansiedad y el estrés. Si se considera al estrés como un cambio en la vida, las situaciones crónicas, como por ejemplo una incapacidad física no serían consideradas como estresantes.
- 2) Algunos acontecimientos son confundidos con estados de una enfermedad ya existente. Por ejemplo la falta de sueño puede ser considerada como un estresor, cuando en realidad puede ser síntoma de enfermedad.
- 3) Dado que la detección clínica del cáncer puede ocurrir años después de la presencia inicial de células malignas, la valoración de la historia del estrés durante el periodo de los 6 o 12 meses precedentes al diagnóstico de la enfermedad puede ser de dudoso valor (Fox 1978).

## 6. Prevención

### 6.1 Introducción

Existen cantidad de pruebas de que psique - soma son inseparables, y que los factores psicológicos pueden predisponen al cáncer. Entre los factores que implican un riesgo de cáncer están la pérdida de objeto, desesperación, depresión, desamparo, dificultades para expresar emociones y el uso de actitudes inadecuadas para afrontar las tensiones vitales. Las personas responden por lo general a factores de estrés como si éstos implicaran una amenaza más grave de la que realmente existe. Este estado continuo de alerta predispone a la enfermedad. Desde esta perspectiva básica, el cáncer es un síntoma de una disfunción más general.

De acuerdo a lo analizado previamente en este trabajo, el desarrollo de cáncer podría inhibirse si las personas aprendieran a enfrentar los problemas sin experimentar estados anormales de angustia. Desde este punto de vista pueden ser de utilidad la obtención de una historia emocional y el asesoramiento psicológico. La medicina se ocupa sobre todo de tratar la enfermedad antes que prevenirla, a pesar de que las medidas preventivas podrían ser tan o más beneficiosas para la salud del individuo. Es necesario empezar a priorizar la medicina preventiva o la promoción de la salud; la investigación del cáncer debe centrarse en aspectos que ofrezcan mayores posibilidades de reducir la mortalidad por cáncer. El individuo es el responsable último de la manera como afronta sus procesos psicológicos y, en consecuencia, de su susceptibilidad a la enfermedad. La medicina y demás instituciones sociales deben focalizar las iniciativas en esta dirección.

La prevención del cáncer se debe basar en algunas disciplinas tradicionales como la epidemiología, pero debe incluir también la sociología, psicología, etc. Dicha prevención dependerá de una combinación de conocimientos y comportamientos individuales y colectivos.

Varias investigaciones demuestran la relación existente entre la expresividad emocional, el estrés y el sufrimiento de cáncer. En los siglos XVIII y XIX, varios autores expresaron ideas semejantes; parece que entre sus pacientes los precursores observados con más frecuencia eran los siguientes:

- 1) Pérdida de una figura significativa (padre, hijo, cónyuge, etc.) por muerte o separación.
- 2) Frustración de situaciones y objetivos vitales importantes.

- 3) Tendencia a la desesperación, el desamparo y la aflicción al enfrentarse a estrés, frustración o pérdida, o las tres cosas.

En 1959, el presidente de la Asociación Norteamericana de cáncer decía: "Cualquiera que tenga una experiencia amplia en el tratamiento del cáncer sabe que hay grandes diferencias entre los enfermos....Yo mismo he observado pacientes con cáncer que tras someterse a tratamiento con éxito han vivido sanos durante años; luego, un estrés emocional, como la muerte de un hijo en la segunda guerra mundial, la infidelidad o la carga psíquica de una situación de desempleo prolongada parecen haber actuado como factores precipitantes de la reactivación de su enfermedad con resultados fatales... Hay pruebas contundentes de que el sufrimiento emocional influye en el curso de las enfermedades... En consecuencia, nosotros, como médicos, podemos empezar a subrayar el tratamiento global del paciente, al tiempo que aplicamos el de la enfermedad concreta que sufre. Podemos aprender en qué modo es posible influir en los sistemas generales del organismo y modificar por mediación de ellos la neoplasia asentada en el interior del cuerpo."

"Al tiempo que proseguimos la búsqueda inexorable de datos que nos ayuden a erradicar el cáncer...investigando nuevos métodos para controlar su crecimiento, tanto en el interior de la célula como a consecuencia de influencias sistemáticas, cabe esperar que nos sea posible ampliar la indagación a la clara comprobación de la existencia en el interior de la mente de un poder capaz de ejercer fuerzas potenciadoras o inhibitoras del avance de esta enfermedad." (cfr. Stoller y Marmorston, 1981)

Para ilustrar lo sostenido anteriormente, Achterberg y Lawlis (1978) desarrollaron un modelo basado en las investigaciones de Seyle sobre estrés vital, y sostienen lo siguiente: "Las emociones que acompañan al estrés (temor, ansiedad y depresión) se reflejan en la actividad del sistema límbico, afectando directamente la función hipotalámica e hipofisaria. La hipófisis regula toda la actividad hormonal. Además se ha comprobado la relación entre desequilibrios en la actividad hormonal y aumentos del crecimiento maligno. Se ha observado que la hipersecreción de las suprarrenales afecta al timo y ganglios linfáticos y en consecuencia, leucocitos. De este modo, el estrés ejerce una influencia doble en el proceso maligno: 1) aumenta la producción de células anómalas. 2) disminuye la capacidad del organismo para destruirlas. Mientras que la formación de imágenes positivas puede servir para aliviar el estado emocional y así, interrumpir el ciclo estrés-enfermedad-estrés". (Cooper, 1986).

Así como muchos autores sostienen que un sufrimiento intenso puede desencadenar cáncer en una persona predispuesta, es apto pensar que varias medidas psicoeducativas pueden ser de suma eficacia para la inhibición de su avance, es decir que si un individuo puede aprender a afrontar de modo eficaz situaciones y acontecimientos será capaz de hallar soluciones adecuadas concretas para la mayor parte de los problemas. Estas consideraciones son muy importantes en el diagnóstico y la prevención. Es posible que puedan utilizarse valoraciones de la historia emocional como método de exploración selectiva, que sirva para identificar personas en quienes sea muy probable la aparición de procesos malignos. Además, dado que la emotividad está relacionada en alguna forma con la patogenia del cáncer, el asesoramiento y la psicoterapia pueden ser muy útiles en la prevención de estados emocionales de gran intensidad.

## 6.2. Prioridades de la prevención

El objetivo del profesional de la salud debe ser entender al paciente no solo como tal, sino como una persona, para determinar las circunstancias que precipitaron su enfermedad y los conflictos subyacentes, es decir el desequilibrio de su estado emocional.

Aspectos prioritarios dentro de la prevención:

- a) La primer prioridad es la promoción de la salud, que exigirá un esfuerzo máximo por parte de todos los profesionales de la Salud. Para que el hombre esté "sano", debe organizar su vida pensando en tal objetivo, tal organización solo podrá lograrse gracias a la autoconciencia, es necesario tener disciplina y voluntad. La promoción de la salud pondrá interés especial en una nutrición adecuada, reposo necesario, ejercicio, condiciones laborales saludables, control de la contaminación ambiental, etc..
- b) La segunda prioridad es la prevención de enfermedades concretas: inmunización, campañas contra el tabaco, y consumo de bebidas alcohólicas, control de toxinas ambientales e industriales. También puede considerarse prevención, el descubrimiento precoz de una enfermedad existente, pero no manifiesta clínicamente cuando puede evitar o retrasar las complicaciones.
- c) La tercer prioridad es el tratamiento de alteraciones, enfermedades y lesiones en individuos. Tal tratamiento tiene una importancia vital para la persona enferma. Debe aplicarse a conciencia y a un costo que no sea excesivo ni para el individuo ni para la sociedad. Con respecto a la salud pública, es imperativo que la investigación vaya encaminada primero y sobre todo a los factores que tienen probablemente un mayor impacto en la mortalidad por cáncer. Hay posibilidades de identificar una situación de riesgo menor, si pueden estudiarse grupos de población sanos lo bastante amplios en lo que respecta a los factores de riesgo importantes. La interpretación de un bajo riesgo para la salud personal, es verdadero control del cáncer.

En conclusión sería muy beneficioso para cada individuo poder desentrañar su propia estructura psicológica, sus tendencias, reacciones, motivos ocultos, creencias, objetivos autoimpuestos y discernir si estas reacciones o respuestas contribuyen al caos o a la armonía. El profesional tiene la obligación de colaborar en este esfuerzo, insistiendo en demostrar una y otra vez que el grado en que exista caos o armonía en el interior de nuestra mente y estructura psicológica, puede determinar la medida en que existe enfermedad o salud dentro de nuestro cuerpo, e incluso en el cuerpo colectivo que denominamos sociedad. Si se elude esta responsabilidad sólo se logrará perpetuar nuestra ignorancia.

Tanto el manejo de los estados emocionales como la multiplicidad de situaciones estresantes tendrían influencia en la génesis como en el tratamiento de cáncer. Sin embargo no todas las personas que se han encontrado expuestas a estimulaciones carcinógenas como tabaco, alcohol, rayos ultravioletas, etc., durante un tiempo e intensidad similares contraen cáncer, sólo algunas de ellas lo hacen. Esto corrobora, como se sostuvo anteriormente, que el cáncer es un fenómeno multicausal, es decir que se requiere de la interacción de varios factores en una compleja y desconocida combinación de intensidad, tiempo de exposición y estados bioquímicos del organismo para que el resultado sea diagnosticable clínicamente.

Dentro de la prevención primaria, las estrategias de autocontrol individual y las técnicas de modificación de conducta son muy útiles. Por ello, desde el punto de vista preventivo es importante adiestrar a los individuos que se encuentren enfrentados a situaciones de alto riesgo, como por ejemplo la muerte de la pareja o una jubilación forzosa, en estrategias adecuadas para afrontarlas, con el mínimo peligro posible para su salud. Al hacerlo, posiblemente se consiga disminuir el grado de vulnerabilidad del individuo ante las enfermedades en general, y en el caso del cáncer, interrumpir un ciclo precanceroso en marcha.

Por otro lado, el aprendizaje de estrategias adecuadas para hacer frente a situaciones de estrés, como envejecimiento y muerte, de carácter inevitable, deberían formar parte de la educación escolar. Fomentar investigación en este terreno es una prioridad social.

### 6.3. Prevención primaria y sus obstáculos

Si bien este trabajo tratará la prevención primaria, se debe hacer una distinción entre prevención primaria, secundaria y terciaria. La atención primaria se lleva a cabo antes de que surja la enfermedad y tiene por misión impedir su aparición, es por ende el tipo de intervención más deseable.

La prevención secundaria tiene como objetivo localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria, trata, si es posible, de detectar la enfermedad en sus estadios iniciales o inmediatamente previas a su probable aparición.

La prevención terciaria se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado, y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas, (Zourbas, 1979), citado por Bayés (1985).

El riesgo de enfermedad neoplásica puede disminuirse y en algunos casos, reducirse a cero, por ejemplo cambiando los hábitos de comportamiento implicados. Sin embargo, hay una serie de obstáculos para la puesta en marcha de programas eficaces para conseguir la prevención primaria del cáncer. Dentro de estos obstáculos se encuentra el comportamiento individual, donde se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

- a) El carácter placentero, reforzante, inmediato de muchos estímulos carcinógenos: comida, sexo, drogas, comodidad, estética, etc.
- b) Los estímulos sospechosos de promocionar cáncer, como por ejemplo, algunas sustancias que reducen o eliminan estrés, otras que suprimen los insectos o plagas del campo, etc.
- c) Los estímulos intermediarios, como el dinero, en forma de salario o beneficio, o el poder, conseguidos gracias a la producción, distribución, publicidad de los estímulos carcinógenos o promotores mencionados con anterioridad.
  - Una persona que es expuesta a estimulaciones carcinógenas, a pesar de la enorme prevalencia y mortalidad por cáncer, su probabilidad de desarrollar la enfermedad en un momento determinado de su vida es pequeña. Debido a ello, se observa, que el comportamiento del individuo es escoger estímulos carcinógenos que pueden promocionar placer en forma inmediata, a pesar de las consecuencias terribles que a largo plazo le puede reportar.
  - Además, los medios de comunicación permanentemente promocionan modelos deseables que implican la satisfacción inmediata a través del consumo de productos o acciones potencialmente carcinógenas: tabaco, bebidas alcohólicas, comidas ricas en grasas, promiscuidad sexual etc. Todo esto se gesta en un clima altamente competitivo y generador de estrés, producido por la necesidad constante de triunfar y de permanecer siempre jóvenes y bellos.
  - El miedo a perder el puesto de trabajo o los beneficios económicos asociados, directa o indirectamente, a la comercialización o producción de sustancias potencialmente cancerígenas.
  - La actual confianza de los individuos en el poder sin límites de la medicina científica, y que en breve

los investigadores descubrirán una nueva droga milagrosa capaz de curar el cáncer. Todo esto lleva al individuo a preguntarse ¿Para qué renunciar ahora a cosas agradables para prevenir cáncer si mas adelante se dispondrá de un tratamiento capaz de eliminarlo con rapidez y eficacia?

Al trabajar en prevención, también es importante tener en cuenta el dilatado lapso de tiempo que separa la exposición a la estimulación cancerígena, de la aparición clínica de la enfermedad. Los estudios sostienen que existe una diferencia de unos 20 años entre el momento en el que un individuo empieza a fumar asiduamente, y el tiempo en que se diagnostica cáncer de pulmón; por otra parte, la exposición a los carcinógenos industriales raramente produce la enfermedad en menos de 10 años (Cairns, 1978). Esta brecha existente entre el estímulo y una respuesta discriminable del organismo, indica que evidentemente deben existir estadios intermedios no detectables. Esto sumado a las implicancias comportamentales mencionadas con anterioridad, debilitará la probabilidad de que el individuo emprenda un cambio de hábitos del que sólo obtendrá beneficios en un futuro lejano. (Bayés, 1985).

#### **6.4. Prevención de cáncer: Comportamiento alimentario**

La dieta podría incluirse dentro de la prevención primaria. Esta constituye uno de los aspectos a considerar en nuestro estilo de vida, junto a hábitos laborales y familiares. Es necesario destacar su importancia por los siguientes motivos:

- a) La alimentación está considerada, al igual que el tabaco, como principal factor responsable de la actual incidencia de cáncer en el mundo.
- b) No existe conciencia de esta realidad ni siquiera dentro del mundo universitario.
- c) La mayoría de las investigaciones pone énfasis en la influencia del tabaco, no así en la alimentación.
- d) Un cambio positivo en nuestros hábitos alimentarios contribuiría no sólo a prevenir la aparición y desarrollo de cáncer, sino también de muchas otras enfermedades.

Según Miller (1980), la evidencia científica disponible indica que la nutrición se encuentra asociada con ciertos cánceres, pero que los mecanismos por medio de los cuales la dieta afecta al desarrollo cancerígeno todavía no son completamente conocidos. La dieta puede ejercer un efecto por diferentes caminos: a) Carcinógenos, como componentes de la comida, tanto naturales como en forma de aditivos; b) Carcinógenos producidos en la alimentos a través de distintos métodos de cocción; c) Carcinógenos producidos en el organismo, por ejemplo, en el estómago e intestino, a partir de constituyentes de la ingesta; d) Efectos indirectos de la desnutrición o de la malnutrición, e) Efectos indirectos de la sobrealimentación; y f) Efecto protector de ciertos factores dietéticos.

Reiteradas investigaciones sugieren como estrategia para prevenir el cáncer de intestino, cambios moderados en la dieta consistentes en reducción de un 10% en las grasas consumidas, agregar a la ingesta diaria salvado de trigo, rico en fibra, y consumo de dos a tres inhibidores potenciales, por ejemplo selenio, vitamina C o A.

Sería importante evaluar si una de las funciones del psicólogo que trabaja en el ámbito de la salud podría ser la de informar al paciente acerca de la influencia significativa de la dieta en el desarrollo de cáncer. La Sociedad Americana del Cáncer (2003) publicó un estudio longitudinal que revela la relación entre cáncer y gordura. Los investigadores evaluaron durante 16 años a 900.000 personas que no tenían cáncer cuando se inició el estudio en 1982. Llegaron a la conclusión de que, el exceso de peso puede haber sido responsable del 14 % de todas las muertes por cáncer en los varones, y del 20% entre las mujeres. La OMS, Organización Mundial de la Salud, (2002) estima que entre un cuarto y un tercio de los casos de cáncer está vinculado con obesidad e inactividad física.

Asimismo, Bruce Grierson (2003) sostiene: "La premisa es simple: La dieta es un factor de gran importancia en las enfermedades crónicas, que son responsables, de un tercio de casi todos los tipos de cáncer. Las sustancias químicas dietarias cambian la expresión de los genes y hasta el genoma. Esta es la clave, la influencia de la dieta sobre la salud depende de la configuración genética de cada individuo."

Hasta hace poco, se creía que la función básica de la comida era una: ser metabolizada para proporcionar energía a la célula. Si bien es lo que ocurre con la mayoría de los alimentos, esto no sucede con todos. Algunos no son metabolizados, en cambio, en el momento en que son ingeridos se convierten en moléculas

que se ligan a proteínas que alteran ciertos genes. Los expertos en nutrición genómica dicen que una dieta desequilibrada puede causar expresiones genéticas que empujen hacia la enfermedad crónica.

#### 6.5. Tabla 5. Recomendaciones para la selección de alimentos, su preparación y su consumo

- 1- Disminuir el consumo de carnes rojas ricas en grasas.
- 2- Aumentar el consumo de carne magra.
- 3- Aumentar el consumo de pescado y aves de corral.
- 4- Disminuir el consumo de alimentos precocidos con alto contenido de grasa saturada.
- 5- Reemplazar en parte la disminución del consumo de grasa saturada, con alimentos ricos en ácidos grasos polinsaturados, entre los que se incluyen aceites vegetales.
- 6- Consumir leche y productos lácteos descremados, excepto en lactantes.
- 7- Disminuir el consumo de mantequilla.
- 8- Consumir como máximo tres yemas de huevo por semana.
- 9- Fomentar el consumo de legumbres, vegetales, cereales de grano entero, frutas y frutos secos.
- 10- Disminuir el consumo de sal y de alimentos con alto contenido de sodio.
- 11- Reducir la ingesta calórica y aumentar el gasto calórico por medio del trabajo y actividad física.

Fuente: Blackburn (1981b).

Otros factores que deben tenerse en cuenta, algunos de los cuales constituyen elementos característicos de nuestro estilo de vida, son: la contaminación ambiental, sedentarismo potenciado por el uso del automóvil y las profesiones sedentarias, el estrés propio de las sociedades competitivas, y la soledad.

Investigaciones prospectivas con estudiantes de medicina, señalan dificultades y falta de contacto con los padres, mostrando una asociación positiva con el desarrollo posterior de cáncer. Un estudio prospectivo en cáncer de mama evidencia que los pacientes con mayor número de vinculaciones y relaciones sociales amistosas que proveen una red de apoyo positiva, podrían correlacionarse con una mayor supervivencia, lo cual es considerado como un valor predictivo.

#### Tabla 6. Porcentaje de estudiantes de tercer curso de Ciencias Biológicas de la Universidad Autónoma de Barcelona (curso 1983-84) que sitúa cada factor ambiental dentro de los primeros lugares en peligrosidad carcinógena (N=124).

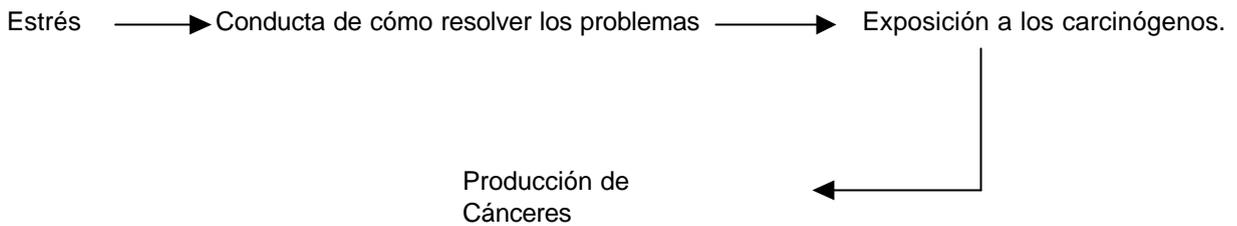
1- Tabaco. ....	93%
2- Contaminación ambiental. ....	88%
3- Ocupación laboral. ....	85%
4- Medicamentos e intervenciones médicas. ....	66%
5- Aditivos alimentarios. ....	47%
6- Alcohol. ....	43%
7- Productos industriales. ....	40%
8- Factores geofísicos. ....	15%
9- Dieta alimentaria. ....	12%
10- Infección. ....	10%
11- Comportamiento reproductivo y sexual. ....	6%

Fuente: Bayés, R. (1985)

Para poder trabajar desde lo preventivo, es necesario alcanzar una mayor comprensión del cáncer a través del examen de los lazos que ligan los procesos biológicos, psicológicos y sociales.

Muchas investigaciones ponen énfasis en las estrategias que la gente adopta al enfrentarse con experiencias y situaciones estresantes, como por ejemplo el hábito de fumar y beber, la dieta y el ejercicio que se practica, y con el estilo general de vida que se adopta, así como la conducta de trabajo. Es decir que existe una ligazón entre el estrés y cáncer. Muchas de las medidas preventivas planteadas por epidemiólogos que estudiaron el cáncer son esencialmente psicológicas (conductuales), por ejemplo, reducción del fumar y beber, cambio de hábitos alimentarios, etc.

### 6. 6. Figura 3. Estrés, conducta ante los problemas y cáncer.



### 6.7. Intervenciones específicas

En prevención se podría trabajar desde diferentes lugares:

- Mayor soporte social para que la persona pueda comunicar sus estados afectivos, ya sea mediante un apoyo afectivo informal o mediante psicoterapia o integración de grupos de autoayuda.
- Practicas de relajación y visualización. Al menos cinco, investigaciones han mostrado que el aprendizaje de técnicas de regulación afectiva, autocontrol y relajación, mejoran el funcionamiento inmunitario en tiempos de estrés. (Baron y Cols, 1990).
- La expresión afectiva sin descarga excesiva, la regulación por otros, la traducción de la experiencia afectiva en lenguaje y la elaboración de un significado mediante actividades tales como hablar y compartir, se consideran elementos claves en lo que respecta a problemas de salud.

A continuación pasaré a explicar algunas de las técnicas para reducir el estrés:

#### 6.7.(a) Técnica de Visualización

Una de las terapias que se citan en el artículo de Ibáñez y Durá (1991) es la “terapia por visualización”, que si bien se utiliza con pacientes enfermos de cáncer, su implementación podría resultar además, de gran utilidad en la prevención ante situaciones de estrés y mucha vulnerabilidad. Con esta terapia, se pretende cambiar la percepción individual con respecto a situaciones vitales estresantes, como por ejemplo enfermedad, pérdida de un ser querido, etc., y a la vez, sus mecanismos inmunológicos de defensa. Su finalidad primordial es lograr modificar estrategias de afrontamiento negativas, ya que estos autores han llegado a la conclusión que uno de los factores que contribuye positivamente a mejorar la respuesta inmunológica y la calidad de vida de las personas, es no sólo un afrontamiento activo, sino también un procesamiento adecuado frente a determinadas situaciones de estrés. Este tratamiento se fundamenta en la Terapia Cognitiva de la Depresión de Beck, en la cual uno de los aspectos fundamentales, es el registro de pensamientos problemáticos y errores en el procesamiento a lo que se añaden las técnicas de expresión de emociones, así como los distintos componentes considerados típicos de la personalidad tipo C, descrita con anterioridad. La evaluación de la terapia se realiza por medio de una serie de cuestionarios y está estructurada en tres fases, divididas cada una de ellas en las siguientes sesiones.

**Fase 1:** 2-4 sesiones dedicadas fundamentalmente a enseñarle a la persona los principios de las técnicas cognitivas, y la expresión adecuada de sentimientos.

**Fase 2:** 3-6 sesiones donde se le enseña al paciente a controlar sus pensamientos y comprobar la verosimilitud de los mismos; asimismo se anima al individuo para la solución de sus propios problemas y la no inhibición para expresar sentimientos.

**Fase 3:** 1-3 sesiones, se dedica a la prevención de recaídas ,en caso de enfermedad, a planificar el futuro e identificar los supuestos básicos del individuo, por ejemplo en el caso de padecer estrés por la pérdida de un familiar querido, se supone que en esos momentos, será el de “luchar activamente con esas emociones, y poder así tolerar y elaborar la pérdida”.

En el caso de pacientes adultos, la terapia se complementa con la incorporación de la pareja, ya sea como co-terapeuta o bien como agente capaz de proporcionar al individuo el soporte social y afectivo necesario para poder superar sus dificultades con mayor facilidad. Para ello se entrena a la pareja en estrategias de comunicación y habilidades sociales.

#### 6.7.(b) Biofeedback

Dentro de las estrategias destinadas a controlar el impacto de situaciones estresantes, comenzaron a implementarse una serie de técnicas que se han denominado “mente-cuerpo”. Intentan producir modificaciones en las respuestas conductuales del paciente con el objeto de tranquilizarlo, aliviar tensiones, y mejorar síntomas clínicos. La relajación, hipnosis, meditación, ejercicio físico, y otros abordajes como imaginación dirigida y biofeedback resultan ser técnicas tendientes a mejorar las condiciones individuales y el autocontrol.

En el biofeedback no se utilizan reforzamientos externos de conducta, se parte de la premisa del deseo del paciente por mejorar su conocimiento corporal y progresar en el control de su situación. El entrenamiento para controlar el estrés o el síntoma seleccionado se logra condicionando la respuesta. Se ha utilizado biofeedback para relajación, ansiedad, estrés, etc. Se puede usar con diferentes sensores que miden la actividad de la piel, logrando que el paciente visualice la variable elegida y ayude a modificar la respuesta a través de un condicionamiento dirigido. Es un tipo de condicionamiento positivo que se intenta mediante un entrenamiento que, al mismo tiempo que intenta relajar al paciente, trata de modificar la respuesta elegida. Se necesita un individuo motivado y colaborador que se haga cargo del entrenamiento.

#### **6.7.(c) Imaginación Dirigida**

La imaginación dirigida se utilizó, entre otros casos, con personas que padecían estados de ansiedad, estrés y cáncer. En el caso particular del cáncer, se hace imaginar a los pacientes que sus células inmunitarias están combatiendo células tumorales. Es difícil establecer un mecanismo causal entre la imagen mental y la activación de posibles modificaciones fisiológicas, por ejemplo, mejorar la respuesta inmune, y así la situación de enfermedad. Se piensa que el efecto placebo ocupa un lugar no sólo en la imaginación dirigida sino en las demás intervenciones sobre la conducta. Algunos sostienen que puede aumentar una sensación interna de control sobre la situación. Un rasgo característico de las intervenciones conductuales es que el paciente se compromete con la expectativa de un resultado positivo.

#### **6.7.(d) Relajación**

Otra técnica muy utilizada para mejorar el sistema inmunitario en tiempos de estrés es la relajación. Aprender a relajarse e influir sobre el cuerpo, permite a las personas trabajar en la obtención de su objetivo. La relajación también ayuda a disminuir el miedo frente a determinadas situaciones traumáticas, que a veces resulta sobrecogedor. Permite aprender a relajarse físicamente y romper el ciclo de tensión, por lo tanto, la ventaja cognitiva de esta técnica, es su valor en cuanto a que incrementa la percepción que tiene el paciente del propio autocontrol, lo que puede llevar a un mejoramiento de la autoimagen del sujeto.

#### **6.7.(e) Técnica “Silla Vacía”**

Frente a situaciones traumáticas como la pérdida de un cónyuge, donde las investigaciones sostienen una alta relación con el desencadenamiento de cáncer, o pacientes que tienden a inhibir sus emociones, es muy útil la técnica gestáltica llamada “silla vacía”, la misma consta de dos pasos:

- 1) En primer lugar se realiza una relajación para que el paciente esté tranquilo, de lo contrario no podrá ser aplicada. A través de la relajación se puede penetrar en el universo del sujeto por vía de las emociones; se aplica a personas con inhibiciones a nivel verbal y expresivo. Lo que el paciente necesita es poder cambiar la manera de verbalizar sus emociones que por alguna razón se encuentran reprimidas, por ejemplo, en el caso de pérdidas de seres queridos.
- 2) Frente a una silla vacía, se le indica al paciente que imagine, en el caso de duelo, a su amigo que falleció, y qué le diría. Esta técnica ayuda a expresar sentimientos, trata de alejarse del hablar “acerca de” y acercarse a la experiencia directa. Por ejemplo, hablar a una persona que no está físicamente presente, más que hablar acerca de ella, moviliza una mayor experiencia directa de sentimientos. Esta técnica facilita el canal expresivo permitiendo que fluyan emociones o situaciones traumáticas inhibidas.

Debido a la alta relación del cáncer con la inhibición de la expresividad emocional, ésta técnica puede ser de gran utilidad como medida preventiva.

#### **6.7.(f) Técnicas de afrontamiento enfocadas en la emoción**

Otra tarea a realizar desde lo preventivo, es ayudar a la persona a modificar estilos de afrontamiento que generan estrés. Hay ciertas características que hacen a un individuo vulnerable para enfrentar el ambiente, como la pasividad-evitación, dificultad en asimilar e integrar experiencias vitales, inhabilidad para el manejo de cambios en la vida, indefensión, bajo nivel de satisfacción vital, locus de control predominantemente externo y falta de confianza en el sostén de otros o pérdida de apoyo social. Para revertir esta situación se deben desarrollar habilidades de afrontamiento, que según Lazarus y Folkman (1986), son “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar (reducir, tolerar, optimizar, etc.) las demandas específicas externas y /o internas que son evaluadas como excesivas o desbordantes para los recursos del individuo”.

Con esto se hace referencia al afrontamiento como proceso, que posee tres aspectos principales: primero, el que se refiere a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, en contraposición con lo que éste generalmente hace, o haría en determinadas condiciones. Segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico. Los pensa-

mientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares. Para entender el afrontamiento y evaluarlo, es necesario conocer al individuo que afronta. Tercero, un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose. Es decir que el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

Las funciones principales del afrontamiento son:

- Asegurar la información adecuada del entorno.
- Resolver problemas.
- Regular las emociones.
- Proteger la autoestima.
- Preservar las interacciones sociales.

El afrontamiento incluye mucho más que la resolución de un problema y su desarrollo efectivo, sirve también a otras funciones. La función del afrontamiento tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia.

En el presente trabajo se va a considerar el afrontamiento enfocado en la emoción, debido a que, como se ha señalado anteriormente, existe una relación positiva entre el patrón de conducta C y desarrollo de cáncer. Estas personas tienen dificultad para expresar las emociones como la rabia, con características inhibidas, y de resignación. Este estilo de afrontamiento, persistente a través de la vida implicaría un factor de riesgo, así como un peor pronóstico y progreso de la enfermedad de cáncer. Una de las técnicas utilizadas en pacientes con inhibición de la expresividad emocional es la técnica de la escritura ya que ésta facilita la expresión de sus emociones tales como la ira, rabia, angustia, etc. El poder canalizar los sentimientos a través de la escritura ayuda al paciente a no sentirse resignado o superado por situaciones estresantes que de otro modo tiende a inhibir.

Por otro lado, en caso de desborde emocional una de las técnicas utilizadas con el propósito de lograr regulación afectiva es la técnica de autocontrol. Esta técnica ayuda al paciente a que la emoción no se aparte de su control consciente, de esta forma la persona aprende a no desbordarse frente a cada situación. La técnica de autocontrol permite que el paciente pueda adelantarse a la situación que le genera ansiedad o angustia logrando de este modo un mayor control y registro de sus emociones.

El afrontamiento viene determinado por la evaluación cognitiva. Esto conduce a la pregunta ¿qué puedo hacer? La respuesta es un determinante clave de lo que realmente hará el individuo en esa determinada situación. Aunque muchos aspectos personales y del entorno afectan la evaluación, la forma en que realmente se afronte la situación, dependerá principalmente de los recursos de los cuales disponga y las limitaciones que dificulten la utilización de tales recursos en el contexto de una interacción determinada.

Los recursos de afrontamiento poseen una naturaleza multidimensional. Lazarus y Folkman (1986) consideran los que son principalmente propiedad del individuo, como salud y energía (recursos físicos), creencias positivas (recursos psicológicos) y técnicas sociales (aptitudes) y de resolución de problemas.

Conocer los recursos del individuo no es suficiente para predecir su modo de afrontamiento. La relación entre recursos y afrontamientos está mediada por las coacciones personales y ambientales, y por el grado de amenaza. Además, los recursos de afrontamiento no son constantes en el tiempo, poseen capacidad para expandirse y contraerse, y algunos son más erráticos que otros en función de la experiencia, del momento de la vida y de los requerimientos para la adaptación correspondiente a los distintos períodos vitales. Por tanto, la presencia de un recurso dado, en un momento determinado, no significa que éste será igualmente útil para el mismo individuo en otro momento.

## 7. Conclusión

Si bien la enfermedad de cáncer es una enfermedad física, su etiología es multicausal. El propósito de este trabajo fue el estudio de los factores psicológicos que influyen en el surgimiento del cáncer. La persona es una entidad bio-psico-social, compuesta de mente, cuerpo y emociones e inserta en un ambiente social determinado. Cualquier alteración de estos elementos puede afectar su salud; una enfermedad o situación traumática generadora de estrés produce una gran alteración en la vida del individuo.

Por lo expuesto a lo largo de este trabajo, la relación entre estrés, inhibición de la expresividad emocional y cáncer es altamente significativa. Por un lado, el estrés surge ante el fracaso del sistema inmunológico ante una situación estresante; a su vez, influye sobre la respuesta inmunológica, disparando una serie de

reacciones biológicas en cadena que pueden tener efectos adversos y / o positivos para la salud. Pero si el estrés tiene componentes claramente biológicos, no cabe lugar a dudas de que también se encuentran en él factores de tipo psicológico, aspecto que ponen de relieve los defensores de la psicosomática al postular la importancia que tiene para el individuo como totalidad al enfrentarse a una situación estresante.

Además, se ha probado que existe una relación entre la personalidad o el estilo de vida con el “estrés”. Cabe recordar que anteriormente se señaló la enorme variabilidad individual que el concepto de estrés implica, y siempre que se habla de diferencias individuales se habla de personalidad. Las relaciones entre personalidad y estrés son complejas, son diversas las formas en que ambas variables interaccionan. La personalidad puede ser un antecedente y predisponente al estrés, o bien puede actuar a través de otras variables como ciertos hábitos individuales. Por ejemplo, el tipo C típico parece ser el de la enfermedad cancerosa, no son únicamente formas de comportamientos personales, sino también formas de percibir situaciones y de enfrentarse a las mismas. Las características de la personalidad premórbida cancerosa, como se mencionó en el presente trabajo, representan un estado de estrés y como tal, el curso de la enfermedad puede ser influenciada por alteraciones de los transmisores, hormonales, e inmunológicas, que están asociados con acontecimientos estresantes.

Es decir que hay ciertas características que predisponen al individuo a enfermar, entre ellas, ciertos patrones de conducta, la condición genética que define la trama básica de su comportamiento, la relación entre el individuo y el ambiente, y los modos específicos del comportamiento.

El surgimiento de cáncer se debe a una disfunción del sistema inmunológico; asimismo, el proceso canceroso es particularmente vulnerable a la influencia de los factores psicológicos. Se ha observado que los acontecimientos estresantes de la vida, incluyendo la enfermedad o la muerte de un miembro de la familia, precedía, en muchos casos, al comienzo de cáncer. Además, el cáncer parece estar relacionado con la incapacidad de manejarse con los problemas producidos por la pérdida, y con el sentimiento de desesperanza que ello trae aparejado. Lo sostenido anteriormente demuestra que factores psicosociales pueden influir sobre el curso de diversas enfermedades mediadas inmunológicamente. ¿Hasta qué grado pueden ejercer los estresores una influencia significativa? Puede depender del estilo individual de entenderse con los problemas de la vida y de los recursos y apoyos sociales disponibles.

Es aquí donde cobra mucha relevancia la función preventiva del psicólogo a través de programas terapéuticos específicos y el desarrollo de habilidades de afrontamiento. El abordaje terapéutico permitiría producir, en algunos casos, un cambio en los hábitos de vida del paciente, modificar patrones de conductas iatrogénicas, crear redes sociales que sirvan de sostén para el individuo, brindar acompañamiento y contención frente a situaciones estresantes de su vida. De esta manera se podría mejorar el bienestar y la calidad de vida del paciente, y en el caso de que sea necesario y posible, de su familia.

Considero que el psicólogo se encuentra con una gran dificultad cuando trabaja a nivel preventivo; dicha dificultad radica en poder concientizar al paciente para que modifique sus hábitos de vida, estilos de afrontamiento que le ocasionan estrés, o exposición a estímulos cancerígenos. Debido a ello, sería necesario desarrollar planes de largo plazo para la información y adiestramiento de la población; cuanto antes se introduzcan los cambios en el seno de las familias y en las escuelas, mejor.

Otro problema reside, como se mencionó en el presente trabajo, en el dilatado lapso de tiempo que separa la exposición a la estimulación cancerígena de la aparición clínica de la enfermedad, ya que pueden pasar de 10 a 20 años. Esto no sólo debilitará la probabilidad de que el individuo emprenda un cambio de hábitos, que resultan placenteros en el presente, cuando sólo obtendrá beneficios en un futuro lejano, sino también porque las chances de contraer cáncer son sólo una probabilidad. Debido a ello, considero importante que la comunidad pueda tener una visión diferente que tienda a colaborar en la modificación de hábitos o estilos de vida que son perjudiciales, ya que las exigencias del actual estilo de vida contribuyen no sólo a un incremento en el porcentaje de personas con cáncer sino también a que la enfermedad se manifieste cada vez a edades más tempranas.

El psicólogo cumple una importante función tanto en la etapa preventiva como en la etapa de tratamiento del paciente oncológico. Previo a este estudio, mi creencia era de que el cáncer era considerado una incumbencia médica, debido a que los aspectos psicológicos eran dejados de lado ante la “invasión” del plano físico, donde no se tenían en cuenta la importancia que jugaban los mismos en esta situación de extrema vulnerabilidad. A partir de mi familiarización con el tema, pude comprobar que desde hace varios años a esta parte, han crecido el interés y los conocimientos en los aspectos psicosociales del cáncer. Aún así, se observa muchas veces de que a pesar que las necesidades médicas de estos pacientes suelen estar bien atendidas, las necesidades emocionales y psicosociales, aún siguen siendo subestimadas. Por lo tanto, es necesario que tanto los médicos como los psicólogos y otros profesionales de la salud, puedan otorgar al área psicosocial su debida importancia ya que su desatención produce consecuencias negativas.

Asimismo, es de mi interés poner énfasis en la tarea interdisciplinaria que compete a todo rol de psicólogo. Considerando el interjuego de los factores biológicos, psicológicos y sociales que involucran a toda enfermedad, sería de utilidad desarrollar estrategias terapéuticas llevadas a cabo en equipo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente. Es decir donde el mismo sea abordado por distintos profesionales de la salud, psicólogos, neurólogos, oncólogos, etc., realizando un trabajo conjunto que visualice al individuo con un objetivo unificado.

Este trabajo no plantea la aspiración de agotar el tema, uno de los límites impuestos es la posibilidad de acceso a tan vasta información. A pesar de ello considero que aún hacen falta mas investigaciones para la comprensión de los mecanismos que ligan lo biológico, psicológico y social, y que por su interjuego dan como resultado una gran variabilidad en las respuestas de los individuos.

## Bibliografía

- Alcaraz, V. M. (1979). *Modificación de Conducta*. El Condicionamiento de los Sistemas Internos de Respuesta. México, Trillas.
- Anisman, H., y Zacharko, R. M. (1983) Stress and Neoplasia: Speculations and caveats. *Behavioral Medicine Update*. Vol. 5. Nº 12. 27-35.
- Bammer, K., Newberry, B. H. (1985). El stress y el Cáncer. Barcelona. Editorial Herder.
- Baron, R. S. ; Cols. (1990). Social Support and Inmune Function Among Spouses of Cancer Patients. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol.57. Pag. 344-352.
- Blackburn, H. (1981b). Consideraciones sobre la dieta y la hiperlipidemia de masas desde el punto de vista de la salud pública. *Cardiovascular Reviews & Reports*. Edición española. 2 (2). 75-86.
- Bartrop, R., Lazarus, W., Luckhurst, E., Kilohl, Penny, R. (1977). Depressed Lymphocyte Function After Bereavement. *Jama*. Vol.250. 374-377.
- Bayés, R. (1985). *Psicología Oncológica*. Barcelona. Ediciones Martínez. Roca.
- Burnet, F.M., (1970c). *Immune Surveillance*. Sydney, Pergamon Press.
- Cooper, C. L. (1986). *Estrés y Cáncer*. Madrid, Díaz de Santos.
- Cheren, S. (1989). *Psychosomatic Medicine. Theory, Physiology and Practice I*. Madinson. Connecticut, USA. International Universities Press.
- Eysenck, H. J. (1983b). Stress, Disease, and Personality. *The Inoculation Effect in Stress Research*. 121-146. New York. John Wiley & Sons.
- Dunbar; Alexander, (1950). *Psychosomatic Medicine. Theory, Physiology, and Practice*. Vol. 1.
- Fernández Alvarez, H.(1994). *Abordaje Cognitivo de los Trastornos Psicósomáticos*. Vol. III. Nº1. Buenos Aires, 1994.
- Foque, E. (1931). El Problema del Cáncer en sus Aspectos Psíquicos. *Hospital Gazette*. Paris. Vol.104. 827.
- Fox, B. H. (1978). Premorbid Psychological Factors as Related to Cancer Incidence. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 1. 45-133.
- Friedman, H., Klein, T., Friedman, A. (1996). Psychoneuroimmunology Stress of Human Natural Killer Cell Cytotoxicity. *J Immunol* 139. Vol3. 869-875.
- Green, L., Shellenberger, R. (1991). The Dynamics of Health and Wellness. *A Byopsychosocial Approach*. Editores Holt, Rinehart, Winston. Filadelfia (1991). 235-249.
- Grossarth – Maticsek, R., Eysenck, H. J. (1990). Personality, Stress and Disease: Description and Validation of a New Inventory. *Psychol Reports*. (1990). Vol.66. 355-373.
- Hintikka, J., Honkalampi, K. (2000). ¿La alexitimia es una característica de la depresión, o constituye un rasgo estable de la personalidad? *Psychotherapy and Psychosomatics*. Vol.69 Nº6. 303-308.
- Hochman, P. W. (1979) Suppression of Natural Cytotoxicity by Spleen Cells of Hydrocortisone Treated Mice. *Journal of Immunology*. 123. 968-976.
- Ibáñez, E. y colaboradores (1991). *Psicología de la salud y estilos de vida*. Valencia. Promolibro.
- Jacobs, S., and Ostfeld, A. (1977). An Epidemiological Review of Bereavement. *Psychosom Med*. Vol. 39. 344-357.
- Kay, M. M. B. (1980). Aging and the Decline of Immune Responsiveness, in *Basic and Clinical Immunology*. 327-342. Los Altos, Lange.
- Kalat, J. (1993). *Introduction to Psychology*. California. Wadsworth.
- Kaplan, H., Sadock, B. (1998). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Lain Entralgo, P., (1972). *La Medicina Hipocrática. Historia Universal de la Medicina*. Vol. 2. Barcelona, Salvat.

- L.A.L.C.E.C. (Liga Argentina de Lucha Contra El Cáncer). Conocer el cáncer.
- Laudenslager, M., Ryan, S., Drugan, R., Hyson, R., Maier, S. (1983). Coping and Immunosuppression. Inescapable but not Escapable Shock Suppress Lymphocyte Proliferation. *Science*. Vol. 221. 568-570.
- Lazarus, R., Cohen, D. (1977). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona. Martínez Roca.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1986). Estrés y Procesos Cognitivos. España. Martínez Roca. Libros universitarios y profesionales.
- LeShan, J. (1992). Fear or recurrence, Breast Conserving surgery and the Trade-off Hypóthesis. *Cancer*. Vol.69. 2111-2115.
- Luchina, C. E. (1998). Aspectos Inmunológicos del estrés y la depresión: su probable relación con el cáncer. *Clínica Psicológica*. Vol. VII. Nº 3. 199-205.
- Luchina, C., Arias, P., Arzt, E., Bonet, J., Costas, M. A., García Badaracco, J., Moguilevsky, J. A. (1998). Estrés y Procesos de Enfermedad: Psiconeuroinmunoendocrinología, Modelos de Integración mente-cuerpo. Biblos, 1998.
- Miller, N. E. (1980). A Perspective on the Effects of Stress and Coping on Disease and Health. Nueva York. Plenum Press.
- Páez Rovira, D. (1989). Salud, expresión y represión social de las emociones. Valencia. Promolibro, 1989.
- Paget, J. (1870). Surgical Pathology. London, Longman Green.
- Penn, I. (1981). Depressed Immunity and the Development of Cancer. *Clin. Exp. Immunol.*, 46. 459-474.
- Riley, V. (1975). Mouse Mammary Tumors: Alteration of Incidence as Apparent Function of Stress. *Science*. Vol. 189. 465-467.
- Schleifer, S.J., Keller, S. E., Camerino, M., Thornton, J. C., and Stein, M. (1983). Suppression of Lymphocyte Stimulation Following Bereavement. *J.A.M.A.* Vol. 250. 374-377.
- Seyle, H. (1946). The General Adaptation Syndrome and the Disease of Adaptation. *Journal of Clinical Endocrinology*. Vol. 6. 117-230.
- Seyle, H. (1979). Correlating Stress and Cancer. *American Journal of Proctology, Gastroenterology, Colon and Rectal Surgery*. 30/40. 18-28.
- Shavit, Y., Terman, G. W., Martin, F. C., Lewis, J. W., Liebeskind, J.C. y Gale, R. P. (1985). Stress, opioid peptides, the immune system, and cancer. *Journal of Immunology*. Vol.135. Nº 12. 834-837.
- Stoller, K. P., Marmorston, J. (1981) Are we Prepared to Prevent Cancer? *Stress and Cancer*. Toronto. Hogrefe.
- Temoshok, L. (1985). The Relationship of Psychosocial Factors to Prognostic Indicators in Cutaneous Malignant Melanoma. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 29. 139-154
- Thomas, L. (1959). Cellular and Humoral Aspects of Hypersensitive State. Londres, Academic Press.
- Vallejo-Ruiloba, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona. Masson.
- Wayner, L., Cox, T., y Mackay, C. (1979). Stress, Immunity and Cancer. D.J. Osborne, M. M. Gruneberg y J. R. Eiser (eds). *Research In Psychology and Medicine*. Londres, Academic Press.
- Weinstock, C. (1984). Further evidence on psychobiological aspects of cancer. *International Journal of Psychosomatics*. Vol.31. Nº 12. 20-22.

#### Información extraída de la Web:

Grierson, B. (2003). ¿Qué Menú Prefiere su ADN? La Nación.

Disponible en internet : [http://www.lanacion.com.ar/suples/revista/0321/sr\\_496384.asp](http://www.lanacion.com.ar/suples/revista/0321/sr_496384.asp)

Organización Mundial de la Salud. (2002). Un Estudio Revela la Relación entre el Cáncer y la Gordura.

Disponible en internet: <http://cnnespanol.com/2002/salud/07/11/cancer.obesidad/index.html>

Graham. (2000). Sin relación estrés y cáncer mamario. Mujeres, familia.

Disponible en internet: <http://mujeres.elnorte.com/familia/nota/20020616/001741.htm>

Price. (1982). Estrés y Perfiles de personalidad. Alcmeon Vol. 16.

Disponible en Internet: [http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a16\\_06.htm](http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a16_06.htm)

Sociedad Americana del Cáncer. (2003). Un Estudio Revela la Relación entre el Cáncer y la Gordura.

Disponible en internet: <http://cnnespanol.com/2003/salud/04/24/cancer.obesity.ap/index.html>

