



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

PSICOONCOLOGIA DEL CAÑCER DE MAMA

Memoria para optar al Título de Psicólogo
Universidad de Chile

Alumnas	:	Angela Tamblay Calvo Beatriz Bañados Espinoza
Profesor patrocinante	:	Dr. Jorge Luzoro García
Profesional guía	:	Jennifer Middleton
Fecha de entrega	:	21 de Junio del 2004

TABLA DE CONTENIDO

PARTE I INTRODUCCIÓN		
Capítulo I		6
Introducción		6
Capítulo II		8
1. Objetivos del Estudio		8
▪ Objetivos Generales		8
▪ Objetivos Específicos		8
PARTE II ANTECEDENTES TEORICOS		
Capítulo III		9
1. La Psicooncología como disciplina		9
▪ La Psicooncología del Cáncer de Mama		13
2. Definición y descripción del Cáncer		14
▪ Factores que influyen en el pronóstico		15
▪ Etiología del Cáncer		17
3. Las Mamas		19
▪ Anatomía		19
▪ Importancia cultural-social de las mamas		22
4. Definición y Descripción del Cáncer de Mama		24
▪ Signos y síntomas		26
▪ Etapas del desarrollo del Cáncer mamario		27
▪ Factores pronóstico y predictivos de respuesta		29
▪ Complicaciones y recidivas		30
▪ Metástasis		30
▪ Síndromes Paraneoplásicos		30
▪ Los síndromes paraneoplásicos en el desarrollo de la enfermedad oncológica		32
▪ Epidemiología, Etiopatogenia y Factores de riesgo del cáncer mamario		33
PARTE III METODOLOGIA		
Capítulo IV		41
▪ Muestra		41
▪ Justificación de la muestra		41
▪ Método de análisis de la información		42

**PARTE V
CUERPO DE LA INVESTIGACIÓN**

Capítulo V Inducción psicobiológica del cáncer mamario	44
1. Los factores psicológicos en inducción de Cáncer Mamario	44
▪ Inducción Psicobiológica del cáncer	44
▪ Consideraciones metodológicas	45
A ESTUDIOS	47
2. Estudios en personalidad predispuesta al cáncer de mama	47
▪ Resultados de las investigaciones en personalidad predispuesta al cáncer de mama	47
▪ Estudio sobre la supresión de emociones: la personalidad tipo C	50
▪ Síntesis de los resultados en personalidades predispuestas al cáncer de mama	53
3. Estudios de las relaciones familiares en las familias de origen de las pacientes que desarrollan cáncer de mama	55
▪ Síntesis de los Resultados	58
4. Inmunosupresión psicobiológica.	59
▪ Estrés	60
▪ Estudios de estrés en animales	60
▪ Estudios de estrés en humanos	62
▪ Eventos vitales	63
▪ Duelo	64
▪ Depresión	66
▪ Síntesis y discusión de los resultados en inmunosupresión por factores psicobiológicos y riesgo de cáncer de mama	68
B PIEZAS TEORICAS	71
5. Propuestas explicativas de inducción Psicobiológica del CM por personalidad predispuesta y relaciones de la familia de origen.	71
▪ Discusión de las propuestas explicativas a la luz de las investigaciones	72
6. Inducción del cáncer por inmunosupresión: propuestas explicativas	73
▪ Rol del Cortisol	74
▪ Tríada Psicosocial	75
▪ Hiperapoptosis y cancrofilia: Eslabones de mediación entre el estrés psicosocial y la neoplasia.	76
7. Propuestas explicativas de la inducción Psicobiológica del cáncer de mama	77
▪ Estrés, angustia e inmunidad	77
▪ Rol de la activación del sistema nervioso autónomo	78
▪ Mediación neuroendocrina en la inducción Psicobiológica del cáncer: modelo de .	84
cuatro vías	
▪ Hipótesis de la pérdida-depresión	86
▪ Hipótesis del rechazo-represión	88
▪ Investigaciones en el patrón de conductas Tipo C	88
▪ Modelo constructivista: La construcción personal del cáncer	89
▪ Modelo de patrón conductual de propensión al cáncer de mama	92
▪ Modelo del centro de desarrollo de la persona	96

8. Discusión de los modelos a la luz de las investigaciones	99
Capítulo VI Psicooncología del curso del cáncer mamario	101
1. Efectos del diagnóstico de cáncer de mama	101
▪ Reacción de adaptación	104
▪ Reacción inmediata e índices pronósticos	106
2. Tumoración	108
3. Dolor	111
▪ Tipos de dolor	112
▪ Efectos psicológicos del dolor agudo	112
▪ Efectos psicológicos del dolor crónico	112
▪ Factores psicológicos mediatizadores de la percepción de dolor	113
▪ Modelos psicobiológicos multidimensionales del dolor	116
▪ Teoría del control de compuerta	117
▪ Modelo de Loesser	117
▪ Modelo multidimensional para el estudio del síndrome de cronificación	118
4. Tratamiento del cáncer mamario	121
▪ Terapia oncológica	121
▪ Quimioterapia	121
▪ Efectos psicológicos de la quimioterapia	122
▪ Depresión	122
▪ Emesis anticipatoria: Náusea y vómito anticipatorio	122
▪ Efectos de la quimioterapia en la calidad de vida	124
▪ Radioterapia	125
▪ Efectos psicológicos de la radioterapia	125
▪ Terapia Farmacológica	126
▪ Intervenciones quirúrgicas	127
▪ Intervenciones quirúrgicas menores	127
▪ Mastectomía	128
▪ Tratamiento psicooncológico de la paciente de cáncer mamario	129
5. Supervivencia	130
▪ La identificación con el rol de enfermo de cáncer	131
▪ Estilos de afrontamiento	132
▪ Estudios de la relación de los estilos de afrontamiento con el pronóstico y la mortalidad por cáncer de mama	134
▪ Influencia del apoyo psicosocial en el pronóstico del cáncer de mama	137
▪ Trastornos psiquiátricos a mediano plazo	138
▪ Trastorno de adaptación	144
▪ Depresión	144
▪ Trastornos mentales orgánicos	146
▪ Trastornos por ansiedad	146
▪ Trastornos de los pacientes con cáncer que sufren dolor	147
▪ Riesgo suicida	148
▪ Efectos en los familiares y la dinámica familiar	149
▪ Efectos en la relación de pareja	151

▪ Efectos en el compañero de la mujer con cáncer de mama	152
▪ Efectos del cáncer de mama en la sexualidad.	153
▪ Otros roles: la importancia de la conservación de los roles sociales	155
▪ Efectos del curso del Cáncer de Mama en la personalidad	156
▪ Calidad de vida	157
6. Terminalidad	158
▪ Duelo	159
Capítulo VII Tratamiento psicooncológico del paciente de cáncer mamario	163
1. Modelos de intervención psicooncológica a la paciente con cáncer de mama	164
▪ Modelo del Centro de Desarrollo de la Persona	164
▪ Modelo ecológico para la psicooncología	167
▪ Modelo multidimensional del dolor	173
2. Aspectos centrales del tratamiento psicooncológico	181
▪ Líneas de intervención psicológica de la paciente de cáncer de mama	182
▪ La información entregada a la paciente con cáncer de mama	183
▪ Preparación de intervenciones quirúrgicas en pacientes de cáncer.	185
▪ Programas de intervención tras el diagnóstico de cáncer mamario	186
▪ Tratamiento psicológico de las reacciones condicionada a la quimioterapia	187
▪ Control del dolor	188
▪ Intervención en la fase terminal	190
▪ Resultados de terapias psicooncológicas del cáncer de mama en Chile	191
▪ Resultados de las terapias	194

PARTE V CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Capítulo VIII SÍNTESIS Y CONCLUSIONES	196
Propuesta de modelo integrativo de la sinarcarcinogénesis del cáncer mamario	202
1. BIBLIOGRAFÍA	206
2. ANEXOS	223
2.1 Glosario	224
2.2 Síndromes Paraneoplásicos	234

PARTE I INTRODUCCION

La Psicooncología se desarrolla desde la década del 60 como un intento de concebir, estudiar y tratar el cáncer desde una perspectiva diferente, integrando los conocimientos desarrollados desde distintas ramas de la ciencia como la medicina oncológica, la fisiología, la psicología de la salud, la psicología experimental y la psiquiatría.

La psicooncología es una disciplina poco conocida en nuestro país, destacándose las publicaciones e investigaciones de profesionales individuales, como por ejemplo el desarrollo teórico-práctico en psicooncología clínica y presentaciones en congresos de la psicooncóloga Jennifer Middleton, en el área del tratamiento psicológico de las patologías oncológicas.

En la actualidad se observa un número creciente de investigaciones nacionales e internacionales en la temática de los factores psicológicos asociados a la predisposición, padecimiento y tratamiento del cáncer de mama. Sin embargo, este desarrollo de la disciplina psicooncológica guiado principalmente por la investigación, carece a la fecha de una teoría integradora que permita ofrecer un marco conceptual común. En virtud de ello, la presente investigación se propone contribuir al desarrollo de esta disciplina proporcionando una sistematización de los principales conocimientos disponibles desde una mirada multidisciplinaria, crítica e integradora

Ya que su finalidad es la de una revisión crítica e integrativa de los hallazgos publicados en psicooncología del cáncer mamario, la presente es una investigación de carácter bibliográfico que pretende abarcar una gran cantidad de aspectos del fenómeno y de fuentes disciplinarias de investigación y teorización.

La primera y segunda parte de este trabajo se dedican a la introducción y objetivos del presente estudio.

En la tercera parte, se realiza una exposición de los antecedentes teóricos dentro de los cuales se insertan los estudios revisados, los cuales comprenden cuatro áreas: la psicooncología como disciplina, el cáncer, las mamas como organos y elementos auto-constituyentes de alto significado socialmente construido y finalmente las características del cáncer mamario, áreas que constituyen también una base teórica básica de manejo del psicooncólogo, así:

Se realiza primero una descripción de la Psicooncología, su campo de estudio, sus enfoques principales e historia, junto con una breve descripción del estado actual de la investigación en psicooncología del cáncer de

mama. Luego se exponen las características médico-epidemiológicas de la enfermedad oncológica. A continuación se describen a las mamas en sus fundamentos anatómicos y funcionales y se revisa la importancia de estas a partir del significado social, cultural e identitario. Finalmente se exponen las características médico-epidemiológicas, factores pronósticos y descriptivos del curso del cáncer mamario.

La cuarta parte expone la metodología de la presente investigación bibliográfica.

Las partes V, VI y VII contienen el cuerpo de las investigaciones revisadas:

La quinta parte corresponde a una revisión representativa de las líneas de investigación en la inducción psicobiológica del cáncer de mama, haciendo especial énfasis en la integración de los resultados, su revisión crítica y la búsqueda de modelos teóricos explicativos publicados.

La sexta parte se dedica a la exposición de las variables psicooncológicas en juego a través del curso de la enfermedad mamaria más presentes en la literatura.

La séptima parte se orienta a una exposición resumida de la intervención psicooncológica en el campo del cáncer mamario.

La octava y última parte está centrada en la síntesis y conclusiones finales donde las autoras de la presente investigación presentan un modelo hipotético de la inducción del cáncer de mama integrando los resultados de las investigaciones revisadas.

parte ii
Objetivos del Estudio

Objetivos Generales

- i. Analizar e identificar las principales variables biopsicosociales asociadas a la predisposición, curso y tratamiento del cáncer mamario femenino y modelos, presentes en la literatura de revistas científicas disponibles en Chile.
- ii. Describir en forma sistemática los principales aportes teóricos entregados por los estudios en cada variable.
- iii. Proponer una reformulación teórica de los aportes y resultados descritos.

Objetivos Especificos

- i. Describir la psicooncología como disciplina científica.
- ii. Exponer los modos en que la psicooncología se aproxima al problema del cáncer.
- iii. Describir los principales significados construidos en torno a las mamas y su relación con la vivencia de la enfermedad.
- iv. Describir los principales factores biológicos y psicosociales asociados a la experiencia de la enfermedad oncológica mamaria.
- v. Revisar la bibliografía disponible acerca los factores biopsicosociales implicados en la inducción, curso y tratamiento del cáncer mamario.
- vi. Analizar la literatura y seleccionar las variables biopsicosociales de la enfermedad del cáncer mamario más revisadas en los estudios publicados en revistas científicas de psicooncología, oncología clínica y psicología clínica disponibles en las bibliotecas de las principales universidades del país y centros especializados de los últimos 25 años.
- vii. Integrar los resultados de los estudios disponibles en inducción psicobiológica del cáncer mamario, factores psico-sociales del curso de la enfermedad y el tratamiento psicooncológico de la paciente con cáncer mamario.

PARTE III antecedentes teóricos

iii.1. LA PSICOONCOLOGÍA como disciplina

La Psicooncología, también antes llamada Psicología Oncológica y Oncología Psicosocial, estudia la influencia de los factores psicológicos sobre la aparición del cáncer y su evolución, como también el estudio de las reacciones psicológicas del paciente oncológico, su familia y el personal asistencial, a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. Es así como se han llegado a determinar ciertos factores de naturaleza conductual y de aprendizaje que influyen en el riesgo de desarrollar la enfermedad y en su mantención. Además se advierte valorar otros parámetros, distintos a los estrictamente biológicos, en el tratamiento del cáncer.

Se pueden describir dos enfoques de acción de la psico-oncología. El primero en consolidarse históricamente es el enfoque **reactivo** que se centra en brindar el mejor apoyo para sobrellevar la enfermedad oncológica. El segundo enfoque, se centra en restituir la salud de la persona que hoy presenta esta enfermedad o prevenir su aparición y se denomina **proactivo** (Middleton, 2001).

Este enfoque psicooncológico se separa de su predecesor también en una importantísima distinción sobre su objeto que cruza todo su desarrollo teórico y su práctica: el cáncer es una enfermedad de la persona, no de un órgano y por lo tanto, el tratamiento debe abordar todos los aspectos de la persona.

El término psico-oncología proactiva ha sido acuñado en el “Centro de Desarrollo de la Persona”, en Chile. Este término se basa en el modelo teórico desarrollado por Jens Bücher co-creador junto a Jennifer Middleton de este Centro, quienes son exponentes del desarrollo teórico chileno en el campo de la psicooncología.

Como tal, el enfoque proactivo cabe en el modelo Biosicosocial de la salud, el que busca explicar “las interacciones del organismo, el ambiente y una serie de fenómenos psicológicos, subraya la conceptualización de salud como algo más que la mera ausencia de enfermedad, sino más bien dependiente de una reacción de equilibrio entre estos tres elementos, que implica sentirse bien tanto consigo mismo como con el entorno social y ambiental.” (Luzoro, 1999. pág 32).

La psico-oncología reactiva cubre aspectos relacionados con la sicoprofilaxis de los tratamientos, el manejo del dolor, asistencia al paciente en etapas avanzadas de la enfermedad (Cuidados Paliativos), elaboración del duelo, así como asesoría y apoyo a la familia, y al equipo de salud. Por tanto, se enfoca en el manejo de

síntomas y en sobrellevar la enfermedad. La Psicooncología reactiva está representada actualmente por dos grandes vertientes: La estadounidense, cuya mayor exponente es Jimmy Holland con su compendio "Psychooncology", basado netamente en el modelo médico, y la vertiente europea, basada en el modelo psicosocial.

Por su parte, la psico-oncología proactiva considera que la visión reactiva, cubre sólo una parte de los objetivos y que la otra parte de los objetivos implican la colaboración con el paciente en el proceso para descubrir las características de su estilo de vida que pavimentaron el camino a su enfermedad y su curso junto con ayudar a la persona a revertir estos elementos. Además, en la prevención de la enfermedad, promocionar la salud en la comunidad, capacitar a las personas para prevenir la enfermedad, y el desarrollo de auto responsabilidad hacia la propia salud. Paralelamente se plantea como objetivo el desentrañar la forma en que se pueden desarrollar políticas y prácticas de prevención.

Para la psico-oncología como disciplina, la atención psico-social constituye un importante componente de los cuidados que se proporcionan a los pacientes oncológicos. Dicha atención incluye grupos de soporte, asesoramiento (counseling) dispensado por trabajadores sociales oncológicos y otros profesionales debidamente entrenados desde un punto de vista psico-social, e intervenciones médicas. Y se plantea la necesidad de que los pacientes oncológicos debieran tener acceso a este tipo de servicios aun cuando no lo hubieran tenido en etapas anteriores de la enfermedad.

Cuando la enfermedad ya se ha presentado, los psico-oncólogos en su atención cumplen la función de apoyar, orientar y acompañar al paciente, a su familia y al equipo médico desde el inicio del diagnóstico.

Ahora bien, de acuerdo a las distintas etapas de la enfermedad el rol del psico-oncólogo es:

- Prevención del cáncer

- Diagnóstico: Prevención del estrés. Ayuda al paciente y su familia a procesar y contener las emociones generadas por la recepción de la información entregada por el equipo médico y su contexto ante el diagnóstico de cáncer.

- Tratamiento en general: informar al paciente y su familia respecto de los cambios que deberán enfrentar a raíz del tratamiento, buscar redes de apoyo, crear instancias en las que puedan liberar sus emociones. Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia que facilita la reinserción social y laboral.

Ayudar en la recuperación de la salud física y mental.

- En el ámbito de los cuidados paliativos, se destaca el manejo del dolor y otros síntomas, la orientación y apoyo al cuidador y a la familia, el apoyo para enfrentar la proximidad de la muerte, y todo aquello que permita mejorar su calidad de vida.
- Duelo: elaborar las distintas etapas características del proceso de duelo.
- Cuidado del equipo de salud: Apoyo en el autocuidado del equipo, y entrega de herramientas para la optimización de la energía en este trabajo.

Este campo de la ciencia nos ha llevado a concebir el cáncer como un proceso multifactorial e interdisciplinario, en el que la atención del paciente puede suceder bajo una mirada holística e integral. Por lo tanto se recogen los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales de la persona con cáncer.

La interacción entre las emociones y el funcionamiento físico del organismo es cada vez más clara, esto debido a que cada vez es más evidente que el funcionamiento del sistema nervioso central, el sistema inmunitario y el sistema endocrino están entrelazados. Las variables psicológicas inciden siempre, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en los trastornos y enfermedades. Por su parte, los trastornos y enfermedades desencadenan marcas grandes o pequeñas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico.

En el ámbito de intervención dentro del desarrollo de la enfermedad resulta esencial comprender y tratar los aspectos emocionales de los pacientes oncológicos para mejorar su presente y fortalecer el futuro a partir no sólo del apoyo sino también del re-aprendizaje de estilos de vida.

Ofrece apoyo a las reacciones psicológicas de quien ya tiene la enfermedad, su familia, quienes se enfrentan al shock de la posibilidad de la pérdida de un ser querido, además de todos los aspectos asociados a llevar una enfermedad tan desgastante en el tiempo.

Cómo no considerar además al personal asistencial, a quienes de no prestársele suficiente apoyo psicológico para el establecimiento de una relación con la muerte y espacios de desahogo ante la condición humana en el límite de la vida con la que están en constante contacto, a lo largo de todo el proceso de la enfermedad pueden perderse como recurso para el enfermo e incluso también ellos mismos enfermar.

La psicooncología se ha desarrollado más en su ámbito reactivo, justamente porque es el área de esta especialidad que más se acerca al modo de funcionamiento de nuestra cultura: Funcionamos bajo un modelo médico, en el cual se hacen relevantes por una parte los síntomas de los fenómenos, enfermedad al fin y al cabo, y por otra parte la separación mente-cuerpo, luego de lo cual se pierde la más valiosa de las informaciones, y por lo tanto se pierde un nivel de salud que como piso se constituiría en la mejor de las herramientas para la prevención y promoción de factores protectores en la población.

La importancia de la psicooncología está más a la vista a nivel de las consecuencias psicológicas de la enfermedad, siendo un hecho comprobado de que padecer un cáncer supone un estrés vital muy grave, que amenaza con agotar los recursos psicológicos de la persona

No es una excusa que las investigaciones cuantitativas que se realizan a nivel mundial no hayan entregado suficientes resultados que relacionen estilos de vida con presentación y curso del cáncer. La relación del estrés con la aparición de cáncer, el debilitamiento del sistema inmune y cáncer se observan de la mano desde las evidencias científicas desde hace ya un tiempo atrás. Por otra parte, es necesario poner en relieve la experiencia clínica de psicooncólogos, médicos y enfermeras que trabajan con personas con cáncer que confirman la importancia de esta relación.

A partir de nuestra cultura se puede percibir la relación entre las experiencias de las personas y la aparición de las enfermedades. En esta misma línea las transformaciones, dentro de lo cuales se incluye el fenómeno de la modernidad, han dado lugar a un crecimiento sostenido en la prevalencia del cáncer. Es decir el cáncer se constituye como una enfermedad en relación a la nueva vida que nos hemos construido en coherencia a los valores que le dan crecimiento a la modernidad. El pertenecer a la vida urbana nos ha implicado un evidente aceleramiento de ritmo de la vida, precariedad de las estructuras sociales, y por lo tanto también del equilibrio del orden de nuestra estructura biológica.

Por otra parte dentro de lo que le confiere relevancia a la sub-especialidad de la psicooncología en el área de las consecuencias psicológicas del padecimiento del curso del cáncer, podemos decir que se ha observado cómo, personas con malos pronósticos que hacen cambios profundos en sí mismos muchas veces recuperan su salud y, por el contrario aquellas personas con mejores pronósticos, que no han estado dispuestas a hacer cambios reales en sus formas de funcionamiento, en sus relaciones con los otros, vuelven a rehacer la enfermedad. A la luz de la psicooncología proactiva esto es totalmente natural, explicable y esperable.

Tan erróneo es no informar al paciente sobre su enfermedad, como proporcionarle una información brusca, repentina y sobre todo no adaptada a lo que cada paciente está en situación de aceptar según la etapa de la enfermedad en que se haya y en que se descubre, y luego en cada momento que continúa en el largo proceso que se abre en el curso de la enfermedad oncológica. En este sentido es la psicooncología la rama que entregaría las herramientas para un correcto manejo de la información en un momento tan crítico como lo es éste; se ha observado que tan relevante como las acciones que se llevan a cabo por parte del equipo médico, lo es la información, el momento y la forma de ser entregada, y por parte de quien será entregada la información al principal agente de cambios sobre la enfermedad de cáncer: el sujeto hoy enfermo.

La Psicooncología del Cáncer de Mama

El CM ha sido una neoplasia protagonista en la psicooncología, su alta incidencia, aumento precipitado en las últimas décadas y el alto impacto que significa, la han hecho rico campo de estudio, tal como intentaremos bosquejar en esta compilación del tema.

Es por esta fructificación de investigaciones en CM y sus variables psicológicas involucradas, que este cáncer ha sido también el prototipo a partir del cual se han creado los modelos teóricos psicooncológicos de la génesis y desarrollo del cáncer.

Ambos niveles de investigación y teorización, serán reflejados a través del capítulo V.

iii.2. Definición y descripción del Cáncer

El cáncer es una enfermedad degenerativa multifactorial, en que algunas células del cuerpo proliferan de manera incontrolada, originando problemas en su lugar de origen o en otros órganos. En otras palabras, un grupo de células -componentes básicos del cuerpo humano- se torna apto a desobedecer o a escapar de los mecanismos de control de crecimiento normal y ordenado del organismo.

Aún sin darnos cuenta, las células del cuerpo crecen a lo largo de toda nuestra vida y es el propio organismo quien controla este crecimiento. Así, cuando se produce una herida física, las células crecen con el objetivo de cicatrizar la herida. Pasado el período traumático, el organismo da la orden para detener el crecimiento.

Sin embargo, por algún mecanismo aún no conocido, esto no ocurre con las células cancerosas.

- Estas crecen y se multiplican cuando no deberían hacerlo.
- Son capaces de cruzar las barreras de los tejidos del órgano donde se inició su crecimiento indebido, invadiendo tejidos sanos. Es decir, invaden áreas que rodean el tumor inicial o tumor primario.
- A través de la corriente sanguínea o del sistema linfático pueden viajar a lugares distantes de donde comenzó su crecimiento.
- En aquellos lugares, distantes del tumor primario, pueden desarrollar otros tumores, tumores secundarios o metástasis.

El cáncer no es una enfermedad única, sino un grupo de enfermedades con localización, clínica y evolución diferentes, pero con unos fundamentos biológicos comunes: un crecimiento y proliferación rápida y relativamente ilimitada de células con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, que invaden los órganos y tejidos del cuerpo y que se extienden desde el sitio de origen hacia las áreas distantes del cuerpo dando metástasis. Es un crecimiento invasivo, poderoso, que puede consumir y destruir el proceso de vida, si no se realiza un diagnóstico precoz en torno a él. (Polo, 2000)

Se diferencian, entonces, varios tipos de cánceres:

- **Epiteliomas o Carcinomas.** Son los más frecuentes y afectan a la piel, mucosas, labios, cuello del útero, glándulas mamarias e hígado.
- **Sarcomas** que son cánceres a los tejidos conjuntivos.

- Los **Hematosarcomas**, afectan al bazo, médula ósea, ganglios linfáticos y originan leucemias.
- El **Melanoma Maligno (MM)**, son tumores del tejido pigmentario.
- Los cánceres al sistema nervioso central sólo tienen extensión local y no originan metástasis.

Factores que influyen en el pronóstico

El reconocimiento temprano del cáncer es crucial para lograr la remoción de la lesión en los estadios en los cuales todavía es posible alcanzar la curación completa. La suma de los esfuerzos de muchos investigadores y clínicos ha dado como resultado guías ampliamente aceptadas que facilitan su diagnóstico clínico e histopatológico. Sin embargo, existe todavía un gran número de diagnósticos erróneos y retrasos terapéuticos que complican la supervivencia del paciente con cáncer.

En la biología de las células neoplásicas resulta fundamental conocer por un lado su patrón de crecimiento, así como su capacidad para desprenderse del tumor primario y originar metástasis. Así, cada forma clínica se asocia con un comportamiento biológico diferente que debe tenerse en cuenta en el momento del diagnóstico y que regirá la conducta a seguir.

Por ejemplo, el crecimiento horizontal de las células de melanoma lleva al compromiso epidérmico tumoral con benignidad biológica, mientras que el crecimiento vertical se asocia con peor pronóstico, mayor tendencia a la invasión vascular y desarrollo de metástasis. El crecimiento radial del melanoma lleva al compromiso dérmico temprano, y puede verse en el inicio o luego de una etapa de crecimiento radial.

La capacidad metastatizante del tumor está determinada por el comportamiento biológico de sus células, más allá de su forma o patrón de crecimiento histológico. Los tumores más agresivos suelen dar metástasis precoces, mientras que otros se mantienen por largos períodos como tumores primitivos localizados. Las metástasis del tumor pueden ocurrir sobre la piel cercana al tumor primario: se llaman **satelitis** cuando se encuentran dentro de un radio de cinco centímetros de éste; en cambio, si se encuentran en la piel en dirección al ganglio linfático regional, más allá de los cinco centímetros, se las denomina **metástasis en tránsito**. En la enfermedad avanzada pueden hallarse metástasis en sitios alejados del tumor primitivo, como ganglios linfáticos, pulmón, hígado, cerebro, piel, hueso, glándulas suprarrenales, tubo digestivo, corazón u otros órganos. Entre los factores pronósticos del melanoma relacionados con la biología tumoral, el espesor de la masa neoplásica —descrito por Breslow en 1977— es el más importante. Este índice que se toma desde la capa granulosa epidérmica hasta la mayor profundidad tumoral se relaciona en forma directa con el pronóstico.

Cuando el espesor tumoral supera los 3 mm el pronóstico es sombrío, con la posible presencia de metástasis subclínicas, hablándose en estos casos de MM de alto riesgo. Entre otros factores a tener en cuenta respecto de la biología tumoral que pueden incidir en el pronóstico de la enfermedad se encuentra el nivel de profundidad de la proliferación neoplásica.

El número de mitosis por campo de un milímetro reflejaría la capacidad de replicación de las células neoplásicas; un índice mitótico mayor de seis mitosis por campo de un milímetro sería indicador de mal pronóstico. El volumen tumoral expresado por cantidad de células por milímetro cúbico también se ha utilizado como marcador pronóstico. Cuando la masa tumoral supera las 200 células/mm³, el pronóstico sería peor que con una menor celularidad tumoral.

Por último, se ha discutido mucho la posibilidad de incluir la respuesta linfocitaria frente al tumor como índice pronóstico en el MM. Mientras algunos autores aceptan que la infiltración linfocítica tumoral es un marcador de buen pronóstico, otros rechazan este fenómeno como indicador del comportamiento tumoral en el organismo. Tanto la prevención como el diagnóstico precoz son fundamentales para la supervivencia del paciente con MM el interrogatorio debe rastrear siempre una historia familiar, su pesquisa puede en muchos casos ayudar en el diagnóstico precoz. El examen físico completo es la clave para el diagnóstico temprano de las lesiones sospechosas; en tal sentido, la regla del ABCD es de suma importancia. Toda lesión asimétrica, de bordes mal definidos e irregulares, color no homogéneo y diámetro mayor de 6 mm con rápido crecimiento debe inducir la sospecha de la presencia probable de un MM. Entre los factores clínicos que pueden incidir en el pronóstico de un MM deben destacarse: su localización, la presencia de ulceración y de satelitosis.

Regla del ABCD de en el examen clínico de una lesión sospechosa de MM	
A	asimetría
B	bordes
C	color
D	diámetro

El índice de Breslow es en la actualidad un marcador pronóstico fundamental que indica la conducta quirúrgica a seguir frente al melanoma localizado.

Etiología del Cancer

La Sociedad Chilena de Psicooncología reconoce cinco dimensiones que inciden en la aparición de un cáncer (SCP, s.f.):

- Predisposición genética.
- Causalidad medio ambiental (exposición a carcinógenos)
- Causalidad conductual (tabaquismo, sobre-exposición solar, etc.).
- Causalidad social (mala alimentación, falta de educación, etc.).
- Causalidad Psiconeuroinmunológica (“Inmunosupresión Psicobiológica”. estrés excesivo, depresión, inhibición emocional, etc.).

El por qué y cómo una célula adquiere estas características es una incógnita que empieza a conocerse. Se sabe que los protooncogenes (genes que se encuentran en las células normales y codifican el crecimiento y la diferenciación celular) en algunas personas se transforman en oncogenes y comienzan a actuar de forma anormal o fuera de tiempo. Esta transformación probablemente ocurre tras la exposición a carcinógenos, tales como sustancias físicas, químicas, virus, etc., que inducen mutaciones puntiformes, ampliaciones, traslocaciones, transducciones e inserciones de información en el ADN. El cáncer también puede originarse cuando se alteran los antioncogenes o genes supresores de tumores.

A estas dos alteraciones genéticas por herencia (sobre todo los antioncogenes) hay que añadir la susceptibilidad de exposición a una mayor o menor cantidad de carcinógenos.

Además, las células tumorales son capaces de superar las defensas inmunológicas del huésped, mediante varios mecanismos: generación de células T supresoras, presentación inadecuada de antígenos, liberación de sustancias inmunosupresoras, etc. (Polo, 2000).

Otros autores defienden una nueva dimensión, la:

- Inducción Psicológica del Cáncer

Existe una literatura sorpresivamente vasta que investiga y respalda el valor de los factores psicológicos en la génesis del cáncer, y del cáncer de mama en particular, -CM de aquí en adelante- estas aproximaciones van desde visiones psicodinámicas hasta psicobiológicas, psicofisiológicas, aproximaciones psicosociales o simplemente registros estadísticos de una amplia gama de variables biopsicosociales asociadas al desarrollo del CM. Pese a la variedad de aproximaciones teóricas y del frecuente reduccionismo de las asunciones dualísticas, un set de consistentes constructos psicológicos emergen del análisis. Esta es una dimensión

etiológica de gran importancia para la psicología, la psicooncología, y ciertamente para el interés de este estudio, razón por cual se profundiza en un capítulo especial este estudio.

iii.3. Las Mamas

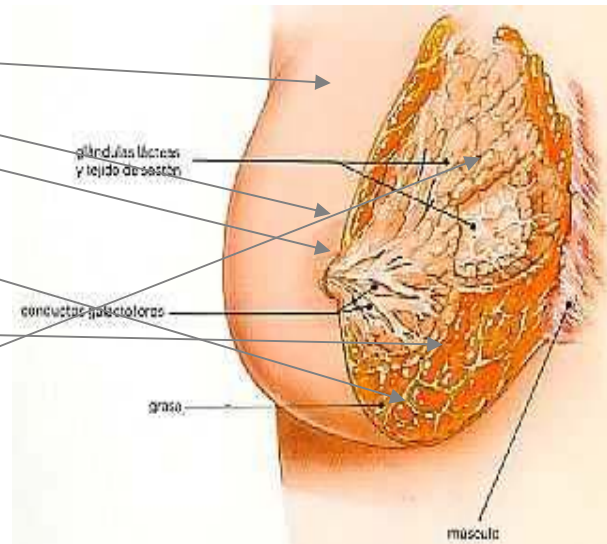
Este órgano propio de los mamíferos se sitúa en la cara ventral del tronco de las hembras, se desarrolla en la pubertad y, después de la gestación segrega la leche que alimentará a las crías.

La mama en la mujer, como órgano efector del funcionalismo ovárico, sufre una serie de cambios morfológicos y funcionales a todo lo largo de su vida sexual.

Anatomía

Se distinguen:

- La piel o tegumento mamario
 - Aereola o zona aerolar
 - Pezón, mamila o mamelón
- El tejido célula adiposo subcutáneo
 - Lámina célula adiposa anterior preglandular.
 - Lámina célula adiposa posterior, retromamaria o retroglandular.
- El parénquima glandular o mama
Propiamente dicha



Aereola o zona aerolar

Zona circular de piel muy fina, con glándular aerolares subyacentes, sudoríparas (glándulas de montgómery) y sebáceas voluminosas (tubérculos de morgagni).

Subyacéentemente se encuentra el músculo aerolear (m. de Sappey), liso y circular responsable de la erección de la mama.

Pezón, mamila o mamelón

Piel igualmente fina que reviste un tejido fibroelástico con fibras musculares atravesado por los conductos galactóforos (unos 15 a 20). Estos conductos galactóforos principales que terminan en forma de finos poros sobre el vértice del pezón muestra la yuxtaposición de epitelios (estratificado y pavimentoso), esta zona puede, en situaciones patológicas degenerativas, dar asiento a disqueratosis o Enfermedad de Paget.

Tejido célula adiposo

Envuelve el parénquima glandular salvo en la región areolar, mediante dos láminas célula adiposas, anterior y posterior. El contenido graso o célula adiposos es muy variable y de su riqueza depende su volumen y blanda consistencia.

Lámina preglandular

Es una estructura conectiva perimamaria que envía fascias divisorias que separan las glándulas en lóbulos (tejido conectivo interlobular) y su división en torno a conductos y acinis originan el estroma de la mama o tejido conectivo perilobular, periacinoso y pericanalicular.

Lámina retroglandular

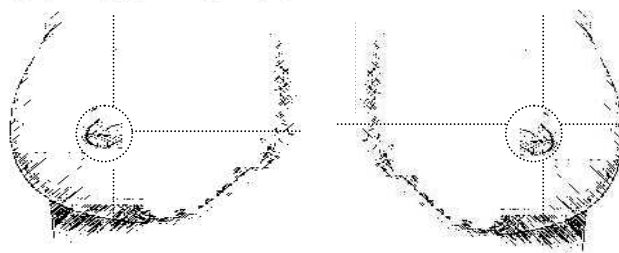
Contacta con la fascia superficialis. Tiene interés destacar que esta fascia superficialis representa habitualmente un obstáculo a la progresión del carcinoma mamario. Se puede fijar a ella la neoplasia, pero rara vez la atraviesa, por lo que el pectoral mayor suele quedar indemne. Sobre ella se encuentra la Bolsa serosa retromamaria o glándula de Chassaignac, que sirve como cojinete suspensor a la glándula sobre la parrilla costal y los músculos pectorales.

Glándula mamaria

Está ubicada al centro y adopta una forma cónica con orientación hacia el pezón por donde desembocan los conductos excretores o galactóforos de la glándula (exocrina y tubuloacinososa), en número de 15 a 20. Las tres cuartas partes de la glándula descansan en el cuadrante superoexterno de la mama.

La glándula suele dividirse en cuatro cuadrantes, delimitados por dos líneas imaginarias perpendicularmente cruzadas a la altura del pezón. Éstos son:

- Superoexterno
- Inferoexterno
- Superointerno
- Inferointerno



El conjunto glandular mamario resulta formado por 15-20 lóbulos de forma piramidal, los que se dividen en lobulillos, y estos a su vez en acinis. Cada lóbulo está separado del inmediato por tractos conectivos por donde circulan nervio, arteria, vena y linfáticos.

Por debajo del plano glandular de la mama, sobre la que descansa, se encuentra el músculo pectoral mayor. El músculo pectoral menor, inmediatamente por debajo del anterior, se inserta sobre las 3°, 4° y 5° costilla.

Importancia cultural-social de las mamas

La enfermedad no tan solo es un acontecimiento biológico sino también biográfico. El impacto psicológico va a variar de acuerdo al tipo de afección, por el significado que le implica a la persona y también por supuesto de acuerdo a la gravedad de la enfermedad.

El cuerpo es una parte importante de nuestra identidad, toma una connotación personal. Además de la connotación general positiva que toda persona le atribuye a la integridad e indemnidad de su cuerpo, hay valoraciones específicas vinculadas a la autoapreciación personal y función concreta que los distintos órganos cumplen, tanto en el plano biológico como dentro de un horizonte más amplio que implica la vida en sociedad. Desde esta perspectiva, podemos observar que las mamas desempeñan un conjunto de funciones imbricadas las unas con las otras, y cualquiera de ellas que se vea afectada, afecta a la vez el significado subjetivo que la persona estableció.

Algunas de las funciones más importantes son (Bello, 1998):

- 1 Función de Alimenticia Biológica.** En los mamíferos, el primer alimento del bebé es naturalmente mediante el amamantamiento de la madre. La mama es efector de este “dar biológico” de alimentación.
- 2 Función Psicológica del Amamantamiento.** En el ámbito de los humanos, lo biológico y lo psicológico de dicha función, se dan combinadamente, unitariamente. Ello acontece tanto con quien recibe, como quien entrega esta forma de alimentación. Junto a la leche, recibe el contacto corporal y el afecto de la madre. Acto de generosidad biológico, espiritual logra, alcanza, encuentra la plenitud propia que brinda el sentido concreto de la maternidad.
- 3 Función Identificatoria.** Una propiedad existencial básica del ser humano es su connotación sexuada. De esta diferenciación nace el arquetipo de la incompletud del ser humano, para acceder a dicha plenitud existencial se significa como requisito básico una apropiada identidad afectivo-sexual en relación a un otro. Identidad de base tanto biológica (órganos sexuales primarios y caracteres sexuales secundarios) como de formación psicosocial. En las mujeres, unos de los más significativos caracteres sexuales secundarios lo constituye el desarrollo mamario. Constituyendo un esencial símbolo de la femineidad.
- 4 Función Erógena.** Las mamas son órganos que tienen un particular significado erótico. Las mamas de la

mujer constituyen por una parte un reconocido incentivo erótico para el hombre; en la mujer, a la vez su estimulación en el campo de la erotización, representan una de las fuentes más importantes de gratificación afectivo-sexual. En virtud de esto es comprensible una especial preocupación por las características estéticas de esta zona tan significativa de su self erótico.

iii.4. Definición y descripción del Cáncer de Mama

El CM suele cursar con tumores sólidos que cursan con lesiones osteolíticas secundarias e hipercalcemia.

Existen distintos tipos de CM compuestos por distintos tipos de células anormales.

Tumor primario:

- Carcinoma in situ o Carcinoma Intraductal
- Carcinoma Ductal in situ (DCIS)
- Carcinoma Lobular in situ (LCIS), o Neoplasia Lobular
- Tumores Invasivos Ductales y Lobulares

Según localización y forma de curso:

- Cáncer de mama locorregional
- Cáncer de mama localmente avanzado
- Carcinoma inflamatorio de mama
- Cáncer de mama diseminado

El **Carcinoma in situ** o **Carcinoma Intraductal** se contiene enteramente dentro de los conductos de la mama, sin invasión de tejidos adyacentes normales. Aunque antiguamente era bastante raro, actualmente representa más del 15% de todos los cánceres del pecho diagnosticados en EE.UU., y la proporción es más alta en grupos de edad joven. Se le adjudica esta alza a mejores evaluaciones preventivas. (TMMDT, 2003)

El **Carcinoma Ductal in situ (DCIS)** representa el 43% de cánceres de pecho diagnosticado en mujeres entre 40 y 49 años y el 92% de los casos diagnosticados en mujeres entre 30 y 39 años. El DCIS ocurre en mujeres premenopausicas y postmenopausicas formando una masa palpable, y está más normalmente localizada en un cuadrante de un pecho. El DCIS es frecuentemente la causa de las microcalcificaciones observadas en las mamografías. Estas pacientes están en riesgo de desarrollar un cáncer invasivo si no se tratan. El DCIS se considera precursor de cáncer invasivo, pero al ser localizado puede ser totalmente removido quirúrgicamente. (TMMDT, 2003)

El **Carcinoma Lobular in situ (LCIS)**, o **neoplasia lobular**, ocurre predominantemente en mujeres premenopausicas y usualmente se descubre en forma incidental porque no forma una masa palpable. Microscópicamente, el LCIS aparece distintivamente diferente de DCIS. Entre el 25 y el 35% de las pacientes con LCIS desarrolla CM invasivo después de una latencia de hasta 40 años. Estos cánceres invasivos ocurren

con igual frecuencia bilateralmente. Muchos especialistas relacionan el LCIS con la hiperplasia atípica, considerandolo un indicativo de una propensión al CM en lugar de un verdadero precursor. (TMMDT, 2003)

Tumores invasivos ductales y lobulares son los tipos histológicos más comunes de cáncer invasivo, aproximadamente el 90%. Las pacientes que portan los tipos histológicos menos comunes, como por ejemplo, medulares o lesiones tubulares tienen una prognosis algo mejor. (TMMDT, 2003)

Carcinoma papilar Crecen en los conductos con este tipo de configuración. Representan el 1% de los carcinomas de mama. El carcinoma papilar infiltrante es una variedad rara de crecimiento lento y buen pronóstico.

Comedocarcinoma. Tienen un crecimiento denso dentro de los conductos. De forma global tiene buen pronóstico.

Carcinoma Medular. Representa el 5-7%. Suelen ser grandes y de bajo grado. Se caracterizan por invasión de linfocitos pequeños. Son de buen pronóstico, excepto el carcinoma medular atípico.

Carcinoma Tubular. (1%). Tienen mejor pronóstico que el carcinoma ductal infiltrante pero peor que el medular.

Carcinoma Mucinoso o coloide. (3%). Forman nidos de células epiteliales. Tienen crecimiento lento y suelen ser de gran tamaño. Son de buen pronóstico.

Carcinoma Inflamatorio. (1%). Se caracteriza clínicamente por edema de la piel ("Piel de naranja"), eritema, calor y endurecimiento de la mama subyacente. Para el diagnóstico es imprescindible la biopsia de la piel mamaria que debe demostrar invasión de los linfáticos dérmicos por células tumorales. Es una variedad de mal pronóstico.

Signos y síntomas

Más del 80% de los CM se descubren por la palpación de la paciente de un bulto. Una cantidad muy pequeña presenta una historia de dolor y ninguna masa, con agrandamiento del pecho o con un espesor indefinible en el pecho. Un hallazgo típico del examen físico es una masa dominante -un trozo distintamente diferente del tejido del pecho del circundante. (TMMDT, 2003).

Se estima que el tiempo medio de crecimiento para detectar el CM por palpación es de siete a once años, dependiendo de los investigadores (Steel, G 1982, Fox, BH 1981)

Cambios fibroticos difusos en un cuadrante del pecho, normalmente el cuadrante superior exterior, es más característico de desórdenes benignos, pero un espesor ligeramente firme no notado en la mama contralateral sería una señal de cáncer. Los CM más avanzados se caracterizan por fijación de la masa a la pared del pecho o a excesiva piel, por la presencia de nódulos satélite o ulceraciones en la piel, o por exageración de las marcas usuales en la piel resultantes de un linfodema peau d'orange. Si se presentan nódulos linfáticos axilares enmarañados o fijos o una linfadenopatía supraclavicular o infraclavicular, la cirugía tiene bajísima probabilidad de ser curativa. El CM inflamatorio es particularmente virulento, caracterizado por la inflamación difusa y agrandamiento del pecho, a menudo sin una masa. (TMMDT, 2003)

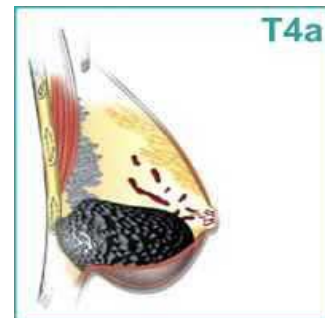
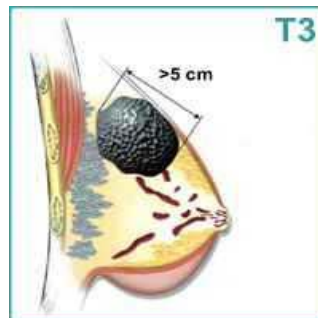
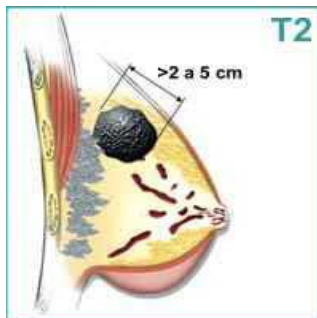
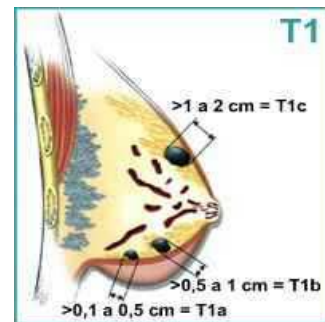
El CM en etapas tempranas no causa dolor, sin embargo usualmente se ve asociado a sensaciones inusuales en el seno como mayor sensibilidad y ardor. (Singletary, s.f.)

Etapas del desarrollo del cancer mamario

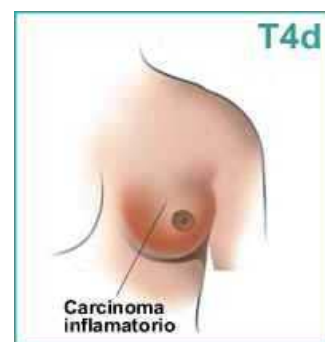
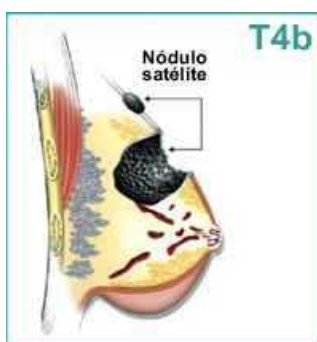
La International Union Against Cancer revisa periódicamente la clasificación TNM y la agrupación por estadios para el carcinoma mamario. La última revisión corresponde a la quinta edición publicada en 1997 que se resume a continuación. (CRUZ,2003)

CLASIFICACIÓN TNM

Tx	El tumor primario no se puede evaluar
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor de diámetro máximo menor o igual a 2 cm
T1mic	Microinvasión de 0.1 cm de diámetro máximo
T1a	Diámetro máximo mayor a 0.1 cm pero menor o igual a 0.5 cm
T1b	Diámetro máximo mayor a 0.5 cm pero menor o igual a 1 cm
T1c	Diámetro máximo mayor a 1 cm pero menor o igual a 2 cm

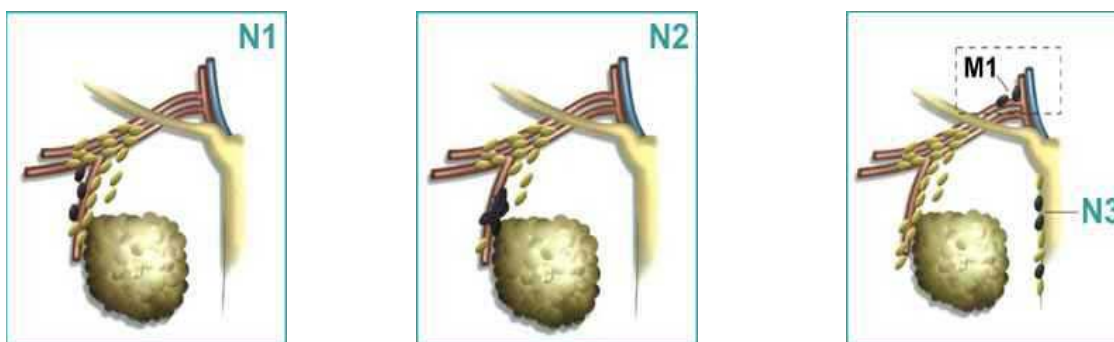


T2	Tumor de diámetro máximo mayor de 2 cm
T3	Tumor de diámetro máximo mayor de 5 cm
T4	Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a pared torácica o piel
T4a	Extensión a pared torácica



T4b	Edema o ulceración de la piel de la mama o lesiones satélites en la misma mama
T4c	T4a y T4b conjuntamente
T4d	Carcinoma inflamatorio

Ganglios Linfáticos Regionales



- Nx** Nódulos linfáticos regionales que no han podido ser evaluados.
No No hay adenopatías en la región axilar homolateral palpables.
N1 Existen adenopatías axilares homolaterales, desplazables y móviles <1cm.
N2 Adenopatías axilares homolaterales, fijadas unas a otras o a estructuras vecinas.
N3 Adenopatías en la región supraclavicular homolateral o adenopatías infraclaviculares o braquiedema, este edema puede impedir palpar los ganglios.

Metástasis a Distancia

- Mx** No ha sido evaluada la presencia de metástasis.
M0 No hay evidencia de metástasis a distancia
M1 Presencia de metástasis a distancia incluyendo metástasis en los nódulos linfáticos homolaterales supraclaviculares.

Estadios Clínicos TNM de la evolución del Carcinoma Mamario

	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1-T1mic	N0	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
	T3	N1-N2	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
IIIB	T3	N1-N2	M0
	T4	Todo N	M0
	Todo T	N3	M0
IV	Todo T	Todo N	M1

Los estadios aquí descritos son la base de la información clínico oncológica y de las variables evaluadas en las investigaciones que revisaremos en los capítulos posteriores.

FACTORES PRONÓSTICOS Y PREDICTIVOS DE RESPUESTA

Una vez que se ha diagnosticado a una paciente de cáncer de mama se plantean las siguientes cuestiones: ¿Qué tipo de cirugía se debe realizar? ¿Se beneficiará de terapia adyuvante? ¿Qué tipo de terapia es la más adecuada?. Para contestar a estas interrogantes es indispensable determinar la probabilidad de que la paciente recaiga en su enfermedad sin la administración de tratamientos, y además valorar el beneficio del tratamiento respecto a los efectos colaterales de éste. El conocimiento de biomarcadores que midan estas funciones, ya sea de forma directa o indirecta, permitirá clasificar a las pacientes en distintas categorías de riesgo de recurrencia.

Llamaremos factor pronóstico a cualquier medida en el momento del diagnóstico que se asocia a período libre de enfermedad o supervivencia total en ausencia de tratamiento. El termino factor predictivo describe cualquier medida que se asocia a la respuesta o ausencia de respuesta a un tratamiento. A continuación se describirán los factores, tanto pronósticos como predictivos, más estudiados en la actualidad, existiendo muchas revisiones sobre este particular en la literatura (De Pasquale, 2000; Vera, 2000; Tjemslund, 1997; LatinMed . s.a.s.l.)

Influencia de varios indicadores pronósticos en el cáncer de mama

	Buen pronóstico	Mal pronóstico
Tamaño	Menor a 1cm	Mayor a 5 cms.
Extensión Local	Ausente	Presente
Grado	Bajo	Alto
Receptores hormonales ¹	ER+, PR+	ER-, PR-
Ganglios Axilares	Tumor negativo	Tumor positivo

COMPLICACIONES Y RECIDIVAS

¹ Receptores de estrógenos y de progesterona: Su presencia en el tumor constituye un factor pronóstico independiente. Su expresión se correlaciona con un pronóstico más favorable y permite estratificar subgrupos pronósticos de cara a la elección de la estrategia terapéutica tanto en enfermedad metastásica como en estadios precoces sometidos a terapia adyuvante. Asimismo la presencia de receptores hormonales constituyen un factor predictivo de respuesta a terapia hormonal.

Incluimos aquí:

- Metástasis
- Síndromes paraneoplásicos

METASTASIS

El CM puede propagarse tanto por la sangre, linfa y vía canalicular, como también por invasión de vecindad o contigüidad. Esta propagación es por tanto, en función de su propia anatomía. (Junceda, 1988).

El lugar más común para la generación de metástasis del CM son los nódulos linfáticos, le siguen en frecuencia pulmón, hueso, hígado y cerebro. (Singletary, s.f.)

El CM suele evolucionar con tumores sólidos que cursan con lesiones osteolíticas secundarias e hipercalcemia.

SINDROMES PARANEOPLASICOS

Los tumores pueden causar signos y síntomas lejos del propio lecho tumoral o de sus metástasis, conocidos como síndromes paraneoplásicos (desde aquí en adelante llamados SPN). Estos son secundarios a la producción de hormonas biológicamente activas, factores de crecimiento, citoquinas, anticuerpos u otras sustancias no bien identificadas y producidas por el tumor.

Los SPN pueden ser el primer signo de enfermedad, y su identificación es crucial para lograr una detección precoz del tumor.

En ocasiones pueden representar la sintomatología principal de la enfermedad, por delante de la motivada por el tumor primario.

El tratamiento de los SPN es el de la propia enfermedad que los origina: el tumor. En ciertas ocasiones, en las que la enfermedad de base no puede ser tratada, los síntomas y las complicaciones causados por el SPN deben ser tratados.

Dicha sintomatología puede ser mucho más importante que la ocasionada por el tumor primario.

Los SPN suelen regresar cuando la enfermedad de base es controlada; pero en ocasiones su evolución puede correr independiente de la del tumor primario, como sucede en ciertos síndromes neurológicos (p.e. degeneración cerebelosa paraneoplásica).

Se describen en el anexo nº2 someramente aquellos SPN más frecuentemente presentados en la presencia de neoplasia mamaria según la descripción de Alfonso Yubero (20001a y 20001b) destacando su descripción, mecanismo patogénico, sintomatología y tratamiento como una forma de ilustrar el proceso clínico y contexto del proceso psicológico del curso del CM.

Síndromes Paraneoplásicos

Síndromes Endocrino-Metabólicos

Hipercalcemia

Hipocalcemia

Hipersecreción de calcitonina

Síndromes Hematológicos

Anemia

Granulocitosis

Trombocitosis

Trombocitopenia

Tromboflebitis migrans

Coagulación intravascular diseminada (CID)

Síndromes gastrointestinales

Anorexia y caquexia

Síndromes Renales

Síndromes cutáneos

Enfermedad de Paget

Acantosis nigricans

Dermatoiositis

Eritema gyratum repens

Penfigo vulgar

Síndromes neurológicos

Degeneración cerebelosa subaguda

Síndrome opsoclonus-mioclonus

Polineuropatía sensitivo-motora

Miastenia gravis

Polimiositis

Otros síndromes paraneoplásicos

Fiebre

Los síndromes paraneoplásicos en el estudio de la enfermedad oncológica

De la revisión precedente concluimos que los SPN que pueden presentarse en el curso del CM son variados, pudiendo afectar muchos sistemas orgánicos, teniendo cursos dependientes o totalmente independientes de la patología mamaria, un número de ellos representan urgencias, muchos de ellos con mecanismos patognomónicos comunes que pueden co-potenciarse entre sí, una gran cantidad de ellos con síntomas altamente invalidantes. Y como han sido descritos someramente, con tratamientos muchas veces invasivos, ya sea por vía endovenosa o quirúrgica y su tratamiento farmacológico en la mayoría de ellos es agresivo, de altas dosis y no exentos de síntomas colaterales.

He aquí la relevancia del conocimiento de estos Síndromes Paraneoplásicos pues representan importantes complicaciones al curso del CM, y a la vivencia de la enfermedad; las características invalidantes, efectos inmunológicos y estéticos son ciertamente factores estresores que han de ser contemplados por el psicooncólogo.

Finalmente, y por un motivo metodológico, ya que en prácticamente la totalidad de los estudios revisados su peso en las variables biopsicosociales evaluadas asociadas al CM no es referido.

EPIDEMIOLOGIA, ETIOPATOGENIA Y FACTORES DE RIESGO DEL CÁNCER MAMARIO

Dado que su origen es actualmente ignorado, nos limitaremos a referenciar los diversos factores que pueden jugar cierta influencia en el desencadenamiento del CM. Esta acción simultánea de diversos factores es calificada como sinarcinogénesis o simblastogénesis.

ESQUEMA CAUSAL DEL CÁNCER MAMARIO COMO ENFERMEDAD MULTIFACTORIAL

- Factores genéticos
- Factores endocrinos
- Factores virales
- Factores inmunológicos
- Factores psicológicos
- Factores ambientales
- Factores ionizantes
- Factores medicamentosos
- Factores patológicos (benignos) de la glándula
- Factor de senilidad

Genética

El CM se presenta con más alta frecuencia en mujeres con grupo sanguíneo tipo O sobre todo en las formas tempranas, la aparición más tardía prevalece una mayor frecuencia del grupo A.

La heterogeneidad del CM está totalmente relacionada con su variabilidad a nivel genético. Así, el genotipo del tumor es una aproximación evaluable para definir el subtipo de tumor mamario. Cuny y cols. (2000) estudiaron la prognosis asociada a los distintos sets de amplificaciones del ADN. Contemplaron ocho genes o Loci (AIB1, CCND1, EMS1, ERBB2, FGFR1, MDM2, MYC y RMC20C001), así como las mutaciones en el gen p53². Se estudió la correlación con el tiempo de supervivencia y tiempo libre de enfermedad en 640 pacientes que no habían recibido terapia pre-operatoria. Encontrándose significativas correlaciones entre ambas, tal como lo muestra la tabla:

² Sólo se encontraron correlaciones en el gen p53 cuando se seleccionaron las mutaciones de los exones 5 y 7.

Correlaciones estadísticamente significativas entre la amplificaciones del ADN de carcinoma mamario y el pronóstico de los consiguientes subtipos genéticos de CM³.

Gen/Loci	Grupo total		Pacientes con Nodo Negativo		Pacientes con Nodo Positivo	
	Tpo. libre de enfermedad	Tpo. de sobrevida	Tpo. libre de enfermedad	Tpo. de sobrevida	Tpo. libre de enfermedad	Tpo. de sobrevida
Amplificación AIB1 CCND1 EMS1 ERBB1 FGFR1 MDM2 MYC RMC20C001	Reducido	reducido			reducido	reducido
	Reducido	reducido			reducido	reducido
	Reducido	reducido			reducido	reducido
			prolongado	prolongado		
Mutación p53 axon 5	Reducido	reducido	prolongado	prolongado		
p53 axon 7	Reducido	reducido	prolongado	prolongado		

Se observó también que el número de amplificaciones del ADN en un tumor (dos o más) muestra una peor prognosis. Así, una fuertemente asociada co-amplificación de los loci: CCND1-FGFR1 y ERBB2-MYC muestran una reducción significativa del tiempo de sobrevida al CM, indicando un efecto cooperativo en la amplificación tumoral de estos genes.


Cuny y cols. (2000) concluyen que el estudio de las alteraciones genéticas en el CM no sólo es una ayuda para propósitos fenotípicos, sino también representa un poderoso indicador pronóstico en la práctica clínica.


Hormonas

En la actualidad es indiscutible la influencia de los estrógenos, progesterona, prolactina y STH. Todo obliga a pensar que el CM es hormonodependiente respecto a su origen y crecimiento. Para la mayoría de las mujeres esta patología se presenta en la premenopausia y aquellas que la presentan en la postmenopausia son

³ Notas

Las correlaciones entre la amplificación de los loci y el tiempo libre de enfermedad y de sobrevida en los tres grupos fue evaluada a través de un análisis univariable.

 Significancia de la correlación evaluada a través de análisis multivariable

 Significancia de la correlación evaluada a través de análisis estratificado

Las amplificaciones del ADN fueron medidas por medio de mancha transversal (Southern Blotting), y se consideró positivo cuando excedió tres de cinco copias.

Las mutaciones del gen p53 fueron medidas a través de la conformación del polimorfismo de una hebra con cuatro colores fluorescentes usando secuenciador automático.

generalmente obesas y presentan el síndrome hiperestrogénico -trastorno en el metabolismo de los estrógenos-.

El CM es inexistente antes de la pubertad, y se comprueba en mujeres con menarquia temprana (antes de 12 años) y menopausia tardía (50 o más años), presentando un largo período de amenorrea de más de 30 años. La castración antes de los 40 años reduce en un 75% la probabilidad de padecer un CM.

Los estrógenos influyen de modo preferente sobre el epitelio de los conductos galactóforos haciendo proliferar el estroma o tejido periductal, en tanto que la progesterona lo hace sobre el epitelio de los alvéolos. Se considera el influjo de los estrógenos desfavorable, se ha discutido su papel carcinogénico en el uso prolongado de píldoras anticonceptivas, mientras que el papel de la progesterona juega un rol protector. La prolactina tiene un comprobado efecto carcinogénico en el ratón, su efecto en el humano aún no es concluyente.

Por otro lado, para que el tejido mamario responda a los estrógenos se necesita la presencia de receptores de estrógenos, lo que se comprueba en el 50% de los carcinomas mamarios humanos.

Finalmente, dada la comprobación de que altos niveles de leptina tienden a incrementar los niveles corporales de grasa y obesidad reforzando también la proliferación tanto de las células normales (en un 50%) como de las células cancerosas de la mama (incrementándolas en un 150%), se ha fortalecido la idea de que la leptina puede promover el crecimiento del tumor mamario y su desarrollo, dando explicación teórica a la conocida relación obesidad-cáncer mamario. (Cleary, 2002).

Virus

En la rata es bien conocida la inducción de CM por un virus oncogénico, transmitido a través de la leche, el Virus de Bittner -MTA (mammary tumour agent) o MMTV (murine mammary tumour virus)-. En el humano la causal de CM por el MTA no es concluyente. Sin embargo, se ha demostrado la presencia de MTA en la leche de la mujer con alta carga familiar de CM, razón por la que no se aconseja la lactancia a este grupo de alto riesgo.

Factores Psicológicos

Los factores psicológicos inductores de CM tienen aquí un particular interés en nuestro estudio. Véase el capítulo V de inducción psicobiológica.

Edad

Para De Waard el CM aparecería según una distribución bimodal, mostrando un pico premenopáusico alrededor de los 45-49 años y otro postmenopáusico más allá de los 65 años.

En general puede aceptarse que el riesgo asociado a CM aumenta con la edad, por consiguiente, debe adquirir mayor prevalencia ante la mayor prolongación de la vida de la mujer en la actualidad.

Sexo

En mujeres es 146 veces más frecuente que en hombres. El CM masculino representa menos del 1 % de los casos. (Cruz, 2003)

Raza

Las mujeres blancas padecen esta enfermedad en más alta proporción que las negras, en EEUU se comprueba un 12-25% de mayor presentación. Las mujeres orientales, asiáticas y japonesas, esquimales y africanas muestran una incidencia mínima, sin embargo, se ha demostrado una mayor incidencia de CM en japonesas que emigran a EEUU, lo que sugiere el influjo de otros factores ambientales y genéticos.

Embarazo

La ocurrencia del primer embarazo a partir de los 35 años aumenta al triple el riesgo de CM. Mientras que el embarazo precoz (antes de los 20 años) juega un rol protector ante el CM.

Por otra parte, la gravidez significa una grave complicación en el curso del CM.

Lactancia

Una lactancia prolongada (3 años) se asocia a una menor incidencia de CM, jugando un rol protector al quedar inhibida la función ovárica y libre la glándula mamaria de los cambios cíclicos. Esto es perfectamente concordante con la menor incidencia de CM en grupos que suelen criar y tener largos periodos de lactancia: japonesas, esquimales, africanas.

Se ha observado que la mitad de las mujeres con CM no han amamantado, mientras que en las restantes la lactancia alcanza periodos breves (Junceda, 1988). Siendo éste un cambio sociocultural en aumento en la sociedad moderna.

Paridad

El riesgo es mayor en nulíparas que en mujeres con multiparidad. El parto ejerce un rol protector frente al CM dado que la incidencia disminuye a la mitad en mujeres que tiene cuatro o más hijos. Mac Mahon (1969) comprobó un riesgo tres veces mayor en primíparas a partir de los 35 años, aumentando este peligro por cada nuevo embarazo que la mujer presente a partir de esta edad.

En Chile, una paridad mayor o igual a 4 reduce en forma significativa el riesgo de CM en 0,62 veces ($p < 0,05$), controlando el efecto de la obesidad.

Factores de patología mamaria previa

Debemos remarcar, en primer lugar, las displasias, los procesos mastoplásticos mamarios aumentan el riesgo de CM en un 3 a 7%. La enfermedad fibroquística con hiperplasia ductal atípica se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar CM. Un CM previo aumenta el riesgo contralateral 10 veces.

La afección quística escasa o limitada multiplica por 1,6 la frecuencia de CM, si la afección es más amplia, el cáncer ocurriría en una frecuencia tres veces más alta. La administración de andrógenos aumentaría en un 400% la frecuencia del CM. Se atribuye esto al tipo de tratamiento hormonal seguido: una hiper estimulación estrogénica en un parénquima mamario reducido y una acción androgénica inicialmente benéfica derivando en una acción sinérgica con los estrógenos y favoreciendo la mayor hiperplasia.

Las lesiones premalignas⁴ representan un factor de riesgo. Es un antecedente en el 3% de los CM. Su línea evolutiva sería: Displasia→lesión premaligna→Cáncer in situ→Cáncer invasivo.

Distribución Geográfica

En un factor geográfico de riesgo se imbrican otros factores asociados, sean raciales, ambientales, dietéticos, etc.

El CM se registra con menor frecuencia en los países asiáticos y del extremo oriente, que en los occidentales y en Australia. En EEUU y en las naciones noreuropeas las tasas de incidencia son notablemente más altas que en los continentes africano y asiático.

En Chile, se ha hipotetizado que el aumento del CM podría relacionarse con: (Taucher, 1989)

- El uso masivo, iniciado alrededor de 1965, de los primeros anticonceptivos hormonales que contenían altas dosis de estrógenos
- Con la creciente tendencia a tratar la menopausia con estrógenos.
- Efectos cancerígenos de las hormonas utilizadas en la crianza de animales

El CM es también, más común en el medio urbano que rural.

⁴ Se incluyen: Lesiones de esclerosis-adenosis, Cáncer lobular in situ, Proliferaciones intraductuales con hiperplasia epitelial atípica, enfermedad de Paget cuando no se asocia a un cáncer infiltrante.

Factor Social

El CM representa el cuarto cáncer de mayor mortalidad tanto en los países desarrollados como subdesarrollados. (Jones, 1999). El estado socioeconómico de la población es destacado como influyente si bien, por la común elevación del nivel de vida, tales diferencias suelen equipararse. En las capas sociales más altas o acomodadas la incidencia de CM es más elevada que en las bajas. Las diferencias socioeconómicas se asocian a factores diferenciales en la nutrición, conductas de riesgo, exposición a carcinógenos y conducta preventiva.

Factor dietético

El elevado consumo de grasas animales y saturadas en general, propio de los países industrializados de occidente, tiene una gran importancia en la mayor morbilidad del CM. El colesterol elevado actúa como precursor de la síntesis de los esteroides sexuales. En Chile, sin embargo, no se observó una asociación entre el CM con la preferencia por los alimentos grasos. (Atalah, 1999)

El consumo de alcohol se considera un factor de riesgo (Favero, 1998; Egan 1998) llegando incluso a afirmarse su causalidad para el CM (Swanson, 1997; Franceschi, 1996 y 1998). Se observa que altos niveles de alcohol aumentan los niveles plasmáticos y urinarios de estrógenos en mujeres pre y post menopáusicas con terapia de reemplazo de estrógenos. En Chile, el consumo de alcohol aparece como un factor significativo de riesgo, aumentando la probabilidad de cáncer en 61% ($p < 0,05$), sin embargo un 65% de las mujeres con CM son bebedoras ocasionales siendo poco frecuente el consumo excesivo (1%).

Las dietas hiperprotéicas favorecen el crecimiento tumoral, mientras que las hipoprotéicas inhiben dicho crecimiento pero favorecen la formación de metástasis.

Se ha señalado el incremento de CM por el consumo exagerado de té. (Junceda, 1999)

Como factores protectores se han señalado una dieta con alto contenido de alimentos ricos en carotenos, verduras, frutas, hidratos de carbono y aceite de oliva. Sin embargo, en Chile no se encontró asociación significativa entre estos alimentos y el riesgo de esta patología. (Atalah, 1999)

Obesidad⁵

⁵ Para el Ministerio de Salud, se considera obesidad a un índice de masa corporal IMC (kg/m^2) mayor a 30.

La obesidad se considera un importante factor de riesgo para el CM, las mujeres que se encuentran obesas al momento del diagnóstico tienen una enfermedad más agresiva con una prognosis más pobre. (Cleary, 2002; Cromie, s.f.)

En Chile el peso y el IMC (índice de masa corporal) se ha presentado significativamente mayor en las mujeres con CM. Un IMC superior a 30 se asocia actualmente en nuestra población a un riesgo 67% mayor de presentar CM. La presencia de obesidad en la mujer chilena aumenta en 1,79 veces el riesgo de presentar CM, controlando el efecto de la paridad. Ambas variables -obesidad y paridad- explicarían cerca del 25% del riesgo atribuible poblacional. (Atalah, 1999).

Factores medicamentosos

Se discute el factor co-carcinogénico del diazepam. Otro tanto pudiera decirse de la administración de reserpina, alcaloide extraído de la medicamentación a la hipertensión.

Factores medioambientales

Se ha encontrado un incremento en el CM asociado al uso prolongado de carbón como combustible.

Factores ionizantes

Las irradiaciones ionizantes, sean diagnósticas, terapéuticas o accidentales, pueden tener igualmente un efecto nocivo y favorecedor del CM, pues esta glándula es uno de los órganos más radiosensibles. Este riesgo se relaciona con la edad de ocurrencia, siendo máxima antes de los 20 años y decreciendo con el paso de los años. Esta patología, conjuntamente con otros cánceres ha sido presentada en mayor cantidad en Hiroshima y Nagasaki luego de una exposición superior a los 90 rads.

Otros factores

Se ha señalado una alta actividad física como un factor protector para el CM.

Alto riesgo para Cáncer de Mama en mujeres mayores de 30 años

Mujeres nulíparas
Mujeres con menarquia precoz
Mujeres con menopausia tardía
Mujeres con 1-2 hijos que nunca han lactado

} Larga menopausia

Mujeres con su primer hijo después de los 35 años
Mujeres obesas, especialmente después de la menopausia
Mujeres con mastopatía proliferativa
Mujeres con secreciones en el pezón
Mujeres con otro proceso benigno en la mama
Mujeres con carcinoma mamario en los antecedentes familiares
Mujeres con un primer CM
Mujeres sometidas a tratamientos hormonales
Mujeres con un alto nivel social
Mujeres dedicadas a tareas profesionales

parte IV metodología

muestra

Se consultaron los estudios referidos a variables biopsicosociales asociadas a la inducción, curso y tratamiento del CM femenino publicados en revistas científicas nacionales e internacionales de psicooncología, oncología clínica y psicología clínica en habla hispana e inglesa, de los últimos 25 años disponibles en las colecciones de las bibliotecas de las dos principales universidades del país, biblioteca nacional y centros especializados en el tratamiento integral de pacientes de cáncer de la región metropolitana, de contar con ellas.

justificación de la muestra

Se priorizó la búsqueda bibliográfica basada en revistas científicas por ser medios actualizados y científicamente respaldados de divulgación de investigaciones en el área de estudio, a esto se suma la imposibilidad de acceso a otras fuentes como manuales de la disciplina y estudios presentados en congresos de psicooncología, los cuales no se encuentran a disposición en las bibliotecas consultadas, no siendo costeable su compra para las investigadoras.

Se restringió la investigación al CM femenino, excluyendo al masculino, por una decisión de relevancia teórica ya que el CM femenino es 146 veces más frecuentes que en hombres, el CM masculino representa menos del 1 % de los casos (Cruz, 2003) y práctica, ya que en igual medida el CM masculino es escasamente revisado en la literatura.

Se orientó la búsqueda a revistas de psicooncología, oncología clínica y psicología clínica, por existir sólo una revista de la disciplina de estudio "Psychooncology" la cual no se encuentra disponible en las bibliotecas consultadas, ampliándose por tanto a revistas de la clínica de las dos más importantes disciplinas madres de la psicooncología, en las cuales encontramos publicaciones de las variables de interés de esta investigación. El acceso digital "pay per view" de la revista "Psychooncology" se encontró fuera del acceso de las investigadoras.

Siendo el CM una enfermedad en aumento a nivel mundial, se buscaron publicaciones tanto nacionales como internacionales, en habla hispana e inglesa al ser el inglés la lengua de publicación científica internacional por excelencia. No se incluyeron otras lenguas en el estudio por no ser de dominio de las investigadoras ni representar una necesidad en relación al material bibliográfico disponible en las bibliotecas consultadas.

Se incluyó un amplio rango temporal de 25 años por haberse generado cierta cantidad de publicaciones exploratorias entre los años '60 y '80 en el área, las cuales son referidas en las publicaciones más actuales como antecedentes teóricos y principalmente dada la restricción de colecciones de revistas disponibles del área de interés y a lo incompleta y descontinuada de las mismas en las bibliotecas consultadas.

Las bibliotecas consultadas fueron:

Biblioteca nacional, sección hemeroteca a través de la indexación RENIB de materias y palabras claves, esto debido a que es la biblioteca más importante del país que por ley posee un ejemplar de toda revista nacional, la búsqueda quedó restringida a las posibilidades y actualización de la indexación del catálogo disponible.

Bibliotecas de Biomédica y General del campus San Joaquín de la Pontificia Universidad Católica de Chile a través del catálogo SIBUC y tarjetero de hemeroteca, la búsqueda quedó restringida a las colecciones disponibles que no se encontraban en sección reserva, empaste o bodega. No accedimos a las investigaciones internacionales digitalizadas disponibles por carecer de los medios para costearlo.

Biobibliotecas de Ciencias Sociales, Género e integradas de Medicina de la Universidad de Chile a través del catálogo SISIB, red interna de las bibliotecas de medicina, tarjeteros de hemeroteca y compendios de tablas de contenidos de revistas.

Biblioteca de la Fundación Arturo López Pérez a través de consulta a la bibliotecaria. Colección orientada a la actualización médica, no existen publicaciones en psicooncología, psicología de la salud, enfermería oncológica o similares.

Hemeroteca de la sociedad de psicólogos clínicos a través del catálogo disponible en línea y consulta a la bibliotecaria.

Biblioteca del Ministerio de Salud y la biblioteca del Centro de Desarrollo de la Persona.

Metodo de analisis de la informacion

El método de trabajo consistió en la lectura analítico sintética de los estudios, identificación de variables, diseño de investigación y sus resultados, creación de fichas y revisión de la bibliografía de cada estudio en búsqueda de referencias para continuar a búsqueda en otras variables a las tocadas por los objetivos de cada investigación revisada.

Luego de una primera fase de búsqueda que contempló las bibliotecas universitarias y las referencias secundarias a los índices de materias de los principales manuales de la disciplina, se creó un mapa conceptual de los temas y variables más intensamente estudiados en la literatura y su ordenamiento en categorías y niveles lógicos. En esta fase sólo se encontró un modelo que integrara explicativamente las variables revisadas, de Temoshock. Se ordenaron las investigaciones en relación a su correspondencia a

cada nivel lógico del árbol conceptual, se evaluaron las temáticas y variables en las que se habían encontrado pocas investigaciones. Se observó que un número de investigaciones en sus marcos teóricos sostenían que la psicooncología era una disciplina atórica lo cual se veía reflejado en el material de carácter descriptivo correlacional y no explicativo encontrado o la referencia a un solo modelo de Temoshock en ellas, y finalmente se compararon las referencias repetidas a investigaciones antiguas (período entre 1960 y 1980).

Con los resultados de este primer análisis de las investigaciones halladas se plantearon tres subobjetivos para la siguiente fase de búsqueda: encontrar investigaciones en ciertos temas relevantes de los que hallamos recopilados pocas investigaciones, encontrar las fuentes primarias de investigaciones antiguas que sean importantes antecedentes teóricos a las investigaciones del período revisado y buscar intensamente referencias a construcción de piezas teóricas y modelos explicativos en psicooncología.

La siguiente fase contempló la revisión de las bibliotecas nacional de las fundacion Arturo Lopez Pérez, vuelta a las bibliotecas universitarias en búsqueda de las referencias relevantes de períodos anteriores, e internet en búsqueda de los objetivos y subobjetivos propuestos encontrándose una mayor gama de piezas teóricas explicativas en inducción psicobiológica del CM.

Se realizó una exposición sintética y descriptiva de las investigaciones articulándolas de acuerdo a su tema central organizándolas en relación a criterios de evolución de la temática de investigación a través del tiempo, en aquellas variables en que existió un desarrollo claro de los aspectos del fenómenos a ser esclarecidos a través de una evolución en las investigaciones, el segundo criterio fue el de confluencia de las investigaciones en sus variables a ser correlacionadas y resultados.

Se realizaron síntesis globales de las conclusiones y resultados de las investigaciones en relación a cada gran tema de investigación.

PARTE V
INDUCCION PSICOBIOLOGICA DEL CaNCER MAMARIO

v.1_ Los Factores Psicologicos en Induccion de Cancer Mamario

La importancia de los factores psicológicos sobre la etiología del cáncer, tanto en su desarrollo como en su curso, es la hipótesis que soportan una gran cantidad de investigaciones, las cuales como hemos revisado se insertan dentro de modelos multicausales. Nos concentraremos en aquellas variables biopsicosociales que influyen en la carcinogénesis y en el desarrollo del CM.

Induccion Psicobiologica del cancer

Diversos investigadores sugieren que la variabilidad de respuesta que presentan las personas expuestas a carcinógenos similares evidencia una importancia moduladora de las variables psicológicas en la aparición y desarrollo del cáncer (Bayes,1985; Nuzzo,1987; Persky, 1987; Fox, 1995^a - 1995b; Hahn,1988; Shekelle, 1981, y otros). Esta idea es tan antigua como la Historia de la Medicina: Galeno en su Tratado "De Tumoribus" (150 años a.d.C.) señaló que las mujeres melancólicas eran más susceptibles al cáncer; la Medicina rusa de los siglos XVII y XVIII consideró la pena prolongada como una causa remota del cáncer; Snow en 1893 concluye "la pérdida de un pariente cercano es un factor importante en el desarrollo del cáncer de mama y útero"; entre otros autores. En el siglo XX, a pesar de atender preferentemente a los factores externos y genéticos los estudios sobre Psicooncología se han multiplicado.

Bayés (1985) relaciona los factores psicológicos con el nivel biológico de la persona a través de un modelo estructurado en tres vías fundamentales:

1. Cognitivas y emocionales: Capaces de modular las respuestas neurológicas, endocrinas e inmunes, las cuales se hallan a su vez en permanente relación recíproca.
2. Conductuales: Traducen estilos de vida capaces de afectar al organismo en forma directa.
3. Influencias del medio ambiente físico y social.

Las investigaciones orientadas a la búsqueda de variables psicológicas y características de personalidad que inciden en la etiopatogenia del cáncer, en el sentido de que alteran la susceptibilidad a él aunque no lo provoquen, se llevan a cabo en dos campos: experimentación con animales y estudios clínicos en humanos.

Actualmente las terapias holísticas para el cáncer se basan en el principio de que ésta es una enfermedad multifactorial y sistémica, en la cual los tumores son síntomas o elementos de la enfermedad que representan una expresión local de un fenómeno global. De esta manera es que están orientadas al reestablecimiento del funcionamiento metabólico del cuerpo, los sistemas respiratorios, digestivo y endocrino; sólo así las defensas inmunes logran restituir su normal funcionamiento.

Dentro de la Inducción Psicobiológica del CM comprendemos tres grandes grupos de estudios que estructuran nuestra presentación:

Estudios de personalidad predispuesta al CM.

Estudios de las relaciones familiares en las familias de la paciente que desarrolla CM.

Estudios de inmunosupresión psicobiológica y desarrollo de CM.

Consideraciones metodológicas

Existe mucho interés sobre la posibilidad de que ciertas características de personalidad o factores como el estrés inducen o predisponen al cáncer, es decir que afectan su prognosis. Un repaso crítico de la literatura de la asociación entre factores psicológicos y cáncer muestran que muchos de los hallazgos tempranos positivos hubieran sido atribuibles a importantes sesgos del estudio (Fox, 1995a - 1995c).

En la siguiente discusión repasaremos las metodologías utilizadas más intensamente en estudios sobre asociaciones de variables estudiadas entre factores psicológicos⁶ e incidencia y pronóstico del CM.

Las variables dependientes serán: incidencia del cáncer mamario y su mortalidad, pronóstico del paciente, duración del intervalo libre de enfermedad y tiempo de supervivencia. Los conocidos factores de riesgo sospechosos de cáncer (radiación, atributos genéticos, virus, fumar, químicos, etc.) se evaluarán como variables distractoras posibles, como cofactores o agentes etiológicos primarios, en relación a los cuales los factores psicológicos actuarían (Fox, 1995).

En muchos estudios de factores psicológicos hipotetizados como predisponentes al CM, los autores dejan de considerar si los factores psicológicos existieron antes de la transformación maligna. En suma, son pocos

aquellos que mencionan la posibilidad de que el factor mismo se hubiera levantado del efecto biológico del cáncer o el conocimiento que el paciente tenía la enfermedad, ya que sólo miden las características psicológicas después del diagnóstico del cáncer.

De esta manera se observa necesario considerar la metodología del estudio. En estudios con casos de control es seleccionado un grupo de pacientes con cáncer, sobrevivientes o pacientes con recidivas, junto con un grupo control que no presenta cáncer, no ha muerto o no ha tenido recidivas. El investigador mide el atributo que distingue supuestamente a unos, o en ambos grupos viendo si difieren respecto al atributo.

En estudios de cohorte se mide un atributo en miembros totales de la cohorte antes del resultado de enfermedad, muerte o recidiva, y el investigador sigue la cohorte determinando qué miembros desarrollan cáncer, sobreviven o sufren recidivas. Durante el período dado de observación de la cohorte, la proporción que desarrolla cáncer presentando el factor del riesgo (ej. evento estresante) se compara con la proporción que hace cáncer en este período sin el factor del riesgo. Los estudios de cohorte tienen generalmente menos sesgos que los estudios de caso-control, y sus hallazgos normalmente son más fidedignos, con capacidad de sostener relaciones causales entre factores. Por ello es el diseño de investigación preferido en estudios sobre factores psicológicos.

⁶ El término "factores psicológicos" se refiere a aquellas características interiores, tal como personalidad, actitud, reacciones y cogniciones propios de los sujetos, así como a factores externos, no físicos que pueden afectar las características internas (p.e. eventos vitales estresores, soporte social).

A Estudios

v.2. Estudios en personalidad predispuesta al cancer de mama

La hipótesis de una personalidad previa predispuesta al desarrollo de la enfermedad oncológica ha sido estudiada con los métodos más diversos y para distintos cánceres además del mamario, llegando a resultados no siempre concordantes. Por los motivos metodológicos más arriba desarrollados, incluimos en esta sección estudios de cohorte o prospectivos, en rasgos de personalidad de mujeres que posteriormente desarrollan CM.

Las investigaciones prospectivas analizan variables como personalidad previa, depresión, neuroticismo, psicoticismo, acontecimientos vitales estresantes, entre otras.

Resultados de las investigaciones en personalidad predispuesta al cancer de mama

En orden cronológico expondremos primeramente los estudios referidos a evaluaciones globales de rasgos de personalidad en pacientes que posteriormente desarrollan CM. Por sus características éstos podrían ser considerados estudios de carácter exploratorio.

Bacon y sus colaboradores en 1952, a través del estudio de historias psicoanalíticas en mujeres con CM, proporcionan seis características de conducta en estas mujeres:

- Estructura de carácter masoquista.
- Sexualidad inhibida.
- Maternidad inhibida.
- Incapacidad de descargar apropiadamente la cólera.
- Conflicto hostil con la madre, manejado con sacrificio.
- Retraso en conseguir el tratamiento.

Le Shan (1969), revisando las discusiones previas acerca de que las personas particularmente afectadas por las pérdidas son más susceptibles al cáncer, plantea la existencia de una personalidad predispuesta al cáncer al sugerir que la personalidad caracterizada por sentimientos de desesperación, desesperanza y proclives a la depresión, constituye una predisposición necesaria al cáncer.

Posteriormente, estudios quasipropectivos (Tjemland, 1997) y prospectivos (Morris y cols, 1981; Eysenck, 1989) parecen confirmar la existencia de una clara relación entre características de personalidad y patologías mamarias. Estas relaciones resultaron más relevantes en mujeres con patologías malignas de la mama. Desde el punto de vista psicológico, las enfermas de CM se caracterizan por ser:

- menos ambiciosas,
- menos competitivas,
- menos apresuradas,
- menos capaces de expresar sus sentimientos
- y más lentas o moderadas en su lenguaje.

Se encontró que las mujeres con algunas de las enfermedades de la mama incluidas en estos estudios, en relación a las mujeres saludables difirieron significativamente en sus rasgos de personalidad, aun después del ajuste por edad - que trajo consigo una discreta reducción de las diferencias-. Se comprobó además que las variables psicológicas antes citadas tuvieron un impacto desfavorable y significativo sobre el número total de linfocitos y los subtest de éstos.

Greenberg, Patrick & Dattore (1981) realizan un seguimiento prospectivo a 104 hombres durante 10 años, quienes fueron evaluadas con el MMPI, encontrando que la dependencia fue un rasgo que predispone al cáncer y a la enfermedad en general. Los autores no encontraron en la discusión de sus resultados un vínculo teórico entre la dependencia y la enfermedad, sin embargo este estudio tuvo un impacto al poner en discusión teórica la importancia del rasgo de dependencia en el enfermar y en el cáncer en general. Años más tarde, Hahn y Petitti (1988), reevalúan los datos de un estudio prospectivo de 8932 mujeres evaluadas con el MMPI y en especial la escala de depresión en relación a la incidencia posterior de CM, sus análisis no avalan la extrapolación de los resultados de Greenberg, Patrick & Dattore a la incidencia de CM, dado que no encontraron una asociación estadísticamente significativa con las escalas del MMPI de: dependencia, depresión, represión/sensitividad y no mentira; y la incidencia posterior de CM.

Bucher y cols. (1986) en su estudio "limitadamente prospectivo"⁷ de comparación de 16 portadoras de CM y 56 portadoras de patologías benignas evaluadas con entrevistas clínicas, cuestionario y los test de Szondi y Zulliger, encontraron significativos rasgos diferenciales en las mujeres con CM, estos son:

⁷ Con un levantamiento de datos entre la primera consulta al oncólogo y la biopsia que determina el diagnóstico benigno o maligno de la patología mamaria.

- Una estructura de personalidad de tipo Psicossomático.
 - Una estructura pulsional altamente tensa, sin válvulas de escape.
- Una rígida negación de sus conflictos en las áreas
 - Sexual
 - De Identificación
 - De Violencia contenida de los afectos negativos acumulados
 - De la Agresión
- Una inserción irreal en el mundo.

De este patrón deducen que sus somatizaciones no son de tipo conversivo ni presentan simbolizaciones, sino que son los efectos de tendencias destructivas y violentas que, sin liberación de los objetos perdidos o un contacto adecuado con los objetos, son dirigidas contra sí mismas y se esconden tras imágenes de armonización e idealización. Sin embargo, no sería apropiado hablar de estructuras masoquistas (como plantearon Bacon y sus colaboradores en 1952) porque las tendencias auto-destructivas y auto-punitivas no tienen un origen sexual, sino que son parte de una negación vehemente de los otros y de su propia vida. En igual sentido, las actitudes ambivalentes o negativas frente a la femineidad y maternidad formarían parte de un cuadro más general de desvalorización existencial. Por tanto, la estructura de personalidad de tipo psicossomático es de difícil caracterización positiva, ya que no se presentan funciones típicamente neuróticas, conjuntamente con la presencia de rasgos de estructura depresiva. Los autores evalúan que es imposible plantear que estas características sean consecuencia de los problemas mamarios presentados ya que poseen más relevancia causal ciertas experiencias personales previas referidas.

Confluentemente a las taxonomías descritas por Morris y cols, (1981), Bucher y cols. (1986), Eysenck (1989), y Tjemland (1997). Bleiker y sus colaboradores (1995) evalúan a 822 mujeres en un screening preventivo, y 18 meses después, encontrando índices significativamente menores de racionalidad, control emocional y expresión emocional entre las mujeres que posteriormente fueron diagnosticadas de CM (3% de la muestra) en relación a las mujeres sanas.

A continuación, exponemos aquellas investigaciones teóricamente guiadas que tienden a valorar ciertos factores psicossociales en la predisposición del CM.

Estudios sobre la supresión de Emociones: La Personalidad Tipo "C":

El término "Tipo C" fue usado primeramente por Morris y Greer en 1980 para describir a personas "emocionalmente contenidas," especialmente cuando se las confronta a la tensión. Sin embargo, es Temoshok (1985) quien presenta el clásico concepto en sus estudios de pacientes con cáncer. Estos pacientes reportaban lo que él llamó una "Personalidad Tipo C". Temoshok describió esta personalidad como:

- excesivamente cooperativa,
- apaciguadora,
- no asertiva,
- poco afirmativa,
- paciente,
- inexpresiva de sus emociones negativas. Particularmente el enojo,
- y aceptan-complacen a las autoridades externas.

Su definición operacional de la personalidad tipo C o predispuesta al cáncer está, por lo tanto constituida por una constelación de: actitudes, tendencias emocionales y cognitivas, patrones expresivos verbales y no verbales, estrategias de enfrentamiento específicas y estilos de carácter más general. En esta constelación "La tendencia a la supresión de las emociones, y en particular de la ira, ha sido considerada como el componente nuclear o "tóxico" de la constelación tipo C" (Suárez, 2002, pg. 28)

Benjamin (s.f.), conjuga las observaciones y desarrollos teóricos de Temoshok (1987) y Selye, H. (1956) redefiniendo la tipología en ocho características descriptivas:

1. Implicación	:	Vacilación entre la extrema intimidad y la extrema lejanía.
2. Sentimientos	:	Evitación de la expresión de sentimientos.
3. Racionalidad	:	Intento de estar controlada por la razón más que por las emociones.
4. Ansiedad	:	Negación de sentimientos, o ansiedad relacionada con el presente o con los problemas por venir.
5. Armonizadora	:	Evita la confrontación y los argumentos, y es raramente agresiva.
6. Desesperanza	:	Sentimiento pesimista sobre la vida, espera que suceda lo peor.
7. Indefensión	:	Sentimiento de no tener el control y una gran necesidad de soporte, pero no acepta ayuda de otros.
8. Auto-sacrificio	:	Trabajar por el beneficio de otros e ignorar sus propias necesidades.

Varios investigadores han descrito al paciente oncológico como amable, complaciente, y especialmente, no inclinado a expresar el enojo. Ésta característica se interpretó como supresión del enojo en lugar de represión inconsciente, aunque esta visión no es universalmente aceptada. Un gran trabajo en esta cuestión fue hecho por Greer y Morris (1975), con hallazgos similares informados por otros investigadores, (véase, por ejemplo, Jansen & Muenz 1984; Price 2001^a; Shaffer 1987).

Temoshock (1985) en sus estudios de la personalidad Tipo C concluye que los factores psicosociales y conductuales desempeñan en los individuos jóvenes un rol de mayor trascendencia que en los individuos de mayor edad. En varios de estos estudios, el grupo con cáncer era substancialmente más viejo que el grupo control. Estudios posteriores reportaron que las mujeres mayores mostraron una significativa diferencia en términos de una menor supresión de la rabia, sugiriendo que deberían realizarse nuevos set de investigaciones, tendientes a clarificar los resultados discrepantes.

Morris, (1981) compara mujeres con antelación a su biopsia de mama. Se comprobó mediante entrevistas estructuradas y escalas psicológicas, que las mujeres que serían diagnosticadas de CM reportaron menos sentimientos de ira o menor frecuencia de pérdida de control sobre la ira que las pacientes que mostrarían enfermedades benignas de la mama. Esta tendencia represiva fue más ostensible en las pacientes jóvenes que sufrían CM.

También se comprobó en el estudio (Morris, op. cit.) que las enfermas de CM muestran una significativa tendencia a suprimir la expresión de conductas neuróticas.

No obstante, un set adicional de datos lanza considerables dudas en el concepto de que los pacientes de cáncer tienen una personalidad de Tipo C, tanto antes como después del diagnóstico. Varios de tales estudios apuntan a dos condiciones que negarían la hipótesis de la personalidad:

1. La previa fuerte creencia del paciente acerca del futuro resultado de la biopsia: benigna o maligna, y;
2. El cambio de actitud desde el momento de asumir el diagnóstico positivo de cáncer –curso de la enfermedad- traducido en un aumento de la supresión emocional y defensividad.

La primera condición, es ilustrada por Schwarz en 1993 cuando entre 195 pacientes mamarias que tenían prevista una biopsia del pecho, el 80%, de aquellas que más tarde el análisis patológico les confirma su

condición benigna, había supuesto su diagnóstico correctamente de antemano. Además, entre aquellas que la biopsia les reveló más tarde el CM, el 67% había supuesto su diagnóstico correctamente de antemano. Agregar el juicio pronóstico del oncólogo de la paciente al juicio de la paciente no cambió la proporción de predicciones correctas benignas que las pacientes hicieron por sí mismas a solas, pero mejoró un poco las predicciones de malignidad. Si combinamos las proporciones de la ponderación de predicciones de benignidad y malignidad, el 76,9% de los pacientes predijeron sus diagnósticos correctamente, y 81,5% de las predicciones conjugadas del paciente y médico eran correctas.

La segunda condición fue mostrada por Kreitler y cols (1993) en una evaluación de los pacientes de CM antes y después de la cirugía. Los investigadores examinaron tres grupos de mujeres, dos grupos con posibilidades de tener CM y un grupo cuya cirugía no se relacionaba con la cirugía por cáncer. Se evaluaron los tres grupos antes y después de la cirugía en ansiedad y supresión de emociones. A los posibles pacientes con cáncer se les informó de su estado de patología de cáncer después de la cirugía. Ninguno de los tres grupos difirió en los resultados de sus tests antes de la cirugía. Después de cirugía los tres grupos no difirieron en la medición de ansiedad, pero en el grupo de cáncer, la defensividad y el número de sus supresiones emocionales aumentó significativamente.

Kreitler y cols. en la discusión de los resultados señalan que las pacientes aquejadas de CM, probablemente no tienen una tendencia intrínseca por la supresión, por lo menos no por la supresión como defensividad ansiosa.

Edwards (1990)⁸ no encuentra una relación significativa entre el estilo de afrontamiento, comportamiento Tipo A –con una caracterización opuesta al Tipo C- la disponibilidad del soporte social y el desarrollo de CM.

En el ya citado trabajo, Hanh y Petitti en 1988 informan que en una cohorte de 8.932 mujeres seguidas por 19 años evaluadas en una versión reducida del MMPI⁹, en donde 1,3% de la muestra desarrolló CM. Sólo la escala de mentira mostró una diferencia significativa de baja asociación (0.05) distinguiendo al grupo que desarrolló CM. A su vez, no se encontró una asociación entre la escala de depresión y el incremento o decremento del riesgo de padecer un CM.

⁸ Estudio limitadamente prospectivo de 1052 mujeres en screening de la mama. Con levantamiento de datos previo al diagnóstico con los cuestionarios Ways of Coping Checklist, Bortner Type A Scale y cuestionario de soporte social.

⁹ 339 items de las escalas de depresión, represión/sensitividad, y mentira.

Esto distingue al CM de los hallazgos previos de una asociación fuerte entre la escala de depresión del MMPI y el desarrollo de cáncer en general, evaluado por otros autores como una categoría integrativa de varias localizaciones y en grupos de ambos sexos (Le Shan, 1956a y 1956b; Shekelle, 1981; Greenberg, 1981). Tampoco se asocia la escala de represión/sensitividad con el desarrollo posterior de un CM, lo cual, Hanh y Petitti en la discusión de sus resultados afirman que éstos no apoyan los hallazgos encontrados por otros autores como predictivo del cáncer, un factor integrante de la llamada personalidad Tipo C.

Síntesis de los resultados en personalidades predispuestas al cáncer de mama

Aún es demasiado temprano para tomar una firme posición en la materia. Mientras varios estudios confirman los hallazgos de Schwarz (1993) y Kreitler (1993) se ha estimado la necesidad de una confirmación más amplia antes de asegurar que son fiables. (Fox 1995^a y Fox, BH en Holland, JC 1998). Sin embargo, los resultados de aquellos estudios de cohorte que encuentran variables psicosociales asociadas al desarrollo posterior de CM, no verían sus resultados interferidos por la respuesta de adaptación al diagnóstico demostrada por Kreitler (op.cit.).

Si bien se ha generado discusión en definir extensamente aquello propio y no propio del CM en mujeres antes y después del diagnóstico, se ha llegado a respaldar coherentemente las líneas gruesas de las personalidades predispuestas a esta enfermedad neoplásica.

A nivel estructural y de las defensas psicológicas, las discusiones de los resultados obtenidos parecen coherentes las conclusiones de Bucher y sus colaboradores (1986) al comprender que la inhibición emocional y pulsional en el sentido erótico y agresivo, la autopostergación y condescendencia, no responden a un carácter masoquista, sino a una marcada desvalorización existencial.

Las defensas encontradas en la personalidad de riesgo para el CM son: Negación, racionalización, represión, una inhabilidad para manejar apropiadamente la rabia y un fuerte control internalizado de las defensas. (Le Shan, 1956^a, 1969). Bucher y cols. (1986) y Bacon (1952) confluyen en observar la inhibición de pulsiones sexuales y hostiles, mientras que el primero la asocia a mecanismos represivos, el segundo a una más amplia inhibición del impulso; en relación a la identificación, esta estaría afectada desde la inhibición los impulsos maternos, viéndose involucrado un conflicto hostil con la madre. Existe una convergencia teórica en describir los efectos conductuales o la descripción clínica de una estructura defensiva altamente tensa, controlada,

racional, sin válvulas de escape de los impulsos (Bacon, 1952, Morris, 1981, Bucher, 1986, Bleiker, 1995) asociada al posterior desarrollo del CM.

Del resumen de las caracterizaciones realizadas por Tjemland, (1997), Morris y cols, (1981), Eysenck, (1989) antes descritas, consideramos el concepto de “baja motivación de logro” como un constructo abarcativo de las descritas, bajas ambición, competitividad, prisa y capacidad de expresar sentimientos.

Sobre la existencia de una personalidad Tipo C predispuesta al cáncer, y en particular al CM, se encuentra respaldado por las investigaciones de variados autores la especial importancia etiopatogénica de la supresión del enojo¹⁰ y las emociones hostiles. Se encuentran una mayor importancia de estas características en mujeres jóvenes para su riesgo de desarrollo de CM. Se discute sin embargo, el peso de la reacción ante el diagnóstico maligno en, al menos el acentuamiento de la supresión emocional y defensividad.

Parece comprobada la no asociación de la dependencia con la inducción del CM, al menos no tal como es evaluada a través del MMPI.

La re-ordenación realizada por Benjamín (s.f.), aparece como particularmente abarcativa y confluyente de los resultados de las investigaciones expuestas hasta el momento y por exponer aún. En ella se pueden ver reflejadas con coherencia los resultados más firmes de las investigaciones y distintas posturas teóricas para la valoración de la presencia de cada una de estas características. Especialmente valoramos el hecho de que re-valoriza la tipología de Termoshok en relación a las dimensiones descritas: actitudes, tendencias emocionales y cognitivas, patrones expresivos verbales y no verbales, estrategias de enfrentamiento específicas y estilos de carácter más general, y a su valoración de estas dimensiones como variables de unos continuos polares.

¹⁰ Los estudios teóricamente orientados basados en la taxonomía de Temoshok, antes expuestos, describen operacionalmente la variable enojo, rabia e ira (en sus traducciones más cercanas al castellano) de manera confluyente.

v.3. Estudios de relaciones familiares en familias de origen de las pacientes que desarrollan cáncer de mama

Las investigaciones en esta área se encuentran predominantemente influenciadas por el modelo psicoanalítico, los estudios se basan en las relaciones objetales con la madre, preferentemente. Lamentablemente, no encontramos estudios de variables sistémicas; esto puede deberse a la importancia disciplinaria que tuvieron las primeras observaciones clínicas reportadas por psicoanalistas de sus estudios de casos oncológicos, como a la dificultad metodológica que el modelo sistémico presenta para la medición de variables relacionales dentro de un diseño prospectivo.

Ya en la década del sesenta, Bahnson & Bhanson (1964^a, 1966) en la discusión de los hallazgos de su extenso trabajo basado en una serie de investigaciones clínicas postulan que en el paciente canceroso los aspectos traumatizantes de las pérdidas durante la adultez se enraizan en la temprana desesperación experimentada en la niñez, particularmente en relación con la madre. Esta relación es descrita como "primitiva" e insatisfactoria en un carácter oral. La incerteza sobre la relación con la madre lleva a la persona a percibir la separación adolescente como una severa deprivación. En los años de adultez comienza un tiempo de conflicto en los intentos del sujeto de establecer relaciones substitutas. Así, estos intentos están condenados a fallar, en tanto la desconfianza y la hostilidad son transferidas a las relaciones con sus compañeros de adultez. Esto resulta en un descalabro de las relaciones que desencadenan la reemergencia de la desesperación infantil y la desesperanza, dejando a la persona con muy poca confianza de poder obtener gratificación de otros. Su interpretación idiosincrática de la pérdida es el pensamiento que causa la predisposición al cáncer del individuo llevado hacia sí mismo, por medio de lo cual crea una regresión somática.

Concordantemente, Wrye (1979) informa que las pacientes con CM reportan una percepción de sus madres como incapaces o no preparadas para asumir el rol materno hacia ellas.

Nuzzo y Chiary (1987) discuten que implícita a la conceptualización de Bahnson & Bhanson está la fijación en una etapa oral del desarrollo psicosexual en los individuos que subsecuentemente desarrollan cáncer. De hecho, la descripción psicoanalítica del carácter oral soporta algunas reseñas de la personalidad predispuesta al cáncer. (dependencia excesiva del amor y la expresión de amor y daño profundo en la autoimagen ante la pérdida de un ser amado) concordando la persona "oral" y la personalidad predispuesta al cáncer en la reacción traumática ante los objetos amados. Esta interpretación, como ya hemos visto, ha sido discutida por Bucher y cols. (1986).

Zenequelli y sus colaboradores (2003), confirman los hallazgos de Bucher y cols en un estudio transaccional, donde se priorizaron los aspectos concernientes al vínculo que las mujeres con CM establecieron con su madre. Con relación a la muestra de mujeres sanas, las mujeres con CM muestran claras características en la estructuración de la personalidad y esquema defensivo en relación a la figura materna, estas son:

- Debilidad estructural del yo.
- Una inadecuada diferenciación yo – no yo.
- Incapacidad para fantasear.
- Alteraciones en el esquema corporal.
- Falta de una adecuada expresión de la sexualidad.
- Introversión libidinal.
- Rígido control impulsivo que deviene en empobrecimiento yoico.
- Vivencia de desintegración yoica.
- Inseguridad básica con rasgos de fijación materna con temor al abandono.
- Poco soporte emocional interno para establecer vínculos adecuados.
- Si los establecen responden con indiscriminación e incapacidad de tener en cuenta al otro, otorgándoles preponderancia a la satisfacción de sus propias necesidades.

Estos aspectos responderían a estadios arcaicos de la personalidad adquiriendo una modalidad regresiva típica de catexias a objetos de amor tempranos en la constitución de la subjetividad.

Existe una amplia variedad de resultados hallados y del carácter arcaico de la experiencia temprana de las pacientes con CM con su madre.

La evaluación de la incidencia de las características de personalidad de los padres, o acontecimientos que, por envergadura, devinieron traumáticos son fundamentales para determinar la génesis del estancamiento del desarrollo, la regresión libidinal y fijaciones que constituyen el núcleo de las perturbaciones narcisísticas. Zenequelli y cols. (op. cit.) consideran que el origen de la vulnerabilidad narcisística tiene especial relación con las vicisitudes del narcisismo materno, en particular con la impredecibilidad e incertidumbre de las respuestas empáticas brindadas por la madre. Es necesario haber experimentado un equilibrio narcisístico sostenido como precursor de la constitución de las estructuras internas cohesivas.

Si las conductas maternas no conducen a este logro se dará el clima adecuado para la hipersensibilidad frente a las perturbaciones del equilibrio narcisístico. “Se origina así una alteración traumática de empatía

defectuosa, sobre-empatía y falta total de empatía que impide el retiro gradual de las catexias narcisísticas y la construcción de estructuras psíquicas reguladoras de la tensión. El niño permanece fijado al narcisismo primario en su conjunto; aún mucho después de que su propia organización psicológica ha dejado de concordar con una relación de este tipo” (Zenequelli, 2003, discusión).

De las vicisitudes de las relaciones familiares se definirá la gravedad del trastorno y su manifestación en la vida adulta.

Según Winnicott (1998) como resultado de un proceso de clivaje, que desarrolla una patológica organización del Self: Falso Self; impidiendo al verdadero Self su expresión y satisfacción. La disociación recae sobre la separación entre soma y psique, siendo característico de las estructuras psicósomáticas. En estos casos la psique se convierte en el lugar que el falso Self, separado de sus experiencias corporales viene a catectizar y habitar. De ahí la falta del sentimiento de existir, característico de estas pacientes. Winnicott ve en ello la expresión de una defensa contra la parte enferma de la madre.

Al analizar, más específicamente las variables halladas en los psicodiagnósticos nos encontramos con los conceptos teóricos que se vierten en las distintas escuelas psicósomáticas en su expresión clínica y las relacionamos con las expresiones psicológicas que sustentan las mujeres con CM.

Desde este marco teórico se observó que, independientemente de las vicisitudes que presentara la relación madre-hija, las pacientes con CM muestran estructuras de personalidad que indican conflictos tempranos en relación a dicho vínculo, que deviene en una estructura de personalidad psicósomática.

Dicha estructura queda evidenciada en sus modos de afrontamiento a las alternativas existenciales y de especial forma en esta patología que tiene tan profundo impacto personal.

Zenequelli (y cols.) considera haber logrado ciertas especificidades en relación a este vínculo madre hija, tan significativo para todas las mujeres.

Síntesis de los Resultados en relaciones familiares de las mujeres que posteriormente desarrollan CM

Todas las investigaciones encontradas en relación a las relaciones familiares de las mujeres que posteriormente desarrollan CM, se encuentran referidas a los conflictos con el vínculo materno y sus posteriores afrontamientos intrapsíquicos y conductuales a través del desarrollo. Esto trae implícito ciertas consecuencias: primeramente la exclusión de la preponderancia del vínculo paterno, y subsiguientemente, la posible relación de clivaje de la “parte enferma” del desarrollo con la maternidad, la nutrición y la saciedad afectiva-erógena, haciendo posible el vínculo teórico de los hallazgos con el subsecuente desarrollo de CM.

La baja capacidad de desarrollar relaciones substitutas, podría verse reflejada en la inexistencia de figuras que brinden soporte emocional en la infancia.

v.4. Inmunosupresion Psicobiologica

Con el objeto de hacer una revisión representativa de la investigación en el área de los factores con una influencia inmunosupresiva¹¹ y su vinculación a la génesis y desarrollo del CM, revisaremos en esta sección:

- Estrés
 - Estudios de estrés en animales
 - Estudios de estrés en humanos
 - Estrés psicosocial
- Eventos vitales
 - Duelo
- Depresión

Es muy probable que los pacientes oncológicos tiendan a evocar más eventos estresantes que los no-oncológicos controles, aun cuando existan estudios que informan que éstos no presentan objetivamente en su vida más estresores que la población sana (Courtney, 1993). Además, sólo unos pocos estudios pueden mostrar que sus informes no son sólo un reflejo de los eventos experimentados por los pacientes en el presente (Fox, 1995).

Una revisión completa e intensiva de la memoria cuando se influencia por los sentimientos ha sido descrita por Blaney (1986) siendo una de sus conclusiones que las personas con sentimientos negativos evocan más eventos negativos que las personas con sentimientos promedios o positivos en relación a los estresares vitales objetivamente cuantificables.

Casi todos los pacientes oncológicos muestran sentimientos negativos en distintos grados. Para un estudio, en el cual un número substancial de pacientes oncológicos, con sentimientos negativos y una aumentada evocación de eventos negativos podría ser suficiente para sesgar el promedio del nivel de recuerdo de todo el grupo con cáncer.

Nuevamente, los diseños prospectivos muestran a este respecto considerables ventajas metodológicas.

¹¹ Agente capaz de suprimir o disminuir las funciones inmunitarias.

Estres

Para los objetivos de esta revisión se definirá estrés en una forma ampliada, como el desequilibrio psíquico y psicológico causado por algún evento, llamado estresor.

El estrés puede producir efectos sobre la competencia inmunológica del individuo, por la vía de la mediación de los mecanismos neuroquímicos y hormonales. Además, los cambios hormonales en sí mismos pueden influenciar el crecimiento del tumor.

En la actualidad, existen evidencias cada vez más notables de la relación existente entre el estrés, la reactividad inmunológica y el desarrollo del cáncer. Recientemente han sido implicadas las células destructoras naturales¹², -desde ahora en adelante llamadas células NK- un subgrupo de linfocitos con la función de ejercer la vigilancia inmune anticarcinogénica, al ser capaces de adquirir propiedades citotóxicas espontáneas. Tanto estas células, como los macrófagos pueden disminuir la actividad tumoral, y ambos son inhibidos por el estrés. (Florez, 1994).

Estudios de estrés en animales

Aunque las investigaciones más tempranas de los efectos de los factores psicológicos en el cáncer se iniciaron principalmente en humanos, varios estudios pronto aparecieron en relación al estrés y se exploró su incidencia en el cáncer mamario animal.

Justice, (1985) en un repaso completo del tema, presentó una lista extensiva de las variables que estimulan e inhiben desarrollo del tumor mamario en ratas. Sus conclusiones más importantes, actualmente bien confirmadas, son que:

- Los tumores virales en animales son adversamente afectados por el estrés.
- Los tumores inducidos por carcinógenos químicos son favorablemente influenciados por el estrés.

En vista del papel atribuido al sistema inmune en la protección contra del inicio y crecimiento del cáncer, es posible caer en la tentación de transferir estos hallazgos a humanos. Varios hechos sin embargo, sugieren tener precaución, (Fox, 1995):

¹² "NK". *Natural Killer* en la bibliografía inglesa, también llamadas células NK en la literatura castellana.

- Los humanos son considerablemente menos sensibles a los altos niveles de corticosteroide que la mayoría de las especies de roedores usados en el laboratorio. Igualmente entre roedores, distintos estresores difieren en su sensibilidad a los glucocorticoides.
- Los humanos son reactivos con una variedad de respuestas a muchos estímulos fisiológicos; Los ratones y ratas usadas en laboratorios tienen históricamente una propensión innata a tensiones “cancerígenas”.
- Los tumores transplantados o fuertes dosis carcinógenos introducen antígenos fuertes, esto es, estímulos para el reconocimiento inmune y respuesta, con una consecuente gran protección contra el tumor; los tumores espontáneos en el humano toman un largo tiempo para su desarrollo y probablemente involucran un reconocimiento inmune y respuesta limitada o ausente.
- Los animales inmunodeprimidos desarrollan tumores por sobre lo normal en muchos sitios, cada tensión es susceptible a la concentración de tumores en el lugar de cada tensión: hígado, pulmón y testículos, por ejemplo. Los humanos inmunodeprimidos también desarrollan más tumores que lo normal, pero son más frecuentemente tumores linfocitarios. El centro del estímulo inmunosupresivo es el sistema inmune mismo.
- Muchos experimentos de la tensión en animales se enfocan en tumores virales, con estimulación asociada de crecimiento del tumor. En los humanos sin embargo, la proporción de tumores de origen viral es pequeña, del orden de 3 a 4% de todos los tumores. Si se extrapola directamente a humanos los hallazgos animales, uno concluiría que esa tensión actúa como un depresivo del desarrollo del tumor y su crecimiento, en lugar de un estimulante al crecimiento del tumor como sugieren los estudios psicológicos.

Recientemente se ha planteado la hipótesis de que en la relación entre depresión y cáncer, la medicación antidepresiva pueden jugar un rol. Brandes (1992) medicó ratas con antidepresivos¹³ que actuaron como promotores del crecimiento tumoral. Comenta que los antidepresivos usados son estructuralmente similares al tamoxifren -compuesto que se liga a un receptor intracelular¹⁴-. Un ligamiento en este sitio ha mostrado estimular el crecimiento del tumor in vivo. Los experimentos muestran que las ratas tratadas con

¹³ inhibidores selectivos de la serotonina (SSRIs), como prozac (Fluoxetina) y antidepresivos tricíclicos (TCAs) como Elavil (Amitriptilina).

¹⁴ de histamina anti-estrógeno.

carcinógenos, y medicadas con Prozac o Elavil en dosis comparables con la dosis terapéutica humana, desarrollan tumores mamarios con más del doble de frecuencia y reducen la latencia del tumor en un 30 a 40% comparado con los controles. Mientras que los monos con fibrosarcoma mamario o células de melanoma medicados con Prozac o Elavil también muestran un aceleramiento del crecimiento del tumor en un 30 a 40% comparado con los controles.

Los hallazgos animales, aunque de importancia, deben formar las bases para las hipótesis, no conclusiones, sobre el desarrollo del cáncer humano.

Estudios de estrés en humanos

El estrés emocional en los seres humanos (conflictos, pérdidas afectivas, traumas psicológicos, tensión psíquica, frustración crónica, obsesiones, compulsiones, etc.) puede ejercer efectos mucho más profundos que el estrés físico.

Esta discusión informará de algunos estudios de caso-control, pero se focalizará en los estudios de cohorte. Hay varias razones para dar un énfasis pequeño a los estudios de caso-control cuando se consideran los factores psicológicos del cáncer.

Primero, el cáncer puede producir y produce cambios físicos, psicológicos y actitudinales, principalmente negativos. Esto puede sesgar algunas conclusiones.

Segundo, estos cambios en los pacientes incrementan sus informes de eventos estresantes cuando se compara con los informes de los sujetos control.

Tercero, es difícil lograr una certeza absoluta de que el grupo de pacientes no ha sido formado como una muestra parcializada.

Por último y quizás más importante, uno no puede estar seguro que el grupo control se empareja con el grupo de pacientes con respecto a variables intervinientes no consideradas que pueden llevar a conclusiones erróneas.

Estudios precoces de caso-control informaron de un gran número de eventos estresantes en la vida temprana del grupo de pacientes oncológicos por sobre los observados en los sujetos controles. (Le Shan, 1956). Sin embargo, estudios posteriores de caso-control no mostraron ningún exceso de eventos traumáticos entre pacientes oncológicos. (Greer, 1983; Schonfield, 1975). Interesantemente, Priestman y cols. (1985) informaron resultados opuestos, fueron sus casos controles quienes informaron más eventos estresantes que el grupo con tumores benignos, que experimentaron, a su vez, más eventos estresantes que los pacientes con tumor cancerígeno.

Ha habido relativamente pocos estudios de la cohorte recientes. Grossarth-Maticek y sus colaboradores (1984) en una serie de estudios ampliamente citados, encontraron una significativa relación entre eventos estresantes y el desarrollo posterior de cáncer. Se ha criticado severamente su trabajo¹⁵.

Eventos vitales

En una investigación encaminada a explorar la incidencia y percepción del estrés psicosocial en mujeres con patologías mamarias de distinta severidad y un grupo control libre de enfermedad, Cooper (1986), encontró una correlación significativa entre la severidad de la patología mamaria y la percepción de las pacientes de la gravedad de distintos eventos vitales, fundamentalmente la muerte del esposo y algún amigo cercano. Resultó relevante el aumento en la incidencia y en la mayor severidad con que valoraron las mujeres portadoras de CM, la muerte de un allegado, en comparación con la incidencia y valoración dada a esta variable, tanto por las mujeres con otra patología mamaria como por los controles sanos. Se encontraron también fuertes correlaciones entre el cáncer y la percepción del estrés.

Por su parte, Burke (1997) en un estudio limitadamente prospectivo¹⁶ de 2.224 mujeres entre 40 y 56 años evaluadas en: estilo de afrontamiento, habilidad para expresión emocional, autoestima, ansiedad, depresión, soporte emocional íntimo, soporte emocional no íntimo, estresores en los últimos 6 meses y en el lapso de 7 meses a 2 años atrás. Encontró que el único indicador de riesgo para el CM es la combinación de dos factores: el haber tenido un evento vital catastrófico, como la muerte de un hijo o una crisis financiera mayor, que ocurriera conjuntamente, en el lapso de 2 años, con la pérdida de un soporte social "íntimo" como en la viudez o el divorcio, ningún factor por sí solo incrementaba el riesgo de sufrir un CM.

¹⁵ La crítica al trabajo de Grossarth-Maticeky fue publicada en *Psicol. Inquiry* 1991; 2(3): 221-323, citado por Fox (1995), cuyas referencias de autor y título extravió.

Encontramos un interesante paralelo a la investigación de Burke en Cooper, las cuales ratifican la importancia del duelo de personas íntimas, la suma de eventos catastróficos y muy especialmente la gravedad de la percepción del estrés en su correlación con el cáncer.

Duelo

Las experiencias de profunda pérdida -como la de un padre en la niñez temprana o de una relación cercana poco antes del desarrollo de cáncer- fue un factor identificado tempranamente por Le Shan (1956b) como un importante contribuidor del desarrollo del cáncer.

El duelo es una muy importante categoría de tensión, ha sido considerado un estresor psicológico extremo (Li, 2002). Siendo estudiado por sus posibles efectos en la incidencia posterior de cáncer y su mortalidad. Tal es su importancia, que Holmes y Rahe (1969) rankearon la pérdida del cónyuge como el mayor estresor de una lista de 43 eventos del estresores. No obstante, varios autores han observado que el duelo no se acompaña siempre por tristeza, dolor, o pesar, particularmente, si la muerte fue antecedida por dolor y sufrimiento.

Una medida global de los efectos del duelo combina tanto los datos de aquellos que se ven apenados por la muerte como de aquellos que se ven aliviados con la misma. El resultado es conservador, ya que los posibles efectos del estresor -viudez en el cáncer disminuyen globalmente por el bajo reporte de estrés referido por aquellas personas que experimentan alivio tras la muerte. El resultado será igualmente más conservador si el viudo que está aliviado por la muerte del cónyuge, de hecho, ha reducido su susceptibilidad al cáncer posterior (Holmes, 1969).

Algunos tempranos estudios de caso-control informan un aumento en la incidencia de cáncer entre personas viudas. Éstos han sido intensamente analizados, tal como los estudios prospectivos realizados hasta 1986, y se han delineado sus dificultades cuidadosamente (Jones, 1986).

En estudios de cohorte de cónyuges viudos seguidos por largos períodos de tiempo no muestran un exceso de muertes por cáncer comparados con la muestra aún casada. En las excepciones, el exceso duró 6 meses a 2 años. Como sabemos, el tiempo de desarrollo hasta el diagnóstico de la mayoría de cánceres están en el

¹⁶ Diseño anteriormente discutido, cuyo levantamiento de datos se efectúa entre la primera consulta al oncólogo, ó en los screenings mamarios de rutina, antes del conocimiento del diagnóstico de CM, patología benigna de la mama o

orden de los 3, 10, 15 años, esos hallazgos no podían haber referido a iniciación del cáncer. Salvando este punto, un estudio de cohorte determinado en 95.647 personas viuda en 1972 (Kaprio, 1987), no mostró una mayor cantidad de muertes durante los subsecuentes 4 años entre los 7.600 casos del cáncer desarrollados por la muestra. Otro estudio, llevado a cabo en Washington, Maryland, en 4.032 personas de raza blanca que enviudaron entre 1963 y 1974 seguidas por aproximadamente 12 años (Helsing, 1982) no mostró una mayor presentación de muertes por cáncer. Otros dos estudios de cohorte ratifican estos hallazgos (Ewertz, 1986) y Neale, (1994) quién lo corrobora también para el CM.

Estos resultados, dan respaldo a la asociación necesaria entre una pérdida íntima y un estresor mayor, ya citada de Burke (1997).

Unos pocos estudios han observado los intervalos de supervivencia o libres de enfermedad en viudas. Los resultados han sido de todo tipo, algunos encontrando una supervivencia reducida entre los viudos y otros no, ellos no pueden ser aplicados al asunto del duelo como los factores psicológicos puesto que ninguno de los estudios en supervivencia mencionan el tiempo de viudez, sólo el estatus marital en el tiempo del diagnóstico. El cáncer podría haber sido detectado un día después o veinte años después de la viudez. No podemos llegar a conclusiones por los estudios del estatus marital mirando el duelo como un factor psicológico.

Como vemos, los acontecimientos de la vida como la muerte o separación de seres queridos, la pérdida del trabajo o jubilación, el envejecimiento, etc. se han relacionado con mayor riesgo de cáncer en personas con estilos insuficientes para entenderse con ellos. Así, el psicoanalista Le Shan (1959) observó hace muchos años que las personas aquejadas con cáncer tienen más dificultad para expresar sentimientos hostiles y sufren pérdidas de seres queridos con anterioridad al diagnóstico de cáncer, y que esto es de alto impacto en personas propensas a sentimientos de desesperanza, baja autoestima e introspección.

Risquez (1978) sostiene que toda persona con cáncer tiene en su biografía la pérdida brusca de un ser querido. Posteriormente, investigadores como Conti (1982), Grasi (1989), Geyer (1991), etc. también han observado pérdidas afectivas anteriores a la aparición de los síntomas del cáncer. Estas pérdidas se entienden en el sentido de privación de objeto y no tienen que ser siempre reales, pueden ser fantaseadas, temidas, esperadas o simbólicas. Más adelante revisaremos un modelo teórico de la génesis de cáncer basado en la pérdida y depresión.

indemnidad.

Otros autores, como Greer y Morris (1975) no encontraron diferencias significativas en este aspecto. Por su parte, Li y cols. (2002) estudiando retrospectivamente la pérdida de un hijo en una amplia muestra no encontraron asociación con el desarrollo de CM ni otros cánceres. La causa de estas divergencias puede estar en que la mayoría de los estudios realizados son retrospectivos y el paciente oncológico puede recordar de forma parcial (reducción del recuerdo positivo) y distorsionada (sesgo atribucional negativo, similar al depresivo) en un intento inconsciente de buscar explicación para el cáncer que amenaza su vida.

Depresion

En el curso de la depresión clínica se presenta un funcionamiento sub-óptimo del sistema inmune. (Johnston, 2000). Schleifer y cols (1989) concluye que la inmunidad alterada no aparece como un correlato biológico específico de la depresión mayor¹⁷, pero puede ocurrir en subgrupos de pacientes deprimidos¹⁸.

La desesperanza aprendida es un aprendizaje desencadenado por la experiencia persistente de castigo positivo o negativo. Cuando se experimenta repetidamente el castigo o frustración de los esfuerzos por resolver problemas, se cesa de intentar lograr el objetivo o simplemente actuar frente al desafío. Por lo tanto, se desencadena como un condicionamiento y está relacionada con la depresión.

Un número considerable de estudios de caso-control han reportado más casos de cáncer en personas con humor depresivo que en el grupo control, sin embargo unos pocos estudios no encuentran esta relación. Es curioso que los investigadores pongan poca o ninguna atención a la posibilidad de que el conocimiento de tener cáncer puede haber inducido un humor depresivo -como Holland (1990) advirtió- el conocimiento de tener cáncer puede haber inducido la depresividad y los síndromes paraneoplásticos pueden haber producido efectos de humor deprimido (Mitchell, 1967), que es una variable interfiriente suficientemente poderosa para dar exceso de sintomatología depresiva entre los casos de cáncer. Se puede eliminar esa posibilidad fácilmente en los estudios de cohorte.

Como recoge Termoshock (1986), hay hallazgos de más depresión y de menos depresión entre las personas que posteriormente desarrollaron cáncer, aunque utilizando diferentes escalas para medirla. En estudios posteriores se ha comprobado que había unas pautas específicas que discriminan a los sujetos que luego contrajeron cáncer, signos vegetativos o de conducta de depresión, como:

¹⁷ No muestran diferencias significativas en proliferación de linfocitos por mitogénesis inducida, en ningún subtipo de linfocito o en la actividad de las células NK en relación a los sujetos sanos.

- postración,
- menor tiempo de sueño,
- sentirse frecuentemente nervioso o molesto,
- pérdida del apetito, etc.

Estas características corresponden con puntuaciones altas en la escala Depresión del M.M.P.I.

El primero de tales estudios de cohorte fue realizado por Shekelle y sus colaboradores (1981) sobre un grupo de 2.018 obreros de una planta eléctrica. De aquellos que mostraron los puntajes más altos de humor deprimido de entre las nueve escalas del MMPI, mostraron una tasa de muerte por cáncer 2,3 veces más alto que el resto de la cohorte en un período de 17 años.

Los resultados, permitieron confirmar la hipótesis sobre el carácter predictivo de la depresión y el incremento del riesgo de muerte por cáncer de distintos tipos, en la muestra inicial. Esta tasa de mortalidad mostró su independencia del consumo de cigarrillos, uso de alcohol, de la historia familiar de cáncer y del estatus ocupacional de los individuos estudiados y le parece a los investigadores no específico para ningún tipo particular de cáncer.

En opinión de los autores de la investigación, la vía que vincula la depresión psicológica con el incremento de la muerte por cáncer, parece estar dada por el deterioro de los mecanismos que previenen el establecimiento y la diseminación de las células malignas.

En una evaluación posterior, (Persky y Shekeller, 1987), cuando el mismo grupo de cohorte se siguió por otros tres años, se observó:

1.- Una significativa asociación entre los valores de la depresión psicológica y la incidencia de cáncer, a los 10 años de seguimiento.

2.- Una asociación igualmente significativa entre la depresión psicológica y la mortalidad por cáncer a los 20 años, a pesar de una declinación substancial en el riesgo relativo de muertes por cáncer, pero el riesgo global de esos con el humor deprimido todavía era mayor que el del resto de la cohorte.

¹⁸ P.e. pacientes deprimidos de edad avanzada no incrementaron la respuesta linfocítica o en el número de linfocitos T4

Después de estos estudios clásicos, se han realizados muchos estudios de cohorte en poblaciones mayores que la de Schekeller, encontrándose riesgos relativos, nulos o muy débiles, del orden del 1,0 o un poco más, evaluándose que la muestra de Shekeller pudo haber estado afectada por variables intervinientes propias de la planta eléctrica (por ejemplo: la presencia de campos eléctricos obicuos en la planta y distribución masiva de vapores PCB de condensador y transformadores energéticos; todos los cuales han mostrado incidir en el desarrollo de síntomas neurológicos y estimular el cáncer en animales, y probablemente en humanos (Fox, 1995^a).

Algunos investigadores han argumentado que factores indirectos o intervinientes pueden explicar alguna asociación entre depresión y cáncer. Persky (1987) tras hacer ajustes de edad, número de cigarros fumados, ingesta de alcohol, estado ocupacional, historia familiar de cáncer, índice de masa corporal y colesterol sérico. Su asociación entre depresión e incidencia de cáncer y mortalidad permanece significativa luego del ajuste.

Como ya se ha señalado, muy pocos estudios han considerado la posibilidad de que las drogas antidepresivas tengan un efecto en la incidencia de cáncer o en su desarrollo. Stoll (1976) examinó el uso de medicamentos psicotrópicos (tranquilizantes mayores y menores, hipnóticos y antidepresivos) en el año que precedió al diagnóstico de CM. Encontró un significativo aumento en la tasa de metástasis al tiempo de la presentación o 12 meses después del diagnóstico. La variedad de medicamentos usados, lo pequeño de la muestra y el diseño retrospectivo dificultan la interpretación de la asociación (Wang, 1995).

Sintesis y discusion de los resultados en inmunosupresion por factores psicobiologicos y riesgo de CM

Podemos resumir los hallazgos en estrés como sigue:

- Los estudios de caso-control en este tema han rendido resultados mixtos, pero son tema de sesgo.
- Casi todos los estudios de cohorte muestran que no existe una mayor cantidad de eventos estresantes asociados con la incidencia posterior de cáncer, mortalidad o supervivencia.
- Las personas con afectos negativos informan que han experimentado más eventos estresantes que aquellos con afectos promedios o positivos, cuando las frecuencias verdaderas son iguales.

Este último punto explica muchos, sino todos los resultados de caso-control.

La predicción es confirmada por los resultados de los estudios de cohorte, que no están sujetos a ese sesgo en particular. La conclusión es que ciertos eventos estresantes no ocurren más a menudo entre los sujetos que más tarde presentaran cáncer, morirán o sobrevivirán un tiempo más corto que los sujetos controles.

Las repercusiones del estrés sobre la salud y en particular sobre los sistemas biológicos responsables de la salud y de la enfermedad, innegablemente están influidas por el tipo de estresor, la intensidad de éste, la durabilidad de la acción, su carácter agudo o crónico, su ambigüedad y por la frecuencia con que actúa, entre otros factores.

No obstante, estas repercusiones están esencial y definitivamente condicionadas por procesos psicológicos como:

1. La significación personal que el estresor tiene para el sujeto.
2. El grado de control que el individuo ejerce sobre dicho estresor y por la valoración que realiza de su propia eficacia en el control de este.
3. La percepción del apoyo social de que dispone para su afrontamiento con los estresores.

En relación con el rol que se atribuye al estrés en la aparición de cáncer, se considera que de igual forma que deben ser aceptadas las fuertes evidencias que existen con respecto a la influencia que este ejerce sobre la inmunidad, también debe aceptarse la no existencia de evidencias claras de que el estrés sea promotor de enfermedad en individuos no predispuestos (Biondi, 1990).

Es por ello que se sugiere examinar los efectos del estrés teniendo en cuenta el estatus del organismo cuando la enfermedad comienza. Esta sugerencia está limitada por el obstáculo de que en el cáncer humano, no es factible aun realizar el estudio del estado del organismo en el momento mismo en que la neoplasia se inicia. "Por las propias características del proceso de carcinogénesis, es improbable determinar con exactitud la fecha de su comienzo en el hombre" (Suarez, 2002, pg. 32)

De esta revisión no encontramos evidencias consistentes de que el estrés sea por sí mismo un factor causal de CM.

Por otra parte, resulta difícil aceptar la existencia de una incondicional relación entre una depresión psicológica indiscriminada y la iniciación de diferentes tipos de cáncer.

Desde el punto de vista psicológico, tampoco puede ser asimilado el estudio de las consecuencias psicobiológicas de cualquier estresor que de forma directa o indirecta provoque o favorezca la aparición de una u otra modalidad de depresión psicológica sin tomar en cuenta un conjunto de variables. Dentro de estas deben ser destacadas por su importancia: la calidad de los afrontamientos del sujeto al estresor causal, condicionante o favorecedor de la depresión, y en especial de la autoeficacia que el sujeto percibe en sus afrontamientos con la propia depresión.

Las valoraciones que el individuo realiza sobre la calidad del apoyo psicosocial que recibe, es otra de las variables psicosociales que parece actuar como mediadora de los efectos diferenciales que los distintos tipos de depresión, por una parte, y los estresores psicosociales en general, puedan ejercer sobre el organismo por otra.

De este modo, observamos que no hay evidencia clara de que la depresión clínica (en sentido psiquiátrico) sea un factor de riesgo para el cáncer, aunque si parece existir un "estado de aflicción leve crónica", similar a ella. Más bien parece corroborarse la importancia de las reacciones depresivas o estados de aflicción (en sentido de desánimo, desesperanza y desvalimiento) como una manifestación de un estilo de afrontamiento insuficiente para salir adelante ante los estresores vitales.

Finalmente, en una representativa sistematización de los hallazgos tanto confirmatorios como contradictorios en relación con el vínculo entre los factores psicosociales y el cáncer, que en algunos estudios parecen asociarse con peores resultados evolutivos y de supervivencia en el cáncer (Contrada, citado por Suarez 2002).

Estas variables son:

1. Depresión Psicológica
2. Desamparo/Desesperanza
3. Disminución o pérdida del soporte social.
4. Baja afectividad negativa.
5. Inexpresividad emocional.

B Piezas teoricas

v.5. Propuestas explicativas de los resultados en Induccion Psicobiologica del CM por personalidad predispuesta y relaciones de la familia de origen

Temoshok (1987, 2000) ya en 1987 expande su propuesta teórica de la personalidad Tipo C y propone un modelo en el que se consideran los resultados discrepantes de otros estudios, logrando ser coherentemente integrados a partir de los procesos que incluyen tanto el estilo de enfrentamiento como la homeostasis psicológica y fisiológica. Analiza tres grupos principales de factores psicosociales en la progresión del cáncer:

- 1.- El estilo de enfrentamiento tipo C
- 2.- La dificultad en la expresión de emociones
- 3.- La actitud o la tendencia al desamparo/desesperanza.

En el referido modelo teórico, cada uno de estos grupos de factores desempeña un papel fundamental en la iniciación y progresión del cáncer en diferentes momentos a través de un continuo de adaptación. De acuerdo con la concepción anterior, como consecuencia de la predisposición genética del individuo y de los patrones de interacción familiar a los que se ve sometido, el niño aprende determinadas formas de enfrentarse con amenazas inevitables e ineludibles y con los eventos traumáticos de la vida.

El estilo de enfrentamiento Tipo C, puede resultar efectivo dentro de ciertos límites en tanto permite interacciones no conflictivas con los demás.

El bloqueo crónico de las necesidades y los sentimientos, cree el autor, genera tanto consecuencias psicológicas desfavorables para el sujeto, como efectos biológicos negativos para el organismo. Por otra parte los individuos Tipo C, aunque no resulten conscientemente reconocidos por ellos, son sujetos que experimentan desamparo/desesperanza crónicas, ya que consideran que no es útil expresar sus necesidades, y tampoco pueden hacerlo sintiéndose incapaces de cambiar la situación.

El encuentro con las demandas provoca un incremento del estrés en el sujeto, el que a su vez fortalece y refuerza los mecanismos de enfrentamiento Tipo C. La depresión subsecuente, no sería una respuesta a un evento específico, sino la acumulación de necesidades y sentimientos que no son expresados y que no pueden ser adecuadamente tratados por el individuo.

“El patrón tipo C, como todos los patrones maladaptativos aprendidos, constituye una desviación de la homeostasis en la que los sistemas biológicos fracasan en el reconocimiento, la respuesta adecuada y en la solución a los estresores. Esto trae como consecuencia que las respuestas fisiológicas de estrés se mantengan crónicamente comprometidas con el subsecuente daño a largo plazo para los sistemas biológicos implicados” (Temoshok, 2000, pg. 454)

Discusión de las propuestas explicativas a la luz de las investigaciones

Haciendo uso de la simplificada tipología realizada por Benjamín (s.f.) -en base a las caracterizaciones anteriores de Temoshok y Selye- Wirshing (1982) realizó una entrevista ciega y estructurada, usando los ocho factores. La muestra fue de cincuenta y seis mujeres antes de su biopsia de CM, donde la mayoría ellas eran de estratos bajos. Los resultados fueron que el 83% de las mujeres que presentaron CM, y el 71% de las que presentaron tumores benignos predican correctamente su diagnóstico. Otros psicólogos no involucrados en la entrevista, escucharon las grabaciones y predijeron correctamente el 94% de los diagnósticos de CM y un 68% de los diagnósticos benignos. Esta puesta a prueba de los constructos de Temoshok, Selye y Benjamín, da un respaldo a su caracterización de la mujer propensa a desarrollar un CM.

Cox (1986) señala dos modos de relacionar estrés y cáncer:

- El estrés puede iniciar el cáncer (papel etiológico) induciendo cambios celulares y hormonales favorecedores de la transformación maligna. Este mecanismo se ha llamado "Carcinogénesis Psicobiológica".
- El estrés puede colaborar en el progreso de la transformación maligna a través de la supresión de la vigilancia inmunológica (papel en el desarrollo del cáncer). Estos efectos pueden estar mediados por los glucocorticoides, la hormona del crecimiento y las catecolaminas. Este mecanismo se ha denominado "Inmunosupresión Psicobiológica".

A nivel molecular para explorar la relación entre estrés psicológico y cáncer, Kiecol-Glaser y cols (1985) demostraron que los linfocitos obtenidos de pacientes con diagnóstico de depresión y con un alto estrés, tenían una reparación del ADN disminuída después de ser expuestos a radiaciones X, a diferencia que los pacientes con menor nivel de estrés. Esto es sumamente importante ya que la deficiencia en la reparación del ADN se asocia con una incidencia incrementada de cáncer. Este hallazgo es un apoyo de la primera vía, la etiológica señalada por Cox de vínculo entre el estrés y el cáncer.

En el sistema inmunitario, investigadores como Monjan (1977), Riley (1981), Borysenko (1982), Levy (1991), entre otros, refieren varios hechos fundamentales que acontecen tras el suceso estresante:

- La disminución de la función de las células T, mediada por el aumento de los glucocorticoides o por la hormona del crecimiento, que interactúan con los factores tímicos.
- La disminución de la actividad de las células NK.
- La disminución de la actividad de los macrófagos.
- La disminución de la síntesis de anticuerpos.

Todas estas respuestas inmunitarias al estrés, a su vez son las vías biológicas que vinculan el estrés a la posibilidad de desarrollo de cáncer, la segunda vía señalada por Cox, las cuales como hemos revisado, se agudizan una vez instalado un estrés crónico.

En este punto enfatizamos sobre los procesos psicológicos de afrontamiento al estrés y, en una visión ampliada, sobre los procesos de resolución de problemas, como hemos revisado ya dentro de las características de personalidad de la mujer con un mayor riesgo de desarrollar un CM, se encuentra la dificultad de expresar sentimientos hostiles, en la expresión de emociones, y una tendencia a la desesperanza. Todo lo anterior puede ser comprendido como estrategias de rendición y como reacciones inefectivas a los estresores vitales. Debido a su importancia se destinará una sección completa, al papel que tienen los estilos de afrontamiento en el curso del CM.

Existe en la literatura revisada consenso en considerar que la inmunosupresión psicológica, el estrés, depresión, duelo y otros, son factores que asociados a patrones de personalidad pueden facilitar el desarrollo del CM. Expondremos a continuación la pieza teórica sostenida por Spiegel y Sephton referida a la relación entre el estrés, factores hormonales, funcionamiento inmune y la progresión del CM. Sus conclusiones mantienen su validez para la predisposición del CM, observaciones que, en base a la revisión bibliográfica revisada, no han sido realizadas en estudios de cohorte previo al diagnóstico.

Rol del Cortisol Sephton - Spiegel

Recientemente se han propuesto explicaciones endocrinológicas e inmunológicas sobre la susceptibilidad al cáncer en pacientes deprimidos. Estas teorías sugieren que el estrés, como también la depresión, libera un exceso de hormonas incluyendo los adenocorticoides, mediadores en la inmunosupresión. La evidencia en humanos incluye niveles incrementados de corticosteroides en pacientes deprimidos y supresión de linfocitos en pacientes en duelo comparado con sujetos no deprimidos. Los pacientes con el sistema inmune comprometido muestran una alta tasa de incidencia de cáncer. (Wang 1995)

En el año 2000 Sandra Sephton y David Spiegel de la Universidad de Stanford en Palo Alto informa que el 63% de las mujeres con CM avanzado muestran fluctuaciones anormales de cortisol¹⁹, una llamada hormona de estrés, mostrando peaks o decrementos mantenidos a lo largo del día. Estas fluctuaciones anormales se asocian a un menor tiempo de supervivencia, estimado en un año. Los aplanamientos (decremento mantenido) en los niveles de cortisol se presentan frecuentemente en las personas sanas bajo estrés, depresión o que han sufrido un severo trauma psicológico, (el diagnóstico de CM es un importante estresor). A la vez, encuentran que el patrón anormal del cortisol se asocia fuertemente a una disminución del número y del nivel

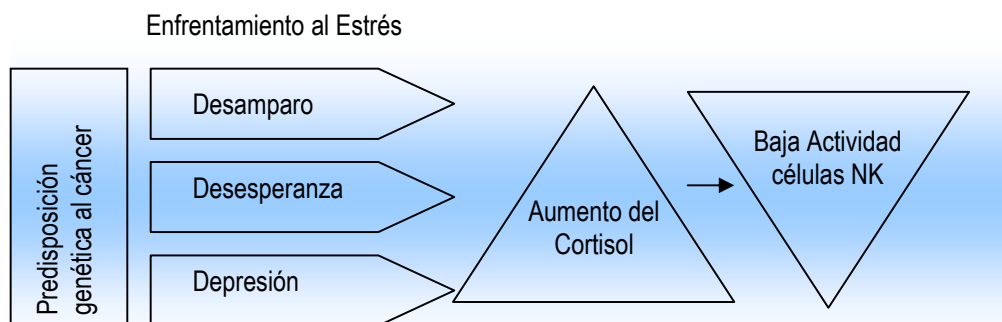
de funcionamiento de las células NK. Aunque el hallazgo no muestra una relación causa – efecto entre el patrón anormal de cortisol y la sobrevida, si sugieren que los ritmos diarios fluctuantes de cortisol están asociados a una progresión más rápida del CM.

En una discusión posterior los autores señalan que el mayor problema en esta circunstancia es que el sistema inmune de las pacientes se encuentra sub-regulado. El cortisol suprime la función del sistema inmune y puede estorbar su capacidad de revertir la propagación del cáncer. Estiman que esta fluctuación aberrante puede estar asociada a una hipersensibilidad al estrés que puede desorganizar otros ritmos inmunes. Estos efectos en combinación, el estrés psicológico y el CM, pueden causar deterioro en las capacidades de resistencia a la enfermedad.

Triada psicosocial Eysenck

Eysenck propuso una tríada para explicar el papel de los factores psicosociales en la carcinogénesis.

El autor asume que las personas que están genéticamente predispuestas y además enfrentan el estrés con sentimientos de desamparo, desesperanza y depresión, incrementan sus niveles de cortisol. Este incremento a su vez tiene consecuencias inmunosupresivas , fundamentalmente afectando los niveles de actividad de las células NK. El referido autor considera que el cambio en la función inmunológica es sólo una parte de una compleja serie de interacciones y de cambios en el sistema de péptidos y en el sistema endocrino, que incluyen entre otras, modificaciones del ACTH y de los sistemas de opios endógenos.



¹⁹ Se evaluó el nivel de cortisol salivar 4 veces al día por tres días y el análisis de las células NK sanguíneas en 104

Como puede observarse en este modelo, el estrés crónico puede conducir a la inmunosupresión y al cáncer, mientras que el estrés agudo conduciría a la inoculación y a la protección contra dicha enfermedad.

Hiperadaptosis y Cancrofilia: eslabones de mediación desde el estrés psicosocial a la neoplasia
Andreoli

Andreoli (1989), basándose en los modelos de Dilman y Ostroumova (1984, citado en Suárez, 2002), intenta brindar una estructura teórica que permita entender las relaciones entre el estrés psicosocial crónico, los cambios hormonales y el incremento de la susceptibilidad en el desarrollo neoplásico. Los conceptos de *hiperadaptosis* y *cancrofilia* son vinculados al estrés crónico que caracteriza la depresión mental y propone un modelo para explicar la promoción del cáncer en complementariedad con el modelo de la triada psicosocial de Eysenck.

La *hiperadaptosis* es la expresión de la resistencia al feedback de los glucocorticoides, provocándose una producción crónica de cortisol que conduce a la inmunosupresión que consecuentemente incrementa la vulnerabilidad del sujeto al desarrollo neoplásico.

La Cancrofilia por su parte, expresa la integración de un conjunto de procesos metabólicos referidos a inmunosupresión, tales como la proliferación de ácidos grasos libres, la elevada concentración de lípidos, decrecimiento de la función reparadora del ADN, así como la utilización de lípidos en lugar de glucosa como fuente de energía.

Estos dos procesos están ligados tanto a la estimulación de la proliferación celular y la estimulación del cáncer, como con la depresión mental, estrés crónico y el proceso normal de envejecimiento celular; todo lo cual se presenta en pacientes con tumores de diferentes localizaciones. Es así como estos procesos endocrino y metabólico, son propuestos por Andreoli como un modelo hipotético de mediación psicooncológica.

v.7. Propuestas Explicativas de la Inducción psicobiologica del Cancer de Mama

Existe, una gran cantidad de investigaciones en la psicoinducción del CM, especialmente en lo que ha llegado a configurarse como todo un ámbito de investigación: la hipótesis de la personalidad con propensión al cáncer. Sin embargo la cantidad de investigaciones específicamente referidas a muestras de mujeres que desarrollarán CM, de estudios de cohorte y de muestras suficientemente grandes como para no ser consideradas sólo como estudios de casos, son mucho menores, y como lo hemos revisado, los rasgos de personalidad característicamente presentes en la personalidad previa a otros cánceres como colon, pulmón, estómago no se corresponden totalmente con el perfil identificado en muestras de mujeres que posteriormente desarrollan CM.

Así mismo, la amplia mayoría de los estudios en el CM humano son de carácter descriptivo, correlacional, o con un análisis estadístico de los posibles factores causales, cuyos hallazgos centrales se han informado en la exposición precedente.

A pesar de la relativamente poca cantidad de autores que han sido seleccionados, o encontrados cumpliendo estos requisitos, nos abocamos con estos datos fiables en la búsqueda de modelos explicativos que permitan:

- Primero, especificar cómo los factores biopsicosociales juegan una parte en la oncogénesis mamaria y/o curso del CM humano.
- Segundo, explorar los posibles mecanismos a través de los cuales los factores biopsicosociales pueden mediar.

Estos modelos explicativos los hemos encontrados en las líneas de pensamiento psicoanalítico, en la Psiconeuroinmunología, en los desarrollos teóricos e investigaciones de la Faith Courtauld Unit de Londres y finalmente, en la más interdisciplinaria integración teórica desarrollada por James Arond-Thomas en su "Modelo de Patrón Conductual de Propensión al Cáncer de Mama".

Estres, Angustia e Inmunidad Andreoli - Rabaeus - Garrone

Andreoli, Rabaeus & Garrone (1990) en un análisis de las relaciones entre estrés, angustia e inmunidad concluyeron que:

- El estrés cuando es previsible y moderado provoca un incremento en la respuesta inmune.

- El estrés cuando es intenso e imprevisible tiene efectos inmunosupresivos.

Consideran que la respuesta al estrés es respuesta a tres factores:

1. La acción del estresor
2. La capacidad de adaptación del individuo, la que puede estar afectada por trastornos ocurridos durante el desarrollo.
3. La modulación psicobiológica.

Estos investigadores, al estudiar pacientes deprimidos, encontraron:

- Una correlación parcial entre la gravedad del estado depresivo y la respuesta inmunitaria.
- El distress global y el desamparo -considerados equivalentes a la angustia- fueron asociados con inmunosupresión.
- La inmunosupresión se acentúa cuando se instala en la paciente el llamado 'desamparo aprendido' que acompaña el aumento de sustancias opioides y disminución de la noradrenalina en el sistema nervioso central.

En la valoración de estos resultados, (Suárez, 2002, pg. 54.) afirma: "este podría ser un punto de partida en la investigación de los factores que determinan, condicionan y facilitan las evidencias contradictorias referidas con respecto a los efectos de la depresión psicológica sobre los resultados del cáncer".

Rol de la Activación del Sistema Nervioso Autónomo Faith Courtauld Unit - Watson - Pettingale - Greer

La Faith Courtauld Unit del King's College School of Medicine de Londres fue fundada en 1970 con los objetivos de determinar si los factores psicológicos pueden tener un rol como parte de los factores causales y /o el curso del cáncer humano, y para explorar los posibles mecanismos a través de los cuales los factores psicológicos median en la carcinogénesis (Pettingale, 1986). Desde sus estudios iniciales, se ha escogido el CM para el diseño de sus estudios y modelo.

El nivel de activación del sistema nervioso autónomo –SNA- que sigue a la presencia de un estresor se encuentra directamente mediado por variables emocionales. (Gudjons son, '81, Lazarus '64, Weinberger, '79. cit. Watson y cols. '86)

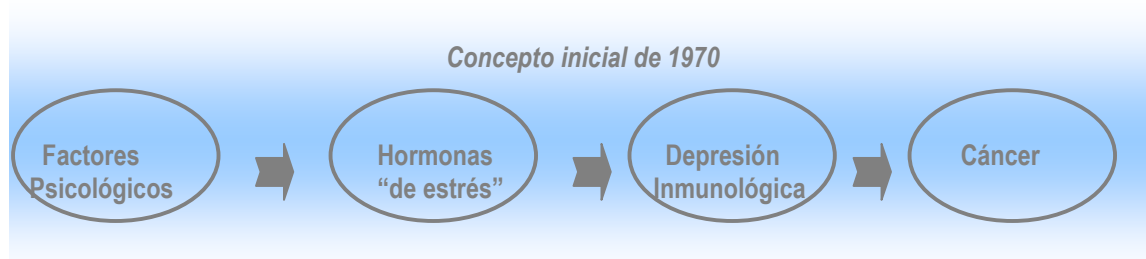
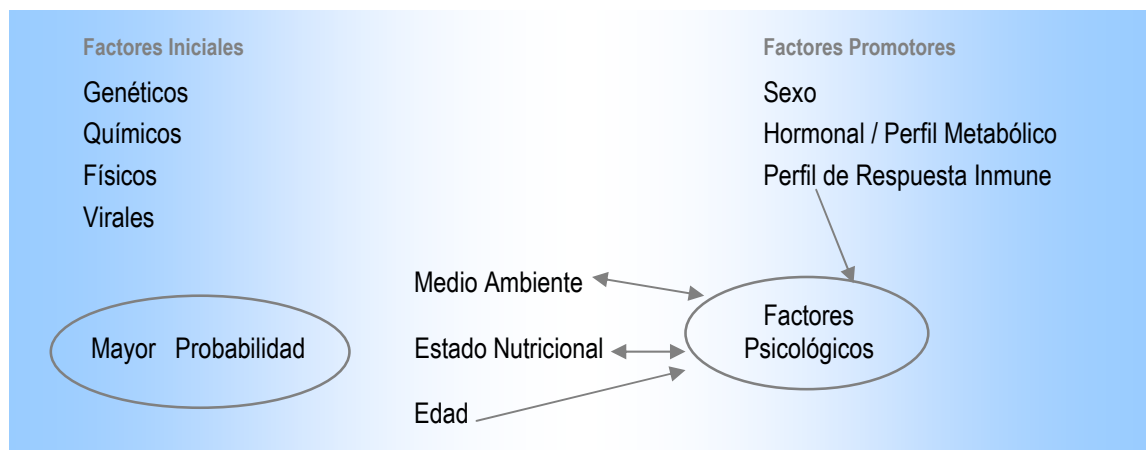
El patrón emocional ya descrito de las pacientes con CM, de negación de la experiencia y emociones, se muestra asociado con un incremento de la activación del SNA en comparación con las mujeres con una libre expresión de sus emociones.

Los autores encuentran que los patrones emocionales observados en las pacientes con CM representan un factor de riesgo para el cáncer debido al grado de estrés sistémico experimentada por el aumento anormal o prolongado de estas respuestas típicas.

“En algunos aspectos la función inmune está influenciada por la actividad del sistema nervioso, esto se evidencia en que las respuestas psicológicas particulares al estrés incrementan o prolongan anormalmente la actividad del SNA, con lo cual se perturba el proceso de homeostasis, entonces este puede representar un camino por medio del cual las respuestas psicológicas afectan la promoción del tumor”. (Watson y cols, '86, pg. 33)

Discuten que se necesitan más investigaciones para determinar cómo estas diferencias juegan un papel en la promoción del cáncer, representando un eslabón en un modelo psico-neuro -inmunológico que permanece sin resolver.

Factores psicológicos en la carcinogénesis



Influenciados por la Teoría de la vigilancia inmune de Burnet, postularon que un grupo de hormonas “de estrés” como el cortisol, la hormona del crecimiento y la prolactina pueden influenciar a través de factores psicológicos, pudiendo producir una depresión de la vigilancia inmune..

Los hallazgos de variados estudios de los miembros de la Faith Courtauld Unit: Greer & Morris (1975); Pettingale & Tee (1977); Pettingale, Greer & Tee (1977); Currie & Basham (1972); Currie (1974); Morris & Greer (1982), entre otros, configuraron el siguiente modelo del curso de mecanismos través de los cuales los factores psicológicos influirían la carcinogénesis.

Las mujeres que posteriormente desarrollarán un CM se diferencian de las que se mantendrán sanas y de las que presentarán enfermedades benignas de la mama, en un patrón de liberación emocional anormal, particularmente una tendencia a la supresión de la rabia. Esta tendencia a la supresión de la rabia no se correlaciona con variaciones en los niveles de ningún tipo de hormona plasmática o en la orina ni con hormonas hipotalámicas estimuladas.

Si bien a nivel inmunológico, las pacientes con CM no presentan la esperada supresión generalizada de sus respuestas inmunológicas, la supresión de la rabia se asocia con una significativa reducción en la transformación linfocítica²⁰ y con cambios en los niveles de las proteínas séricas²¹, así como un significativo aumento en el nivel de inmunoglobulina A (IgA). La relevancia de estos hallazgos se encuentra en el conocido de que una gran cantidad de factores séricos en los pacientes oncológicos pueden bloquear los efectos citotóxicos de los linfocitos sobre las células tumorales²², lo cual favorece el desarrollo de las células malignas.

Por lo tanto, el concepto inicial de un mecanismo de intermediación hormonal sufrió un severo retroceso, ya que si existe algún mecanismo hormonal envuelto, no es posible detectarlo por los métodos clínicos de rutina. También se infiere que los altos niveles de IgA tendrían una mediación de bloqueo de la función citotóxica de los linfocitos, pero finalmente no es posible interpretar su significancia biológica.

²⁰ Reducida transformación linfocítica de la fitohaemaglutinina (PHA)

²¹ Incremento de la glicoproteína beta2 y decremento de los niveles de caeruloplasmina.

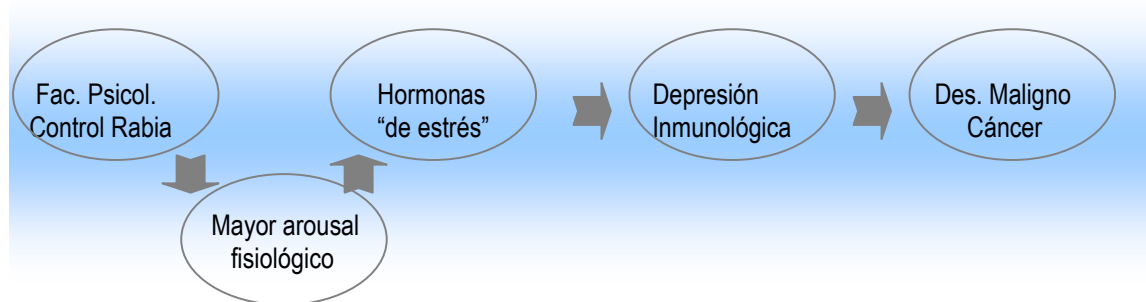
²² Incluyendo los antígenos del tumor circulantes y antitumores, anticuerpos y complejos inmunes.

Por otro lado, al chequear la hipótesis de que los factores psicológicos dependan de variables genéticas, se hicieron estudios de histocompatibilidad de antígenos²³, no encontrándose relación entre éstos y el CM ni la supresión de la rabia.

Habiéndose estudiado un considerable número de variables que no correlacionaron significativamente con los factores psicológicos descritos como los más significativos que caracterizan y distinguen a la población femenina que desarrollará CM, se plantea la necesidad de desarrollar una nueva estrategia sin abandonar los conceptos iniciales, revisando nuevas hipótesis específicas relacionadas con el hallazgo de la supresión anormal de la emoción. Las nuevas líneas de hipótesis para el mejoramiento del modelo son:

- **Rol del sistema límbico en el control emocional.** Mientras la amígdala interviene en la generación de miedo, ansiedad y agresión, el *septum* y el *hipocampo* hacen decaer estas emociones. Cuando se requiere una respuesta física apropiada, el hipotálamo provee la activación del sistema nervioso autónomo, neuroendocrino y de los patrones neurosecretorios.

Se pretende poner a prueba la hipótesis de que **“El control emocional aumenta la excitación fisiológica”**. Si la excitación fisiológica puede prolongar o incrementar su amplitud, este puede ser un eslabón en el mecanismo biológico para el desarrollo del cáncer. Si se liberan hormonas “de estrés” en respuesta de la excitación fisiológica, esto tendría un efecto inhibitorio en el sistema inmune, por ejemplo, prolongando o acrecentando este efecto por medio del control emocional que puede incrementar la posibilidad del desarrollo maligno inhibiendo la vigilancia inmune.



Un nuevo diseño de investigación pretende medir experimentalmente las respuestas emocionales de las pacientes con CM, monitoreando la respuesta subjetiva a través de la tasa cardiaca, la resistencia de la piel y la observación de videos de su comportamiento, junto con la medición de variables inmunológicas y

²³ Se evaluaron 23 antígenos en pacientes con CM en relación a la supresión de la rabia.

hormonales durante la manipulación emocional a través de un largo período de tiempo, si es que es posible conducir exitosamente un diseño como éste en humanos.

- **La manipulación hormonal** con cortisol, hormona del crecimiento e insulina hipoglicémica producen cambios en el acortamiento del tiempo de vida de algunos linfocitos y sus funciones. No es claro cuán dañino o no es esto para el ser humano. Sin embargo, mirado teóricamente, es probable que una excitación prolongada o estable, con el sujeto en este estado de alerta, pueda ser más dañino para el individuo. Actualmente intentan investigar la relación entre el estrés crónico y el disturbio emocional persistente.
- **El papel de la apoptosis.** El control del desecho de células es importante para la multiplicación celular y la regulación del tamaño de los tejidos. Existen dos formas de muerte celular: la necrosis y la apoptosis, en la segunda una célula se desprende de su tejido circundante y las uniones intercelulares se quiebran y se dispersan los fragmentos nucleares, se fragmenta la membrana manteniendo los lisosomas y mitocondrias intactas. Estos “cuerpos apoptóticos” son fagocitados por el tejido circundante. Las hormonas juegan un importante rol en el control de la apoptosis. En la mama humana, los índices de apoptosis y mitosis muestran una variación regular con el ciclo menstrual. El índice apoptótico muestra su peak tres días después del índice mitótico y correlaciona con la baja de estrógeno y progesterona al final del ciclo. Cualquier disparidad entre el número de células producidas y desechadas puede producir la formación de una *atrofia*, *hiperplasia* o *fibroadenoma*. Indudablemente la apoptosis juega un rol en la determinación de la masa del tumor. Puede también tomar parte de un extenso mecanismo de vigilancia para reconocer y desechar células dañadas, con ADN alterado, incluyendo células potencialmente malignas, sin involucrar al sistema inmune.
- Comprensión de la **naturaleza de los cambios tempranos de la célula maligna**. Las células cancerígenas pierden propiedades que poseen las células sanas, fallan en responder a algunas, o todas, las señales que determinan la proliferación de las células normales. Actualmente, se sabe que la transformación al estado maligno se debe a un cambio cuantitativo en la función celular. El fenotipo maligno puede emerger de la subproducción desde algunas pocas a la mitad de proteínas que son normales y componentes esenciales de la célula sana. Los oncogenes se ven implicados en este fenómeno, las proteínas que codifican son diversas, siendo en su mayoría enzimas que catalizan la fosforilación de las proteínas, proceso fundamental en el metabolismo celular.

- Develar el **papel de los peptidos regulatorios**, el hipotálamo y el sistema límbico, particularmente, contienen una amplia variedad de peptidos regulatorios. El rol preciso de los peptidos en este complejo sistema regulatorio tardará varios años en esclarecerse, pero indudablemente alguno de estos peptidos puede estar envuelto en la mediación de las respuestas psicológicas.
- Aislamiento de los **factores de crecimiento de los tejidos**. Las células normales sólo se dividen en presencia de hormonas de crecimiento. Actualmente se han identificado gran cantidad de proteínas que aisladas han mostrado promover la división celular. La mayoría de las células cancerígenas parecen necesitar muy poco o nada de hormonas de crecimiento para dividirse, y algunas células cancerígenas producen sus propias hormonas. Así un componente del fenotipo maligno puede ser un sistema de autoestimulación. Falta mucho para comprender sobre la producción normal y control de estos diferentes factores de crecimiento y si los procesos mentales pueden afectarlos.
- La **regulación inmune a través de mecanismos neuroendocrinos**. Es bien conocido el control hormonal del sistema inmune. Entonces, si el sistema inmune está envuelto en el control del proceso neoplástico, el sistema neuroendocrino también debería de estar implicado.
- La **influencia del estrés en la función inmune**. La idea de que el estrés puede incrementar la susceptibilidad a enfermedades es una arraigada creencia, sin embargo la evidencia no es concluyente. Han proliferado las investigaciones en esta área, sin embargo los estresores son tan diversos, que se hace difícil sintetizar los resultados. Sin embargo, los cambios en el número de linfocitos y su función, particularmente la depresión de la transformación de linfocitos inducidos por mitosis ha sido reportada consistentemente, esto aunque estadísticamente significativo, es muy pequeño en términos biológicos de tiempo de vida y sólo es interpretable como que “el estrés es inmunosupresivo”, o que estos cambios en la función inmune necesariamente media en la susceptibilidad a enfermar.

Indudablemente, existe una gran cantidad de posibles mecanismos que pueden mediar los efectos de los factores psicológicos en el proceso maligno. El concepto original se ha mantenido, en principio, sin cambios.

La estudiada complejidad de los sistemas neuroendocrino e inmune y muestran que estos sistemas están íntimamente ligados. El rol preciso del sistema inmune en la biología del tumor aún no es claro y muestra que la vigilancia inmune está envuelta en la detección de los cambios malignos tempranos.

Así mismo, el crecimiento del tumor y su difusión puede verse influenciada por los sistemas de defensa del cuerpo; que incluye no sólo reacciones inmunes específicas sino mecanismos no-específicos y no-inmunes como la apoptosis, que se encuentra bajo control hormonal.

El mayor problema actualmente para la investigación y desarrollo del modelo de la Faith Courtauld Unit es práctico. En vistas de las complejidades de estos sistemas biológicos y sus múltiples sitios de interacción, ¿cómo podría testearse estos mecanismos hipotéticos?, y por otro lado, ¿qué mecanismos pueden ser explorados?

Mediación neuroendocrina en la inducción del cáncer : modelo de cuatro vías

Contrada · Leventhal · O'Leary

Otro de los modelos hipotéticos que han sido elaborados, se sustenta fundamentalmente en la mediación neuroendocrina que subyace en las relaciones psicoinmunológicas que podrían establecerse en los enfermos de cáncer (Contrada, Leventhal & O'Leary, 1990). El indicador inmunológico básico de este modelo, es también la actividad citotóxica de las células NK. Como mediadores neuroendocrinos consideran dos de los más importantes sistemas de estrés: El sistema simpáticoadrenomedular (SAM), cuyo efecto es supuestamente incrementador de la actividad del referido efector y el sistema pituitarioadrenocortical (PAC), cuyo efecto parece ser depresor de la actividad de las células NK.

Estos sistemas de estrés son considerados entre las cuatro posibles vías a través de las cuales estos investigadores proponen que los procesos de la personalidad participan en la iniciación y promoción de las enfermedades. Las dos vías restantes son el sistema inmune y el sistema de péptidos. En el modelo de referencia se asume que las variables psicosociales también pueden favorecer la iniciación y recurrencia del cáncer de forma indirecta, es decir, a través del estilo individual de vida, condicionado conductas que de hecho distorsionan la salud o comportan un riesgo para ella. Como puede observarse, en el modelo se hipotetizan dos vías de mediación psicooncológica.

En la primera de ellas, la depresión psicológica consecuente con la pérdida afectiva y asociada a desamparo/desesperanza como posiciones cognitivas y a la desorganización o pérdida de apoyo social en conjunción con factores constitucionales predisponentes provocan un aumento de la actividad del sistema pituitarioadrenocortical (PAC). Este sistema por la vía de la ACTH y del cortisol ejerce un efecto inmunosupresivo expresado en un decrecimiento de la actividad de las células NK.

La supresión de este efector inmune sustenta la explicación del proceso de carcinogénesis, teniendo en cuenta que de acuerdo con numerosas evidencias estas células constituyen la primera línea de defensa del organismo contra los virus y el cáncer.

Por otra parte, un estilo de vida manifiesto en conductas que deterioran la salud o que al menos constituyen factores de riesgo para esta, pueden ejercer una influencia favorecedora del proceso de carcinogénesis, bien por la alteración del ADN o por la inmunosupresión que provocan y que compromete la citotoxicidad de las células NK.

La evitación emocional, que incluye baja afectividad negativa y su opuesto, alta afectividad positiva, así como una débil expresión de las emociones negativas, forma parte de un estilo de afrontamiento en que los afectos negativos y en particular la ira son activamente evitados. Estas características de personalidad, que en conjunción con factores constitucionales, encuentran su traducción neuroendocrina en el decrecimiento de la actividad del sistema SAM. Dicho proceso favorece la disminución de la actividad de las células NK, posibilitándose de esta forma, tanto la iniciación como la progresión y recurrencia del cáncer.

La evitación emocional también puede favorecer conductas de riesgo, tales como la tendencia a la no observación de posibles síntomas de cáncer, y a no buscar ayuda médica para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Antes de concluir la exposición de estas hipótesis, ha de señalarse que en opinión de sus autores, existe un rango de posibles resultados que pueden ser esperados en los enfermos de cáncer. Este rango está en dependencia de los niveles de activación de los sistemas SAM y PAC respectivamente, según muestra el esquema siguiente:

<i>Mejores resultados</i>	<i>Resultados intermedios</i>	<i>Peores resultados</i>
Bajo PAC Alto SAM	Alto PAC Alto SAM Bajo PAC Bajo SAM	Alto PAC Bajo SAM

Hipotesis de la perdida-Depresion
Le-Shan · Bahnson · Worthington

Le-Shan plantea la hipótesis de un "Patrón Emocional Específico de Historias de Vida". Le Shan y sus asociados (LeShan & Worthington, 1956a; LeShan & Worthington, 1956a), luego de haber trabajado clínicamente con más de 500 pacientes oncológicos, desarrolló uno de las hipótesis más elaboradas en la materia:

"En etapas tempranas, aparentemente durante los primeros siete años, ocurre un daño en el desarrollo de la habilidad para relacionarse del niño. Frecuentemente está acentuada por un evento físico, como la pérdida de un padre, la muerte de un hermano o alguien de este modo. Desde el momento de esta experiencia, el niño aprende a sentir que las relaciones emocionales causan dolor y deserción. La soledad está predestinada. En los modos usuales del niño, lo atribuye a alguna falta suya en alguna forma como resultado de fuerzas accidentales. La culpa y auto-condenación son la respuesta inevitable hacen su aparición, poca energía real es investida en las relaciones. Su catexia de otra gente es esencialmente superficial y no importa cuánto logre, sus sentimientos básicos de fallar predominan. Para usar la frase de Kierkegaard, está "desesperado de ser él mismo". Usualmente hablan de él como "bueno", "decente", "benigno" son personas que usan muy poca agresión en expresar o defender sus propios deseos. A veces, en su desarrollo, usualmente en la adolescencia tardía o adultez temprana, una situación ofrece la oportunidad de establecer relaciones con otros; es sentida y percibida como una oportunidad de terminar en profunda soledad. Esta posibilidad parece de algún modo "segura". A través de un período de tiempo, de lenta y cautelosa experimentación, comienza a poner sus energías en este canal. Los sentimientos de aislamiento y pérdida, la profunda soledad es en gran medida superada, pero nunca completamente, facilitada por esta relación. .. La catexis se vuelve una forma de vida. Por un período de uno a más de cuatro años el tiene un sentido existencial y un canal en el cual poner su energía. A veces tiene un trabajo con un rol con el que parece particularmente bien adaptado y que disfruta. A veces, una esposa(o), un padre o ambos, encuentra una forma de vida que lo acerca a la satisfacción y pertenencia que nunca hubiese soñado posible. Aún encuentra dificultad en expresar o defender sus deseos, pero por el interés de su grupo o de su relación, puede actuar muy fuertemente. Sin embargo, las circunstancias eventualmente lo llevan a terminar la relación; su rol se ha perdido. Es forzado a dejar al trabajo, la esposa muere, los hijos crecen y ya no necesitan de él. La reacción inmediata varía, ya no hay más sentido y esperanza en su vida. Nada le da real satisfacción. Se ve a sí mismo a través de pensamiento que ha esperado y temido toda su vida – un absoluto aislamiento y rechazo-es ahora su eterno destino. El único camino es dejar de existir..."

La temprana fantasía de algo hecho básicamente mal por él, algo que lo hace inaceptable para los otros, retorna con toda su fuerza... Al mismo tiempo de seis meses a ocho años después de perder la catexis crucial, aparecen los primeros síntomas del cáncer” (Le-Shan, 1966, pg. 781-782).

Bahnsen en 1980 extiende la hipótesis de Pérdida-Depresión de Le-Shan:

“Cuando niño el paciente experimenta decepciones, pérdida y desesperación en relación a los padres. La relación es dependiente, pero conflictiva e insatisfactoria, particularmente, en relación a la madre... Sólo con un gran esfuerzo puede este niño mantener cierta relación con el padre significativo, y la separación adolescente de los padres es dolorosa y percibida como una privación severa contra la que lucha en sus años adultos en intentos por establecer una relación emocional con una pareja o a través de sustitutos intensamente investidos en el trabajo o esfuerzos creativos. Frecuentemente esta es una difícil tarea porque el niño ha aprendido la desconfianza y hostilidad que son transferidos a los patrones adultos o situaciones de vida. Cuando alguna relación precariamente establecida o investida en la adultez se quiebra, la desesperación y desesperanza de la privación y anhelo de la niñez reemergen, a través de la vuelta individual a estos recursos de cara al nuevo insulto recibido del ambiente. En esencia, esta persona queda con poca esperanza de cualquier calidez que puede obtener de otro. Como resultado de su interpretación idiosincrática de la pérdida (concreta o simbólica) durante la adultez, el paciente de cáncer se da fuerzas para interactuar emocionalmente con otros. Psicodinámicamente, esta experiencia de vacío y desesperanza establece una fase de intensa regresión a modos de descarga del impulso que son auto-contenido y pueden reflejarse en un inconsciente y arcaico intento de sobrevivir a través de la auto-propagación. El paciente de cáncer, probablemente a causa de muchos años de ensayar en tolerar una realidad no gratificante, ha mantenido relaciones realistas (y conformistas) con todo a su alrededor. Ante los otros como un típico aplanamiento emocional y volverse hacia el interior de sí mismo, no ha mostrado ninguna regresión conductual de cara al estrés”. (Bahnsen, 1980, p. 978)

Los pacientes de cáncer se caracterizan por la prevalencia de la necesidad de establecer control unilateral sobre ciertos objetos elegidos. En términos psicoanalíticos, tiene predominantemente tipos anales. Estos pacientes se esfuerzan por la autonomía y dependen de su poder para mantener la relación objetal originalmente escogida. Esta necesidad se vuelve rígida y hace difícil reemplazar los objetos perdidos.

Los tumores primarios se desarrollan en el órgano que está específicamente relacionado con la frustrada relación psicofisiológica con el objeto. En el cáncer de mama ocurriría para el autor más frecuentemente en

mujeres altamente motivadas por la crianza pero que están prevenidas de llevar a cabo la interacción íntima mutua de la crianza por su necesidad de autonomía.

La hipótesis del Rechazo - Represión Bahnsen

Por otra parte, los afectos de desesperanza/desperación, las particulares relaciones entre padres e hijos parecen ofrecer una explicación del uso de represión y rechazo que frecuentemente reportan los pacientes oncológicos. Bahnsen (1979 citado por Nuzzo y Chiary, 1987) un patrón de familia centrífuga del paciente oncológico, con una temprana individuación, aislamiento mutuo, y donde la regla es la distancia entre unos y otros. En estas familias el niño no expresa o descarga el afecto, y no tiene una cuota de experiencias con los padres o hermanos en un aspecto de protección. En su lugar, para mantener el sentido de equilibrio, se ve obligado a volcarse en sus dinámicas internas por sí mismo en una maestría prematura que dependen en gran medida del rechazo y secundariamente de la represión de los difíciles deseos y sentimientos. En este sentido, el niño aprende a confiar fuertemente en la represión de afectos y desarrollar un afecto depresivo a través de la inhibición crónica de la frustración y de este modo, en la orientación de la familia del paciente oncológico, el énfasis no estaría dado en la afiliación social, adaptación y éxito sino en el superioridad personal y control. La persona con predisposición al cáncer se vuelca sobre sus propios recursos y prefiere su realización propia por sobre la afiliación social. Se ve obligado a 'regresar' somáticamente sobre el éxito fallido en realizar su autoimagen. (Nuzzo y Chiary, 1987).

Varios investigadores han reportado la dificultad de los pacientes oncológicos de expresar sus emociones que hipotetizan que los pacientes oncológicos tienen una baja conciencia de sus propias necesidades y deseos aun cuando presenten una actitud interpersonal realista y agradable. En particular los sentimientos de rabia, la agresión o la hostilidad (enmascarada en una fachada de condescendencia) que muestran es raramente descargada, tal vez a través del miedo al rechazo y la mala suerte, y como la inhabilidad a encontrar una forma de afecto igualmente la tasa de crecimiento del cáncer crece. Y su pronóstico empeora (Bahnsen & Bahnsen, 1964, Greer & Morris, 1975)

Investigaciones en el Patrón de conductas Tipo C Temoshok

El substrato biológico del cáncer, de acuerdo con la concepción de Temoshok (1987), en lo fundamental sin modificación, encuentra fundamento en la función inmunomoduladora de los neuropéptidos. Dicha función

puede constituir básicamente el correlato "en el plano biológico de una adaptación frágil al mundo, así como de un equilibrio psicológico precario" (Contrada, 1990, pg 691). No obstante esta autora y coincidiendo con otros investigadores, plantea que también deben ser tomados en cuenta otros mecanismos biológicos, tales como la incapacidad para reparar el SDN dañado y los sistemas hormonales del estrés, entre otros.

Modelo Constructivista: La Construcción Personal del Cáncer Nuzzo - Chiari

En 1987 M. Laura Nuzzo y Gabriele Chiari presentan en el VII Congreso Internacional en Psicología de la Construcción Personal su teoría tentativa de La Construcción Personal del Cáncer.

Los autores redefinen el aspecto central de la hipótesis de pérdida o separación en términos de culpa, esto es la pérdida de estructuras nucleares de rol. La culpa es comprendida como mantenedora de procesos, ya que soportar la vida de cara a una culpa extrema es difícil, no sólo porque interfiere con la adecuada distribución de nuestras dependencias, sino porque también interfiere con la elaboración espontánea de todos los procesos psicológicos, incluidos los llamados procesos corporales.

Afirman que las construcciones de nuestras relaciones de los pensamientos y expectativas de ciertas personas tienen un profundo alcance en el proceso vital. A través de la construcción de roles sustentamos aun las funciones vitales más autonómicas.

LA culpa es de hecho una transición altamente sospechosa en los pacientes con cáncer, o lo que han llegado a llamar "personas cancerígenas" al referirse al estrés presente en el proceso de construcción personal.

La literatura es particularmente vaga acerca de la construcción que las personas con cáncer desarrollan de sus padres, pero suficiente para sugerir la presencia de hostilidad hacia, por lo menos, un padre. La agresión manifestada en la relación temprana con el padre desde son niños elicitaría hostilidad con posterioridad. Plantean la posibilidad de que en la elaboración espontánea de su relación con sus padres, sus aventuras experimentales les impliquen un sentimiento de separación amenazante del padre, siendo la niña incapáz de construirlo como una persona que juega un rol en relación a ella. El padre trata de establecer construcción en el niño. Además, es probable que el niño no tenga la posibilidad de experimentar una relación alternativa del rol paterno debido a la "ausencia" del otro padre.

Como resultado de los esfuerzos en la interpretación de la conducta de su padre/madre, los niños comienzan a construirse a sí mismos como seres buenos como extensión de su intento en conseguir satisfacer sus demandas, y de su sufrimiento si fallan en la tarea.

Basado en este rol central, la construcción del niño de su propio rol es el de una persona hábil en satisfacer las necesidades de otros previniéndolos así del sufrimiento y dolor considerando que el polo del contraste es el de personas que causan sufrimiento a otros y por tanto son defectuosas, inaceptables, rechazadas, y condenadas a la soledad.

Existe particular agresividad en la construcción de las demandas de los otros, en vías de mantener su rol central así como la posibilidad de satisfacer sus propias necesidades de dependencia.

Como los niños en desarrollo, la antigua construcción de sus padres se vuelve más y más difícil de mantener, y comienzan a experimentar invalidaciones ocasionales de aquel rol. Puede ser debido a la gran hostilidad hacia el padre más amenazante, o a la emergencia de incompatibilidades con respecto a la antigua construcción. Experimentan amenaza de culpa y ansiedad, respectivamente. Por ello, buscan mantener con hostilidad la misma construcción de su padre, hasta que finalmente, estrechan su campo perceptual para excluir los elementos recientemente adquiridos de incompatibilidad. La hostilidad hace que la construcción de otros se vuelva más impermeable, lo que requiere un recurso de construcción en aquella área del sistema. Vemos en estos movimientos las razones de los extensamente reportados rasgos de rigidez, rechazo y represión.

Para lograr mantener su posición deben limitar sus relaciones con otros: deben refrenar de construirse a sí mismos como relevantes a las situaciones, particularmente las interpersonales, deben regirse fuera del rango de conveniencia de las estructuras que usan para tratar con grandes porciones de su mundo social. La amenaza de culpa está siempre presente, pero pueden evitar posteriores invalidaciones mayores evitando comprometerse en relaciones de roles más profundos. Éste es la razón porqué en estas personas tienen "terror a las relaciones profundas" y porqué pueden tener sólo relaciones superficiales y no involucradas.

Sus relaciones con otros están basadas en una nueva construcción hostil de sí mismos como autosuficientes y autónomos, en contraste con una construcción de otros como personas que requieren ayuda y apoyo. Para ellos "dar es mucho, mucho más fácil que aceptar". Tratan de comprender y satisfacer las esperanzas y necesidades de otros, apareciendo como una persona "buena", "decente" y "benigna". Pero es un rol superficial, emanado de su experiencia de vacío y sin sentido. Éste es el costo de su retirada global de las

relaciones de roles profundos y extensivos tendiente a resguardar su rol central. Sienten el contraste entre el papel que juegan y su rol central, que construye como una distinción entre *Yo como aparezco o Yo Fachada*, y *Yo como realmente soy o Yo Real (quizá defectuoso)*. Este dicotomía podría explicar lo que Bahnsen (1980, pág. 978, citado por Nuzzo y Chiary op.cit.) describe como "el desarrollo de una vida doble o doble yo en en la cual el Yo Real y el adaptativo funcionan desdoblados, separados con independencia de un 'yo sombra' paralelo que siente aislado, no amado, herido y abandonado."

La situación cambia cuando pasan ver su rol central validado en una relación particular o una actividad específica. Donde se sienten indispensables, hábiles en conceder lo que alguien o algo requiere, satisfactorio a la circunstancia.

Se alivia fuertemente la amenaza de culpa. Ya no hay más hostilidad. Ahora la relación o actividad permite que dilaten su campo perceptual como para incluir los elementos que previamente excluyó tan cuidadosamente. Existe una transferencia de todas las dependencias en la relación o la actividad. El Yo Central es completamente envuelto, y esta es la posibilidad de elaborarlo posteriormente.

En este punto, cuando la relación o actividad se acaba, no tienen otra alternativa excepto tratar de mantener su rol central por medio de la hostilidad extrema y la constricción extrema: extremo debido a que la dilatación separación? y la elaboración ocurren. El proceso del cáncer entra en escena.

Nuzzo y Chiari señalan que es sumamente difícil ligar en lo teórico la constricción y el desarrollo el proceso del cáncer, y exponen una hipótesis muy provisional que lo describe:

Se ha descrito al sistema inmune como con una discriminación yo/no yo, pero los biólogos dejan de considerarlo como una construcción propia. En particular continúan viendo la posibilidad que un virus o una célula (una bacteria o una célula cancerígena) se reconoce como extraña en relación con la presencia de antígenos en su superficie, en lugar de considerarlo la habilidad discriminativa del constructo yo/no yo.

La capacidad antioncogénica débil en la mayoría de los tumores "espontáneos" se consideran como una evidencia contra la Teoría de Burnet de la Vigilancia Inmunológica (ve Stites, Stobo, Fudenberg & Pozos, 1982, citados por Chiary & Nuzzo op. cit.). Según esta teoría las células potencialmente cancerígenas emergen constantemente dentro de nosotros, pero, cuando se vuelven cancerosas, los antígenos en sus superficies cambian ligeramente, sólo bastante para alertar la vigilancia linfocítica. Incesantemente el sistema inmune busca y destruye estas células del tumor recientemente aparecidas, pero esta vigilancia inmune es

eludida por el cáncer. En opinión de los autores es posible apoyar esta teoría y usarla para ligar la constricción y el cáncer, postulando que la constricción implica el descarte de enviar fuera algunos elementos que permiten el constructo yo/ no yo para distinguir con precisión entre células. *Las células cancerígenas se construirían así como células-yo (reales, sanas) y permitiéndose reproducirse a sí mismas.* Considerando las palabras de Kelly (1955, pág. 867, citado por Schiary & Nuzzo op. cit.): *"Si una persona puede ignorar su pérdida de rol a través de la constricción, también puede estar habilitado, por eso, para evitar su culpa y esto implica la parálisis de todo el proceso de elaboración que hace importante vivir la vida."* Y además, *"Estrictamente dentro del reino psicológico uno puede transponer el dicho Bíblico, 'La paga del pecado es la muerte' en 'la paga del pecado es la muerte' . Es genuinamente difícil sostener la vida de cara a la culpa. Algunas personas incluso no lo intentan "* (Kelly, 1955, pág. 909, citado por Schiary & Nuzzo op. cit.). En opinión de los autores las personas con cáncer lo intentan.

Modelo de Patrón Conductual de Propensión al Cáncer de Mama Arond-Thomas - Agree

James Arond-Thomas y Sara Agree Schreiber describen su llamado "Modelo de Patrón Conductual de Propensión al Cáncer de Mama" (Arond-Thomas, 2001^a, 2001^b, Arond-Thomas & Agree Schreiber, s.f.) el cual, desde un marco teórico psicoanalítico explica cómo el vínculo temprano con la madre, u otro significativo moldea la personalidad, la conducta y los mecanismos defensivos que devendrán en el futuro en una mayor propensión a desarrollar un CM.

Basados en el ya antiguo conocimientos de que ciertos patrones de comportamientos interpersonales evocan ciertos comportamientos fisiológicos, mecanismos de los cuales enfermedades modernas como el cáncer y enfermedades coronarias no están exentos.

Arond-Thomas y Agree describen que el curso del CM en la mujer demuestra que ciertos patrones fisiológicos de comportamientos. Esos comportamientos son el reflejo de la propensión al CM actuando desde un principio en el curso de la vida:

Una niña, con propensión al CM en la adultez, es incapaz de aumentar su capacidad de experimentar un relajamiento en todos sus aspectos. Esto se debe su significado a que su madre le exigía que se comportara de cierta forma preestablecidas por ella. Ella aprendió por ejemplo que para captar cariño (o cualquier "forma" de cariño en la usanza familiar) era imposible si ella experimentaba y/o deseaba sus propias necesidades y emociones auténticas.

Simultáneamente, ella aprende que "debe" experimentar las emociones y necesidades de su madre (o la persona clave en su vida). Ella aprende a través de indicaciones y a veces a través de arrebatos directos, que ella debe - en vistas de gratificar su necesidad de validación- "hacer lo correcto". Esto, por supuesto, sólo aumenta el dolor asociado con no encontrarse con sus propias emociones auténticas y necesidades. Así, ella queda atrapa:

- i) Si no cumple con los deseos y necesidades del otro significativo (madre), teme ser anulada desde el exterior.
- ii) Si cumple, recibe devaluación desde el interior.

Por esto se torna difícil desarrollar un sentido de autoestima cuando se enfrenta con tal conflicto. El ego tiene sentimientos de ser bombardeado, y busca resguardo detrás un montón de defensas psicológicas. En cierto sentido, el ego se esconde. El resentimiento de hacer "lo correcto" crece dentro de esta muchacha joven, y por la necesidad de sobrevivir en su ambiente, y aprende que no debe atreverse a expresar esta agresión. En cambio, ésta se vuelve hacia el interior, hacia el ego.

Dirigir su resentimiento interior, en lugar de exterior hacia la "fuente" de afecto amoroso y atención, es psicológicamente más seguro, y la protege del miedo de abandono y aniquilación.

El rasgo mayor del Modelo de Patrón Conductual de Propensión al CM es esta "agresión autodirigida". El ataque de auto-dirigir la agresión en la niñez temprana abre la puerta a una vida de desesperación, auto-depreciación y auto-abuso. Autodirigir la agresión es un proceso inconsciente que etiquetarse como "rechazable" lo que provoca vergüenza y resentimiento. Cuando inconscientemente se acepta como rechazable ya no intenta ganar la admiración, aprobación, y apoyo de un significativo²⁴ o persona importante en su vida. Ahora cree que es incapaz de alcanzar lo que quiere y necesita en una interacción significativa. En cambio, se encuentra a sí misma penetrantemente "haciendo lo correcto" ([i.e.], cualquier está ese "agradando" a otro).

Cuando hace otra cosa que "lo correcto," siente vergüenza y culpa; y, más significativamente, hacer otra cosa que lo correcto exacerba su miedo de abandono. Por hacer lo correcto su "Yo falso" se vuelve la fuerza dominante en su personalidad. Se inunda con sentimientos de desesperación, rabia, vergüenza, impotencia y desesperación.

La protege de este diluvio de que inconscientemente despliega una serie de maniobras defensivas intrapsíquicas. Se vuelve una experta del rechazo. Su rechazo es muy fuerte, sino bien una de las maniobras defensivas más fuertes. Debido a su necesidad inconsciente de manejar el rechazo, cualquier esperanza de manifestar su auténtico sí-mismo retrocede así más hondo en su psique. Su falso sí mismo o sí mismo proyectado, el ego que hace la cosa correcta, toma su lugar.

Desde que trae un ego falso a sus relaciones de adulto, tiene una capacidad reducida de fundirse sexualmente con otra persona, y se limita, así su experiencia de intimidad sexual a dar placer a otro. Niega su capacidad para ello y su necesidad de una satisfacción saludable, sexual. De hecho, siente vergüenza frente a tal posibilidad. Más temprano en su vida, es probable que haya dejado de recibir estímulo amoroso y agradable de otro por sus cualidades auténticas. Más bien, lo que recibía eran a menudo las proyecciones de las otras personas de cómo ella estaba. Así, ha fallado en lograr ser amada por sus propias cualidades auténticas, lo cual es la fuente de su vergüenza. Las experiencias de amor proyectado normalmente resultan en cambio en incomodidad emocional, tensión intensificada, experiencias de rechazo, y el inconsciente deseo de rechazar el afecto.

Rechazar el afecto es más seguro. En el calor de pasión con otro significativo, sin embargo, su conducta a menudo refleja el uso de la defensa de formación reactiva. Con esta defensa aparece apasionado y condescendiente por fuera, mientras guarda sentimientos de vacío, desvalimiento, y "hambre" en el interior.

El modelo de conductas de propensión al CM se abisagra en los requerimientos maternos de que su hija esté disponible a satisfacer sus necesidades en lugar del ser de la madre la disponible a saciar las necesidades, deseos, y sueños del niño. El niño, por consiguiente, se ajusta. Desarrolla una habilidad de conformarse a la forma de su ambiente. Su deseo de acomodarse a su ambiente es el resultado de su miedo, del terror al abandono y aniquilación.

Aprende que no ganará nada alimentando su sí mismo auténtico y aprende a expresar su sí mismo falso o ajustable. Revela sólo lo que es esperado, como una manifestación de la soledad e impotencia de ese niño. Cuando aprende más y más a "hacer lo correcto", este niño empieza a experimentar un sentido del penetrante de vacío y futilidad que así refuerza su miedo de pérdida del objeto amoroso, y de pérdida de estabilidad.

²⁴ "(M)other" madre-otro.

Hay varias maneras diferentes en el que los niños responderían al amor que su madre le ofrece:

- Primeramente, experimentaría el ser absorbido, que promueve la alienación de sus necesidades y emociones. Así desarrolla en un niño que debe hacer lo correcto, y aprende que sus necesidades y emociones primarias son las que "debe" experimentar.
- Segundo, aprende esa conducta y reglas son sinónimas. La espontaneidad es poco frecuente, y la mejor manera de ser es esperar y ver lo que el otro espera, y entonces responder a esas demandas. En otras palabras, crece en un adulto con un "falso sí mismo" totalmente desarrollado.

La mujer con predisposición al CM es incapaz de asimilar experiencias del comportamiento de maternidad como amoroso, y no espera confiadamente que 'lo' materno quite su tensión instintiva, aunque lo anhela grandemente. Por el contrario, carga en su cuerpo con miedos de abandono y fracaso de su 'nutrición'. Y al vivir con miedo de abandono constante, establece una serie de conductas de compromiso, que incluyen:

1. Rechazo de la persecución de auto-valoración en un esfuerzo por prohibirse la pérdida del objeto amoroso.
2. Este rechazo de la persecución de auto-valoración la incapacita a expresar sus propias emociones.
3. Como un resultado de 1& 2, desarrolla un sentido ausente de lo que son sus necesidades.
4. Los primeros tres entonces llevan a una alienación de su Yo auténtico.
5. Esta mujer así cuenta con un otro significativo como un regulador de su autoconcepto.
6. Aprende a idealizar al otro significativo.
7. Por idealizar al otro, contribuye a su propia falta de valor, autoconfianza y seguridad.
8. Como un resultado, esta mujer tiene poca fe en su habilidad tener éxito por sí misma.

Finalmente, cree que su vida es ingobernable, que no encontrará satisfacción, y que debe sufrir solo por su condición.

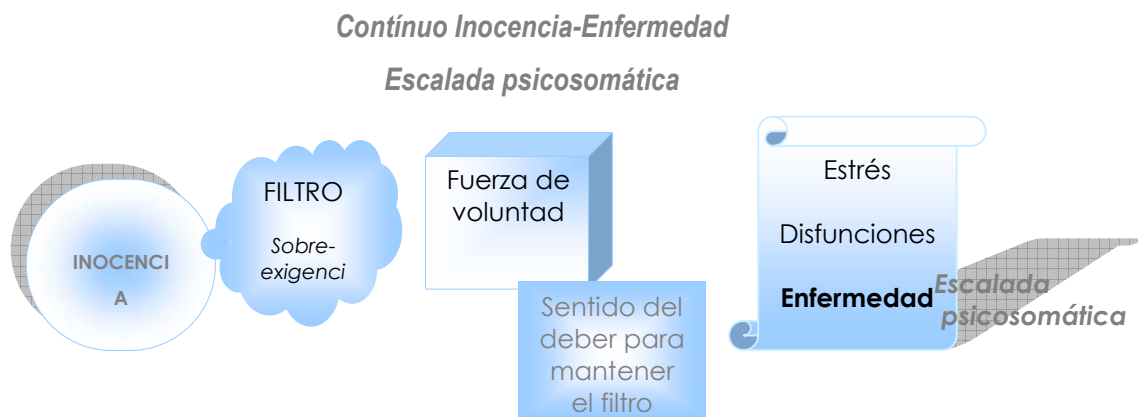
Esta lista de conductas describe un miedo penetrante de aniquilación, acompañado por vergüenza, humillación, desesperación, desesperanza, y odio a sí misma. Además, cuando hay una ausencia de admiración paternal por el propio Yo verdadero, hay una oportunidad limitada de esta persona de aprender a

dominar y dar curso a la vida bajo el propio control. Tal mujer está incapaz de encontrar medios adecuados de auto-afirmación. La carga psicológica de la auto-afirmación inadecuada crea más ansiedad y tensión interior.

Modelo del Centro de Desarrollo de la Persona
Middleton • Bücher

El presente modelo se enmarca dentro del enfoque proactivo de la psicooncología y se desarrolla a partir del trabajo clínico. Los fundamentos teóricos desarrollados se describen de la siguiente forma:

- La enfermedad existe (es diagnosticable) antes que presente síntomas. Éstos son fenómenos finales de un proceso.
- El ser humano es una constelación energética entera. Nunca se enferma una parte, siempre el total.
- La conducta emotiva tiene influencia sobre la corporeidad, como ésta sobre aquella. Base de la oposición funcional complementaria.
- El cáncer es un desequilibrio energético específico -bloqueo de la energía vital, mal manejo emotivo-.
- La persona tiene capacidad de autocuidarse, es responsable y tiene injerencia a través de su estilo de vida, creencias, conductas y actitudes de permanecer sana o comenzar a enfermar.



Inocencia: vivencias de paz, de alegría de intimidad, estado de propiedad sobre los sentimientos, deseos auténticos y el propio cuerpo.

Filtros: corresponden a formas culturales y sociales, deberes, modelos y experiencias que median en la separación del sujeto de su experiencia íntima. Entre éstos se incluyen sobrevaloraciones del éxito económico y social, competitividad, urgencia del tiempo, ser útil.

A su vez hay un marco general de creencias en las que se asocia la soledad a una experiencia aversiva y temida –lo cual impide el duelo-, y un concepto del cuerpo sin relación a la voluntad o deseos, y tampoco a la vida emocional.

En este enfoque en vez de referirse a un tipo de “personalidad cancerígena” como se ha denominado, se piensa que el modo correcto de aproximación es a través de un “estilo de vida cancerígeno” típico. Sin embargo existen ciertos patrones claramente observables en el marco del trabajo clínico, y éstos son:

- Alta desvalorización personal,
- Exageradamente responsables en el trabajo,
- Ausencia de actividades recreativas que a ellas les interese, o tiempos de ocio (desvalorización del mismo)
- Poco asertivas
- Sumisas
- Frustradas sexualmente
- Con altos niveles de depresión y angustia

La autora ha observado como denominadores comunes en la persona enferma de cáncer un modo de enfrentar la vida y una historia:

1. la emotividad está al servicio de los valores, en vez de que sean los valores los que estén al servicio de la emotividad y la vida.
2. autoimagen desvalorizada con la consiguiente necesidad de “hacer mérito” permanentemente, que a su vez desencadena la instrumentalización de la propia vida y la autopostergación.
3. falta de cercanía emotiva y bloqueo de la expresión de los afectos.
4. aversión a la situación vital, hay un retiro y postergación de sus necesidades más profundas.
5. sobrecargas de culpas, gran necesidad de autocastigo.
6. duelo no elaborado. La persona no se ha permitido vivir en profundidad y en forma conciente un proceso de pérdida, de pareja o trabajo, etc.

Aquello que une a las mujeres que desarrollan CM, son estilos de vida, o rasgos de personalidad que tienden a dar énfasis a estructuras rígidas, con distintos títulos: deber, moral, rendimiento, sobrevivencia, supresión emocional especialmente basadas en las emociones de miedo o rabia. Esto a su vez se refleja en formas de ser que como punto común está la baja en la espontaneidad, como expresión del contacto íntimo consigo

mismo, siquiera en algún plano de la vida y/o relación, vivenciado interna y/o externamente. Existe una baja capacidad de conexión con los aspectos satisfactorios de la propia existencia, ya sea en formas de desahogo de las emociones negativas experimentadas, como también un bajo arraigo a las emociones positivas a través de las actividades que ellas evocan, en las formas de realización personal a través de la profesión, la maternidad, femineidad, sexualidad, relación con la naturaleza, o recreación. Reforzadas por una baja capacidad de conexión con los aspectos satisfactorios de la propia existencia, ya sea en formas de desahogo de las emociones negativas experimentadas, como también un bajo arraigo a las emociones positivas a través de las actividades que ellas evocan, en las formas de realización personal a través de la profesión, la maternidad, femineidad, sexualidad, relación con la naturaleza, o recreación. Además una baja capacidad de conexión con los aspectos satisfactorios de la propia existencia, ya sea en formas de desahogo de las emociones negativas experimentadas, como también un bajo arraigo a las emociones positivas a través de las actividades que ellas evocan, en las formas de realización personal a través de la profesión, la maternidad, femineidad, sexualidad, relación con la naturaleza, o recreación.

A su vez la caracterización de la madre de la mujer predispuesta es así: “muy dominantes y exigentes, invasoras del espacio psicológico de sus hijas, sólo aceptan que éstas han crecido en el plano laboral donde deben ser exitosas y cumplidoras.” (Middleton, 2004)

“En cuanto al ambiente familiar en que se desenvuelve la mujer con cáncer de mama, éste se caracteriza por ser sórdido y oscuro, poco generoso y sin límites.” (Middleton, 2004)

Bajo el enfoque de la psicooncología proactiva no se renuncia a ver a la persona enferma de cáncer como una persona que tiene la posibilidad de sanar, y por lo tanto desde aquí se desprende que el tratamiento que el psicólogo brinda está centrado en el cuestionamiento del esquema que llevó al resultado visible en que se constituye el cáncer para la persona y para la generalidad de la sociedad, que pierde de vista la enfermedad como un modo de vida antes que el médico enuncie la enfermedad.

v.8. Discusión de los modelos a la luz de las investigaciones

A partir del análisis de las evidencias que sustentan las relaciones recíprocas entre los factores psicosociales y el sistema inmune, Solomon y cols. (1987) propone un patrón de personalidad predispuesta a la

inmunosupresión, y al mismo tiempo ratifica que los individuos que muestran este patrón de personalidad y de afrontamiento son más vulnerables a las influencias inmunosupresivas que sobre ellos ejercen tanto los factores psicosociales, tales como el estrés, como los factores biológicos e infecciosos. Se señalan como características psicológicas más relevantes en estos sujetos el desconocimiento y la incapacidad para expresar sus emociones, en particular las negativas.

Otros autores, consideran que las características de personalidad, de enfrentamiento al estrés, los mecanismos psicológicos de defensa, hacen diferentes las respuestas neurovegetativas, neuroendocrinas e inmunológicas en condiciones de estrés emocional. (Biondi & Pancheri, 1985, 1991). Evaluaron la reactividad emocional en relación a la reactividad inmune de un grupo de pacientes que se encontraban a la espera de intervención quirúrgica por patologías mamarias (T1a, T2a y N0, N1). La muestra inicial se dividió en dos grupos en relación a la respuesta inmunitaria in vitro e in vivo: Uno normoreactivo y uno inmunológicamente hiporeactivo. Los resultados más relevantes permitieron comprobar que los sujetos inmunológicamente hiporreactivos tuvieron valores significativamente más altos de:

- Depresión.
- Introversión social.
- Represión
- Negación en el enfrentamiento al estrés
- Cambios subjetivos de la vida ocurridos un año atrás.
- Y valores significativamente más bajos de ansiedad-estado.

En criterio de los autores del trabajo emergen dos consideraciones importantes:

1. Solo una parte de las mujeres sometidas a un mismo estresor emocional mostró modificaciones inmunológicas.
2. La reactividad funcional decrecida de los parámetros de la inmunidad que fueron evaluados en condiciones de estrés, pudo ser significativamente asociada con las variables psicológicas estudiadas.

Aun cuando los autores sugieren cautela en la interpretación y en especial en la generalización de estos resultados, en este estudio parece corroborarse, la función inmunomoduladora que pueden asumir determinadas variables psicosociales.

Un gran número de investigaciones (Levy y cols., 1988, Jemmott 1989 citado en Suarez 2002)

Referidos a la regulación de la citotoxicidad natural en los seres humanos están basadas en el carácter espontáneo de la función de la lisis de las células NK contra una amplia variedad de células tumorales.

PARTE VI
PSICOONCOLOGÍA DEL CURSO DEL CÁNCER MAMARIO

VI.1. Efectos del diagnóstico de Cáncer de mama

En el CM suele ser la propia paciente quien se descubre "un bulto" de forma accidental al bañarse o vestirse, -más de un 80% se diagnostica por sus síntomas, la mayor parte de las veces un bulto indoloro (Henderson, 1996).- mientras que por ejemplo, las neoplasias hematológicas suelen ser hallazgos de una clínica inespecífica como astenia, equimosis, etc. Los síntomas y signos de sospecha de cáncer, y el impacto psicológico que supone, dependen de las diferentes localizaciones de éste.

La sospecha de padecer un cáncer es una alarma por su asociación a las amenazas e incertidumbres que origina. Cohn y Lazarus (1979, citado en Polo, 2000) establecieron una lista de amenazas percibidas por la persona que padece un cáncer:

Percepción de amenazas ante el diagnóstico de cáncer

- A la vida
- integridad corporal
- incapacidad
- dolor
- necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera
- modificación de roles socio-profesionales
- separación de la familia
- hospitalización
- tratamientos
- incomprensión de la terminología médica en momentos de estrés
- necesidad de depender de otros
- perder la intimidad física y psicológica
- tomar decisiones

(Cohn y Lazarus, 1979)

En definitiva, el paciente se ve en la necesidad de responder a estas amenazas y adaptarse bruscamente a una nueva realidad, la que además se va modificando según cambian los tratamientos y evoluciona hacia la curación completa, la remisión temporal o la muerte.

La comunicación del diagnóstico de cáncer es un aspecto muy controvertido. Cassem (1994) señala que los médicos actuales prefieren decirles el diagnóstico a los pacientes porque consideran que tienen derecho a conocerlo. Esto no excluye la posterior evitación o negación de la verdad, como se ha comprobado que ocurre en alrededor del 20% de los casos. Decir la verdad adaptada a la fortaleza de cada

paciente, manteniendo la esperanza, es una base firme para una relación de confianza que facilitará la resolución de los problemas que surgen en la trayectoria de la enfermedad oncológica.

Ante el diagnóstico de cáncer se produce una reacción aguda de aflicción, un duelo con incredulidad, miedo, tristeza, ansiedad, culpa, cólera, etc. Posteriormente se aprecian mecanismos de adaptación y defensa como la negación, represión, proyección, aislamiento de los afectos, evitación de situaciones y decisiones, modificación en el concepto del tiempo, etc. Deben añadirse los rasgos más sobresalientes y las defensas de la personalidad previa, que condicionan las reacciones al estrés que supone la enfermedad neoplásica y que orientan para establecer las estrategias de afrontamiento. Un ejemplo de esto, es un paciente oncológico con rasgos orales, el cual vive el cáncer como una amenaza de abandono y por lo tanto precisa apoyo con límites firmes (Groves y Kurchaski, 1994).

La depresión y la ansiedad son las reacciones psicológicas más frecuentes de adaptación al cáncer. Igual pueden estimular o alertar al paciente que paralizarlo, por lo que en algunos casos las implicaciones son beneficiosas en el tratamiento, mientras que en otros pueden impedir que el paciente participe activamente en él. Además de ser parte del ajuste normal a la enfermedad oncológica, también pueden constituir un Trastorno o pueden estar causadas por los procesos somáticos subyacentes, como señalan Stiefel y Razavi (1994).

En un interesante estudio prospectivo, Lerman (1991) estudia el efecto psicológico de la sospecha y diagnóstico de patologías mamarias en mujeres de 50 años o más; para ello se incluyeron mujeres cuyos resultados en mamografías realizadas hace tres meses, las cuales presentaron resultados tanto normales, de baja y alta peligrosidad. Se excluyeron del estudio aquellas mujeres con un 98% de certeza de CM.

Se controlaron variables sociodemográficas, médicas, de la historia familiar y psicosociales, entre las que encontramos: nivel de ansiedad sobre los resultados de futuras mamografías, preocupación global respecto a la posibilidad de desarrollo de CM, deterioro del humor y de las actividades diarias -como expresión del alcance de la preocupación- y creencias en relación a la salud, cuales sean: riesgo percibido por la mujer de enfermar de CM y criterios personales de amenaza con respecto a padecer CM.

En los resultados se encontró que aún cuando no se informó a las mujeres con baja y alta sospecha que conformaban un grupo de mayor riesgo, las mujeres con mamografías altamente sospechosas mostraron la mayor influencia del resultado del estudio mamográfico sobre su funcionamiento psicológico reflejado en: extrema ansiedad autorreferida y una negativa repercusión sobre el humor y el funcionamiento diario.

Las mujeres con mamografías de baja sospecha mostraron un menor deterioro psicológico que el grupo de alta sospecha, y mayor que el presentado por las mujeres con mamografía normal. El distres psicológico, sin embargo, no afectó desfavorablemente su participación en los posteriores seguimientos por mamografías, tanto en aquellas con mamografías normales como anormales.

Estos hallazgos resultan importantes, ya que ofrecen evidencias concretas sobre la influencia que tienen los afrontamientos anticipados a la posibilidad de sufrir un CM en el estado psicológico de las mujeres y en particular sobre las conductas directamente vinculadas a la salud –como el hacerse un screening mamográfico-. Estos resultados son contradictorios a los reportados por otros investigadores que señalan que la ansiedad anticipatoria ha obstaculizado las conductas de búsqueda de atención médica.

Como ya hemos revisado en capítulos anteriores, una porción de los factores de riesgo de CM se debe a riesgo hereditario, aumentando dramáticamente el riesgo relativo de padecer un CM en aquellas mujeres con uno o dos parientes de primer grado que han sufrido la enfermedad²⁵. Sobre este respecto, un interesante estudio (Gilbar, 1998) se orientó a determinar cuál es la diferencia en el afrontamiento de la amenaza del CM entre mujeres con una historia médica familiar con muchos casos de cáncer, en relación a las que no presentan una historia familiar. La muestra consiste en 93 mujeres que tienen una historia familiar de CM y 142 mujeres que no tienen tal historia (Cada grupo se dividió en cuatro subgrupos), todas ellas fueron referidas a la Breast Health Clinic en el norte de Israel. Se evaluaron la aflicción psicológica²⁶, los recursos de afrontamiento personal, el proceso de afrontamiento y el mecanismo de negación.

Los resultados muestran que las mujeres en alto riesgo familiar de CM en un control regular y que tienen sintomatología muestran más síntomas de stress psicosocial que cualquier otro grupo.

En un interesante estudio, Burgess y sus colaboradores (1988) estudiaron a 178 pacientes con CM recientemente diagnosticadas, se estudiaron sus linfomas de Hodgkin y otros linfomas relacionándolos a su respuesta cognitiva al diagnóstico de cáncer. Fueron evaluadas en relación a la ansiedad, depresión y locus de control con respecto a la salud como variables psicopatológicas. El análisis de datos de las respuestas cognitivas desconfirma la existencia de categorías mutuamente exclusivas de respuesta. El

²⁵ Por ejemplo, el riesgo relativo de una mujer de desarrollar CM es de 1,8 si lo ha sufrido su madre, 2,5 si lo ha presentado una hermana y 5,6 si lo han presentado tanto la madre como una hermana.

²⁶ La aflicción psicológica fue medida por el Inventario Abreviado de Síntomas. The Brief Symptom Inventory, los recursos de afrontamiento personal por la Escala de Sensación de coherencia, The Sense of Coherence Scale, el proceso de afrontamiento por la Encuesta de Opinión en Salud, Health Opinion Survey y el mecanismo de negación fue medido por escalas de represión.

análisis de las respuestas cognitivas y las otras variables psicológicas combinadas, no obstante, revelan que los cuatro más comunes “estilos” de afrontamiento son:

Respuesta cognitiva más frecuentemente observada al diagnóstico de cáncer de mama

- Positivismo/Confrontacionismo
- Fatalismo
- Desesperanza/ Incapacidad.
- Negación/ Evitación

(Burgess y cols 1988)

La baja morbilidad psicológica está asociada a la respuesta al diagnóstico de Positivismo/Confrontacionismo y con un alto locus de control interno y altas puntuaciones de ansiedad y depresión están asociadas con una respuesta de Desesperanza/ Incapacidad al diagnóstico y con un bajo locus de control interno.

Reaccion de adaptacion

Las personas que reciben un diagnóstico de cáncer muestran respuestas características normales propias de la respuesta ante un estresor, que en el caso del cáncer, se han descrito de manera específica por Massie, Spiegel, Lederberg y Holland (1996).

Respuestas normales a las crisis observadas en el cáncer

Fases	Síntomas	Duración
1 Respuesta inicial	Incredulidad o rechazo : “diagnóstico equivocado”, “confusión de biopsias” Desesperación : “Lo sabía desde hace mucho tiempo”, “es inútil seguir el tratamiento”	2 a 5 días
2 Disforia	Ansiedad Estado de ánimo depresivo Anorexia Insomnio Mala concentración Alteración de las actividades cotidianas	7 a 14 días
3 Adaptación	Adaptación a la nueva información Confrontación de los aspectos presentados Hallazgo de razones para el optimismo Reanudación de las actividades (p.e. plan terapéutico nuevo o revisado, nuevas metas)	Más de 14 días y puede durar muchos meses

(Massie, Spiegel, Lederberg y Holland, 1996).

En la segunda fase de disforia, disminuye la capacidad de concentración y de llevar a cabo actividades cotidianas; aparecen pensamientos intrusivos sobre la enfermedad e incertidumbre sobre el futuro. La adaptación comienza, en general, después de algunas semanas y continúa, como es lógico, durante meses después del diagnóstico.

Las percepciones que el paciente tiene de la enfermedad, sus manifestaciones y de los estigmas ligados al cáncer, contribuyen a estas respuestas. En los adultos, la principal preocupación es el miedo a la muerte dolorosa. Todos los pacientes temen a las posibles incapacidades, la dependencia, la alteración de la fisonomía y el deterioro de las funciones corporales. El nuevo papel de estar enfermo o de volverse diferente, supone un cambio en casi todos los aspectos de la vida. Es frecuente el miedo a ser abandonado o a verse separado de la familia o amigos. El proceso propio de esta fase se constituye, entonces, en un auténtico duelo a la condición sana.

Aunque estos temores son generalizados, el nivel inicial de sufrimiento psicológico es muy variable y depende de tres factores (Massie, Spiegel, Lederberg & Holland, 1996)

Factores determinantes del nivel de sufrimiento psicológico ante el diagnóstico de cáncer

Médicos	Localización tumoral, estadio en el momento del diagnóstico Evolución previsible Síntomas, pérdidas funcionales Tratamientos necesarios Posibilidades de rehabilitación Evolución clínica de la enfermedad Cuadros médicos asociados [p.e. Síndromes Paraneoplásicos]
Relacionados con el paciente	Nivel de desarrollo cognoscitivo y psicológico Capacidad de enfrentarse a las crisis vitales Madurez emocional y capacidad para aceptar la alteración o la no consecución de objetivos vitales. Experiencias previas con el cáncer Crisis vitales concurrentes (divorcio, pérdida de seres queridos, otras enfermedades) Apoyo de la familia y de otras personas
Sociales	Actitudes hacia el cáncer y su tratamiento Estigmas asociados con el diagnóstico Política de salud pública (protección de la discriminación en el trabajo, seguros de enfermedad)

(Massie, Spiegel, Lederberg & Holland, 1996)

Por ello el tratamiento del cáncer, a menudo lento y difícil, necesita flexibilidad en las pautas de adaptación emocional requeridas al paciente. Después de la adaptación inicial, la posibilidad de curación modifica la amenaza de muerte y centra el pensamiento en la incertidumbre y los efectos secundarios del tratamiento.

Reacción inmediata e Índices pronósticos

Mathews (2002) en un set de entrevistas a oncólogos encuentra que en la práctica los médicos se basan en la severidad del CM para anticipar el estrés que presentará su paciente; sin embargo, la severidad del avance del CM, medido por indicadores objetivos -escala TNM o NPI - no está altamente correlacionada con las preocupaciones sobre la salud post diagnóstico. Por el contrario, el factor que se mostró más altamente correlacionado con las preocupaciones subsecuentes sobre el cáncer es el ranking de la frecuencia de pensamientos intrusivos sobre la visita clínica inicial durante la semana precedente.

Watson (1988) en un ambicioso estudio en mujeres diagnosticadas de CM dentro de los 3 meses anteriores, que intentó esclarecer las asociaciones entre el ajuste mental al cáncer, el control emocional y los niveles de depresión y ansiedad, orientándose con esto a someter a prueba empírica la existencia del vínculo teórico propuesto por Termoshock entre el control emocional y el desamparo en estas mujeres tuvo su principal hallazgo en la fuerte asociación entre la tendencia al control emocional y el fatalismo como respuesta comprobada a la enfermedad. También se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el control de la ira y el desamparo, y entre el desamparo y el control de la ansiedad.

En lo concerniente a los vínculos entre el control emocional, el tipo de ajuste al cáncer y el nivel de morbilidad psicológica expresado en términos de ansiedad y depresión, los resultados indicaron que las respuestas de desamparo, fatalismo y preocupación ansiosa relativas a la enfermedad, se asociaron fuertemente con un mayor nivel de depresión, ansiedad y a un mayor control emocional.

Este conjunto de resultados en opinión de Watson (op. Cit.) parecen confirmar la relación propuesta por Termoshock entre el enfrentamiento característico de la constelación Tipo C y las respuestas psicológicas o de ajuste mental al cáncer, caracterizadas por fatalismo y desamparo. Estas respuestas, a su vez, se relacionan con el incremento de los niveles de ansiedad y depresión en el grupo estudiado.

Para resumir los hallazgos más relevantes de este estudio señalaremos que se encontraron como altamente significativas las correlaciones entre el grado de control emocional, el tipo de ajuste mental al cáncer como fatalismo y desamparo, y los niveles de morbilidad psicológica.

Sobre las ansiedades que retrasan la búsqueda de atención médica, Holland (1989a, 1989b) señala que la existencia de ansiedad generalizada premórbida al diagnóstico oncológico, da lugar a que ésta se active durante el período de tratamiento del cáncer y pueda convertirse en un obstáculo que lo complique seriamente.

La ansiedad generalizada incorpora al afrontamiento del tratamiento oncológico preocupaciones crónicas no realistas, que se acompañan de aprehensión e hipervigilancia y que fisiológicamente se traducen en hiperreactividad autonómica, la cual afecta principalmente a los sistemas respiratorio, cardiovascular e inmune. Holland (op. cit.) también expresa que la ansiedad reactiva acompañada de depresión se ha convertido en la manifestación más frecuente de los pacientes oncológicos y que estas alteraciones se hacen más manifiestas cuando el paciente atraviesa por puntos críticos en el curso de su enfermedad y tratamiento: el diagnóstico, los cambios de tratamientos, particularmente en los estadios avanzados y terminal de la misma.

A este respecto, nos señala Suárez (2002, pág. 29) que hasta una fecha muy reciente se han acumulado fuertes evidencias de que el afrontamiento de desamparo/desesperanza está asociado con desfavorables resultados del cáncer.

vi.2. Tumoracion

Existe una gran variedad de investigaciones que relacionan variables psicosociales e inmunológicas como un valor predictor del proceso de tumoración y recurrencia en el CM. A esto se suman evidencias que demostrarían el rol de las variables psicosociales en el proceso de progresión del cáncer (Levy 1988). Uno de estos resultados -y es probable que el de mayor importancia- se refiere a la asociación inversamente proporcional y estadísticamente significativa encontrada, entre el nivel funcional de las células NK y el número de ganglios axilares positivos al diagnóstico, en mujeres operadas de CM y diagnosticadas en estadios 1 y 2.

Este último indicador ha sido valorado como uno de los más poderosos predictores de los resultados ulteriores del CM primario durante los primeros cinco años posteriores al diagnóstico de la enfermedad, teniendo este efecto inmunológico un significativo rol en el pronóstico del CM. Por otra parte, el ajuste a la enfermedad, la percepción del enfermo sobre el apoyo social con que dispone, y probablemente la fatiga, parecen tener un vínculo más estrecho con el nivel de actividad de las células NK (Levy, 1988).

Tanto las pacientes evaluadas como bien ajustadas a la enfermedad, como las que refirieron tener menor apoyo social del que necesitaban, y las que experimentaron mayores síntomas de fatiga (falta de vigor, apatía e indiferencia), mostraron una tendencia a mostrar una más baja actividad del indicador inmunológico de referencia.

En este estudio no se encontró una asociación significativa entre el distrés psicológico y el pronóstico de cáncer en el grupo estudiado (Levy, 1988)

Biondi (1990) en un trabajo de similar diseño iniciado en 1980 y conducido prospectivamente en enfermas de CM en estadios 1 y 2, realizó valoraciones inmunológicas y psicosociales. Las variables estudiadas fueron: citotoxicidad de las células NK, estado del humor, percepción del apoyo social que recibe, y algunas características del tumor. Con excepción de la variable apoyo social, las restantes fueron medidas en la base, es decir en los 5 a 6 días posteriores a la realización de la intervención quirúrgica, y con posterioridad a los 15 meses post quirúrgicos.

El principal hallazgo de este estudio fue que el nivel de actividad de las células NK, es el factor predictivo fundamental de los resultados del CM -tanto al inicio como a los 15 meses- en los siguientes términos:

1. Una más alta actividad de las células NK en el período de base fue predictor de recurrencia de la enfermedad en el curso del seguimiento.
2. Una más alta actividad de las células NK a los 15 meses predijo la ausencia de recurrencia de la enfermedad durante el seguimiento.

Los autores consideran que los resultados del estudio constituyen una manifestación de la “virulencia de la enfermedad en sus estadios iniciales”. Reafirman este criterio basados en los hallazgos anteriores de algunos investigadores que señalan que en las etapas iniciales de la enfermedad no son frecuentes los cambios en el funcionamiento inmune.

El estado del humor y el soporte social muestran tener un valor predictivo más fuerte en el momento en que la enfermedad se hace recurrente; de esta manera esta última variable resulta menos destacada sobre el rol que tiene este indicador inmunológico.

En otras palabras en este estudio un alto nivel de distres en la medición de base, predijo altos niveles de éste a los 15 meses, siendo a su vez esta última variable predictora de menor tiempo de sobrevida libre de recurrencia.

El apoyo social sin embargo, muestra una influencia más débil, lo que es atribuido por los autores a los instrumentos utilizados. Por oposición, en la literatura se reporta ampliamente la significación pronóstica que puede tener el apoyo psicosocial.

Con respecto a los hallazgos vinculados con las variables biológicas en el trabajo se destaca que:

1. Existiendo en ambos grupos -lumpectomía y masectomía- vaciamiento axilar ipsilateral, no hubo diferencias significativas en el tiempo de recurrencia de los dos grupos quirúrgicos
2. Se confirmó una correlación significativamente negativa entre el tamaño del tumor y la actividad citotóxica de las células NK.

Este último resultado, especulativamente podría considerarse como una expresión de la incapacidad del sistema inmune para identificar y eliminar lo ajeno, en la medida en que el crecimiento tumoral surgido de forma espontánea se hace más intenso.

Levy y sus colaboradores (1985, 1988) interesados en identificar los indicadores biológicos y psicológicos del tiempo de supervivencia en el CM, estudiaron muestras de pacientes con CM en etapa de recurrencia, valoradas al inicio y a los 3 meses en las siguientes variables, psicológicas: distres psicológico, ajuste mental a la enfermedad y estado del humor por una parte; y biológicas por la otra: el intervalo libre de enfermedad, el número de sitios metastásicos al diagnóstico, el número de ganglios positivos al diagnóstico inicial y la edad promedio, la que fue de 52 años.

Los factores que demostraron ser significativos predictores de supervivencia en el grupo estudiado, fueron en orden de importancia:

1. El intervalo libre de enfermedad: Variable biológica que se considera reflejo de la capacidad del organismo de evitar la diseminación y el crecimiento tumoral.
2. El humor positivo de alegría y júbilo: Variable psicológica que contrariamente al supuesto inicial, predijo una más extensa supervivencia.
3. El criterio médico con respecto a la duración de la supervivencia: los pacientes que de acuerdo con el pronóstico de su médico vivirían más tiempo, lograron efectivamente una supervivencia más larga.
4. El número de sitios metastásicos: variable biológica que expresa el grado de agresividad del tumor.

Es importante hacer notar que las pacientes tenían conocimiento de sus diagnósticos, por lo que este resultado referido al humor corrobora una vez más, que en los seres humanos la controlabilidad no es una propiedad fijada a una situación que puede resultar amenazante en mayor o menor grado, por el contrario según señalan en sus conclusiones: "la controlabilidad es una propiedad relacional que se logra en el encuentro entre la autoeficacia percibida por el sujeto en el control de los estresores y los aspectos amenazantes, y potencialmente dañinos en el ambiente". (Levy, Herberman, Maluish, Sohlien y Lippman, 1985, pp. 111)

vi.3. Dolor

El dolor es una complicación frecuente y temida en el cáncer. Su manejo es difícil y requiere, en muchas ocasiones, de la participación de especialistas como neurocirujanos, anestesiólogos u otros.

Su relevancia teórica y práctica en la psicooncología se basa en que el dolor es el síntoma físico más frecuentemente correlacionado con el juicio global del enfermo de no sentirse bien. (Suarez, 2002).

El cáncer, habitualmente no es doloroso en sus inicios. Algunos pacientes tratados mejoran sin presentar esta complicación, pero la prevalencia del problema aumenta con la progresión de la enfermedad y un número importante de pacientes con cánceres metastáticos o recurrentes desarrollan dolor en intensidad progresiva: (Torregosa, 1987)

- 15% de los pacientes con cánceres no metastáticos presentan dolor.
- 40% de los pacientes con estados intermedios de la enfermedad tienen dolor moderado o severo.
- 55- 58% presentan dolor moderado o severo en los estados avanzados.
- 25% de los pacientes que fallecen de cáncer en el mundo, lo hacen con dolor severo sin que éste haya sido aliviado.

Su etiología, estudiada clínicamente en pacientes hospitalizados (Foley, 1982) se asoció porcentualmente a:

- 79% de los casos este se debía a infiltración tumoral,
- En el 19% el dolor estaba asociado con la terapéutica (post-cirugía, quimioterapia o irradiación) y
- En un 3% no se relacionaba ni con la lesión ni con la terapéutica.

Dolor asociado a la terapia cancerosa

Dolor postquirúrgico	Se deben generalmente a daño nervioso o sus membranas y la consiguiente regeneración y aparición de neuroma. También pueden existir dolores post amputación.
Dolor postquimioterapia	Más frecuentes. Disestesias de extremidades cuando se emplean alcaloides vinca, pseudorreumatismos esteroideos cuando las drogas son suspendidas, algias que desaparecen al reinstalar la terapéutica.
Dolor post irradiaciones	fibrosis del tejido conjuntivo que rodean los plexos nerviosos y secundariamente afectarse éstos originando parestesias, edemas, alteraciones tróficas de la piel y algias de la zona

El dolor en el cáncer puede ser agudo o crónico, diferenciándose en que el segundo tiene una persistencia superior a los seis meses, lo cual modifica la respuesta del sistema nervioso autónomo produciendo un fenómeno de adaptación.

En los pacientes con dolor crónico se hacen evidentes las alteraciones de la personalidad y la disminución de la capacidad funcional. Investigaciones recientes confluyen en demostrar la naturaleza inmunosupresiva del dolor crónico, así como su carácter patógeno, en tanto es capaz de facilitar la progresión de la enfermedad metastática por la vía de la inmunidad.

También puede clasificarse el dolor de acuerdo a consideraciones de valor terapéutico, como por ejemplo si se trata de un dolor que se hace presente y es parte del diagnóstico de la enfermedad, si está asociado a la progresión de la enfermedad ya tratada o si está presente en pacientes postrados en cama o moribundos.

Efectos psicológicos del dolor agudo

Ansiedad, depresión y delirium tienen mayor significación cuando el paciente tiene dolor. Massie y Holland (1992) aconsejan tratamientos que incluyan psicofármacos, psicoterapia breve y técnicas de conducta.

En el dolor agudo existen signos de hiperactividad.

Efectos psicológicos del dolor crónico

Los pacientes con dolor crónico, no canceroso, presentan un progresivo deterioro físico con alteraciones serias del apetito y del sueño. Además son muy frecuentes las alteraciones emocionales y afectivas que incluyen entre otras: ansiedad, irritabilidad, dificultad de concentración, depresión, hipocondría y alto índice de neurosis. (Torregosa, 1987)

El impacto fisiológico y psicológico del dolor canceroso es aún mayor, ya que hay alteraciones del sueño y del apetito más intensas, a lo que frecuentemente se agregan náuseas y vómitos, deterioro propio de la progresión de la enfermedad y un mayor desarrollo de las reacciones emocionales y afectivas descritas para el dolor crónico. Los pacientes con cánceres no dolorosos presentan índices significativamente

menores de neurosis e hipocondría que los con dolor y lo que parece más importante, es que su alivio revierte en gran medida estas alteraciones. (Torregosa, 1987)

En este sentido, la evidencia arrojada por dos estudios de Spiegel (1994) confirman que el dolor puede inducir depresión psicológica. En el seguimiento de la historia clínica de mujeres con CM se ha observado que:

- La intensidad del dolor se correlaciona significativamente con el nivel de fatiga, vigor y la alteración total del humor.
- La frecuencia del dolor correlaciona significativamente con fatiga, vigor y depresión.

El dolor crónico es reconocido por el paciente con cáncer como el evento de más significativa influencia negativa en su calidad de vida. (Maunsell, 2000, Ventafridda, 1985)

Torregosa (1987) reflexiona sobre la importancia de los efectos sociales del dolor incontrolable, notando que muchos pacientes generan problemas interpersonales con sus familiares y amigos junto con verse incapacitados de seguir trabajando, todo lo cual provoca sentimientos de inutilidad y dependencia que agrava su dolor y sufrimiento. Algunos llegan a sentirse tan desalentados que llegan a la ideación suicida.

Factores psicológicos mediatizadores de la percepción de dolor

La relación entre la percepción del dolor y los impulsos aferentes del nervio de los nociceptores está controlada por el SNC.

El umbral, la intensidad, la calidad, el curso en el tiempo y la localización del dolor percibido están determinados por los mecanismos del SNC, de los cuales el input nociceptivo es solo un factor. El dolor es una percepción del SNC y aunque existe alguna relación entre la sensación primaria y la percepción secundaria esta no es de ninguna manera lineal o directa. No se puede afirmar que cuanto mayor sea la cantidad de tejido lesionado mayor es el efecto psicológico. Intervendrán otros factores tanto fisiológicos como psicológicos. Este modo para la comprensión de la percepción del dolor la psicooncología recurre a la psicología de la percepción, la psicofarmacología de los circuitos cerebrales del dolor y la conducta del sistema límbico que han sido la base usual de los planteamientos psiquiátricos sobre el paciente con dolor (Penzo, '89).

Arathuzik (1991) investiga las relaciones entre la autoevaluación cognitiva y afectiva del dolor, y las estrategias de afrontamiento y comportamiento usadas por 80 mujeres con CM metastático (con edades entre 60-80 años). Se utilizaron tres instrumentos, entre ellos la Multiple Affect Adjective Checklist.

Los resultados indican que el dolor interfirió con la actividad de las pacientes y causó altos niveles de ansiedad y depresión. Muchas pacientes percibieron que su dolor cambiaba y estuvieron determinadas a mantenerse bien y superarlo. Las conductas de afrontamiento al dolor más observadas por orden de frecuencia son:

- Conductas de retirada e inactividad.
- Relajación.
- Tomar medicación para el dolor.
- Aceptar el dolor.
- Suprimir la sensación dolorosa.
- Reinterpretar el dolor como si este pudiese ser controlado.

Los resultados sugieren que la manera en que las mujeres con CM interpretan o evalúan su dolor se relacionan con sus métodos de afrontamiento de él, así mismo las pacientes que usan una variedad de estrategias perciben una menor intensidad de dolor.

Factores propios del sujeto que influyen en la percepción y expresión del dolor

Predisposición congénita.	Esta se mueve entre los polos de la indiferencia congénita al dolor y la disminución congénita del umbral doloroso, e influye en la percepción dolorosa de los estímulos álgidos siendo en un caso nula y en la otra excesiva.
Alta motivación y tolerancia a la frustración	Los sujetos que tienen fuertes motivaciones, con una alta tolerancia a las situaciones de frustración o con experiencias previas favorables, adoptaran una postura combativa y los umbrales dolorosos están más elevados.
Emotividad	La afectividad propia del sujeto así como el estado afectivo propio del momento es un elemento de gran relevancia en la génesis y mantenimiento de la sensación dolorosa
Atención-distractibilidad	La atención es considerada como un proceso en el que las señales aferentes recogidas desde las distintas modalidades sensoriales son combinadas para formar una representación abstracta. Así la atención puede acentuar o disminuir la experiencia de dolor en función que la barrera atencional se mantenga más o menos constante.
Personalidad del sujeto	En el caso del dolor agudo la influencia de los factores de personalidad es prácticamente nula. Sin embargo, la relación entre la personalidad y dolor crónico ha sido puesta de manifiesto en múltiples ocasiones. La personalidad del paciente es un determinante importante en la captación de la intensidad y calidad del dolor, y en la expresión de la situación dolorosa, pudiendo afectar la comunicación de este en su lenguaje, mímica y respuestas motoras.
Rasgos ciclotímicos	Los pacientes con rasgos ciclotímicos presentan aumento de los niveles de dolor durante la fase depresiva y una ligera disminución de las conductas dolorosas durante la fase eufórica.
Rasgos obsesivos	Los sujetos con rasgos obsesivos previos al diagnóstico oncológico presentan un alto grado de exigencia y minuciosidad que pone a prueba la paciencia del personal sanitario.
Rasgos histéricos	Los sujetos con estos rasgos tienden a exagerar los síntomas, no tolerando el dolor y volviéndose más manejadores y exigentes, con una forma de expresión exagerada, rayando a veces en la simulación.
Rasgos hipocondriacos	Manifiestan sistemáticamente dolor ante la más mínima señal disfuncional que detectan.
Rasgos pasivos y con baja autoestima	Adoptará ante el dolor crónico una postura dependiente y con frecuencia presentará unos umbrales álgicos y una tolerancia al dolor bajos. Conductas de aceptación se pueden observar en individuos que buscan una ganancia secundaria o el placer implícito (masoquistas) como aquellos que confieren al dolor un carácter místico-religioso.

Factores ligados al medio ambiente en la percepción del dolor

Factores culturales y sociales	Estudios transculturales sobre el dolor crónico coinciden en que los patrones de conducta, las creencias y valores del grupo afectan el comportamiento individual frente al dolor, en especial en sus formas de expresión, comunicación y el modo de entenderlo. Así mientras que en la mayor parte de Occidente el dolor es considerado como algo que afecta de manera importante al desarrollo normal de la persona, en muchas culturas orientales se considera al dolor como algo inherente al ser humano, con lo que hay que convivir diariamente del mejor modo posible. El ambiente social juega un papel importante tanto en el control como en la cronificación del dolor. Este además ofrece pautas comportamentales que pueden ser aprendidas; se constituyen en refuerzos o castigos sociales que determinan o modulan la experiencia del dolor.
Visión Religiosa	En la concepción del dolor el papel de la religión está íntimamente relacionado con el factor cultural; en culturas religiosas que confieren al dolor crónico un comportamiento finalista, los individuos ensalzan la trascendencia de su vivencia soportando mejor el dolor.
Factores educativos	La forma de vivencia del dolor dentro del núcleo familiar se incorpora al proceso de socialización del niño, modulando las futuras respuestas de éste, las que pueden ser más o menos estereotipadas.

Modelos Psicobiológicos Multidimensionales del Dolor

Tal como los resultados empíricos de Arathuzik (1991) nos muestran, la percepción del dolor se vincula no sólo a la intensidad y base fisiológica de éste, sino que también y determinadamente se ve influenciado por factores psicosociales.

La necesidad de integrar todos los fenómenos implicados en la percepción del dolor llevó a proponer a distintos autores marcos de referencia, modelos, que en un principio fueron lineales, y que posteriormente fueron superados por esquemas más complejos: los modelos multidimensionales. Los modelos multidimensionales del dolor han significado un avance en la visión psicooncológica dado que junto con hacer comprensibles la variedad de factores implicados en el dolor han sido la base para su posterior intervención efectiva.

Presentamos a continuación dos modelos multifactoriales lineales que constituyen importantes referentes teóricos al desarrollo de investigaciones y de los posteriores modelos multidimensionales, estos son: la Teoría de control de compuerta de Melzack y el Modelo de Loeser.

Teoría del control de la compuerta (Melzack y Wall, 1968)

Este es un modelo de base neurofisiológica que afirma que son tres los elementos fundamentales que interactúan en la elaboración de la experiencia algica, teniendo cada uno de ellos un sustento neuroanatómico específico. Estos elementos son:

Elemento sensorial-discriminativo	Está constituido por la información de la cualidad, intensidad y localización del dolor que es el resultado de la transmisión nociceptiva, mediante los sistemas espinales de conducción rápida.
Elemento motivacional-afectivo	Tiene su sustrato anatómico en las vías de transmisión lenta del dolor. Su misión es categorizar el dolor como desagradable, creando un estado afectivo y de excitación estimulando las reacciones de urgencia, defensa y rechazo destinados a liberar a la persona del estímulo doloroso.
Elemento cognitivo-evaluador	Con base funcional en la corteza cerebral, modula la percepción algica con la participación de procesos atencionales, de aprendizaje, de memoria de sucesos anteriores y contextos socioculturales.

(Melzack y Wall, 1968)

Modelo de Loeser (Loeser, 1980)

Según la formulación de este autor se pueden diferenciar cuatro niveles que se sucederían según una jerarquía cronobiológica. Estos niveles son: nocicepción, dolor, sufrimiento y conductas de dolor, que se describen en el siguiente cuadro resumen.

Nocicepción	Sería un término neurofisiológico que se refiere a los mecanismos neurológicos mediante los cuales se detecta un estímulo lesivo (mecánico, térmico o químico).
Dolor	Según Loeser (1980) es la experiencia sensorial provocada por la percepción de la nocicepción.
Sufrimiento	Quedaría definido como aquella respuesta afectiva negativa, generada en los centros nerviosos superiores por el dolor y otras situaciones desagradables.
Conducta de dolor	Así se denomina a todo tipo de conducta generada por el individuo, habitualmente considerada indicativa de nocicepción, que comprende el habla, la mímica, la búsqueda de atención y asistencia médica, el consumo de fármacos y la inactividad entre otros.

(Loeser, 1980)

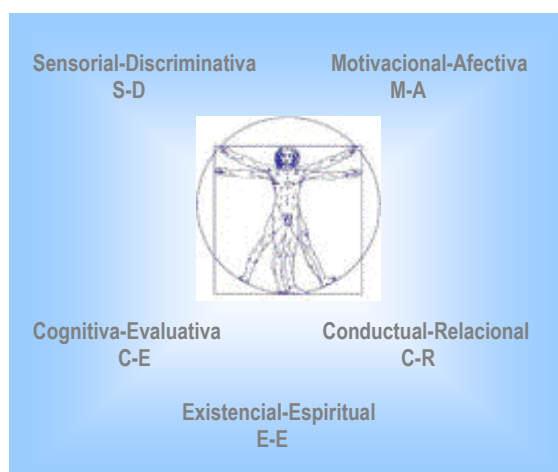
Modelo multidimensional para el estudio del Síndrome Cronificación (Muñoz, 2002)

El desarrollo del concepto del Dolor Crónico, gracias a la investigación y a la experiencia clínica, nos permite afirmar hoy que se trata de una experiencia multidimensional y compleja de un individuo global en un contexto y tiempo determinados

El objetivo general de la Psicología del Dolor será entonces, en coordinación y colaboración con el equipo multidisciplinar, modificar los factores psicosociales presentes en el Síndrome de Cronificación interviniendo directamente sobre sus indicadores.

Las Dimensiones Psicosociales del Dolor son constructor que permiten ordenar la información ofrecida por el paciente y determinar cual o cuales dimensiones están más o menos comprometidas en el proceso de cronificación y cuáles no. Las menos comprometidas se transformarán en recursos potenciales, las más en factores cronificadores.

Modelo multidimensional para el estudio y tratamiento del síndrome de cronificación



(Muñoz, 2002)

Dimensiones y Factores Psicosociales:

Dimensión Sensorial-Discriminativa (S-D) identifica, evalúa, valora y modifica todos aquellos factores relacionados con la percepción subjetiva de la especialidad y temporalidad del dolor. Estos factores son:

- Intensidad (IN)
- Frecuencia (FR)
- Frecuencia de crisis (FC)

- Generalización (GE)
- Umbral doloroso (UD)
- Cronicidad (CR)
- Sintomatología asociada (SA)

Dimensión Motivacional-Afectiva (M-A) identifica, evalúa, valora y modifica la respuesta emocional ante el dolor. Los factores afectivo-motivacionales presentan una cantidad significativa de indicadores psicofisiológicos, verbales y no verbales. Estos factores son:

- Ansiedad (AS)
- Depresión (DE)
- Astenia (AT)
- Irritabilidad (IR)

Dimensión Cognitiva-Evaluativa (C-E) los recursos y cronificadores cognitivos parecen tener un importante peso en el Síndrome (Lackner, Carosella Feuerstein, 1996; Goldenberg y cols., 1995; Nicasio, Schoenfeld-Smith, Radojevic y Schuman, 1995), por sobre las demás dimensiones. Estos factores son:

- Locus de control (LC)
- Afrontamiento unidireccional (AU)
- Afrontamiento nocivo (AN)
- Predictibilidad (PR)
- Expectativa (EX)
- Controlabilidad (CO)
- Distorsiones cognitivas (DC)
- Creencias irracionales (CI)
- Creencias de control (CC)
- Creencias de autoeficacia (CA)
- Errores cognitivos (EC)
- Atención al dolor (AD)

Dimensión Conductual-Relacional (C-R) las conductas de dolor pueden definirse como los métodos por los cuales el dolor o la enfermedad es comunicado a los otros. La dimensión asimismo identifica, evalúa, valora y modifica aquellas relaciones significativas y cotidianas del paciente asociadas a conductas y síntomas de dolor. Estos factores son:

- Comportamientos verbales (CV)

- Comportamientos no verbales (NV)
- Indicadores de incapacitación (II)
- Conductas dirigidas a reducir el dolor (CD)
- Limitación de la actividad (LI)
- Áreas problemáticas (AP)
- Reforzadores del dolor (RE)
- Apoyo social (AS)

Dimensión Espiritual-Existencial (E-E) identifica, evalúa, valora y modifica los valores más significativos del sufrimiento a causa del dolor. La Psicología del Dolor lo define como un sentimiento aflictivo, psicológico y espiritual, limitante y trascendente, una vivencia psíquica que genera distintas inquietudes metafísicas (Pizza, Muñoz, Fuller, 2001). Estos factores son:

- Angustia óptica (muerte) (AO)
- Angustia existencial (sinsentido) (AE)
- Angustia moral (culpa) (AM)
- Soledad (SO)
- Miedo al dolor (MD)
- Miedo al morir (MM)
- Desesperanza (DZ)

vi.4. Tratamiento del Cáncer Mamario

Con el diagnóstico precoz y los avances en los tratamientos, existen cada vez más sobrevivientes al cáncer enfrentados a un futuro en que es posible su curación pero también la recidiva. Tienen que someterse a continuas y periódicas revisiones médicas, que viven con intensa ansiedad.

Como se ha mencionado en la proximidad de la finalización de las distintas etapas del tratamiento, se detonan dificultades psicológicas activándose miedos a: una posible recaída, la pérdida de beneficios de pasar de enfermo a sano y la desconexión parcial con el hospital y con los médicos, que juegan un papel de protección contra el cáncer. Las reacciones de ansiedad y depresión son más intensas que al iniciar los tratamientos. Schavelson (1988) y Dhomont (1988) han denominado a estos problemas de adaptación ante la nueva situación, como el Síndrome de Lázaro.

El tratamiento del CM, al igual que del cáncer en general, se basa principalmente en la terapia médico oncológica y en apoyo psicosocial, dentro del cual el psicooncólogo comienza a tomar cada vez más un lugar de importancia en el escenario nacional.

Terapia oncológica

Esta es llevada a cabo por el equipo de salud, dirigido por el oncólogo de cabecera, entre sus procedimientos se incluyen las evaluaciones diagnósticas, tratamientos locoregionales (dirigidos al foco del tumor) como la cirugía conservadora y radical -en el Caso del CM llamada masectomía-, terapia coadyudante como la radioterapia y farmacoterapia y también de terapias coadyudantes sistémicas como la quimioterapia y la hormonoterapia.

Quimioterapia

Comprenderemos aquí ampliamente la quimioterapia como el tratamiento mediante sustancias químicas. (Acebo, Dotres y Vicién, 2002).

La quimioterapia es un tipo de tratamiento coadyudante sistémico enfocado a reducir de manera substancial el número de células cancerosas de focos metastásicos en órganos distantes, éstos focos metastásicos son llamados 'micrometástasis' dado que son lesiones no viables de detectar mediante el examen físico o con el estudio radiológico.

Se hace necesario el uso de quimioterapia en estadios metastásicos del CM, dado que aquellas pacientes mueren a causa de su CM lo hacen debido a las metástasis en órganos distantes que se producen años o meses después del diagnóstico oncológico.

Según su foco de intervención, se definen las siguientes formas de quimioterapia:

Neoadyudantes o de Inducción	Antes del tratamiento locoregional (cirugía o radioterapia).
Adyuvante	Después de que el tumor primario ha sido controlado con cirugía o radioterapia.
Como Tratamiento	Para cáncer avanzado.
Regional	En LCR, en espacio pleural o pericárdico o peritoneal, en arteria hepática o carótica, etc.

Efectos psicológicos de la quimioterapia

Los puntos siguientes son posibles efectos secundarios del tratamiento químico que no necesariamente ocurren en todas las personas (Jonhston, 2000):

Depresión

De los muchos agentes quimioterapéuticos utilizados en el cáncer, son relativamente escasos los que producen síntomas depresivos²⁷. Algunas sustancias²⁸ tienen un efecto neurotóxico o tóxico para a tiroides, pudiendo causar una depresión químicamente inducida. Al respecto, J. Middleton (2004) señala: "en las primeras fases de aplicación de interferón, se pueden presentar serios riesgos de depresión."

Los pacientes adultos con cáncer y concentraciones séricas anormales de potasio, sodio o calcio, pueden volverse depresivos, y lo mismo sucede con los pacientes que sufren diversas deficiencias nutritivas (Folato, B12).

Emesis Anticipatoria: Nausea y Vómito Anticipatorio

La náusea y el vómito anticipatorio se presenta antes del tratamiento quimioterapéutico en respuestas a estímulos en el medioambiente y está provocado por un mecanismo de condicionamiento aversivo (Polo,

²⁷ Prednisona, dexametasona, vincristina, vinblastina, procarbazona, asparaginasa, anfotericina B, tamoxifeno e interferón

²⁸ Como el Taxol, prednisona, interferon alfa e interleukin-2.

2000). Usualmente, no se establece un patrón de náusea y vómito anticipatorio hasta no haber entrado al cuarto o quinto ciclo de tratamiento. Su vivencia se asocia a niveles intensos de ansiedad e incluyen riesgo de trastornos electrolíticos que deterioran la calidad de vida del paciente oncológico y favorecen el abandono del tratamiento..

El Instituto Nacional del Cáncer (USA) describe los factores predictivos de aquellos pacientes que son más propensos a presentar emesis anticipatoria. Se describen factores ligados a la quimioterapia y de tipo mental.

Factores ligados a la quimioterapia en la emesis anticipatoria:

- Tipo de quimioterapia¹.
- Sudoración después de la última quimioterapia.
- Sentir un calor ligero o fuerte después de la última quimioterapia.
- Sentirse mareado o con la cabeza vana después de la quimioterapia.
- La severidad de la náusea o vómito después de la última quimioterapia.
- La cantidad de ciclos quimioterapéuticos recibidos.
- Infusiones de tratamiento prolongadas.
- Pertenecer al sexo masculino.
- Sentir sabores extraños durante la quimioterapia.
- Tener menos de 50 años de edad.

Factores psicológicos en la emesis anticipatoria:

- Tener niveles altos de ansiedad.
- Presentar poca tolerancia a la tensión.
- Tener un historial de alcoholismo.
- Tener un historial de cinetosis (marearse al viajar en auto botes etc.).
- Tener angustia, trastornos del humor.
- Tener una imaginación activa.

Por su parte, un estudio de Lerman (1990) añade a esta caracterización para la emesis anticipatoria los estilos de afrontamiento atencional a los estresores, cuando estudió su relación con los efectos colaterales de la quimioterapia. Separó a las personas con cáncer en dos grupos: “*Blinding*” caracterizados por un estilo de afrontamiento orientado a la evitación de situaciones amenazantes, mediante la distracción, y “*monitoring*” caracterizados por afrontar las situaciones estresantes y amenazadoras a través de la búsqueda de información y de vigilancia aumentada. Concluye que:

El afrontamiento a la enfermedad basado en la distracción se asocia a menos ansiedad anticipatoria al tratamiento, menor depresión psicológica y menos náuseas durante y después de la quimioterapia.

Los sujetos con un estilo de afrontamiento basado en la búsqueda de información y en el aumento de la vigilancia al estresor, presentaron mayor ansiedad anticipatoria y más náuseas antes y durante el tratamiento.

Efectos de la quimioterapia en la calidad de vida

Uno de los puntos de mayor interés en la evaluación del costo-beneficio de los tratamientos oncológicos es el impacto que tienen sobre la vida del paciente, el cual se analiza en términos de calidad de vida referida a la salud.

Berglund y sus colaboradores en 1991 estudiaron los efectos a largo plazo del tratamiento adyuvante en la percepción de la salud y la calidad de vida a través de la evaluación con un cuestionario postal de 449 pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas de CM libres de recurrencia en los dos a diez años después de la terapia primaria.

Las pacientes habían sido randomizadas en la radioterapia post operatoria o en la quimioterapia adyuvante como para la cirugía primaria. Las diferencias entre los dos tratamientos fue generalmente pequeña:

- Sin embargo, los pacientes con radioterapia tuvieron significativamente grandes problemas con el decrecimiento de la estamina, con síntomas referidos a la cicatriz de la operación y ansiedad.
- Los pacientes de quimioterapia tienen significativamente más problemas con la aversión a los olores.
- El nivel de actividad dentro y fuera del hogar, y los síntomas ansiosos y depresivos eran similares en ambos grupos.
- Los pacientes de quimioterapia obtienen mucho más altos puntajes en calidad de vida que los pacientes de radioterapia.

Campora y cols. (1992) estudiaron a 137 pacientes con CM. Un 74,5% recibió quimioterapia de co-ayuda (QC) y 25,5% quimioterapia paliativa (QP), para el dolor por metástasis, se les aplicó un cuestionario de calidad de vida para evaluar el impacto del CM y su quimioterapia tanto física, psicológicamente y en el bienestar social. Se distinguieron 4 grupos al dividir en dos a los grupos anteriores en relación a si fueron evaluados al momento de recibir la quimioterapia, o si lo fueron 3 a 8 meses después (QC, post QC, QP, post QP).

- Las actividades físicas y sociales fueron reportadas como inalteradas o normales por el 64 a 70% y 52 a 67% de las pacientes respectivamente, lo cual da cuenta de que éstas se percibieron como poco disminuidas durante la quimioterapia.
- El estado psicológico fue juzgado como normal por el 39 a 45% de las pacientes, siendo significativas las diferencias entre los subgrupos.
- Se cuidaron a sí mismas normalmente entre 83 a 90% de los casos.
- El tiempo dedicado a las actividades recreacionales permaneció sin cambios en el 62 a 87% de los casos.
- La gran mayoría de las pacientes (84%) juzgan sus relaciones de pareja y/o familia como buena.
- Se reportó severa ansiedad en el 19 a 28% de las pacientes.
- La depresión severa fue infrecuente (3,9%).
- La información referente a la enfermedad y el tratamiento dado por los profesionales de la salud fue considerada como satisfactoria por un 80 a 100% de las pacientes.

Esta experiencia piloto indica que la mayoría de las pacientes de CM responde:

- Normalmente al estrés supuesto por la quimioterapia tanto paliativa como coayudante.
- La calidad de vida no mejora después de tres a ocho meses de terminada la quimioterapia.
- El soporte familiar es bueno en la mayoría de los casos.
- La porción de pacientes con ansiedad severa se pudo beneficiar con la intervención farmacológica y/o psicológica.

Radioterapia

La radioterapia es el empleo terapéutico del radio y de las sustancias radiactivas como rayos X ,rayos Y y radiaciones ionizantes. (Acebo, Dotres y Vicién, 2002).

La mayor parte de las mujeres que se curan de CM lo hacen sólo con un tratamiento local (Craig, 1996). La adición de radioterapia a cualquier forma de cirugía mejora el control local, sin embargo, la relación entre control local y supervivencia a largo plazo es muy escasa. (Fisher, Anderson, Fisher y cols., 1991)

Efectos psicológicos de la radioterapia

En el curso del tratamiento con Radioterapia se observan reacciones de ansiedad, depresión, cólera y culpabilidad, mostrando los pacientes pesimismo acerca de sus efectos. Según Holland (1990) los

mecanismos de defensa más utilizados son: negación, desplazamiento, identificación y la dependencia del especialista.

Hay una evolución del impacto psicológico a medida que transcurren las sesiones, de forma que en las primeras se presentan los cuadros ansioso-depresivos moderados o intensos en un 25% y un 17% respectivamente, luego disminuyen y se agudizan al terminar el tratamiento. Los pacientes de 25 a 35 años parecen ser más sensibles a la agresión de las radiaciones ionizantes (Levrier y Dlihuudy, 1986).

El tratamiento radiante ha demostrado tener un efecto desfavorable sobre la calidad de vida, en particular en pacientes con CM durante la implementación del mismo. Al concluir éste, las pacientes comparadas con sus controles reportaban más síntomas y malestares subjetivos que tienden a disminuir e incluso a desaparecer alrededor del segundo año de concluido el mismo, incluyendo el disgusto reportado por la apariencia de la mama. Resulta de interés destacar el vínculo que en estos casos se establece entre el tratamiento radiante y la disminución en la calidad de vida, especialmente asociada al daño en la imagen corporal. (Suárez, 2002)

Terapia farmacológica

Los analgésicos no narcóticos²⁹ y los narcóticos³⁰ son las drogas más utilizadas en el tratamiento del dolor en el cáncer. Las primeras son drogas de primera línea en el tratamiento de dolores poco intensos o moderados, los analgésicos narcóticos son usados como suplemento de los primeros ante dolores intensos o cuando se desea espaciar o reducir dosis nocturnas de ellos. (Torregosa, 1987)

Numerosas medicaciones de prescripción habitual pueden provocar síntomas de depresión; entre ellas se encuentran la metildopa, la reserpina, los barbitúricos, el diazepam y el propranolol.

Los síntomas de ansiedad también son característicos de la retirada de los narcóticos, las benzodiazepinas y los barbitúricos (Massie, Spiegel, Lederberg y Holland, 1996).

La quimioterapia, radioterapia y algunas complicaciones del cáncer hacen en ocasiones necesario el uso de corticoides, con sus conocidos efectos de cuadros depresivos o maníacos, psicosis y disminución de algunas funciones intelectuales como la memoria, la atención y la capacidad de concentración (Wolkowitz, Reus, Weingartner y cols., 1990, citado en Polo, 2000).

²⁹ Analgésicos no narcóticos usados en el dolor del cáncer: ácido acetilsalicílico, analgésicos antiinflamatorios no esteroideos como el paracetamol.

Intervenciones quirúrgicas

La repercusión psicológica del tratamiento quirúrgico es variable según la deformidad corporal que provoca, la función afectada y su significado emocional. El tratamiento quirúrgico básicamente condiciona dos aspectos distintos: el significado de extirpación del proceso maligno, que para los pacientes es asimilable al de curación, y la mutilación física, con sus cambios en el esquema corporal.

En los casos de cáncer que tienen un referente específico -una tumoración localizada- que sirve como control perceptivo externo, este tratamiento probablemente colabora a que los pacientes puedan diferenciar entre fantasía y realidad. En contraposición tenemos las neoplasias hematológicas que, en virtud de lo oculto de su localización y sintomatología favorecen la suspicacia y la elevación de la escala Paranoia del M.M.P.I. (Matías y cols., 1995).

Bloom y sus colaboradores (1994) para determinar cuando una mujer tiene un gran riesgo de morbilidad psicosocial después de la cirugía, y elucidar los factores en el background de la mujer que pueden ponerla en riesgo, entrevistó sistemáticamente a una muestra de 948 mujeres, de las cuales 661 tenían una mastectomía en la etapa I o II del CM. Ellas completaron una batería de instrumentos para medir el apoyo social, cambios vitales, ajuste a la enfermedad y morbilidad psicosocial. Los resultados perfilan a estas mujeres como jóvenes, divorciadas, viudas, tenían hijos menores de 21 años, experimentaban efectos secundarios al tratamiento, poseían un pobre funcionamiento físico y encuentra que sus percepciones globales sobre la salud estaban asociadas con un incremento del riesgo de morbilidad psicosocial.

Intervenciones quirúrgicas menores

Dentro de las intervenciones quirúrgicas en el tratamiento del cáncer encontramos la extracción quirúrgica de secciones de la mama y de su soporte anatómico en relación al progreso del tumor. Se les llama también cirugía conservadora de la mama y en las últimas décadas suelen ser las intervenciones preferidas del oncólogo. Dentro de estas encontramos la tumorectomía -extracción del tumor conservando el tejido circundante-, lumpectomía, el vaciamiento axilar - extracción quirúrgica de los ganglios axilares- y la interrupción de las vías de dolor.

A juicio de S. Torregosa (1987) lo mejor es presentar precozmente los pacientes a consideración de especialistas que puedan realizar procedimientos analgésicos o neuroquirúrgicos, sin embargo, esto no

³⁰ Analgésicos narcóticos usados en el dolor del cáncer: Morfina, meperidina y metadona.

siempre es posible y muchas veces y en la práctica médica los oncólogos optan por interrumpir las vías de dolor³¹ sólo cuando la analgesia es insatisfactoria o si la terapia oral no puede realizarse.

La tumorectomía ligada al tratamiento de radioterapia a comprobado ser igualmente eficaz sobre la tasa de supervivencia que la masectomía. Esta opción trae consigo la ventaja estética, lo cual trae consigo una menor repercusión negativa sobre la calidad de vida y la alteración del esquema corporal (Craig, 1996).

Masectomía

La mastectomía inicialmente tranquiliza a la mujer por la idea liberadora de que todo tejido maligno ha de ser extirpado, pero luego de ella trae aparejada reacciones de depresión y ansiedad, preocupación por la imagen corporal (Van Heeringer, Van Molfaert y Cupiere, 1989), alteraciones en la imagen corporal. (Suarez, 2002), disminución de la capacidad atencional (Cimprich, 1992), aumento de la introversión, mama fantasma (Bresler, Cohen y Magnusen, 1956) con modificación de las relaciones familiares, sexuales, sociales y profesionales, especialmente en menores de 45-50 años.

El mayor impacto psicológico y dificultades de adaptación aparecen tras una mastectomía radical versus técnicas más conservadoras como la extripación tumoral (Van Heeringer, Van Molfaert y Cupiere, 1989, Mc Ardle, Hughson y Mc Ardle, 1990, Craig, 1996, Murphy, Laurence, Lenhard, 1996, Suárez, 2002).

Bloom y sus colaboradores (1987) reportaron datos de 412 mujeres en un estudio retrospectivo de un período de un año las cuales habían sido intervenidas quirúrgicamente: un grupo fue modificado por una masectomía radical en las etapas I y II del CM, otro por colesistectomía por enfermedades de la vejiga, otro por una biopsia en cuadros benignos de mama y mujeres sanas. Todas en edades entre los 30 y 70 años, sin que pre-existiesen enfermedades psiquiátricas y ausencia de enfermedades físicas actuales. Todas las mujeres fueron evaluadas inicialmente a los tres meses de la cirugía. Los datos fueron analizados desde entrevistas pre-estructuradas, ejemplos hablados y respuestas a cuestionarios con moderada presencia y grado de síntomas psicopatológicos, humor, complicaciones físicas, autoestima, y calidad de las relaciones interpersonales. Los componentes principales del análisis fueron usados para generar siete factores identificables que fueron usados a través de MANOVA.

Las mujeres con CM mostraron gran angustia y estrés psicológico afectando sus relaciones sociales e interpersonales. Se observó un estrés mayor en las mujeres en las etapa II de la enfermedad, mostrando

³¹ Vías de dolor quirúrgicamente intervenidas en el cáncer: Nervios periféricos, Raíces nerviosas, Vías espinotalámicas, Talamotomías e Hipofisectomía

una más negativa actitud hacia el futuro y hacia sí mismas, preocupación por sus síntomas físicos, ansiedad, tensión y dificultades interpersonales, sin embargo, no mostraron grandes signos de síntomas psicopatológicos severos suficientes para requerir una intervención psiquiátrica más que los otros grupos a lo largo del año.

Las observaciones también señalan que las mujeres sanas sin antecedentes de desórdenes psiquiátricos o enfermedades físicas en curso experimentan alguna angustia y estrés post quirúrgico, primariamente en el funcionamiento psicosocial con exacerbación en la mujer después de una colesistectomía o biopsia, pero los síntomas psicopatológicos severos durante el año siguiente a la cirugía son notablemente ausentes. Estos datos no dan sustento a la creencia de secuelas psiquiátricas severas predecesoras a la mastectomía en la salud mental de la mujer.

El alto impacto causado por la mastectomía se explica a partir de que la deformidad o ausencia de las mamas hiere la identidad y el narcisismo ya que en ellas se sustenta la percepción de la propia feminidad, maternidad y sexualidad, participan en el esquema corporal y son órganos psico y hormonodependientes.

Tratamiento psicooncológico de la paciente de cáncer mamario

El tratamiento psicooncológico del paciente de cáncer tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar. Por otro lado, en todo momento la intervención psicológica ha de estar integrada con el servicio de atención médica de un modo inter/multidisciplinar. Este es un amplio tema de gran interés para nuestra investigación por lo que le dedicamos la parte VI de este estudio.

vi.5. Supervivencia

En un estudio exploratorio de las fases de la supervivencia en el CM, Carter (1993) exploró la experiencia diaria de vida de mujeres que han sobrevivido a un CM después de cinco años sin recurrencia. Se utilizó un aproximamiento cualitativo-descriptivo para recolectar y analizar las historias de 25 mujeres entre 40 y 78 años, con cinco a veintiséis años de sobrevida. Las mujeres participaron en tres entrevistas transcritas y analizadas. Ellas describieron el proceso de hacer una supervivencia de principio a fin que envuelve un proceso en varias fases. Las fases incluían:

Fases de la supervivencia en el cáncer mamario

- Interpretar el diagnóstico
- Confrontar la mortalidad.
- Repriorizar
- Cooperar con el tratamiento hasta el final, por un período
- Movilizarse
- Flash back

(Carter, 1993)

Las fases fueron interpretadas en el contexto de las experiencias de vida de las mujeres entrevistadas, sus fuentes de recursos y sus modelos explicativos de entender la enfermedad. Muchas informantes describen la emergencia de un Yo más auténtico como resultado de la experiencia del cáncer. Muchas de ellas emergen de la experiencia del cáncer con un claro sentimiento de sí mismas, gratitud de la vida, fuerza y confianza en su habilidad de manejar las crisis de la vida. Los resultados sugieren un la presencia de un mayoritario cuidado por estar más fuertes que fue proporcionado por un entendimiento del contexto de vida de la persona.

Estos resultados convergen con los hallazgos que Halttunen y Hietannen (1992) han tenido en una evaluación de mujeres supervivientes de CM por 8 años sin tener recidivas, encontrando que un 50% aún tenían pensamientos ocasionales de una posible recurrencia, el 70% pensaban que no estaban curadas y más del 50% admitieron que el cáncer les había modificado sus pensamientos en el sentido de una mayor madurez. Por otro lado, aquellas que asisten a terapias psicológicas grupales tienen menor ideación de recaída y están menos deprimidas.

En general, los aspectos observados en supervivientes de cáncer pueden integrarse en 3 grupos (Tross y Holland, 1990)

Aspectos Físicos	Continúa preocupación por la enfermedad con miedo a la recaída, sensaciones de daño físico e infertilidad.
Aspectos Psicológicos	Ansiedad y depresión, sensación de disminución del control, sensación de vulnerabilidad, certeza de la incertidumbre del futuro (Síndrome de Damocles) y miedo al rechazo social.
Aspecto Socio-Profesionales	Problemas de adaptación en la transición de paciente a sano (Síndrome de Lázaro), consideración de "héroe o víctima" por los demás, discriminación e inseguridad en el trabajo y problemas con los seguros de vida.

En la sobrevivencia de los pacientes curados de cáncer, Lederberg y Massie (1993) encontraron la presencia de especiales temores, tal como lo ilustra el recuadro:

- Miedo al término del tratamiento
 - Preocupación por las recidivas de la enfermedad y por problemas físicos menores
 - Sentimiento de mayor vulnerabilidad a la enfermedad (Síndrome de Damocles)
 - Conciencia ominipresente de mortalidad y dificultad para reincorporarse a la vida normal (Síndrome de Lázaro)
 - Culpa persistente (Síndrome de sobreviviente)
 - Dificultad de adaptación a las pérdidas y minusvalías físicas,
 - Sentimiento de inferioridad física
 - Disminución de la autoestima o autoconfianza
 - Percepción de la pérdida de movilidad laboral
 - Miedo a la discriminación de los seguros
- (Lederberg y Massie 1993)

La identificación con el rol de enfermo de cáncer

En este acápite dedicado a la exploración de la etapa de sobrevivencia al CM, queremos hacer mención de un interesante aspecto clínico abordado en profundidad por dos psicooncólogas: la chilena J. Middleton (2001, 2004) y la cubana M. Suárez (2002).

Las autoras, refieren de su experiencia clínica que se conoce que “en muchas oportunidades el sobreviviente no quiere renunciar a su condición de enfermo y se aferra a ella” (Suárez, 2002, pg.106). Ambas autoras concuerdan en que el rol de enferma de CM, así como de cáncer en general, repercute en un nuevo estatus socio familiar, social y sexual. Este estatus es obtenido en gran medida, a través de la valoración que el individuo realiza de la eficacia de la ayuda que recibe de su médico, de su pareja, familia, amigos y de la sociedad en su conjunto a través de sus instituciones, así como de la valoración que realiza del apoyo que es capaz brindar en su nuevas condición de existencia.

El aferramiento al rol de enfermo, y la búsqueda por conservar, recuperar y perfeccionar los roles sociales característicos de la etapa premórbida, constituyen al mismo tiempo expresión y parte integrante de determinados estilos de afrontamiento a la enfermedad (Suarez, 2002).

Son muchos los pasos de salir de la enfermedad: reconocer cómo se llegó a enfermar, que implica tomar el rol de protagonismo en la enfermedad, que hay detrás de esa incapacidad “necesitamos sin tener que pedirlo explícitamente”, para reemplazar la herramienta de conexión con el mundo que representa la enfermedad y por lo tanto dejar este mecanismo implica un duelo y un esfuerzo de desarrollo que es un aprendizaje que se refleja en un estilo de vida.(Middleton, 2001)

Aspectos más genéricos de esta situación descrita por las autoras han sido reportadas en diversas investigaciones haciendo referencia al ‘Síndrome de Lázaro’.

Estilos de afrontamiento

Uno de los factores psicológicos que ha sido considerado como determinante de la calidad de vida del enfermo de cáncer y al mismo tiempo uno de los más estudiados, es el tipo de afrontamiento que hace a su enfermedad. Esta variable con frecuencia ha sido definida por diferentes autores como ajuste mental, estilo de afrontamiento (Inglés coping) o respuesta psicológica a la enfermedad.

En un trabajo del Cancer Research Campaign Psychological Medical Group de Londres (Greer & Watson, 1987) dirigido a desarrollar una escala autovalorada para medir el ajuste mental al cáncer (Mental Adjustment Cáncer, MAC) esta vez con pacientes de cáncer de distintas localizaciones y estadios de avance de la enfermedad (37,8% avanzada o generalizada). Se encontró una incidencia estadísticamente significativa del tipo de ajuste denominado “preocupación ansiosa”. Este ajuste caracteriza a las pacientes que muestran ante el conocimiento de su diagnóstico, excesiva ansiedad y preocupación, buscan información activamente, pero tienden a interpretar ésta en forma fatalista, a diferencia del ajuste denominado “espíritu de lucha”. Se realizó una comparación del ajuste mental de los pacientes en etapas tempranas y el presentado en estadios avanzados, con el objetivo de determinar la influencia del avance de la enfermedad sobre el ajuste mental del enfermo ésta. Se concluyó:

1. El espíritu de lucha como afrontamiento positivo a la enfermedad no se redujo significativamente en los pacientes con enfermedad avanzada.

2. La preocupación ansiosa como variante patológica de enfrentar el cáncer fue significativamente mayor en pacientes con enfermedad avanzada.

Estudios posteriores aportaron significativas evidencias empíricas respecto al hecho que el afrontamiento de desamparo/desesperanza está asociado con un curso desfavorable del cáncer. De igual forma, los estudios psicoimmunológicos corroboran que los afrontamientos “maladaptativos al cáncer” como el desamparo, la desesperación, la preocupación ansiosa provocan una sobrecarga psicológica que actúa en calidad de estresor crónico y deteriora así varias funciones inmunes y de inmunidad celular, entre estas provoca la disminución de las células NK. (Suárez, 2002)

Carver (1993) al momento del diagnóstico, entrevistó a 59 pacientes de CM que informaron su optimismo total ante la vida, informaron sus respuestas de afrontamiento recientes y nivel de angustia un día antes de la cirugía, 10 días después de la cirugía, y tres, seis, y 12 meses después. El optimismo se encontró inversamente relacionado con la angustia en cada punto, igual controlando la angustia anterior. La aceptación, el reencuadre/estado de ánimo positivo, incluso el uso de la religión son las reacciones de la afrontamiento más comunes; rechazo y soltura del comportamiento era las reacciones menos comunes. La aceptación y el uso de del humor prospectivamente predijeron bajo dolor; el rechazo y la evasión predijeron más dolor.

Un año más tarde, Carver, (1994) encontró que las mujeres pesimistas presentaban un más pobre ajuste en cada punto del tiempo (3,6 y 12 meses) en relación tanto en la calidad de vida, la vida sexual y la intrusión del pensamiento, con excepción de la interferencia del dolor. Aun controlando su bienestar previo, el pesimismo predijo un más pobre bienestar subsecuente, sus hallazgos sugieren que el pesimismo representa una vulnerabilidad a un cambio negativo en el ajuste a la enfermedad. En contraste, los efectos de pesimismo no se incrementan a través del tiempo en la calidad de la vida sexual y la intrusión del pensamiento. Por lo tanto, Carver concluye que un sentido de pesimismo sobre la propia vida refuerza el riesgo de una mujer a reacciones psicológicas adversas al diagnóstico y tratamiento de CM. Este hallazgo sugiere la conveniencia potencial de evaluar informalmente esta característica en pacientes, para servir como una señal de alerta con respecto al bienestar del paciente durante el período previo y posterior a la cirugía.

Noguchi y Motoaki investigaron la relación entre estrés, afrontamiento y personalidad en personas sanas con el fin de desarrollar una manera efectiva y eficiente de aplicar la Teoría de afrontamiento del estrés a la práctica clínica. Entendiendo que su teoría es un aproximamiento procesal usando la “checklist de formas

de afrontamiento” de Lazarus. Desarrollando los autores un test preliminar³² que ayuda a obtener las características dinámicas de la personalidad, del proceso de afrontamiento y el estilo de evaluación considerando las diferencias individuales en variables cognitivas y motivacionales. Ciento doce estudiantes universitarios de pregrado completaron dos cuestionarios. Los resultados sugieren que la personalidad y el afrontamiento se encuentran relacionadas y la administración de esta batería de test es un predictor tiempo – eficiente para anticipar la estrategia de afrontamiento personal. Y demuestra ser efectiva en la comprensión y manejo de las estrategias de afrontamiento para un buen resultado frente al estrés. La hipótesis de que personas con niveles flexibles del ego afrontan bien diversos estresores, encuentran gran cimio en las observaciones clínicas.

De los estudios revisados, podemos concluir que los estilos de afrontamiento al estrés son una parte constituyente de la personalidad y un factor determinante de la calidad de vida del paciente oncológico que se deriva un alto impacto en su nivel de estrés, angustia, humor, percepción de dolor y que aquellos afrontamientos maladaptativos como el desamparo y desesperanza tienen el efecto nocivo de no resolver la amenaza que significa el estresor, tendiendo a someter al individuo a un estrés cronificado.

Estudios de la relación de los estilos de afrontamiento con el pronóstico y la mortalidad por cáncer de mama

A continuación, se intentará analizar detenidamente un problema que constituye un continuo entre la calidad de vida y la supervivencia del enfermo de cáncer, y que se resumirá con una cita de Greer y Watson (1987, pg 440) “¿Pueden las actitudes mentales adoptadas por los pacientes en respuesta al cáncer afectar el curso de la enfermedad?”.

En una extensa investigación prospectiva en pacientes con CM realizada por Greer, Morris y Pettingale (1979) estuvo orientada a definir la relación entre el ajuste mental al cáncer y los factores pronósticos. En la primera evaluación de seguimiento, destacan la importancia del estudio en estadios tempranos no metastásicos (T0-1, N0-1, MO), con el propósito de evitar lo más posible el efecto de la enfermedad sobre el proceso de ajuste.

Una conclusión importante de esta evaluación es que el ajuste mental al CM en estadios tempranos resultó ser independiente de los factores pronósticos biológicos.

³² Self-Actualization-Personality Test

En el seguimiento del estudio, el tipo de ajuste mental a la enfermedad se contrastó con la supervivencia de las enfermas a los 5 y 10 años y se comprobó que en ambos momentos, aquellas enfermas que asumieron como tipo de ajuste el “espíritu de lucha” y la “negación”:

1. Tuvieron una supervivencia significativamente más prolongada.
2. Estuvieron significativamente más libres de recurrencia que las enfermas que enfrentan la enfermedad con “aceptación estoica” y con “desamparo/desesperanza”.

A los 15 años de comenzado el estudio inicial se realizó un cuarto seguimiento del grupo (Greer, Moorey & Barruch, 1991) y se encontró que el 45% de las mujeres que enfrentaron la enfermedad con “espíritu de lucha” y de “negación o evitación activa” -como se le designó posteriormente a esta categoría- estaban vivas y no mostraron evidencias de recurrencia. Por el contrario, 51,9% clasificadas con un ajuste mental al cáncer de “desamparo/desesperanza”, “aceptación estoica” y “preocupación ansiosa” en la fecha en que se realiza este último seguimiento habían fallecido a consecuencia del CM.

De nuevo, la respuesta psicológica al CM, demostró ser independiente de los indicadores biológicos de pronóstico.

Cooper y sus colaboradores (1982, 1992) con el propósito de determinar el número y la variedad de las habilidades de afrontamiento utilizadas por las mujeres con patologías mamarias, evaluaron a 2.163 mujeres en distintos diagnósticos médicos (CM, quiste mamario, enfermedad benigna de la mama y libres de enfermedad). En relación a las siguientes estrategias de afrontamiento:

- Negación: caracterizada por la evitación, incluyendo el rechazo y la evitación parcial.
- Internalización: la cual depende fundamentalmente de los recursos internos del sujeto.
- Externalización: la cual es considerada como la antítesis de la anterior, ya que incluye estrategias encaminadas a fortalecer la percepción del locus de control, mediante la optimización del apoyo de la familia y los amigos.
- Salida emocional: basada en la expresión de las emociones mediante lágrimas, explosiones de ira, entre otras.

Los resultados del trabajo confirman, nuevamente, que la habilidad para expresar las emociones puede tener una influencia positivamente mediatizada de los efectos nocivos del estrés sobre la evolución del CM.

La externalización, por su parte, dio evidencias de ser también una estrategia de ayuda, pero no con efectos inmediatos sino acumulativos.

Tanto las mujeres diagnosticadas libres de enfermedad, como las portadoras de enfermedades benignas de la mama usaron un mayor número de estrategias de afrontamientos y éstas permitieron resultados más positivos, en tanto posibilitaron la búsqueda de apoyo externo y de apoyo interno y contribuyeron al fortalecimiento del locus de control, estimulando el incremento de la percepción de autoeficacia en el afrontamiento y en el control del estrés, así como la eficacia percibida por el paciente del apoyo social que recibían.

Aún cuando la significación estadística encontrada entre el diagnóstico médico y las estrategias de afrontamiento fue pequeña, se considera que, sin obviar la importancia de dichas estrategias en estudios futuros, deberá asumirse, de manera especial, la valoración de las características de personalidad, por poseer una gran relevancia como factor predictor en la aparición de CM.

Stavraky, Buck, Lott y Wanklin (1969), Derogatis (1979), Levy (s.f.) y Georgoff (1991) han observado que los pacientes oncológicos con tumores que crecen más rápidamente y tienen peor pronóstico son más defensivos e inhibidos, tienen desahogos emocionales pobres y son incapaces de liberar tensiones a través de descargas motoras o verbales. Por el contrario, los pacientes con supervivencia a más largo plazo mostraron ser menos ajustados y más combativos, tienen niveles más altos de malestar psicológico, de estados de ánimo disfóricos, de hostilidad y de psicoticismo, y son capaces de expresar emociones, positivas y negativas.

“uno de los factores que al parecer contribuye en gran medida a precipitar la muerte en el caso de las enfermedades terminales en general, es la ausencia de interés, de motivación, de deseos en el enfermo por sobrevivir y en consecuencia la falta de una estrategia cognitiva afectiva y conductual dirigida a lograr la supervivencia” (Middleton, 2002, pg. 86)

Pettingale (1977) teoriza sobre los mecanismos subyacentes a la expresión de la ira y el desarrollo del cáncer, tras observar la asociación entre la falta de expresión de la ira con niveles alterados de Ig A y

mayor aparición de metástasis. Un aumento de la agresividad interiorizada (autoagresividad) puede agravar el cáncer y acelerar la muerte. En cambio, la exteriorización de la agresividad parece combatir el cáncer por 2 mecanismos:

- A través de los receptores de los linfocitos T para las B-endorfinas, suprimiendo los efectos de los corticosteroides sobre el sistema inmunológico (Kay y Morley, 1983, citado por Polo, 2000)
- A través de conductas de lucha, que suponen una mayor colaboración en los tratamientos.

Influencia del apoyo psicosocial en el pronóstico del Cáncer de mama
Spiegel y sus colaboradores (1983, 1989) demostraron la positiva influencia del apoyo psicosocial en la supervivencia de las mujeres con CM. Evaluaron a 89 mujeres con CM metastático, un grupo de ellas se adscribió a un programa integral de apoyo psicosocial –grupo experimental-. Se observó que las mujeres del grupo control vivieron un promedio de 19 meses luego de que el estudio comenzó, mientras que aquellas que recibieron apoyo social vivieron un promedio de 36,6 meses, diferencias que son estadísticamente significativas.

Los autores proponen cuatro mecanismos de influencia del apoyo social sobre la supervivencia: Disminución de la ansiedad y la depresión, lo que mejora la dieta, el sueño y el ejercicio, es decir cuidan mejor su cuerpo y así enfrentan mejor su enfermedad. Las pacientes menos deprimidas podían interactuar mejor con sus doctores, cumpliendo mejor sus tratamientos. El tercer mecanismo propone que el sistema endocrino al interactuar con el sistema inmunológico, a través de la hiperproducción de cortisol que ocurre durante el estrés y la depresión, provoca la supresión de la respuesta inmune, además de que puede activar los receptores de estrógeno y progesterona.. Así tiene sentido que una alteración en el ambiente interno hormonal que reduzca los niveles de corticosteroides endógenos, pueda reducir la tasa de progresión del tumor, y al mismo tiempo eliminar la supresión de la respuesta inmune producida por la depresión y la desesperanza.

Estas conclusiones de Spiegel y cols. son totalmente concordantes con el posterior modelo desarrollado por Levy (1991, 1988) para explicar los posibles mecanismos que mediatizan y vinculan el apoyo social con la vulnerabilidad biológica de la mujer al CM. Levy afirma que cuando el apoyo social es adecuado, estimula y refuerza en la persona sus estrategias de enfrentamiento al estrés. Este hecho a su vez repercute en que su vez repercute favorablemente en lo que al logro de éxitos en esta dirección se refiere, lo que paralelamente al atribuírselos, refuerzan su autoestima.

En los trabajos de referencia se señala por otra parte, que el apoyo social puede también actuar como un facilitador de la expresión emocional del distres lo que ejerce un efecto positivo sobre el organismo.

Todo este proceso se traduce en una regulación fisiológica que reduce el distres, al mismo tiempo que reduce los estragos fisiológicos del estrés crónico sobre la homeostasis, la función inmune y el sistema neuroendocrino.

Levy considera que las vías descritas son sólo algunas de las que probablemente vinculen las variables psicosociales con los resultados del cáncer por medio de factores endocrino e inmune, al mismo tiempo que deja bierta la posibilidad de que el apoyo social actúe también directamente sobre la enfermedad a través de otros mecanismos biológicos.

Visto de esta forma, el apoyo social cumple principalmente un rol amortiguador de la enfermedad y de los resultados de ésta, siempre que el apoyo sea adecuado.

Trastornos psiquiátricos a mediano plazo

Una de las primeras tareas de la psicooncología fue reunir datos objetivos sobre el tipo y la frecuencia y prevalencia de los trastornos psiquiátricos de los paciente con cáncer.

Derogatis, Morrow y sus colaboradores (1983), llevan a cabo un completo estudio auspiciado de PSYCOG "Psychosocial Collaborative Oncology Group" para la determinación de los diagnósticos psiquiátricos formales presentes en pacientes oncológicos, para lo cual se seleccionó una muestra aleatoria, compuesta por 250 pacientes oncológicos sacados de la población de pacientes actuales internos y externos, de al menos 19 años de edad y ocupados en tratamientos activos, pertenecientes a los departamentos oncológicos de los hospitales: Johns Hopkins Hospital, el Strong Memorial Hospital in Rochester y el Memorial Sloan-Kettering Hospital. Además de las características anteriores, los criterios de inclusión en la muestra del estudio fueron: 1) diagnóstico primario de enfermedad neoplástica, 2) Alcanzar puntajes mayores o iguales a 50 en la Karnosnofsky Performance Scale y 3) los pacientes no se encuentran en condición terminal o con alto grado de discapacidad física. No se hizo distinción al momento de incluirlos en el estudio de su clasificación diagnóstica, ni de su régimen de tratamiento.

El estado psicológico de los pacientes se determinó por diversas vías: entrevista psiquiátrica formal, con diagnóstico DSM III (o ausencia de diagnóstico); a través de la SCL-90-R33, y una serie de escalas psiquiátricas de clasificación completadas con entrevistas psiquiátricas y psicológicas. Mostrando los siguientes resultados:

Prevalencia de diagnósticos Psiquiátricos DSM III, en 215 pacientes de tres Centros Oncológicos

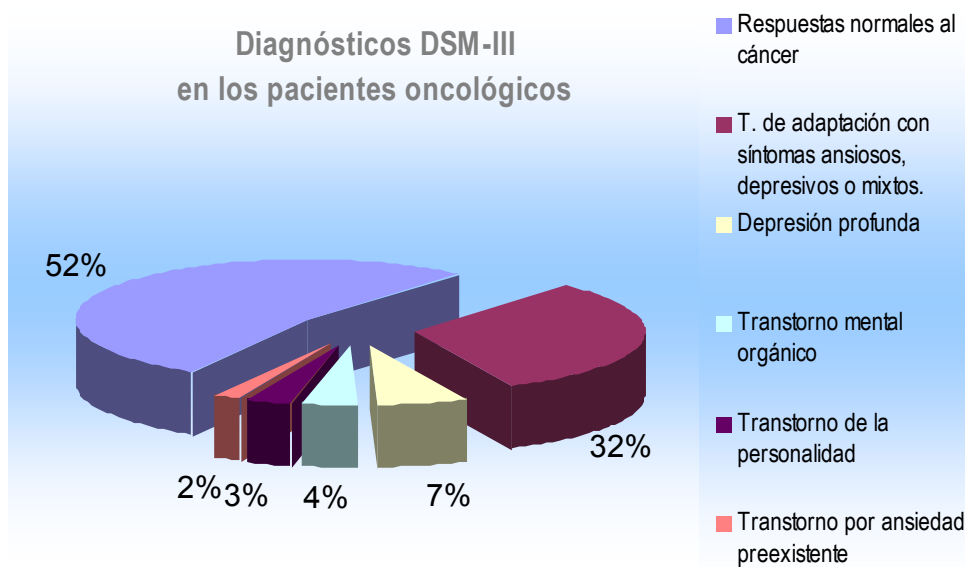
Prevalencia de Características	Muestra Total % (n°)	Baltimore % N=70	New York % (n°) N=75	Rochester % (n°) N=70
Diagnóstico de DSM-III	47%	24%	69%	46%
Diagnóstico Eje I	44%	24%	63%	44%
Diagnóstico Eje II	12%	0	27%	9%
Diagnóstico Eje II-solo	3%	0	7%	1%

33 La SCL-90-R es una escala de autorreporte sintomatológico de 90 ítems que mide aflicción psicológica a través de 9 dimensiones principales: 1) somatización, 2) obsesión-compulsión, 3) sensibilidad interpersonal, 4) depresión, 5) ansiedad, 6) hostilidad, 7) ansiedad fóbica, 8) ideación paranoide y 9) psicoticismo. Ha sido validada a través de diversos estudios, convergentemente a través del MMPI.

Proporción de Desórdenes Psiquiátricos DSM-III Observadas en 215 pacientes de Cáncer de tres Centros Oncológicos.

Categoría Diagnóstica	Código DSM-III	Categoría Específica % (N°)	Clase diagnóstica % (N°)	% de Diagnóstico Psiquiátrico
Desórdenes Mentales Orgánicos				
Demencia presenil	290.10	0.5% (1)	4% (8)	8%
Demencia con depresión	290.21	0.5% (1)		
Síndrome orgánico afectivo	293.83	1% (2)		
Demencia	294.10	1% (1)		
Síndrome orgánico cerebral atípico	294.80	1% (2)		
Síndrome de personalidad orgánico	310.10	0.5% (1)		
Desórdenes Afectivos Mayores				
D.A.M. Depresión unipolar	296.20	4% (8)	6% (13)	13%
D.A.M. Depresión bipolar	296.50	0.5% (1)		
D.A.M. Depresión atípica	296.82	1.5% (3)		
Desorden distímico	300.40	0.5% (1)		
Desórdenes adaptativos				
D. A. con humor depresivo	309.00	12% (26)	32% (69)	68%
D. A. con características emocionales mixtas	309.28	13% (29)		
D. A. con humor ansioso.	309.24	6% (12)		
D. A. con emoción y conducta	309.40	1% (2)		
Desórdenes Ansiosos				
Desorden general ansioso	300.02	0.5% (1)	2% (4)	4%
Fobia simple	300.29	0.5% (1)		
Desorden Obsesivo-Compulsivo	300.30	1% (2)		
Desórdenes de Personalidad				
D.d.P. esquizoide	301.20	0.5% (1)	3% (7)	7%
D.d.P. compulsivo	301.40	1% (2)		
D.d.P. histriónico	301.50	0.5% (1)		
D.d.P. dependiente	301.60	0.5% (1)		
D.d.P. Otros	301.89	0.5% (1)		
Abuso de alcohol (en remisión)	305.03	0.5% (1)		
Total de Diagnósticos Psiquiátricos			47% (101)	
Diagnósticos Psiquiátricos Ausentes			53% (114)	

Las proporciones dadas son sólo para los diagnósticos principales.



(Derogatis, 1983)

La investigación de Derogatis observó una prevalencia de 47% de desórdenes psiquiátricos en una muestra de pacientes oncológicos, lo cual es una proporción significativamente mayor a las encontradas en otras poblaciones de enfermedades médicas generales -12% a 30%-, así como también a la estimada para la población general sana -15%-, en EEUU.

De entre los diagnósticos psiquiátricos encontrados en los pacientes con cáncer, el diagnóstico más frecuente (68%) fue el trastorno de adaptación con estado de ánimo depresivo, ansioso o ambos, luego se encuentra la depresión profunda (13%), seguida del trastorno mental orgánico (8%), trastorno de la personalidad (7%) y trastorno por ansiedad preexistente (4%).

En tanto que algo más de la mitad, 53%, se había ajustado normalmente a la crisis provocada por la enfermedad.

Es de importancia resaltar que casi un 90% de los trastornos psiquiátricos presentados, (trastornos de adaptación, trastornos mentales orgánicos y depresión profunda) se ven relacionados con las respuestas a la enfermedad o a su tratamiento. Sólo el 11% presentaba problemas psiquiátricos previos, como trastorno de personalidad o ansiedad.

Más allá de la presencia o ausencia de desórdenes psiquiátricos, un importante hallazgo de este estudio se refiere a la naturaleza de los diagnósticos hechos. La gran mayoría de los casos se refieren a estados

reactivos, con enfermedades mentales mayores sólo presentes en la minoría de los casos. El diagnóstico más observado fue el desorden adaptativo con emociones mixtas, con una prevalencia del 13%. El siguiente más frecuente diagnóstico fueron algunos desórdenes adaptativos, con humor depresivo (12%), y humor ansioso (6%), respectivamente. Como clase, los desordenes adaptativos representan el 68% de todos los diagnósticos psiquiátricos.

Este estudio clásico de Derogatis, Morrow y sus colaboradores (1983), tiene un amplio apoyo en la comunidad científica y es hasta la fecha un referente obligado y base de la valoración de la prevalencia de trastornos psiquiátricos para la American Cancer Society.

En otro estudio clásico, Levine y sus colaboradores (1978) interesados en determinar los tipos de morbilidad psiquiátrica diagnosticada en los pacientes de cáncer, focalizándose preferentemente en los desórdenes mentales severos, revisaron los expedientes de 100 pacientes hospitalizados de cáncer referidos consecutivamente para consulta psiquiátrica al departamento de psiquiatría del Norris Cotton Cancer Center, un componente del complejo Dartmouth Medical School y del Mary Hitchcock Memorial Hospital, correspondiendo la muestra a un 5% de la población atendida por ellos durante el transcurso de la investigación.

Todas las consultas fueron presentadas en un formulario estándar y los diagnósticos psiquiátricos se basaron en la clasificación DSM-II con las siguientes modificaciones: todo síndrome depresivo fue considerado bajo la única categoría de "depresión", mientras que todos los síndromes orgánicos cerebrales fueron considerados dentro de la categoría "síndrome orgánico cerebral", la categorización se basó en la controversia sobre los síndromes depresivos y en la frecuente imposibilidad de distinguir entre dos tipos de síndromes cerebrales.

Las metástasis fueron diagnosticadas con base al tipo de tejido, citología del fluido cerebroespinal, tomografía axial computarizada, scan cerebral, o hallazgo positivo radiológico.

Distribución porcentual de los diagnósticos psiquiátricos en pacientes oncológicos por sexo y edad.

Diagnóstico	Sexo			Edad		Sexo y Edad			
	Total	Masc.	Femen.	< 60	> 60	M < 60	M > 60	F < 60	F > 60
N	100	49	51	37	63	14	35	23	28
Depresión	56.0	46.9	64.7	83.8	39.7	64.3	40.0	95.7	39.3
S. Organ. C.	40.0	46.9	33.3	13.5	55.5	28.6	54.3	4.3	57.1
Otros	4.0	6.2	2.0	2.7	4.8	7.1	5.7	0.0	3.6

(Levine y cols., 1978)

Porcentajes de referidos a psiquiatría y distribución de los casos referidos de acuerdo con un diagnóstico psiquiátrico primario -observado v/s esperado- por sitio primario del cáncer.

Localización	Hosp.	Diagnósticos Psiquiátricos							
		Referidos			Depresión		Sín. Org. C.		Otros
Primaria		O	E*	O	E"	O	E	O	E
Sist. Respiratorio	1.239	25	23.3	11	13.1	13	10.7	1	1.2
Mama	449	19	8.4	14	12.0	5	6.7	-	0.4
Sist. Digestivo	480	12	9.0	6	5.6	6	6.0	-	0.4
T. Reproductor Fem	690	9	13.0	6	5.6	6	3.3	-	0.2
Sist. Urinario	263	8	5.0	5	4.4	2	3.3	1	0.3
Linfomas	575	8	10.8	5	4.8	2	2.7	1	0.5
T. Genital Masculino	310	5	5.8	9	9.7	9	8.3	1	1.0
Cavidad bucal	204	4	3.8						
Leucemia	257	3	4.8						
Piel	129	2	2.4						
Melan. Múltiple	112	2	2.1						
Desconocido Primario	42	2	0.8						
Cerebro	132	1	2.5						
Otros	439	0	8.3						

E* porcentaje esperado bajo la hipótesis de una tasa constante de referidos por (by site of 1.9%)

E" porcentaje esperado de casos asumiendo una distribución constante de porcentaje Sexo-edad específico por diagnóstico primario.

O porcentaje observado de casos diagnosticados por localización primaria del cáncer

(Levine y cols., 1978)

Sólo las pacientes con CM fueron referidos a consulta psiquiátrica en una proporción mucho mayor a la esperada ($p < 0.001$)

El 63% de estos pacientes fueron diagnosticados con depresión, y un 40% presentaba enfermedades orgánico cerebrales, 26% de ellos fueron mal diagnosticados por su psicólogo como deprimidos, pero diagnosticados por el staff de psiquiatras de los hospitales como sufriendo síndromes orgánico cerebrales.

“Los pacientes con cáncer tienen una alta tasa de Estrés pos traumático comparada con la encontrada en la comunidad sana. Los síntomas del cáncer recuerdan cercanamente a estos individuos que están experimentando otro evento traumático”. A esta conclusión llega Alter (1996, pp.141) en la discusión de su investigación sobre la frecuencia y causas de stress postraumático en pacientes sobrevivientes de cáncer (n 27). Tras tres años de su diagnóstico y habiendo recibido solo tratamiento de radioterapia y radiación a través de entrevistas se intentó comparar sus síntomas con base al DSM IV con los presentados en la población sana de igual edad y nivel socioeconómico. Se encontró que un 4% del grupo con cáncer y un 0% del control cumplían con el criterio para SPT actual, mientras que un 22% de los con cáncer y 0% de los controles cumplían con el criterio de tiempo de vida ($p < 0.02$).

De la revisión antecedente, y basándonos especialmente en Derogatis (1983) cuyos resultados se encuentran ampliamente respaldados, destacamos la existencia de siete trastornos psiquiátricos que afectan a los pacientes con cáncer con frecuencia suficiente para justificar la descripción de su cuadro clínico más detallado en el cáncer. Tres de ellos son consecuencias directas de la enfermedad: trastornos de adaptación con ansiedad, depresión o ambas, trastorno depresivo mayor y trastornos mentales orgánicos. Los otros cuatro (trastornos primarios por ansiedad, trastornos de la personalidad, esquizofrenia y trastornos bipolares) son cuadros preexistentes que a menudo se agravan por la enfermedad.

Transtorno de adaptación

En el trastorno de adaptación, que es el trastorno más frecuente de observar como respuesta al estrés impuesta por la enfermedad oncológica, la característica fundamental es la persistencia excesiva de los síntomas y una interferencia anormal con el funcionamiento laboral o escolar, sus síntomas característicos son la ansiedad y la depresión.

Cuando los síntomas son graves, este trastorno es difícil de diferenciar de la depresión profunda y el trastorno por ansiedad generalizada. El seguimiento regular del enfermo aclara las dudas diagnósticas. (Massie, Spiegel, Ledreberg & Holland, 1996)

Depresión

La superposición de la enfermedad física y los síntomas de depresión es un hecho bien conocido. El diagnóstico de depresión en adultos y niños físicamente sanos requiere la presencia de trastornos somáticos, insomnio, anorexia, fatiga y pérdida de peso. Sin embargo, estos síntomas son frecuentes tanto

en el cáncer como en la depresión. En los pacientes con cáncer, el diagnóstico de depresión depende del hallazgo de:

Síntomas necesarios para el diagnóstico de depresión en el paciente oncológico

- Estado de ánimo o aspecto disfórico,
- Apatía,
- Llanto,
- Anhedonia,
- Sentimientos de desamparo,
- Disminución de la autoestima,
- Culpa, retraimiento social y
- Pensamientos de “deseo de muerte” o suicidio.

(American Cancer Society, Murphy, Lawrence, Lenhard, 1996)

La prevalencia de depresión en los personas con cáncer es similar a la observada en pacientes con otras enfermedades médicas graves, lo que sugiere que su determinante primario es el nivel de gravedad de la enfermedad y no su diagnóstico específico (Moffic & Paykel, 1975, Swab, BialowBrown & Holzer, 1967). Los factores que se asocian a una mayor prevalencia de la depresión en los pacientes con cáncer son: mayor nivel de afectación física, estadio más avanzado de la enfermedad, cáncer pancreático, dolor e historia previa de depresión.

La valoración clínica del paciente se hace mediante un cuidadoso estudio de los síntomas y de la historia de problemas emocionales, en especial de los episodios depresivos previos, la historia familiar de depresión o suicidio, otras tensiones vitales concurrentes y el la densidad y calidad de apoyo social. Es esencial explorar el conocimiento que tiene el enfermo de su situación clínica y del significado de su enfermedad. Ha de determinarse cuál es la contribución del dolor a los síntomas depresivos, ya que ningún trastorno psiquiátrico puede diagnosticarse con certeza en tanto no se haya controlado el dolor. (Massie, Spiegel, Ledreberg & Holland, 1996)

La ideación suicida requiere una cuidadosa valoración para determinar si se trata del reflejo de una enfermedad depresiva o si expresa el deseo de ejercer un control definitivo sobre síntomas intolerables.

Trastornos mentales orgánicos

En los trastornos mentales orgánicos (delirio) los primeros síntomas suelen pasar inadvertidos y, por lo tanto, no reciben tratamiento. Todo paciente que muestre en forma brusca agitación, cambios de conducta, disminución de la función cognoscitiva, alteración de la amplitud de la atención o niveles de conciencia fluctuantes, debe ser estudiado para descartar la presencia de delirio.

Sus causas predominantes son los efectos sedantes acumulativos de los antihistamínicos, las benzodiazepinas y los analgésicos. Los esteroides son una frecuente causa de delirio. Las manifestaciones psiquiátricas oscilan desde leves y frecuentes alteraciones del estado de ánimo a la psicosis (Massie, Spiegel, Ledreberg & Holland, 1996).

Trastornos por ansiedad

En los trastornos por ansiedad se remarcan tres tipos de ansiedad que se encuentran presentes en el campo de la oncología, estas son:

1. Episodios de ansiedad aguda relacionados con el estrés del cáncer y su tratamiento.
2. Ansiedad relacionada con la enfermedad médica.
3. Trastornos por ansiedad crónica que preceden al diagnóstico de cáncer y que se exacerban durante su tratamiento.

La ansiedad situacional es frecuente y la mayoría de los pacientes están ansiosos cuando esperan recibir el diagnóstico, antes de someterse a exploraciones difíciles o dolorosas -administración de quimioterapia, radioterapia o desbridamiento de heridas-, antes de una intervención quirúrgica y mientras aguardan los resultados de los estudios diagnósticos. En todos estos momentos es de esperar que exista ansiedad y en la mayor parte de los casos basta con que el médico tranquilice y apoye a los pacientes. En ocasiones, sin embargo, es necesario un tratamiento más enérgico como en el caso de los temores extremos, la incapacidad para cooperar o comprender las intervenciones, una historia previa de ataques de pánico, fobia a las agujas o claustrofobia que pueden requerir una medicación ansiolítica, con la cual se reducen los síntomas hasta un nivel tolerable. Los hipnóticos son especialmente útiles en el período perioperatorio.

Los síntomas de ansiedad también son característicos de la retirada de los narcóticos, las benzodiazepinas y los barbitúricos.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es un tipo específico de trastorno de ansiedad debido a los efectos de experiencias traumáticas, como combates en guerra, catástrofes naturales, asaltos, violación, accidentes y enfermedades potencialmente fatales. El recuerdo de un dolor previo o de un tratamiento temido son causas frecuentes de TEPT en los pacientes con cáncer, sobre todo en niños.

En los enfermos con cáncer, adultos y niños, los síntomas pueden aparecer en diversos estadios de la enfermedad, pero son frecuentes en el momento del diagnóstico. En general las poblaciones pediátricas y geriátricas tienen mayores dificultades para enfrentarse a acontecimientos estresantes y corren riesgo de sufrir un TEPT.

Tanto en adultos como en niños, el mecanismo de negación es importante y logra minimizar el acontecimiento doloroso.

Los pacientes que sufren graves síntomas de anticipación (es decir ansiedad antes de la administración de la quimioterapia) deben recibir ansiolíticos la noche anterior e inmediatamente antes del tratamiento. Los pacientes con estado de ansiedad crónica requieren ansiolíticos a diario en forma intermitente durante meses o años. Los pacientes con cáncer, incluso los que tienen ansiedad crónica, no suelen tomar más medicaciones que las que les son absolutamente necesarias y esperan con impaciencia la interrupción de los fármacos tan pronto como sus síntomas cedan.

Muchos pacientes se sienten aliviados al saber que sus síntomas son respuesta previsible a un estrés grave.

Trastornos de los pacientes con cancer que sufren dolor

Tanto las observaciones como los datos clínicos demuestran que los síntomas psiquiátricos de los pacientes con dolor deben ser considerados inicialmente como una consecuencia de la falta de control de aquel. (Massie & Holland, 1987). Los clínicos han de determinar cuál es la contribución del dolor a los síntomas, tratándolo primero y volviendo a valorar el estado mental del paciente cuando el dolor se encuentra controlado, ya que ningún trastorno psiquiátrico puede diagnosticarse con certeza en tanto no se haya controlado el dolor (Massie, Spiegel, Ledreberg & Holland, 1996).

La ansiedad aguda, la depresión o desesperación – en especial cuando los pacientes creen que el dolor significa progresión de la enfermedad-, la agitación, la irritabilidad, la falta de cooperación, la angustia y la imposibilidad de dormir pueden ser trastornos emocionales o de conducta concomitantes con el dolor.

Estos síntomas no se consideran como trastornos psiquiátricos a menos que persistan después que el dolor haya sido suficientemente controlado.

Derogatis (op.cit.) encontró que el 39% de los pacientes que recibieron un diagnóstico psiquiátrico sufrían grandes dolores, en contraste con el 19% de los pacientes que no recibieron un diagnóstico psiquiátrico que tenían fuertes dolores. Es de destacar que el 15% de los pacientes con dolores importantes tenían síntomas de depresión profunda.

Riesgo suicida

Pocos pacientes oncológicos cometen suicidio, aunque pertenezcan a un grupo de alto riesgo, especialmente si hay factores como psicopatología previa y otros factores que graficamos a continuación a modo de paralelo entre los indicadores confluentes encontrados por cuatro investigaciones del tema (Scharaud, 1985, Filiberti, Rull, Venegas y cols., 1989, Montoya, 1992 y Massie, Spiegel, Ledreberg & Holland, 1996)

Factores asociados al riesgo suicida y al deseo de morir en el paciente oncológico reportado por cuatro investigaciones

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fase avanzada con diseminación ▪ Antecedentes de depresión ▪ Antecedentes alcoholismo ▪ Cáncer cérvico-facial o de la esfera sexual como: mama, genitales y urológicos, ▪ Mayor edad del paciente ▪ Ciclos de quimioterapia ▪ Ó ausencia de tratamiento ▪ Los 12 primeros meses posteriores al diagnóstico ▪ Sexo masculino. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedad avanzada ▪ Mal pronóstico ▪ Antecedentes personales psiquiátricos y de tentativas. ▪ Antecedentes familiares de suicidio. ▪ Aislamiento ▪ Depresión ▪ Desesperanza ▪ Dolor ▪ Síndromes cerebrales orgánicos (delirium) ▪ Agotamiento ▪ Fatiga 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedad en estadios avanzados ▪ Mal pronóstico ▪ Historia psiquiátrica ▪ Historia de consumo de drogas previa ▪ Intentos de suicidio. ▪ Muerte reciente de un amigo o compañero ▪ Escaso apoyo social ▪ Depresión con desesperación extrema ▪ Dolor mal controlado ▪ Delirio ▪ Conocimiento reciente de la gravedad del pronóstico
<p>(Scharaub, 1985) (Filiberti, 1989)</p>	<p>(Montoya, 1992)</p>	<p>(Massie, Spiegel, Ledreberg & Holland, 1996)</p>

Como puede observarse, los factores de riesgo suicida en el paciente oncológico se encuentran bien identificados y las investigaciones son altamente confluyentes, no existiendo datos que invaliden hallazgos entre ellas, consideramos los factores reportados por Massie, Spiegel, Lederberg y Holland (1996) como la

más abarcativa de las revisadas. Cabe destacar que el CM está reportado dentro de los cánceres de mayor riesgo y que el riesgo total suicida es considerada por todas las investigaciones realizadas como bajo.

Sobre este respecto, Llorca, Manzano, Montejo y sus colaboradores (1992) piensan que el riesgo de suicidio se ve compensado o frenado por la 'inhibición improductiva', como llamaron al predominio de la inhibición sobre la impulsividad apreciada en los pacientes oncológicos.

Efectos en los familiares y la dinamica familiar

¿Que sucede con el entorno familiar del paciente con cáncer? El impacto del diagnóstico origina reacciones de temor, negación, confusión, ira, culpabilidad y actitudes de reparación con sobreprotección, entre otras. Si se trata de una familia que comparte información y emociones, habrá una mejor adaptación y afrontamiento. Pero si se trata de una familia con problemas, estos aumentan (Polo, 2000).

A lo largo de todo el tratamiento, es fácil que los miembros de la familia presenten fatiga física, tristeza, desesperanza, impotencia, hostilidad, culpa, agobio por la dependencia que el paciente ha desarrollado hacia ellos y ansiedad por el mantenimiento en secreto del cáncer. A través de este proceso, llegan a sentirse desbordados por sus propios sentimientos, a veces contradictorios, sin dejar de olvidar que están sumidos en una situación de duelo anticipado. (Polo, 2000)

Suarez (2002), hace hincapié sobre la nocividad de la llamada 'tecnica de distracción', mediante la cual la familia trata de evadir el tener que abordar determinados aspectos de la situación que atraviesa el paciente y evitar así que el enfermo pueda expresar sus preocupaciones, ansiedad, temores, hostilidad y miedos. Esta conducta 'de apoyo' por parte de la familia -bastante frecuente según las observaciones clínicas de la autora- provoca en el enfermo de cáncer sentimientos de abandono y desolación. Este tipo de apoyo, evidentemente contribuye al reforzamiento de un estilo de afrontamiento a la enfermedad, que puede estimular en determinado tipo de individuo la represión de sus emociones negativas.

La situación estresante que vive el paciente con cáncer hace que las relaciones con sus hijos sean menos controladas y más impulsivas, pudiendo favorecer problemas infantiles como hiperactividad, retraso escolar o depresión. Si los padres, con una actitud protectora, mantienen el criterio de que los hijos son demasiado pequeños para entender lo que sucede, se potencian sus miedos y fantasías. Se les debe informar de la realidad de un modo progresivo, cuidadoso y cálido, adaptado a su edad y desarrollo (Polo, 2000).

Por otra parte, el humor depresivo de la paciente ha mostrado un efecto negativo en la calidad del matrimonio, influenciando la habilidad familiar de hacer frente a la enfermedad, influenciando la evolución hacia un funcionamiento disgregado. (Lewis & Hamonnd, 1992).

Desde una mirada positiva del rol que la familia y el apoyo social en general pueden jugar en la salud, Cohen (1988) elaboró dos modelos genéricos para explicar los efectos del apoyo social sobre la salud. El "Modelo del efecto principal", señala que el apoyo puede influir sobre la enfermedad por dos vías:

1. Produciendo respuestas biológicas que actúan positivamente sobre la salud.
2. Contribuyendo activamente a la elaboración de un patrón de conducta que puede incrementar o por el contrario decrecer el riesgo de la enfermedad mediante respuestas biológicas.

Y el "modelo amortiguador del estrés". El cual se focaliza en torno a la acción del apoyo psicosocial sobre la disminución del estrés que actuaría como inductor de enfermedad bien sea mediante respuestas endocrinas como conductuales negativas para la salud, pudiendo el apoyo social actuar en dos momentos:

1. Previo a las respuestas neuroendocrinas negativas concomitantes al estrés, en este caso, el apoyo induce en el sujeto la realización de una valoración cognitiva "benigna" del evento estresante.
2. Una vez que las respuestas neuroendocrinas que acompañan al estrés se han desencadenado, el apoyo social puede amortiguar las consecuencias negativas para la salud ya sea por una revaloración del evento y la consecuente producción de una respuesta biológica adaptativa o por la inhibición de las respuestas que conducen a una mala adaptación.

Broadhead y Kaplan (1991) valoran en la concepción de Cohen los componentes psicológicos que pueden actuar sobre la salud a través de su participación en la valoración benigna de los eventos y situaciones estresantes, su influencia en el mejoramiento del afrontamiento al estrés mediante la evitación de respuestas conductuales y biológicas inducidas por éste y que contribuyen a deteriorar la salud a través de la función inmune, como también por conductas que favorecen el referido proceso. Estos componentes psicológicos son:

- La información del ambiente
- La autovaloración
- Los recursos para el afrontamiento

Un estudio dirigido a investigar el tipo de funcionamiento de las familias de las mujeres con CM en relación al ajuste a la enfermedad, encontró que las mujeres que perciben a sus familias con una cohesión y adaptabilidad en niveles moderados reportan un mejor ajuste psicosocial al CM que las mujeres con familias con niveles de cohesión y adaptabilidad extremos. Aquellas que presentaron un mejor ajuste al CM y en sus matrimonios, también mostraban altos niveles de cohesión familiar (Friedman, 1988).

Entonces, los resultados del estudio de Friedman (1988) nos ayudan a delimitar entre los 'recursos para el afrontamiento', señalados por Broadhead y Kaplan (1991), a la cohesión y adaptabilidad familiar en niveles moderados.

Holland (1992) aborda las necesidades de apoyo de los miembros de la familia del paciente con cáncer. Estos tienen la enorme responsabilidad de tomar decisiones con respecto a los cuidados paliativos de su familiar enfermo, deben sostenerlo emocionalmente y mantener su propio equilibrio. Deben enfrentar sus propios temores fundados con mayor o menor conocimiento en la posibilidad real de enfermar de cáncer, así como mantener la dinámica de la familia dentro de la mayor normalidad posible.

¿Quién sirve de apoyo al apoyo del paciente oncológico?. En el análisis del autor, este tema ha sido hasta la fecha insuficientemente estudiado, a pesar de la trascendencia que puede tener, no solo para el propio enfermo en lo que a calidad de vida se refiere, sino particularmente por la significación que asume en la comprensión y tratamiento del funcionamiento familiar y de la calidad de vida de los familiares del paciente

Efectos en la relación de pareja

En opinión de Polo (2000), como efectos colaterales a la sintomatología y tratamiento del cáncer, se puede producir dentro de la pareja una alteración de la comunicación, de la afectividad y de la sexualidad. El deseo de intimidad y de ser un buen amante son necesidades universales, muy comprometidas cuando hay una incapacidad física. La mutilación corporal, el dolor, la insuficiencia sensorial, la incontinencia, etc. crean dificultades en la expresión corporal de los afectos y en la sexualidad, obligando a buscar alternativas. Otorgar la información adecuada a la pareja es imprescindible para una buena comunicación y favorece un mejor afrontamiento de los problemas emocionales y psicosociales que ocasiona el cáncer (Friedman, Baer, Nelson y cols., 1988, Ponte, Holmberg y cols., 1992).

Dependiendo de la vida de pareja, de la retroalimentación postoperatoria que ejerza el compañero, por ejemplo la pérdida del útero o de la mama producirá más o menos alteraciones en la regulación narcisista de la autovaloración y autoestima, como señala Poettgen (1993)

Varios autores concuerdan en que la calidad de los soportes otorgados por el marido es un importante factor crítico en el bienestar psicológico y por lo tanto, en la evolución de la recuperación (Pistang, 1995. Carter, 1993. Friedman, 1988. Ptacek, 1994. Baider, 1988, Poettgen, 1993, Ptacek, 1994, Tjemslund, 1996. Schover, 1995).

Efectos en el compañero de la mujer con cancer de mama

Menos estudiado que la paciente, y sin embargo con hallazgos sorprendentes, es el efecto del curso del CM en la pareja de la paciente.

Northouse (1987), encontró niveles significativamente similares de síntomas de estrés, ánimo y en medidas de ajuste en ambos esposos en lapso inmediato después de la cirugía (tres días y un mes después). Ambos, pacientes y esposos, reportan niveles de estrés significativamente superiores a la población normal. Las pacientes y sus esposos sólo difirieron en la medida de ajuste a sus roles psicosociales, presentando mayores problemas las pacientes. Ambos esposos mantuvieron similares niveles de estrés en los dos momentos de evaluación, y ambos mostraron dramáticos cambios en el deterioro del humor.

Pistang (1995) estudió el impacto de la relación con la pareja sobre la respuesta psicológica al CM, realizó un estudio transeccional con 113 mujeres con CM, encontrando que la satisfacción con la pareja que es percibida como una relación de soporte se asocia positivamente con un buen ajuste psicológico y sugiere que una relación pobre es un factor de riesgo. Northouse (1990), encontró que el matrimonio bien establecido juega un rol amortiguador, sin embargo, al cabo de 18 meses de la cirugía se reportaron niveles moderados de estrés por el 10% de las pacientes y el 25% de los maridos.

El ajuste de 117 pacientes de cáncer de mama, colon y testicular y sus cónyuges fue estudiado por Baider (1988) a través de autorreporte. Los pacientes estaban todos en remisión y al momento de la evaluación no recibían tratamiento. El ajuste de los pacientes fue generalmente bueno, sin grandes diferencias entre los distintos tipos de cáncer. Los cónyuges reportaron muchos mas problemas de ajuste que los pacientes, con un alto acuerdo al interior de la pareja sobre esto. Los hallazgos de este estudio sugieren que el ajuste es influenciado por el género del paciente, especialmente para el cónyuge.

Turner, Wooding y Neil (1997) tras una revisión extensa del impacto psicosocial en las relaciones maritales y familiares a través del curso del CM, concluyen que los maridos experimentan considerable distrés psicológico cuando llegan al límite del soporte que pueden ofrecer.

Finalmente, podemos decir que el apoyo social cuando es eficiente, tanto por parte de la pareja, de la familia, de los amigos, de las instituciones sociales, ha de encaminarse en el sentido de respetar la autonomía del paciente, su autodeterminación, su sentido de autogobierno, de productividad social y de autoeficacia en el afrontamiento del cáncer. Esto puede producirse aun en etapas avanzadas y terminal de la enfermedad. Y que dentro de la red de apoyo, la pareja juega un rol crucial en su alta capacidad de influenciar el nivel de estrés, ajuste a la enfermedad y calidad de vida de la paciente, sin embargo, a un alto costo psicológico que parece deberse al género y a la percepción de llegar al límite de la capacidad de ofrecer soporte.

Efectos del cancer de mama en la sexualidad

Son muchas las similitudes entre los problemas sexuales de las personas sanas y los de los enfermos con cáncer, pero hay algunas diferencias evidentes. En primer lugar, los problemas de los enfermos con cáncer tienen un comienzo típicamente agudo y surgen inmediatamente después del tratamiento. Antes de su diagnóstico, casi todos ellos tenían una adaptación sexual satisfactoria. El patrón clínico habitual de aparición de los problemas sexuales después de un tratamiento por cáncer es que éstos se presentan tan pronto como el paciente reanuda las relaciones sexuales. Esta brusquedad y, en algunos casos, la intensidad de las dificultades, son angustiosas. Además, la angustia puede ser aún mayor si el personal sanitario no ha advertido previamente al enfermo sobre la posibilidad o naturaleza de estos problemas.

En segundo lugar, las dificultades sexuales de los pacientes con cáncer suelen ser generalizadas, con alteraciones importantes en la frecuencia o en el abanico de la conducta sexual e interrupción de más de una fase del ciclo de respuesta sexual. Debido a ello algunos pacientes pueden mostrar temor ante cualquier actividad sexual. Por el contrario, las dificultades sexuales de las personas sanas tienen mayores probabilidades de ser circunscriptas, y pueden ser intensas en una fase (p.e. alteración orgásmica) pero conservan total o casi totalmente las demás fases.

Con respecto a la relación a la sexualidad de la mujer con CM, el aspecto más estudiado es el efecto de la masectomía sobre la sexualidad. La mayor parte de la investigación inicial se llevó a cabo con mujeres tratadas con masectomía radical modificada o, en algunos casos, masectomía radical. Los datos más importantes proceden de estudios longitudinales controlados.

La esterilidad y las alteraciones funcionales sexuales son a menudo consecuencias inevitables de la radiación, la cirugía y la quimioterapia. Es de esperar la presentación de trastornos en la sexualidad con posterioridad a las cirugías y tratamientos invasivos en órganos sexuales, como sucede con la masectomía.

Un estudio clásico llevado a cabo por Frank y cols. (1978) demostraba que muy pocas mujeres se preocupaban antes de la operación por las repercusiones sexuales que pudieran derivarse de ella. Según estos investigadores, después de la intervención quirúrgica, aproximadamente la mitad de las mujeres rehúsa cualquier tipo de relación sexual con su cónyuge. De las mujeres masectomisadas que logran recuperar su intimidad sexual, el porcentaje de orgasmos decayó significativamente, al tiempo que dominaba la pasividad sexual y la disminución de la actividad coital.

Por otra parte, la frecuencia de la estimulación de la mama como parte de la actividad sexual declinaba substancialmente en la mujer después de la masectomía y ello se debe a la evitación por parte del marido y a una marcada preferencia por parte de las mujeres que se han sometido a masectomía a no recibir estimulación en los pechos ni en los pezones, lo que decrece como fuente de estimulación sexual para muchas mujeres después de la masectomía y permanece disminuida durante un período de ocho años después de la intervención (Frank y cols., 1978)

De la revisión de estudios longitudinales controlados, (Osterweis, Solomon & Green, 1984 y Parkes & Weiss, 1983) encuentran que entre el 30 y 40% de las mujeres con CM presentan problemas sexuales importantes -pérdida del deseo, descenso de la frecuencia de las relaciones sexuales o reducción de la excitación- de uno a dos años después del tratamiento. Estas complicaciones sólo se observan en un 10% en las mujeres con enfermedad benigna de la mama a las que se les había hecho una biopsia diagnóstica. La imagen corporal también sufría importantes alteraciones.

Los estudios más recientes proceden de ensayos clínicos en los que se compara los efectos de la masectomía radical modificada con la tumorectomía y con la radioterapia, examinando la respuesta psicológica, conductual y los desenlaces de la enfermedad, Con pocas excepciones (Kash, Holland, Harper & Millar, 1992) se ha observado que los tratamientos menos desfigurantes son también más beneficiosos en las mujeres estudiadas en Estados Unidos, Inglaterra, Holanda y Dinamarca (Mount, 1986, Lederberg, 1989). En las enfermas sometidas a tumorectomía, estas diferencias consisten en una menor alteración de la imagen corporal y mayor sensación de comodidad al desnudarse y al tratar de la sexualidad con su compañero, menos cambios en la frecuencia de las relaciones sexuales y menor incidencia de alteraciones de la función sexual. En suma, los datos sobre la calidad de vida en lo que se refiere a la función sexual, indican un mejor desenlace en los casos de tratamientos quirúrgicos menos agresivos.

El papel del hombre en los primeros momentos de la masectomía y después, tras su recuperación, resulta fundamental. Un porcentaje muy importante de ellos no han sido capaces de ver la cicatriz del pecho de su mujer, puede existir incluso un rechazo más o menos consciente, en definitiva, una evitación. De igual

forma, la mujer adopta una protección de su cuerpo, evitando el desnudo integral y realizando el acto sexual con prendas que impidan visualizar su lesión. (Florez, 1994)

En este punto, resulta especialmente importante para Flórez (op, cit.) la evaluación por parte de la paciente y su equipo médico y terapéutico, acerca de la necesidad de la cirugía reconstructiva. Los puntos a ser evaluados en este momento son: el nivel de reconstrucción del esquema corporal, su estado de ánimo y sexualidad, y la aceptación por parte de su cónyuge.

Otros Roles: La importancia de la conservación de los roles sociales

Uno de los aspectos fundamentales que condicionan la calidad de vida del enfermo oncológico es la conservación de los roles sociales que desempeñaba antes de tener que asumir la penosa condición social, familiar y personal de enfermo de cáncer.

El trabajo, incluyendo actividades y empleo remunerado, es muy importante para el bienestar económico y emocional del paciente oncológico, para restablecer los sentimientos de autoestima y canalizar la ansiedad y depresión. Mantener el empleo durante el tratamiento y después del mismo se asocia a mejor evolución. (Berry y Catanzaro, 1992, Ponte, Holmberg, y cols., 1992).

¿Y el entorno sanitario del paciente oncológico?. Lederberg (1990) ha sintetizado las respuestas en tres grupos:

- Adaptación, en las fases iniciales, fundamentalmente en base a la competencia profesional.
- Episodios ocasionales de ansiedad y depresión reactivas, que resultan brevemente incapacitantes.
- Raramente aparecen problemas psiquiátricos, que son básicamente de infravaloración de sí mismo.

Por esto, se hace importante evaluar: la etapa de la enfermedad, la eficacia lograda en el control biológico y la capacidad funcional residual que influyen decisivamente en el abandono o subordinación de los roles anteriores desempeñados, al rol de enfermo oncológico. Dada la influencia clave del estado físico sobre la actividad general, Suárez (2002, pg. 107) señala: "no obstante, algunas actividades inherentes a roles específicos, pueden ser sustituidas por otras en la propia estructura del rol, con el correspondiente reforzamiento de la autoestima del enfermo. Esta modificación constituye una expresión directa de la autoeficacia percibida en el afrontamiento activo a la enfermedad y refleja al mismo tiempo la calidad del apoyo que el enfermo percibe".

De la revisión precedente, destacamos acuerdo de los autores en valorar positivamente la no exclusión total del enfermo de cáncer de sus roles, en especial los productivos, han sido y continúa siendo significativo para el enfermo, sino a su modificación en correspondencia con sus capacidades residuales y posibilidades psicológicas, lo cual trae un positivo impacto en la calidad de vida.

Efectos del curso del cancer de mama en la personalidad

Bleiker y sus colaboradores en 1995 publican su estudio de característica de personalidad en mujeres con CM antes y después del diagnóstico, orientado a investigar el impacto del diagnóstico de CM en la autovaloración de los rasgos de la personalidad de estas mujeres. En 1989 y 1990, todas las mujeres residentes de Nijmegen, Amsterdam, de 43 años fueron invitadas a participar en la investigación como muestra para el CM y se les pidió contestar un cuestionario de personalidad. Durante 1989-1992, 25 mujeres que fueron diagnosticadas como teniendo CM estaban evaluadas psicológicamente por una segunda un año y medio después del diagnóstico. Un grupo de control de 822 mujeres sanas también terminó el cuestionario dos veces. Entre las primeras, se encontró una disminución estadísticamente significativa en:

- El control emocional
- La expresión exteriorizada
- La racionalidad

Bruera y cols. (1989) Sesenta y cuatro pacientes consecutivos con CM fueron incluidos en un estudio diseñado para determinar la prevalencia de astenia y su asociación con otras características clínicas. El puntaje de astenia alrededor de 59+/- 9 en el CM, versus 88+/- para un grupo de controles normales. (p bajo 0.001). Un (41%) puntuaban bajo el percentil diez de los controles normales y eran consideradas asténicas. El nivel de astenia se mostró correlacionado con depresión y el índice de severidad general del Test SCL-90 R. No se encontró asociación entre la estenia y el estado nutricional, masa corporal, masa del tumor, anemia o tipo de tratamiento. Se concluyó que la astenia es un síntoma frecuente en pacientes con un CM avanzado, que, en las series de Bruera, mostraron independencia en sus correlaciones con distres psicológico.

Se ha encontrado que las mujeres con CM tienen más represión emocional, más conductas de descarga anormal de las emociones con menor agresividad manifiesta, más rasgos depresivos, relatan pérdidas afectivas en los 3 años anteriores al comienzo del carcinoma mamario, y en el M.M.P.I. están elevadas las escalas de hipocondriasis, depresión, histeria y paranoia, y disminuida la hostilidad. Predominan los

mecanismos de defensa de negación y traslación, al igual que en el cáncer de cuello de útero. (Nesci, Polisen y Averna, 1983, Greer y Morris, 1975, Jansen y Muenz, 1984)

Un estudio español, (Matías y cols., 1990) encontraron una disminución de la agresividad general con aumento de la autoagresividad. En el M.M.P.I. también apreciamos elevación de las escalas hipocondriasis, depresión, histeria, masculinidad-feminidad e introversión social, con disminución de la desviación psicopática, el psicotismo y la fuerza del Yo.

En los pacientes con melanoma también se ha observado mayor tendencia a la represión emocional y relaciones interpersonales agradables a pesar de una angustia interna inespecificada (Termoshock, 1981).

Calidad de Vida

En los últimos años se observa una marcada tendencia al incremento de la supervivencia en los enfermos de cáncer, en correspondencia a los avances del desarrollo científico.

Greer (1989) define la calidad de vida dentro del contexto clínico como “el bienestar físico y emocional de la paciente con cáncer” añade que esta categoría debe incluir tanto el grado de realización física como el ajuste psicosocial, habiendo sido –señala – este último componente sistemáticamente obviado.

El dolor es el síntoma físico más frecuentemente correlacionado con el juicio global del enfermo de no sentirse bien, sin embargo, Suarez (2002) considera que la sola valoración del dolor no puede ofrecer un cuadro exacto de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Ello se debe a que los ítems referidos a las condiciones funcional y psicológica podrían jugar un rol más importante en la percepción y evaluación general de la calidad de vida. “Particularmente en la etapa avanzada de la enfermedad, las condiciones de desamparo, desolación, pérdida del trabajo y de la posición social, la ansiedad, la depresión, el miedo a la muerte conducen a un estado general de sufrimiento que puede causar más disconfort para el paciente que el dolor mismo. Este es el más doloroso sufrimiento porque es oculto, porque los pacientes lo experimentan íntimamente y raras veces lo reportan porque no les es preguntado”. (Ventafridda, 1985, citado por Suarez, 2002)

vi.6 Terminalidad

La distinción entre una enfermedad terminal y el estadio terminal de una enfermedad es particularmente importante. La enfermedad terminal es una enfermedad que no puede ser curada por medio de la tecnología médica presente en la actualidad y por lo general conduce a la muerte dentro de un período específico, años o meses. Durante este período los tratamientos médicos pueden aplicarse para prolongar la vida aún cuando la enfermedad no puede ser curada. En contraste el estadio terminal de una enfermedad es el tiempo de cesación del tratamiento médico más allá del cuidado paliativo y la muerte, usualmente de semanas o pocos meses.

Esta fase terminal del curso del CM, y del cáncer en general, es un tema prioritario de los cuidados paliativos, una raíz importante de la multidisciplinar Psicooncología.

La filosofía que sustenta el enfoque sobre los cuidados paliativos con el enfermo oncológico se articula sobre un principio ético básico: cualquier acción de salud que se realice con un enfermo terminal de cáncer ha de tener el propósito esencial e inmediato de mejorar la calidad de vida de este ser humano.

Esta mejora en la calidad de vida se puede traducir en el alivio de los sufrimientos físicos, mentales y morales del enfermo, en el reforzamiento de su autoestima, en la movilización de sus recursos psicológicos actuales y potenciales y en prepararle emocional y espiritualmente para asumir con dignidad el hecho de su propia desaparición física.

Kjell y Brakenhielm (1994) destaca los siguientes fuentes de sufrimiento psíquico y moral en la etapa terminal:

- la compasión,
- la culpa,
- el sentimiento de pérdida y
- la ansiedad provocada por el temor a la muerte inminente.

La compasión tiene un positivo y efectivo impacto cuando promueve la comprensión del sufrimiento autovivenciado o experimentado por una persona íntima. La culpabilidad, por su parte, habitualmente se asocia a sentimientos de fracaso e inadecuación y es por tanto un sentimiento muy destructivo para quien lo experimenta. (Kjell y Brakenhielm, 1994)

En el juicio de Suárez (2002), requieren una especial atención los sentimientos de soledad, incapacidad para corresponder al afecto de los demás y más grave: la desesperanza.

La desesperanza aunque en el paciente con enfermedad avanzada se considera de difícil determinación, con frecuencia está asociada al temor a la muerte dolorosa, al deficiente control de los síntomas o con fuertes sentimientos de desamparo. Breitbart y Passik (1993) encuentran que el acto suicida está muchas veces impulsado por la desesperación debido a síntomas mal controlados, así como a dolor incontrolado. Esto conduce frecuentemente a pensamientos suicidas o a peticiones para que se le ayude a morir con ayuda médica, puesto que el sufrimiento prolongado debido a síntomas que sólo se controlan precariamente pueden llevar a niveles de desesperación aguda.

Duelo

Aunque cada individuo debe enfrentarse a la muerte solo, la muerte es un hecho social que provoca respuestas diferentes en los individuos y en los grupos. Aun cuando la actitud ante la muerte varía de una sociedad a otra, en general la actitud predominante es de rechazo hacia ella y hacia todo lo que la rodea. (Rapaport, 1999)

En el criterio de Elizabeth Kubler-Ross (1975), en el proceso de morir el hombre contemporáneo transita por una serie de etapas que no se suceden rígidamente, pueden incluso estar ausentes algunos de ellos y aparecer en diferente orden al que se definen.

- 1.- Incredulidad, aturdimiento o shock que culmina en duda y negación.
- 2.- Rabia e ira.
- 3.- Negociación, generalmente con Dios.
- 4.- Aceptación, desinterés por el mundo, espera por que llegue el momento final.

En una investigación cualitativa de cómo nuestra sociedad chilena enfrenta la muerte (Rapaport, 1999), se encontró que las personas que enfrentan la muerte con mayor naturalidad son aquellas que han “integrado la muerte a sus vidas”, siendo personas que han procesado el hecho de la finitud de la propia existencia, esta actitud positiva y tranquila, que logra encontrar el sentido de la muerte, está determinada por cuatro factores fundamentales: La alta capacidad de introspección, las experiencias vitales de muerte de seres queridos, la cosmovisión (mostrando las personas con un sentido de trascendencia presentan mayor facilidad de asimilar la muerte) y la etapa del duelo en que se encuentre el sujeto.

Cuando se sabe que una persona va a morir inminentemente se tiene tiempo para enfrentar la muerte paulatinamente. (Rapaport, 1999)

La actitud del médico hacia la muerte es muy importante, ya que condiciona la actitud del paciente e influye en la familia, el oncólogo es por tanto, un importante modelo de afrontamiento a la muerte. Se han identificado tres actitudes fundamentales del equipo de salud que operan fuertemente como modeling: la verdad, la mentira y el silencio. (Domingo y González, 1996)

En el criterio de Fonnegra (1988) hay cuatro grupos de factores que influyen en la reacción de una persona ante la enfermedad terminal que padece o ante la inminencia de su muerte

Factores que influyen en la reacción del paciente terminal ante la inminencia de su muerte

Características de Personalidad	Edad Sexo Mecanismos de defensa Autoeficacia percibida Nivel de desarrollo personal Estilo de vida
Características de Relaciones interpersonales	Cantidad y calidad del apoyo social percibido Apertura y calidad en la comunicación que estos faciliten de la expresión de sentimientos y emociones dolorosas.
Factores socioeconómicos y ambientales	Accesibilidad y estabilidad de los recursos financieros para asumir los costos de la enfermedad Abandonar el trabajo sin lesionar su estatus o el de su familia.
Características específicas de la enfermedad	El curso El significado personal y la localización Síntomas asociados Dolor Modificaciones de la autopercepción corporal

(Fonnegra, 1988)

Las incertidumbres y temores propios de la etapa de diagnóstico y del tratamiento, en tanto enfermedad que hace su mortal avance, van siendo progresivamente sustituidos por ansiedad ante la convicción de la muerte, el temor y el sufrimiento, sobre todo si la enfermedad ha evolucionado acompañada de dolor y de transformaciones físicas en la imagen corporal. (Suárez, 1997).

A continuación se presenta la categorización de Doyle sobre los tipos de duelo, la cual presenta utilidad para la evaluación clínica y terapéutica del proceso de duelo vivido por el paciente y su familia.

Tipos de duelo

Duelo anticipado o anticipatorio	Facilita la adaptación a la nueva situación que se creará y facilita el desapego afectivo, ofrece a la familia la posibilidad de prepararse para la despedida. Según Fonnegra (1989), el duelo anticipatorio es un objetivo terapéutico de las intervenciones a los moribundos y a sus familiares.
Duelo retardado, inhibido o negado	Se caracteriza en que no se dan signos aparentes de sufrimiento en algunos casos, en los familiares, quienes invierten sus energías en ayudar a los otros y no disponen de tiempo para ocuparse de sí mismos. En otros casos las personas evitan pensar en lo sucedido, se refugian en actividades tratando de no afrontar la realidad de la pérdida, radicando precisamente en este propósito su potencial patogénico.
Duelo crónico	Aquel en que la relación luctuosa se arrastra por años, el sobreviviente vive incertado en recuerdos que monopolizan su actividad psíquica, lo que contribuye a impedir su reinserción social.
Duelo complicado	Es más frecuente en niños y en ancianos. En este tipo de duelo se acentúan los procesos de interiorización, culpabilidad o bien se somatiza la angustia impidiendo la finalización del duelo por un tiempo prolongado.
Duelo patológico	Se produce en personas con trastornos de personalidad o enfermedad depresiva con o sin antecedentes de intentos suicidas y se caracteriza por que: "la persona habla frecuentemente del suicidio o mantiene actitud de impotencia y baja autoestima; la persona se siente ignorada y sin apoyo a pesar de que a recibido apoyo, aunque no lo percibe; la persona en apariencia evoluciona bien durante los primeros meses rehaciendo su vida social y de repente vuelve atrás y se aísla socialmente; la persona exhibe múltiples quejas somáticas que la llevan a consulta médica con frecuencia, niega todo tipo de angustias, pero sus quejas no corresponden a causa orgánica; se produce un desarrollo o incremento del consumo de alcohol o de tranquilizantes o de hipnóticos autoprescritos".

(Doyle, 1996, pp.117-118):

La medicina paliativa moderna está ligada al concepto de ayudar al moribundo a morir con dignidad, basado fundamentalmente en derechos (Suarez, 2002), que no hacen otra cosa que mantener la condición humana a una más de las etapas de la vida: el morir. Estos derechos se describen de la siguiente forma:

Derechos inherentes al morir con dignidad

- Ser informado: saber qué está ocurriendo.
- Ser escuchado. -El más importante de los derechos señalados por la autora-
- Tomar decisiones, expresar sus criterios, que se le escuche y respete su autonomía.
- Expresar su criterio sobre dónde desea morir.

(Suarez, 2002)

Se ha descrito que ayudar al enfermo a morir con dignidad significa permitir morir en el lugar en que ha experimentado "felicidad, afecto y vida familiar". (Ventafridda, 1991).

Una vez que se ha producido el fallecimiento, el dolor por la muerte tiene componentes agudos y crónicos. El recuerdo de la persona desaparecida desencadena ondas de abrumador sentimiento de pérdida, llanto y agitación. El intenso sufrimiento de los primeros meses se caracteriza por retraimiento social, preocupación por el fallecido, disminución de la concentración, inquietud, estado de ánimo depresivo, ansiedad, insomnio y anorexia.

Los afligidos cónyuges o padres recuerdan repetidamente cómo fueron los últimos días, cómo supieron las dolorosas noticias del grave pronóstico y de la muerte y cómo se vivieron los momentos finales. Los padres o parientes que sobreviven buscan a menudo un culpable o se culpan a sí mismos o al personal que atendió al difunto. El médico debe reconocer este significado especial que tiene para los sobrevivientes y comprender sus reacciones en este contexto. Una reunión llevada a cabo al cabo de uno o dos meses después de la muerte puede ser una ocasión adecuada para discutir los hallazgos de la autopsia y cualquier tipo de cuestiones problemáticas.

La duración del sentimiento normal de pérdida es mucho más variable de lo que en un principio se creía y a menudo se prolonga mucho más allá de un año. Los cónyuges de edad avanzada que han tenido una larga convivencia suelen sufrir en forma aguda durante dos a cuatro años o más (Parkes & Weiss, 1983).

Las intervenciones con sobrevivientes con duelo tienen los siguientes objetivos terapéuticos:

- Mejorar la calidad de vida del doliente
- Disminuir el aislamiento social
- Disminuir el estrés
- Incrementar la autoestima
- Mejorar la salud mental del sobreviviente.

PARTE VII
TRATAMIENTO PSICOONCOLOGICO DEL PACIENTE CON CANCER
MAMARIO

Con el término cáncer, como ya sabemos se define un grupo de enfermedades que durante siglos ha llevado el miedo al corazón de la gente de acuerdo a su previsible evolución fatal, ausencia de causa o curación conocida y su asociación con dolor y lesiones desfigurantes que lo ha hecho especialmente temido y odioso. Los médicos han evitado durante mucho tiempo confesar a sus pacientes que tenían cáncer, creyendo que les sería demasiado doloroso el oír este diagnóstico. La prensa evitaba imprimir la palabra y la familia conspiraba con el médico para guardar el diagnóstico en secreto ante el paciente.

Varios factores han contribuido a que esta actitud cambie en los Estados Unidos, la asociación estadounidense contra el cáncer -fundada en 1913- comenzó a educar a la gente sobre el diagnóstico y tratamiento precoces. En las décadas de 1950 y 1960 médicos y pacientes se hicieron algo más optimistas con respecto a la enfermedad cuando la radioterapia y la quimioterapia comenzaron a alterar el patrón de evolución de varios tipos de neoplasias en niños y adultos jóvenes. Los clínicos comenzaron a hablar de manera más abierta con los pacientes y sus familias de todos los aspectos de la enfermedad.

La difusión de los hospicios en Europa y el trabajo iniciado por la doctora Elizabeth Kubler-Ross en los Estados Unidos llevaron a reexaminar y mejorar el cuidado de los pacientes moribundos. Se prestó mayor atención al control de los síntomas, con especial énfasis en el dolor. Aquellos pacientes que quisieron exponer sus temores respecto al cáncer avanzado y la muerte pudieron hacerlo debido al reconocimiento por parte del cuerpo clínico de la enfermedad desde la perspectiva del enfermo.

La transición del cáncer desde un grupo de enfermedades rechazadas y sin esperanza a otro con posibilidades de curación incrementó los esfuerzos terapéuticos y la amplia investigación despertó más interés por los aspectos psicológicos de la enfermedad. Con objeto de enfrentarse a las dimensiones humanas del cáncer y a su impacto sobre la función psicológica y social de los pacientes, sus familias y el personal que los atiende, se desarrolló el campo de la psicooncología.

Modelos de intervención psicooncológica a la paciente con cáncer de mama

Modelo del Centro de Desarrollo de la Persona Middleton-Bücher

Basados en el modelo teórico de inducción del cáncer expuesto en la parte V, la intervención tiene por objetivos la prevención de la enfermedad y en la recuperación de la salud, según el siguiente modelo de intervención:

Prevención

Se sustenta en repertorios de habilidades susceptibles de ser aprendidas. En una sociedad en que existen tradiciones culturales de repertorios insalubres, la prevención se basa en el aprendizaje de repertorios conductuales y de creencias en pro de la mantención de la salud. Existiría un cambio radical en los sistemas de salud de existir el autocuidado y autorresponsabilidad en la educación básica. Los elementos fundamentales de un programa de prevención serían:

- Cada persona es responsable de sus procesos de salud y enfermedad. Si dejamos de cuidarnos y nos enfermamos, no es por mala suerte, ni de otra persona, ni del clima incluso. Es nuestra responsabilidad, y no hemos sido capaces de velar por nuestra salud. Manteniendo esta conducta enferma el sistema de salud poca injerencia puede tener en restablecer la salud.
- La persona es un todo integrado: mente, cuerpo y emociones inserto en un ambiente. Cualquiera de estos elementos que se vea afectado puede alterar nuestra salud.
- Nuestro cuerpo es una fuente preciosa de información que nos permite saber si algo nos está haciendo daño.
- El cuerpo tiene la capacidad natural de estar sano. Por ejemplo: si ha visto afectado por un maltrato (tensión, etc.) y rectificamos y le damos tiempo, el cuerpo sabrá recuperar la salud sin la necesidad de agentes externos,
- Nuestro organismo necesita cuidados y atención. Necesita ser escuchado.

La educación en salud exige la integración permanente en la vida adulta para ser transmitida en forma coherente a los hijos. Así mismo, sólo una ciencia médica basada en la integración de los factores que influyen en el funcionamiento del ser humano puede ejercer algún peso sobre la prevención real.

Habitualmente a la consulta del psicólogo no llegan los pacientes oncológicos, sino personas con un cuadro típico de futuro canceroso. El rol del psicólogo clínico en el campo preventivo del cáncer es llegar a los pacientes que están viviendo una “escalada psicosomática”. El estado precanceroso – mostrado previo al diagnóstico- se presenta clínicamente como:

“No sabe desde dónde abrirse a sí misma, al mundo, a las personas que quiere, está presa en una cárcel de valores, llena de estructuras que le sirven para manejarse segura en un terreno conocido, y todo cambio representa un peligro. No saben establecer puentes entre las dinámicas de la actividad y el de la pasividad, receptividad y perceptividad; se ven agotadas, sin vitalidad. Han bloqueado su emotividad, y si ésta aparece, es un estado depresivo, de derrota, de impotencia existencial, de falta de sentido. Generalmente hay una gran distancia entre lo que la persona siente en verdad y su darse cuenta de ese sentimiento; hay una falta de perceptividad de sí mismas, de los otros, del mundo, de la naturaleza no hay espacio ni permiso para la libre expresión de ellas, se está anestesiada bajo la forma de insensibilidad, o de rigidez que se observa en el lenguaje corporal, no saben expandir su cuerpo; presentan una falta terrible de osadía. Se pierde el sentido de lo esencial” (Middleton, 2004)

La persona finalmente enfermaría cuando la situación la sobrepasa, careciendo de la capacidad de decisión necesaria debido al miedo a las consecuencias de optar, paralizándose - frenando su impulso vital.

Existirían oportunidades vitales en el enfermar: Necesitamos cariño, pero sin tener que pedirlo explícitamente. Las enfermedades vienen a ser manifestación también de aquellos beneficios que no sabemos conseguir por medios más directos y con menor costo. Pueden ser escapes a situaciones intolerables. También se encuentra una oportunidad para el crecimiento personal, un momento que regalarle a lo ignorado y desperdiciado por omisión.

Terapia

Aprovechar el cáncer para el propio crecimiento y desarrollo, viendo la propia enfermedad como una forma del propio organismo de manifestarse.

Sin embargo, ésta se da en el contexto de que la sola palabra cáncer se asocia a muerte, siendo en nuestra sociedad un tema tabú. Aún los pacientes con buen pronóstico que necesitan profundizar en el tema, se sienten aislados en sus angustias.

El objetivo de la terapia es recuperar la salud en el amplio sentido en que esta es comprendida desde el modelo: Recuperar la salud significa recuperar nuestro íntimo modo de ser, recordar quiénes somos, y específicamente en el cáncer recuperar la ingenuidad, con las vivencias de libertad, flexibilidad y apertura que ello significa. Recuperar la capacidad de alternar entre la actividad comprometida y la pasividad receptiva. Estar a cargo de nosotros mismos en todos los ámbitos:

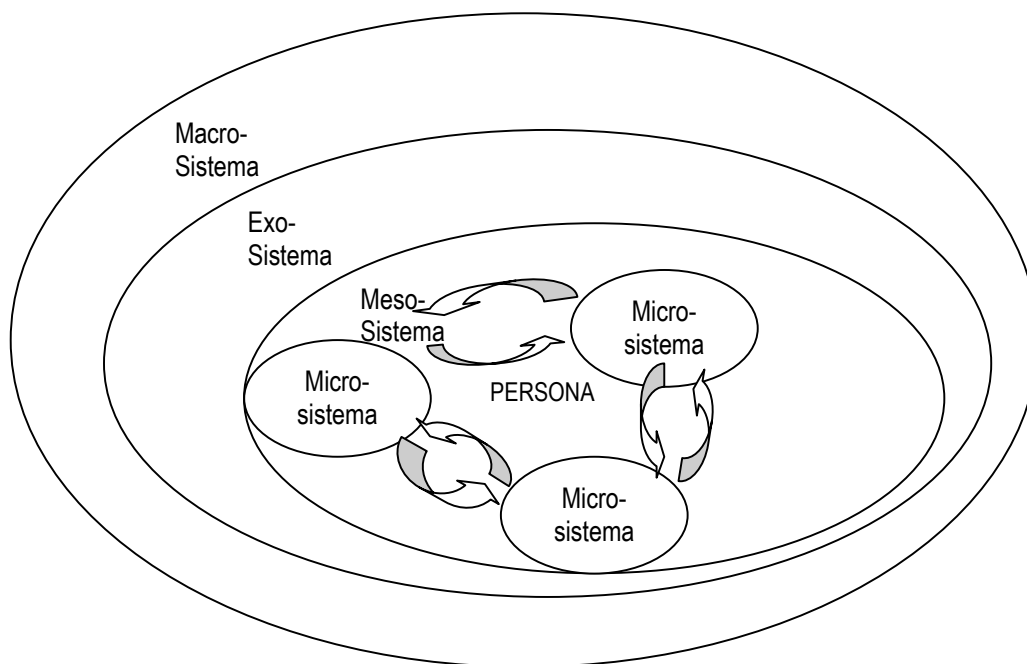
- Crear un puente expedito para reconocer las emociones.
- Desarrollar la creatividad, intelecto, espíritu, para ser personas autónomas y satisfechas con el propio quehacer.
- A menudo revisar la propia escala de valores con flexibilidad vital.
- Alimentarse adecuadamente.
- No paralizarse frente a dificultades, buscar caminos de solución.
- Revisar las relaciones personales para optimizarlas y detectar focos de incomunicación y conflicto.
- Enfrentamiento de la pérdida y el sufrimiento como partes de la vida. Atravesarlos y no evadirlos.
- Reír sanamente, con ganas, de lo que hay.
- Eliminar hábitos autodestructivos. Cuando una persona está sana no tiene necesidad de ellos (alcohol, tabaco, drogas, sedantes, etc.)
- Acercarse a la naturaleza, la cual nos acerca a lo limpio, ingenuo y sin sacrificio.
- Realizar diariamente relajación.
- Realizar ejercicio físico.
- Explorar y salir de las propias cárceles internas y externas.

Las técnicas usadas para ello se orientan a poner atención al lenguaje del cuerpo, y encontrar una solución desde el interior a su 'mensaje', elicitando una reorganización de la escala de valores personales. Para lo cual se hace uso de imaginación, integración del lenguaje de los sueños, entre otros.

Modelo ecológico para la psicooncología
Bronfren Brenner

El presente es un modelo sistémico en el que el ambiente ecológico se define como el conjunto de estructuras seriadas, cada una cabe sobre la otra dentro de las cuales se sitúa el enfermo de cáncer.

Como propuesta general el modelo se grafica de la siguiente forma:



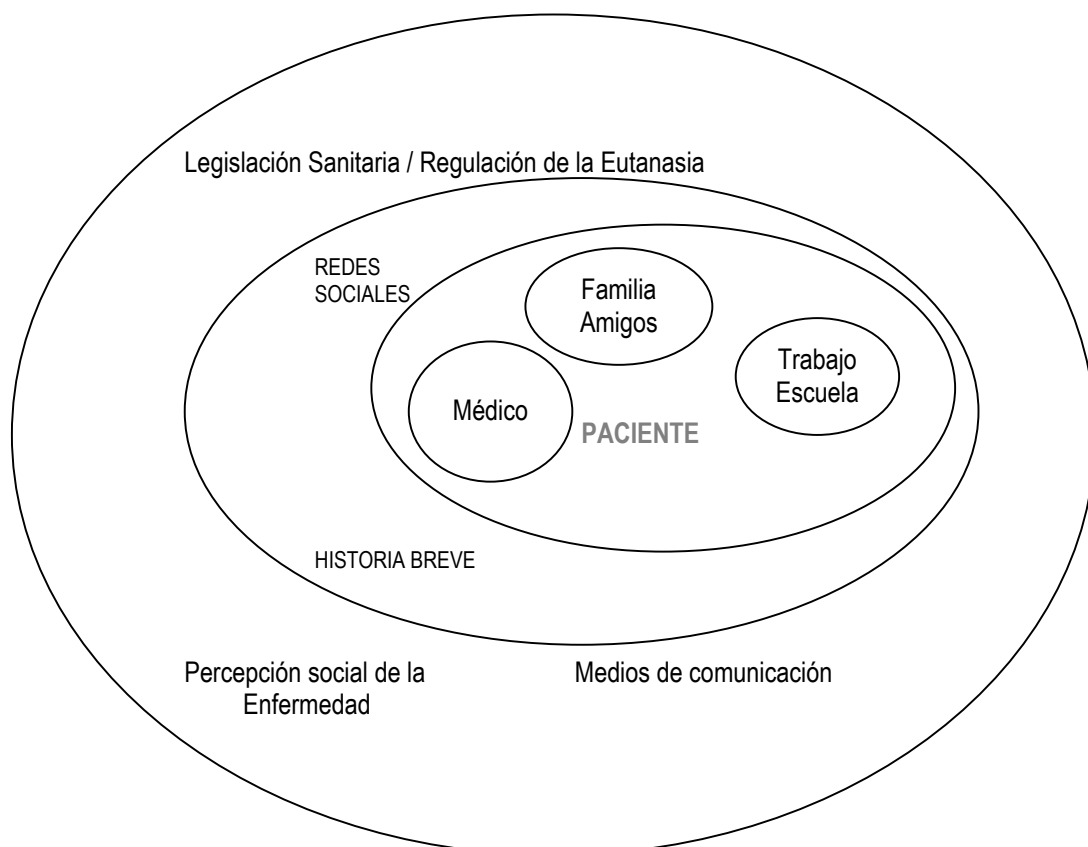
Brenner, (s.f.)

El Microsistema se define como el nivel más cercano a la persona donde puede interactuar fácilmente cara a cara, aquí están considerados los comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos.

Es en este nivel donde en el caso de los enfermos oncológicos se deben incluir los ambientes sanitarios que llegan a convertirse en cotidianos por largos períodos viéndose incrementado el ambiente cercano del enfermo oncológico. Además se torna más compleja la dinámica de funcionamiento de cada uno de ellos.

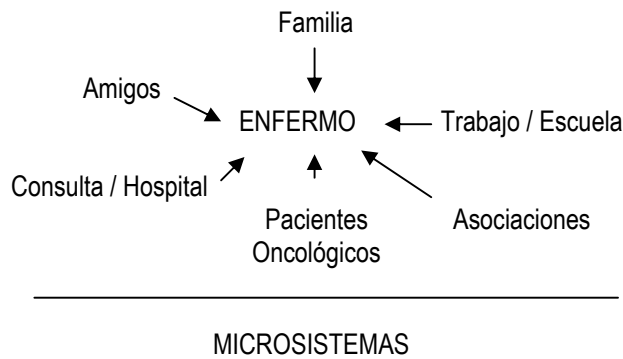


Brenner, (s.f.)



Brenner, (s.f.)

Éstas son entonces las variables que están juego sobre el cáncer, y por lo tanto sobre las que se debe actuar desde la psicooncología.



El paciente es el punto de partida para llegar a estudiar a muchas más personas que son quienes le rodean y las relaciones que entablan con él, que aparecen como primer plano de análisis. De las personas más cercanas al paciente va a depender en gran medida las actitudes que el paciente mantenga, y por lo tanto su recuperación.

Se debe tender a neutralizar las informaciones erróneas que esté recibiendo el paciente por parte de otros pacientes, y valorar el impacto que éstas han podido tener sobre él.

Variables en juego desde los distintos contextos del microsistema del paciente oncológico:

- variables individuales: personalidad, actitudes, pensamientos y cogniciones, prejuicios, valores, educación, percepción sobre la salud y enfermedad, reacción ante la enfermedad, historial personal ante la enfermedad.
- Familia: nivel de comunicación, conflictos previos a la enfermedad, conflictos post-enfermedad, rol del enfermo en la familia, sentimientos de culpa por la enfermedad.
- Amigos: comunicación, rol dentro del grupo, implicación de éstos en el cuidado del paciente, apoyo social que ofrecen.
- Trabajo-escuela: preparación (facilidades para ausentarse, trato hacia la enfermedad), trato hacia el enfermo específico, conocimientos de la enfermedad y su tratamiento, comunicación.
- Consulta-hospital: preparación (técnica, trato hacia el enfermo), vocación, actitud de informar al paciente, actitud hacia la enfermedad, actitud ante la muerte.
- Pacientes, compañeros del hospital o consulta: conocimiento de la enfermedad y tratamientos, comunicación con otros pacientes, evolución médica con los otros pacientes, experiencias compartidas de la enfermedad.
- Asociaciones: tipo de asociación, conocimiento de la enfermedad, comunicación entre miembros, grado de vinculación con paciente, apoyo social ofrecido.

El conocimiento real y objetivo acerca de cuál es el tipo de neoplasia, la posibilidad de tratamiento existente, y la posible curación se constituyen en elementos de control sobre su enfermedad, lo cual baja los niveles de ansiedad y/o angustia.

Con el médico la información y comunicación fluidas: adecuada vía de diálogo. Esto genera en el paciente un espacio de expresión sin reservas de sus dudas y temores, además de adquirir conciencia de su enfermedad, tipo de neoplasia, posibilidades de tratamiento existentes y posibilidades de curación. Todo lo cual se traduce en la entrega de elementos de control sobre la situación, y entonces niveladores de la ansiedad y angustia. Si se potencia un adecuado manejo de la información disminuye el riesgo de trastornos psicológicos y mejora la adaptación del enfermo.

Cuando una persona cambia su rol, se produce un cambio en el trato a éste, a partir de lo cual la persona cambia su modo de actuar, pensar y sentir. A este fenómeno se le denomina "transición ecológica", el cambio de posición de una persona en el ambiente ecológico debido a un cambio de rol, entorno, o ambos a la vez.

La vida adulta está caracterizada por: encontrar un trabajo, cambiar de trabajo, perder el trabajo, casarse, tener un hijo, como también temas más universales como enfermar, ir al hospital, sanar, volver al trabajo, jubilarse, morir. Cualquier transición ecológica se caracteriza por ser consecuencia y productora de procesos de desarrollo.

El apoyo que el paciente reciba por parte de los entornos en que está inmerso es uno de los principales factores para mejorar la calidad de vida y disminuir los niveles de estrés. Esta es una de las variables que más influye sobre la manera de enfrentar la enfermedad. Este apoyo se traduce en: mantenimiento del trabajo -en proporción a las posibilidades de esfuerzo de la persona- y el mantenimiento de las relaciones sociales en las distintas esferas. La postergación significa una muerte social previa a la muerte.

De la reacción emocional de la familia ante el diagnóstico y tratamiento depende en gran medida el ajuste mental y emocional del paciente a su nueva situación vital. Las familias tienden a privilegiar ante todo que el enfermo esté con vida, omitiendo lo que le esté pasando a éste en el presente. En el enfermo se genera la necesidad de callar sus sentimientos y pensamientos acerca de la enfermedad y de la propia vivencia de miedos, demandas, ilusiones y deseos.

Al interior del mundo sanitario destaca la importancia de la satisfacción de las necesidades que éste. El trabajar en un servicio en el que el personal cuente con los recursos necesarios para afrontar su propia ansiedad y donde se encuentre apoyado tanto a niveles técnicos como humanos, le facilitará su quehacer profesional, lo que finalmente repercutirá positivamente en el trato a los pacientes.

La estructura y sustancia del microsistema y el exosistema, tienden a ser similares, como contruidos a partir del mismo modelo maestro. Por el contrario en grupos sociales diferentes, los sistemas que los constituyen pueden presentar notables diferencias, y por lo tanto es posible describir sistemáticamente las diferencias entre estos contextos sociales. Al aplicar este concepto sobre la psicooncología, se pueden distinguir elementos que van a influir directamente en el paciente oncológico. Algunos de estos factores son: prácticas hospitalarias: frecuencia en las visitas al enfermo, derecho a ser informado, al tipo de tratamiento, eutanasia, etc.

La concepción social que se tenga de la enfermedad se verá expresada en las actitudes que el enfermo percibe desde los entornos cotidianos. El enfermo neoplásico debe hacer frente al significado sociocultural asociado a la palabra "cáncer".

Políticas gubernamentales: van a determinar qué prioridad se le dará al cáncer a nivel de salud pública (tratamiento, investigación, prevención).

Diversidad cultural y socioeconómica: es necesario evaluarla para evaluar distinciones ecológicas en juego, que pertenecen al contexto del paciente neoplásico. Todas las consideraciones a este respecto de asumir en la mayor medida las características diferenciales de cada microsistema, favorecerá tanto la adaptación mental y emocional del enfermo, como también una mejor evolución de la enfermedad.

Lo novedoso que aporta este modelo es la atención prestada a las interconexiones ambientales (microsistema, mesosistema, exosistema y microsistema) y por supuesto el gran impacto que estas interconexiones tienen sobre la persona enferma en su recuperación.

Dentro de las ventajas en la aplicación del modelo sobre el paciente oncológico se destacan:

La constante y progresiva acomodación a sus entornos inmediatos y también cambiantes, junto con sus interconexiones. De este modo se puede identificar el lugar donde corresponden las intervenciones a realizarse. Ej. A nivel familiar, cuando la reacción negativa del paciente está dada a partir del conocimiento de la familia sobre su enfermedad.

La consideración de necesidades por parte de los distintos entornos del enfermo y sus intervenciones, ajustando a la persona a su enfermedad. Por sobre del concepto de realidad objetiva en que el paciente está, la percepción que este tiene de su contexto, evita la infra o supervaloración de reacciones psicológicas por parte de éste.

Las desventajas del modelo están dadas por la gran complejidad al modelo de investigación, su gran número de variables y gran desarrollo de éstas en sus ambientes naturales a través de instrumentos de investigación menos restrictivos (cuestionarios, inventarios psicológicos, ya que se le da énfasis a la observación natural)

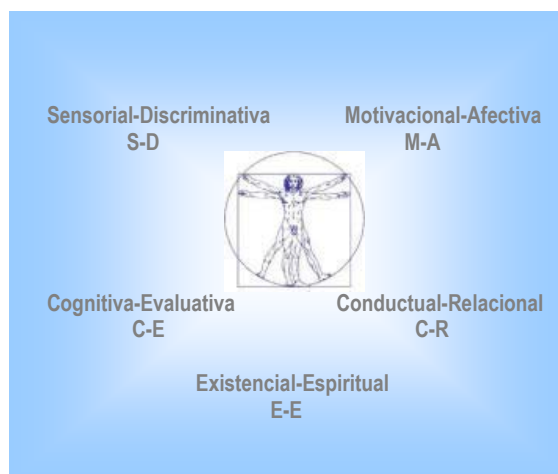
Modelo Multidimensional del dolor

Muñoz

El concepto del Dolor Crónico se ha desarrollado gracias a la investigación y a la experiencia clínica lo que nos permite afirmar que se trata de una experiencia multidimensional y compleja en un individuo global en un contexto y tiempo determinados. El objetivo general de la Psicología del Dolor será entonces, en coordinación y colaboración con el equipo multidisciplinar, modificar los factores psicosociales presentes en el Síndrome de Cronificación interviniendo directamente sobre sus indicadores.

Las Dimensiones Psicosociales del Dolor son constructos que permiten ordenar la información ofrecida por el paciente y determinar cual o cuales dimensiones están más o menos comprometidas en el proceso de cronificación y cuáles no. Las menos comprometidas se transformarán en recursos potenciales, las más en factores cronificadores.

Modelo multidimensional para el estudio y tratamiento del síndrome de cronificación



(Muñoz, 2002)

Dimensiones y Factores Psicosociales:

1. Dimensión Sensorial-Discriminativa (S-D): Identifica, evalúa, valora y modifica todos aquellos factores relacionados con la percepción subjetiva de la especialidad y temporalidad del dolor. Estos factores son:

- Intensidad (IN)
- Frecuencia (FR)
- Frecuencia de crisis (FC)

- Generalización (GE)
- Umbral doloroso (UD)
- Cronicidad (CR)
- Sintomatología asociada (SA)

2. Dimensión Motivacional-Afectiva (M-A): Identifica, evalúa, valora y modifica la respuesta emocional ante el dolor. Los factores afectivo-motivacionales presentan una cantidad significativa de indicadores psicofisiológicos, verbales y no verbales. Estos factores son:

- Ansiedad (AS)
- Depresión (DE)
- Astenia (AT)
- Irritabilidad (IR)

3. Dimensión Cognitiva-Evaluativa (C-E) los recursos y cronificadores cognitivos parecen tener un importante peso en el Síndrome, por sobre las demás dimensiones. Estos factores son:

- Locus de control (LC)
- Afrontamiento unidireccional (AU)
- Afrontamiento nocivo (AN)
- Predictibilidad (PR)
- Expectativa (EX)
- Controlabilidad (CO)
- Distorsiones cognitivas (DC)
- Creencias irracionales (CI)
- Creencias de control (CC)
- Creencias de autoeficacia (CA)
- Errores cognitivos (EC)
- Atención al dolor (AD)

4. Dimensión Conductual-Relacional (C-R): Las conductas de dolor pueden definirse como los métodos por los cuales el dolor o la enfermedad es comunicado a los otros. La dimensión asimismo identifica, evalúa, valora y modifica aquellas relaciones significativas y cotidianas del paciente asociadas a conductas y síntomas de dolor. Estos factores son:

- Comportamientos verbales (CV)

- Comportamientos no verbales (NV)
- Indicadores de incapacitación (II)
- Conductas dirigidas a reducir el dolor (CD)
- Limitación de la actividad (LI)
- Áreas problemáticas (AP)
- Reforzadores del dolor (RE)
- Apoyo social (AS)

5. Dimensión Espiritual-Existencial (E-E): Identifica, evalúa, valora y modifica los valores más significativos del sufrimiento a causa del dolor. La Psicología del Dolor lo define como un sentimiento aflictivo, psicológico y espiritual, limitante y trascendente, una vivencia psíquica que genera distintas inquietudes metafísicas.

Estos factores son:

- Angustia óptica (muerte) (AO)
- Angustia existencial (sinsentido) (AE)
- Angustia moral (culpa) (AM)
- Soledad (SO)
- Miedo al dolor (MD)
- Miedo al morir (MM)
- Desesperanza (DZ)

Proceso Psicodiagnóstico

El proceso psicodiagnóstico en Psicología del dolor tiene como objetivo identificar, evaluar, analizar y categorizar los distintos factores psicosociales presentes en el síndrome de cronificación, correlacionar su acción y discriminar el peso específico de ellos a través de sus indicadores. Todo factor debe ser operacionalizado y cuantificado. Esto hará posible diagnósticos temporales y guiará el diseño de planes terapéuticos eficaces. Es un proceso dinámico y flexible, de retroalimentación permanente.

La evaluación inicial se conceptualiza como el “mapa general previo de dolor”. Cada uno de los profesionales del equipo ofrece a la red de evaluación y diagnóstico sus indicadores. Esta evaluación general inicial del equipo pone en movimiento un proceso de características singulares:

Proceso psicodiagnóstico



Debido a la naturaleza del síndrome, respecto a su cronificación, se establecen plazos a priori para el cumplimiento de los objetivos; en general estos no deberían exceder los seis meses. Es un proceso multi e interdisciplinario que considera cuatro ejes dinámicos y temporales puestos en la imagen de una espiral: se trata de modificar tantos factores como sea posible, reduciendo el gasto de cronificación hasta lograr que el paciente sea dado de alta dentro de los plazos acordados por el equipo. El alta significará el retorno a su domicilio (el equipo realizará una visita coordinado con la familia) o significará la reinserción familiar, laboral y social del paciente.

(Muñoz, 2002)

Esta evaluación inicial o mapa general previo tiene por objetivo recoger información relevante de la biografía, historia médica, psicológica y social del paciente. Puede ser realizada por cualquier profesional capacitado de la Unidad y constituye un instrumento común de recepción. Posibilita la derivación interna, detectando de manera precoz qué dimensiones se encuentran más comprometidas y evita sobrecargar al paciente con la búsqueda de información aislada y generalmente repetitiva. Puede también entenderse como la ficha biopsicosocial, la cual idealmente debe estar digitalizada. Durante el proceso, constituirá el referente común de evolución.

De este modo se resume dentro de la valoración biopsicosocial lo siguiente:

- Derivación externa
- Características del dolor
- Biografía
- Historia médica del dolor
- Historia psicológica del dolor
- Medicación actual (analgésica, no analgésica)
- Compromiso de dimensiones psicosociales
- Derivación interna

Los instrumentos psicológicos deben ser herramientas dinámicas, de aplicación breve, y sus resultados cuantificables. Todos y cada uno de ellos serán construídos en función del síndrome de cronificación.

Estos instrumentos se pueden clasificar en:

1. Cuestionarios Multidimensionales: Recogen información general de los factores psicosociales, con la profundidad suficiente para determinar qué dimensión (es) está (n) cronificadas y cuáles se conservan como recursos potenciales. Dentro de éstos podemos destacar:
 - Cuestionario de dolor de Mc Gill (MPQ)
 - Cuestionario Multidimensional para el Estudio del Dolor (GEMAT-02)
 - Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor crónico (CAD)

2. Escalas y Mapas: Fundamentalmente detectan la dimensión sensorial-discriminativa y existen numerosas versiones. Las escalas en general presentan buena correlación siendo posible cuantificar la experiencia dolorosa, ofreciendo al profesional y al paciente un indicador confiable en el tratamiento y evolución. Los mapas discriminan con relativa exactitud localización y tipo de dolor.

Aquí presentamos un listado de ellos:

- Escala descriptiva simple de valoración verbal
- Escala numérica
- Escala visual anatómica
- Escala analógica graduada
- Escala analógica luminosa
- Escala de la expresión facial
- Escala de grises de Luesher
- Mapa somático
- Mapa visceral
- Mapa neuropático
- Mapa oncológico

3. Inventarios: Determinado el peso específico de cada factor y en función de la gravedad de su incidencia, se aplican inventarios para profundizar el estudio de él o los factores más significativos. Estos deben ser construídos en función de síntomas y conductas de dolor.

Actualmente se utilizan instrumentos generales como los siguientes:

- STAI
- BECK

- STAXI-2
 - Inventarios de evaluación cognitiva
 - Inventarios de apoyo social
4. Autorregistros y Observación: Se utilizan principalmente para recoger información sobre la evolución temporal del dolor, como también para determinar el nivel de actividad. Se aplican antes y después de los tratamientos. Éstos son:
- Diarios de Dolor
 - Indicadores de actividad
 - Observación directa

Informes Psicológicos

Los informes psicológicos son indispensable dentro del proceso de evaluación psicosocial los que consisten en la identificación y caracterización de las dimensiones y factores psicosociales de dolor, determinando el peso específico y la correlación entre ellos. No constituyen un diagnóstico en el sentido habitual del término; son mapas parciales de evolución. Gracias al ejercicio de esta función de evaluación y diagnóstico permanente, el psicólogo del dolor formulará planes terapéuticos breves, estratégicos y eficaces. Los informes estarán redactados en términos comprensibles para el paciente y el equipo.

De esta manera podemos resumir los informes psicológicos como sigue:

1. Datos generales del paciente
2. Criterio de justificación lesional
3. Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos
4. Antecedentes relevantes
5. Instrumentos aplicados
6. Resultados por dimensión
7. Hipótesis diagnóstica
8. Planes terapéuticos
9. Evolución
10. Alta

Terapéutica

En la terapéutica el principio fundamental consiste en aplicar la o las técnicas más precisas para los factores identificados en la evaluación (sean éstos cronificadores o recursos). Se utilizan actualmente un gran número de técnicas y procedimientos de intervención que han resultado de los conocimientos adquiridos en la práctica clínica, de la psicología y de las ciencias afines. El tratamiento supone intervenciones clínicas con el objeto de modificar la presencia de los factores psicosociales. La duración del tratamiento debe ser lo más breve posible y orientada por criterios de eficacia. Las reevaluaciones indicarán el avance del paciente, la eficacia de las técnicas empleadas y la dirección de la terapia. En cuanto al formato de las sesiones, éstas se guiarán por los factores de mayor peso cronificador y por la utilización estratégica de los recursos preservados en el paciente.

Los objetivos del tratamiento deben concretarse en la solución del problema específico de dolor sin proponerse intervenciones en niveles propios de la Psicología Clínica.

Las técnicas psicológicas más utilizadas son:

- Psicofisiológicas
- Cognitivo-Conductuales
- Conductuales
- Experienciales
- Sistémicas
- Estratégicas

La investigación del psicólogo del dolor en el marco de la Algeología tiene importancia al menos, por las tres siguientes razones: permite evaluar críticamente la abundante cantidad de investigaciones que de continuo se publican para discriminar nuevos aportes y determinar qué procedimientos de evaluación e intervención terapéuticas sean más adecuados para los pacientes. Es también una condición para evaluar la efectividad de su propio trabajo, de modo que eviten prácticas espúreas clínicamente sostenidas por la inercia, y se promueva una mejor actuación profesional. Finalmente constituye una dotación facultativa con la que se contribuye al trabajo en equipo, en contextos multi e interdisciplinarios (Unidades de Dolor y Cuidados Paliativos) donde ya se espera esta destreza por parte del psicólogo.

La construcción y validación de instrumentos y el desarrollo de técnicas y procedimientos eficaces, constituyen los retos más actuales y significativos. Este esfuerzo sin embargo, debe ser sostenido por una epistemología sólida y clara: el psicólogo del dolor y sus recursos (teóricos, metodológicos y técnicos) están puestos al servicio de la evolución de la persona y su síndrome, y dependen estratégicamente del objetivo general del Equipo.

El desarrollo de la psicología del dolor, en los próximos años dependerá entonces, no sólo de la investigación y la práctica clínica; su validación como especialidad en los equipos multidisciplinares exige sin duda este cambio epistemológico.

vii.2. Aspectos centrales del tratamiento psicooncologico

La visión más generalizada del rol del psicooncólogo se ve reflejada en las declaraciones del rol que afirman los profesionales de la salud y psicólogos en el área. Ya sea por sus prácticas como por la primacía teórica de las dos grandes vertientes reactivas de la psicooncología, podríamos resumir esta visión del rol como sigue: “El tratamiento psicológico del paciente de cáncer tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar. Por otro lado, en todo momento la intervención psicológica ha de estar integrada con el servicio de atención médica de un modo inter/multidisciplinar.”

De la experiencia clínica recogida por la psicooncóloga chilena Jennifer Middleton, (entrevista 2004) así como corrobora el estudio de Rudy en Córdoba Argentina (s.f.) aun entre psicólogos, así como en el personal médico, existe actualmente muy poco conocimiento del campo de acción del psicooncólogo. Más bien se le concibe por el equipo médico como un apoyo y un canalizador de los aspectos humanos inmanejables por ellos “cuando la situación desborda”. Por su parte, los psicólogos sólo hacen referencia al rol de contención que cumplirían para el paciente, su familia y el equipo médico.

Pero subyaciendo a esta visión del rol y la desinformación que ella trae implícita, no se le atribuye un rol estructurante en el tratamiento, como si la psiquis no nos estructurara corporalmente también. Queda entonces en el vacío aquello que el sentido común no sabe con respecto del rol del psicooncólogo en el cáncer:

- Prevención
- Tratamiento:
 - Cambio en la escala de valores vitales
 - Valoración personal
 - Sentido de vida
 - Estilo de enfrentamiento ante el estrés.
 - Cambio de estilo de vida

líneas de intervencion psicologica de la paciente de cÁncer de
mama

Las líneas de intervención psicológica en el área del cáncer son las siguientes:

1. Intervenciones preventivas: Eliminación de hábitos de consumo de sustancias de riesgo, afrontamiento del estrés, adopción de hábitos saludables y de conductas que faciliten la detección temprana de tumores.
2. Información adecuada al paciente: Contenidos, tipos de información, estilo, vías de administrar la información al paciente y familiares, así como el momento y la secuencia más oportuna.
3. Preparación a la hospitalización y tratamientos: Con el objeto de reducir la ansiedad y el impacto estresor que conllevan y adquirir respuestas adaptativas a esta situación. En este caso, el objetivo es controlar las reacciones emocionales y repertorios de afrontamiento ante la hospitalización y la cirugía.
4. Tratamiento tras el diagnóstico de cáncer: Con el objetivo de reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas; promover un sentido de control personal y participación activa; dotar al sujeto de estrategias para hacer frente al estrés y facilitar la comunicación del paciente con su pareja y su familia.
5. Tratamientos asociados a la patología del cáncer o tratamientos médicos del Cáncer. En este apartado las áreas de mayor aplicación de intervención psicológica son:
 - a) Control de reacciones condicionadas y otros efectos asociados a la quimioterapia: ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios asociados, control de la fatiga, cambios en aspecto físico (alopecia), etc. O la radioterapia: miedo a posibles quemaduras, efectos de fatiga y malestar.
 - b) Afrontamiento del trasplante de médula ósea: un tratamiento altamente agresivo que implica muchos estresores físicos y psicológicos, incluyendo aislamiento en un ambiente libre de gérmenes, fluctuaciones en el estatus médico, procedimientos médicos invasivos, infecciones repetidas, etc.
 - c) Dolor agudo asociado a procedimientos diagnósticos tales como punciones lumbares, endoscopias, biopsias, etc.
 - d) Dolor crónico producto de la patología del cáncer.

- e) Anorexia, que puede ocurrir secundariamente a las tres principales modalidades de tratamiento, cirugía, quimioterapia y radiación o por la propia patología de cáncer.
 - f) Problemas sexuales. Cierta proporción de los pacientes de cáncer adquieren, como resultado o en asociación con el tratamiento, algún tipo de disfunción o problema sexual, esto es particularmente cierto en algunas localizaciones tumorales tales como colorrectales, ginecológicas, urológicas y mama.
 - g) Adaptación a amputaciones, mastectomía, ostomías y otros efectos de intervenciones quirúrgicas.
6. Intervención en la fase terminal: Con el objetivo de paliar el proceso lo más posible tanto en el paciente como en sus familiares.
 7. Selección y entrenamiento de personal voluntario: Que sirven de apoyo social y ayuda a las intervenciones médicas y psicológicas.
 8. Entrenamiento de afrontamiento del estrés para personal médico y de enfermería: Dirigido al entrenamiento de habilidades para la relación terapéutica, así como a dotar de estrategias para el manejo de situaciones problemáticas ante el paciente oncológico.

La información entregada a la paciente con cáncer de mama

Un tema prioritario es la información que se administra al paciente acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Aunque hasta la década de los sesenta la mayor parte de los médicos tendía a informar escasamente o no informar a los pacientes de cáncer del trastorno que padecían, la tendencia en los últimos años se ha invertido. En algunos países como Estados Unidos debido a imperativos legales, en otros por razones diversas entre las que se incluyen la demanda de los propios pacientes y la adopción de un modelo de atención médica más centrado en el papel activo del paciente. Probablemente también sea importante el haber constatado que los pacientes informados correctamente muestran una mejor adaptación social a largo plazo, aunque no inmediata.

Los efectos positivos de la información al paciente de cáncer dependen del contenido de la información, del cómo y cuándo se emita. Respecto al contenido de la información ésta debe incluir al menos:

- El diagnóstico y características clínicas del cáncer.
- Características de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, las razones por las que se aplican y los efectos benéficos que comportan.

- Efectos colaterales de los tratamientos, tipos, incidencia y estrategias o medios para disminuir o paliar los efectos negativos: prótesis, posible caída del cabello, náuseas y vómitos, etc.

En cuanto al cómo y el cuándo:

- La información ha de ser secuencial, es decir, ha de tener en cuenta los diferentes momentos o fases del proceso asistencial, de forma que sea específica y concreta a la situación en que se encuentre la persona.
- Debe estar administrada por el especialista del área en cuestión, de forma que los aspectos acerca de las características y curso de la enfermedad han de ser comunicados por el médico, mientras que los aspectos psicosociales han de ser comunicados por el psicólogo. Inicialmente, la información se dará por medio de conversación, pudiendo complementarse mediante folletos, películas o información provenientes de otras personas que hayan pasado por una experiencia similar (en este caso es imprescindible el entrenamiento específico de ellas).
- Debe ser congruente, de forma que lo que se le dice al paciente a través de los distintos canales de información sea similar. Por eso es importante que la comunicación tanto del diagnóstico, como del pronóstico y efectos de los tratamientos sea dada al mismo tiempo que al paciente, su pareja y a los familiares más allegados. La adecuada comunicación entre los miembros del equipo de intervención asegurará dicha congruencia.
- Hay que adecuar la información al estilo de afrontamiento del paciente. La investigación ha revelado distintos estilos de afrontamiento por parte de los pacientes, algunos prefieren olvidar, negar o evitar la evidencia de la enfermedad. En este caso, una información reiterada y exhaustiva puede serles negativa, mientras que otros prefieren buscar cuanto más información mejor, por lo que se les debe facilitar la máxima posible.
- La información ha de estar estructurada, integrando un esquema conceptual de lo que significa el cáncer, pues en muchos casos es necesario hacer comprender al paciente que el concepto que tiene sobre el cáncer es incorrecto e inadapto. Asimismo hay que insistir en las posibilidades de intervención actuales, insistiendo en las elevadas tasas de recuperación que se consiguen, y destacar la importancia de la actuación que debe llevar a cabo el propio paciente. En todo caso, la información ha de ser realista y hay que abstenerse de ofrecer expectativas positivas infundadas.
- La información del diagnóstico o tratamientos a seguir, puede hacerle sentir al paciente mayor ansiedad inicialmente, pero a medio y largo plazo los pacientes informados y sus familiares logran desarrollar una mejor adaptación al proceso: la ausencia de información puede producir una mejor adaptación pero sólo a corto plazo. Ha de tenerse en cuenta que el dar información puede llevar a un mayor estado de estrés sólo si no se acompaña de entrenamiento en estrategias para afrontar los problemas que se originarán. Conviene, por tanto, registrar los efectos de la información, así como la precisión y comprensión obtenida por el paciente de lo que se le ha comunicado.

PREPARACION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS EN PACIENTES DE caNCER

La aplicación de cirugía con el propósito de eliminar las fuentes tumorales es uno de los primeros y más efectivos tratamientos en oncología y la mas cercana garantía de curación, sin embargo es un fuerte estresor para muchos pacientes ya que provoca en ellos y sus familiares cercanos, reacciones de miedo a la muerte, desfiguración, dolor, pérdida de control, etc. Se distinguen cuatro áreas que afectan a la adaptación del paciente a la cirugía:

- 1) El peligro representado por la cirugía en sí misma, esto es la amenaza de la anestesia general, incisión, amputación, etc.
- 2) Los efectos postoperatorios del procedimiento: dolor, malestar, reducida capacidad para la actividad física y la ambulación.
- 3) La incapacidad para reasumir los roles sociales deseables, como son actividades recreativas, deberes familiares y ocupacionales.
- 4) Aspectos asociados a la condición médica a largo plazo, registro de síntomas y signos de enfermedad, así como la perspectiva de próximas intervenciones médicas (radioterapia, quimioterapia, etc.).

Las intervenciones adecuadas para la preparación quirúrgica incluyen las siguientes áreas:

- a) Información de procedimiento: Aportar información precisa de lo que se le va a hacer al paciente, el momento en que se va a llevar a cabo, y las razones por las que se realiza, lo que contribuirá a reducir el distress y minimizará la incertidumbre.
- b) Información subjetiva y de sensaciones: Se ha de ofrecer información al paciente sobre las sensaciones somáticas producidas por la operación, las producidas por la enfermedad, así como de las reacciones emocionales que experimentará el paciente ante sucesos específicos.

El objetivo que el paciente haga interpretaciones benignas de estas sensaciones y no como signos de alarma. La información, ya sea de procedimiento o subjetiva, se ha de dar personalmente, secuenciada, para no sobrecargar al paciente, mediante entrevista directa y con la ayuda de folletos informativos o medios audiovisuales.

- c) Estrategias de afrontamiento específicas: Dotar al paciente de estrategias orientadas al problema y al control de la emoción.

Entre las estrategias orientadas al problema se aplican frecuentemente: entrenamiento en respiración profunda, relajación, toser, movilización de extremidades y ejercicios de ambulación para facilitar la recuperación de capacidades físicas.

Entre las estrategias de afrontamiento centradas en emociones: petición apropiada de la medicación, distracción cognitiva, visualización, atención orientada a los aspectos positivos, interpretación positiva de sensaciones y control autoinstruccional.

Los pacientes han de ser entrenados en estas técnicas, y expuestos en imaginación o en vivo gradualmente a estímulos que permitan la práctica y habituación a los estímulos estresantes relacionados con la cirugía.

Programas de intervención tras el diagnóstico de cáncer mamario

En programas cognitivos, los objetivos en este momento implican:

- A) Reducir la ansiedad, depresión, y otras reacciones emocionales desadaptativas
 - 1. Facilitar el sentido de control del paciente: demostrar que puede realizar un amplio rango de actividades para su motivación y disfrute, puesto que se eligen actividades agradables para el sujeto.
 - 2. Enseñar el modelo cognitivo: Se enseña al paciente la conexión entre los pensamientos automáticos y los estados de humor y la conducta, con ejemplos de su vida diaria.
 - 3. Estimular la expresión manifiesta de sentimientos: Se estimula al paciente a expresar y aceptar emociones negativas tales como la ira y la desesperación antes de estar sujeta a cualquier prueba de realidad, las emociones no son “buenas” o “malas”, simplemente se sienten, su identificación correcta permite conocer cuáles son sus causas y posteriormente, la forma de hacerles frente.

- B) Fase intermedia (3-6 sesiones): Disminuido el primer impacto estresor y conocido el modelo cognitivo por el paciente, la intervención se puede centrar más en dichos aspectos cognitivos, siguiendo estos pasos:
 - 1. Enseñar a desafiar pensamientos automáticos y principios básicos de pruebas de realidad para aplicarlos a sus problemas emocionales.
 - 2. Continuar el uso del proceso de resolución de problemas: Ahora, a diferencia del primer nivel, el objetivo se centra en reducir el estrés emocional ante temas menos urgentes pero igualmente importantes, por ejemplo, aislamiento social, problemas de comunicación con la pareja, dificultades en afrontar posibles consecuencias del cáncer, etc. El paciente y su pareja adoptan un papel activo en resolución de problemas conforme la terapia avanza.

- C) Terminación de la terapia (1-3 sesiones): Esta fase se compone de los siguientes elementos:
 - 1. Prevención de recaídas: Se discuten y entrenan las estrategias a utilizar ante el posible retorno de problemas emocionales.
 - 2. Planificar el futuro: Según progresa la terapia se abordan metas a más largo plazo. Se estimula a las parejas a establecer metas realistas para 3, 6 ó 12 meses por delante y a hacer planes prácticos para alcanzarlas.

3. Identificar supuestos subyacentes: Al seleccionar pacientes es apropiado explorar creencias que dan lugar a sus problemas emocionales y ayudarles a cambiar reglas y supuestos que relacionan su modo de estar en el mundo.

La investigación acerca de los tratamientos cognitivo-conductuales en cáncer, aunque escasa, muestra consistentemente que las intervenciones cortas (de menos de 10 sesiones) aplicadas tras el diagnóstico de cáncer son altamente beneficiosas, tanto a corto plazo como a largo plazo para producir un afrontamiento positivo de los pacientes de este acontecimiento estresante, que les lleva a disminuir problemas de ansiedad, depresión y mantener su calidad de vida.

Tratamiento psicológico de las reacciones condicionadas a la quimioterapia

Si bien el tratamiento con quimioterapia es enormemente eficaz para impedir el desarrollo de nuevos tumores, lleva consigo efectos colaterales, los más comunes de los cuales son la ansiedad, náuseas y vómitos. Los estudios epidemiológicos revelan que entre el 25% y el 65% de los pacientes tratados con quimioterapia se sensibilizan al tratamiento, desarrollando reacciones de ansiedad y presentando náuseas antes del mismo.

Tan frecuentes y conocidos son estos fenómenos que los pacientes que comienzan la terapia generalmente presentan ya una cierta aprensión por este tipo de procedimientos.

Los programas de tratamiento psicológico más empleados han sido los siguientes:

- a) Hipnosis: Consiste en la inducción de la hipnosis, con sugerencias de relajación profunda y visualización de escenas placenteras. Para asegurar su eficacia ha de practicarse fuera de la sesión.
- b) Relajación muscular progresiva con imaginación: Consiste en que antes y durante la infusión de quimioterapia, se aplica relajación muscular progresiva e imaginación de escenas relajantes. El terapeuta debe aplicar la relajación durante las 4 primeras infusiones, después debe aplicarla el sujeto solo y practicar fuera de la sesión. Esta técnica presenta una eficacia del 50% en la reducción de náuseas y vómitos.
- c) Biofeedback-EMG con imaginación: Consiste en la aplicación de biofeedback de tensión muscular en localizaciones múltiples, en conjunción con entrenamiento en relajación e imaginación durante las infusiones. Se comienza con el entrenamiento en biofeedback y una vez reducida la activación

fisiológica, se introducen imágenes distractoras. Los resultados de estas intervenciones se han mostrado eficaces.

- d) Desensibilización sistemática: Se construye una jerarquía de estímulos ansiógenos relacionados con la quimioterapia y se expone en imaginación a los sujetos, al mismo tiempo que se aplica relajación. Un aspecto importante es que la efectividad de la desensibilización se mantiene aunque no se administre al mismo tiempo que la quimioterapia. Existe evidencia experimental de la eficacia de este procedimiento.
- e) Técnicas de control atencional: Técnicas de distracción mediante estímulos externos, mediante videojuegos u otras actividades distractoras (televisión, contar historias, etc.) durante la sesión de quimioterapia con el objetivo de impedir que se forme el condicionamiento clásico. El videojuego implica actividades motoras y cognitivas, una atención sostenida, que se puede aumentar según se eleva la dificultad del juego y que dificulta la formación de reacciones condicionadas. Además, son muy atractivos para niños y adolescentes, y es una intervención muy económica ya que requiere poco entrenamiento.

Lerman (1990) encontró que la relajación es efectiva ante la ansiedad anticipatoria a la quimioterapia sólo entre personas que naturalmente enfrentan las molestias del tratamiento mediante la distracción, evitando la situación amenazante. La relajación se mostró inefectiva entre quienes se identifican por tener un estilo de afrontamiento de búsqueda de información, quienes se muestran hipervigilantes en relación a las amenazas.

Control del dolor

El dolor en cáncer está fuertemente influenciado por dimensiones cognitivas, afectivas, conductuales, además de los aspectos somáticos, por lo cual el tratamiento adecuado debe implicar tanto intervenciones médicas como psicológicas. En pacientes de cáncer el dolor es un problema usual, si bien su prevalencia e intensidad aumenta a medida que lo hace la enfermedad, el dolor moderado a severo puede afectar al 40-50% de los pacientes en el diagnóstico inicial; al 35-40% en estados intermedios, y en el cáncer avanzado al 60-85% de los pacientes. Algunos estudios indican que pacientes con metástasis tienen un riesgo de 1:5 a 1:3 de padecer dolor significativo, que aumenta a 2:3 y 4:5 cuando la enfermedad se encuentra en estados finales.

La etiología del dolor de cáncer puede clasificarse en:

- Dolor agudo. Provocado por los tratamientos y pruebas diagnósticas del cáncer.
- Dolor del cáncer.
- Dolor crónico de origen no maligno.

La evaluación del dolor ha de comprender las dimensiones:

- Conductuales: niveles de actividades o hábitos que se ven interrumpidos o deteriorados.
- Sensoriales y fisiológicos: (intensidad y características del dolor).
- Cognitivas: patrones de pensamiento y aspectos atencionales que sirven para aumentar o disminuir el impacto de los aspectos sensoriales.
- Funcionamiento físico: impacto en la interacción social y síntomas afectivos concurrentes.

Las intervenciones psicológicas que se han utilizado con mayor frecuencia para el tratamiento del dolor, tanto agudo como crónico, han aplicado técnicas de hipnosis, relajación progresiva y biofeedback.

Se han llevado a cabo programas de condicionamiento operante que se han mostrado útiles en aumentar los niveles de actividad motora y social del paciente, disminución de conductas de quejas, como también aumentar la frecuencia de conducta cooperativa hacia el personal sanitario.

Por último, los programas que recientemente han adquirido mayor desarrollo son los cognitivo-conductuales, en especial los programas de inoculación del estrés, que abordan la modificación de aspectos sensoriales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor.

Tales intervenciones se componen de los siguientes elementos:

- Educación: información al paciente acerca de los aspectos sensoriales, motores, afectivos y cognitivos implicados en el dolor.
- Adquisición y consolidación de habilidades de afrontamiento como relajación y respiración controlada, entrenamiento en control de la atención, graduación de tareas y habilidades sociales y detención de pensamiento, resolución de problemas y control de dialogo interno.
- Ensayo y aplicación de las habilidades entrenadas.
- Entrenamiento en generalización y mantenimiento.

A la hora de diseñar las técnicas de intervención hay que tener presente la magnitud y características del dolor y los recursos o capacidades cognitivas que posee el paciente. En el dolor asociado al cáncer estas técnicas han de aplicarse en combinación con las intervenciones farmacológicas, ya que en el caso de dolor continuo y/o de alta intensidad las técnicas de relajación o redirección de la atención no son aplicables.

Estas técnicas si son aplicables cuando el objetivo es disminuir la ansiedad y el estrés ante procedimientos diagnósticos o de tratamiento que implican dolor agudo tales como punciones lumbares o aspiraciones de médula ósea, sobre todo en niños.

Intervencion en la Fase Terminal

Los cuidados paliativos son el conjunto de intervenciones médicas, sociales y psicológicas encaminadas a mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares cercanos en la fase terminal, cuando la enfermedad ya no responde por más tiempo a tratamientos específicos y es potencialmente fatal en un lapso corto de tiempo. Como características de la situación terminal se han señalado:

- enfermedad avanzada, incurable y en fase de progresión rápida, claramente diferenciada de una situación de cronicidad alta relativamente estable.
- ausencia razonable de respuesta a tratamientos específicos.
- pronóstico de vida probable inferior a 6 meses.
- impacto emocional intenso sobre el enfermo, sus familiares y los propios terapeutas, suscitado por la proximidad de la muerte, y modulado por el sufrimiento físico, el aislamiento y la soledad.

La atención puede dispensarse mediante unidades de cuidados paliativos que son servicios hospitalarios especializados en este tipo de atención, que han de estar integrados por equipos multidisciplinares que incluyen médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, asesores espirituales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, así como voluntarios. De forma alternativa la atención puede ser domiciliaria.

En primer lugar, los cuidados paliativos han de orientarse al control de síntomas físicos: dolor, fatiga, debilidad, trastornos del sueño, anorexia, etc.

Los objetivos generales del tratamiento psicológico se centran en tres áreas fundamentales:

- a) Respecto al enfermo terminal:
 - Reducir la soledad y aislamiento del paciente.
 - Aumentar su control sobre el entorno y autonomía.
 - Reducir la apreciación de amenaza.
 - Aumentar la autoestima.
 - Disminuir la ansiedad y depresión.
 - Control de síntomas.
- b) Respecto a la familia son dos los objetivos:
 - Soporte emocional para el afrontamiento de la situación actual y para la pérdida inminente.
 - Soporte informativo de los recursos que pueden utilizar.

- c) Respecto del personal sanitario, se describen dos objetivos:
- Ayudar al manejo de sus propias emociones ante la situación terminal.
 - Formación para la detección de las necesidades reales del paciente terminal.

Para conseguir estos objetivos ha de hacerse uso de técnicas cognitivo-conductuales: inoculación de estrés, relajación, hipnosis, técnicas operantes para reforzar conductas apropiadas, etc. La cooperación de voluntarios que hayan tenido familiares con cáncer bien entrenados y seleccionados, es un elemento de aprendizaje vicario de respuestas de afrontamiento que es de mucha utilidad.

Resultados de las terapias psicooncologicas del CM en Chile

La publicación de experiencias psicoterapéuticas con pacientes de CM en nuestro país es escasa, encontrándose una sola referencia en las revistas nacionales de psicología clínica y de oncología. Sorprende que en la biblioteca de la fundación Antonio Lopez Perez la colección sea estrictamente médica.

Middleton, Rivas, Saavedra, Ducaud & Saint-Jean (1983) estudiaron la evolución de diez mujeres de escasos recursos³⁴, consultantes del Servicio de Cirugía del Hospital del Salvador con CM en estadios II y III en período post operatorio³⁵ sometidas a un tratamiento integral. Se definieron 3 áreas de objetivos terapéuticos: médicos a cargo del oncólogo, Sociales a cargo de la asistente social, cuales fueron mantener y mejorar: la capacidad para realizar actos de la vida diaria en forma autónoma, la actividad laboral e interacción social, junto con modificar favorablemente la perspectiva personal de la enfermedad. Y objetivos psicológicos a cargo de tres psicólogos evaluadas en triple ciego, planteándose los siguientes objetivos terapéuticos:

1. Desmitificar la enfermedad con el objeto de modificar las creencias y mejorar las expectativas.
2. Asumir responsabilidad por la salud.
3. Optimizar las relaciones familiares para el apoyo del paciente.
4. Mejorar la tolerancia al tratamiento médico.
5. Lograr un mejor manejo del dolor.
6. Identificar conflictos subyacentes.

³⁴ Edad: entre 37 y 65 años, en conocimiento de su enfermedad, sin lesiones cerebrales o cuadros psicóticos graves, capaces de recibir atención ambulatoria, con y sin tratamiento coadyuvante.

³⁵ Fueron sometidas a masectomía radical modificada según Patey y a masectomía simple ampliada, ambas técnicas implican la remoción total de la mama con la piel que la recubre y vaciamiento axilar. El tiempo post operatorio de inicio de la terapia varió de 1 mes a tres años.

Se realizó un programa de tratamiento psicoterapéutico de diez sesiones programadas aplicadas con flexibilidad, incluyendo una sesión familiar, una de evaluación y otra de seguimiento, de periodicidad semanal. Se realizaron cuatro controles médicos, uno previo a la psicoterapia, dos durante su desarrollo y un cuarto control de seguimiento terminada la psicoterapia. Las evaluaciones psicosociales realizadas por la asistente social se realizaron a través de una pauta estándar en tres momentos: al ingreso al programa, durante el tratamiento y después de las 10ª sesión.

En el análisis de los rasgos de personalidad de las pacientes, se encontró que la mayoría de las pacientes presentó acontecimientos posiblemente desencadenantes y períodos tensionales de alta intensidad anteriores a la presentación de la enfermedad. Se observan características depresivas, fatalismo, escepticismo frente al tratamiento, pesimismo frente a la enfermedad, mitos respecto a la misma. Se observan múltiples síntomas neuróticos, algunos de connotación psicosomática y hábitos autodestructivos. En general se trata de personas que, de una u otra forma, reprimen sus emociones y postergan sus gustos y necesidades personales.

La evaluación social muestra una disminución de las actividades no remuneradas en el segundo control, que es superada en el tercer control. Todas las pacientes dejaron su actividad remunerada, produciéndose una pérdida del contacto exterior y disminución de la actividad sólo a labores hogareñas, bajando el nivel de ingresos. La evaluación de sus actividades típicas muestra autovalencia, sólo dos pacientes necesitaron ayuda para salir a la calle en uno de los controles.

A nivel de cambios actitudinales: Respecto a la actitud frente a su vida personal, el tratamiento fue eficaz en el aumento de la actitud optimista ante la vida, cambiando desde una actitud inicial de pesimismo o 'responsable con autopostergación'. En la actitud frente a la vida en relación al inicio del tratamiento la gran mayoría está concentrada en la vida familiar, al finalizar sólo algunas continúan con esta actitud. La actitud frente a la enfermedad se logra una actitud optimista ante la enfermedad en todas las pacientes, mejorando desde un inicio de 'optimismo', 'resignada' y 'pesimista'.

Con respecto al logro de los objetivos psicológicos:

- 1.- La desmitificación de la enfermedad se logró en todas las pacientes, excepto una, que abandonó el tratamiento.
- 2.- La responsabilidad sobre la salud se logró en todas las pacientes con una participación activa en su recuperación.
- 3.- La modificación de la relación familiar se logró en algunas de las pacientes, y en las demás, parcialmente, no se logró en las pacientes que abandonaron el tratamiento (2).

- 4.- La mejor tolerancia al tratamiento médico aumentó en todas las pacientes sometidas a tratamiento médico concomitante.
- 5.- El manejo del dolor se logró en todas las pacientes.
- 6.- La identificación de conflictos subyacentes se logró en algunas de las pacientes, y en las demás, parcialmente, no se logró en las pacientes que abandonaron el tratamiento (2).

Cualitativamente se observó un cambio notable de las pacientes frente a sí mismas, a la enfermedad y hacia el terapeuta mejorando: su apariencia personal, respeto por sus necesidades personales, aprovechamiento del tiempo libre, participación activa en su recuperación, superación de síntomas neuróticos -incluso psicósomáticos- superación de hábitos autodestructivos. Estos cambios fueron parciales en las pacientes que abandonaron la terapia.

La identificación de los conflictos subyacentes se vió dificultada por lo breve de la intervención y por el nivel sociocultural de las pacientes.

En los objetivos psicoterapéuticos directamente ligados a la enfermedad, aparece una concordancia estadísticamente significativa entre el logro de estos objetivos y la evaluación médica.

El resultado más destacado inferido por los investigadores de este trabajo es que el problema existencial de las pacientes de algún modo se centra en su patología cancerosa, y que cuando los objetivos psicoterapéuticos están orientados a producir un cambio positivo en la percepción psicológica de la enfermedad, esto se refleja en su evolución. Cuando se logra desmitificar la enfermedad y la paciente asume la responsabilidad en su recuperación, estos cambios influyen, mejorando el pronóstico.

Esto mismo ocurre con el dolor y la tolerancia a los tratamientos químicos, mediante el entrenamiento psicológico, las pacientes aprenden a comandar y manejar la percepción del dolor y a aumentar la tolerancia al tratamiento.

Dada la extensión del seguimiento menor a cinco años, no se puede afirmar que se halla influenciado el tiempo de supervivencia, sin embargo los resultados obtenidos establecen una mejora en la calidad de la supervivencia y su relación con la evolución de la enfermedad.

Resultados de las terapias

Como hemos revisado, durante las últimas décadas se han realizado múltiples estudios sobre los problemas de los pacientes oncológicos y de ellos se desprende la necesidad de apoyo psicológico. Trijsburg y cols. (1992) han realizado una revisión de 22 estudios controlados sobre las intervenciones psicológicas en estos pacientes, encontrando que el asesoramiento no estructurado fue eficaz con respecto al concepto de sí mismo, al estrés psicológico, al control de la enfermedad, a la fatiga y los problemas sexuales. Las variables afectadas positivamente con el asesoramiento estructurado fueron la depresión y el estrés. Las intervenciones conductuales y la hipnosis fueron eficaces respecto a la ansiedad, el dolor, las náuseas y los vómitos. En general, como señala Spiegel (1994) las diversas psicoterapias reducen la ansiedad y la depresión, mejoran el afrontamiento, aumentan la supervivencia y reducen costes innecesarios (consultas, pruebas e ingresos hospitalarios).

Burton (1994) examinó la satisfacción de pacientes de CM con su cuidado médico y psicológico en el momento de su cirugía y un año más tarde. Se condujeron entrevistas con 162 pacientes el día anterior a su cirugía, y a continuación se condujo 237 entrevistas un año más tarde. Se reaccionaron más positivamente que negativamente al servicio que recibieron. Antes de la cirugía, las quejas se correlacionaron positivamente con el espíritu luchador o el estilo de preocupación ansiosa de afrontamiento y con ansiedad y depresión y se presentó negativamente correlacionada con negación, aceptación estoica y con la edad. En el más bajo grupo SES se quejó menos que en los grupos SES más altos. Un año más tarde, las quejas se correlacionaron positivamente con los puntajes globales de angustia. Los pacientes con cáncer en comorbilidad con otras enfermedades o con cáncer recurrente se quejaron más. Las quejas que se grabaron se refieren con aspectos de servicio que necesitan que mejoren, sobre todo con respecto a comunicación médico-paciente.

El establecimiento de clínicas especiales para mujeres con una historia familiar de CM es recomendada para proveer consejo en habilidades de afrontamiento en adición a los exámenes médicos, dada la alta tendencia de estas mujeres a presentar altos niveles de stress psicosocial, en relación a las mujeres que no presentan antecedentes familiares de la enfermedad. (Gilbar, 1998).

Concluimos resaltando que según la localización y el tipo de cáncer, los tratamientos, el momento en que se valoran sus problemas psicológicos y los criterios utilizados para ello, un 20-70% de los pacientes oncológicos desarrollan trastornos emocionales, que precisarían de algún tipo de intervención psicológica. A medida que clarifiquemos estos problemas, desarrollaremos una mayor sensibilidad hacia el paciente con cáncer y entenderemos que mejorar su "calidad de vida" implica centrarse en los aspectos que incluyen los tres

factores de este concepto: estado físico, bienestar emocional y funcionamiento socio-familiar-ocupacional. Aún más, desde un enfoque proactivo de la psicooncología, el cáncer es una enfermedad de la persona y requiere como tal un tratamiento integral, siendo para este enfoque en todos los casos recomendable la terapia para el restablecimiento de la salud y el aprendizaje de estilos de vida saludables.

Parte VIII
SÍNTESIS Y CONCLUSIONES

El origen del cáncer actualmente es ignorado, sin embargo, no cabe duda de que es una enfermedad multifactorial con la acción simultánea de diversos factores en su inicio y desarrollo. De la revisión de los modelos biopsicosociales de su inducción, valoramos el término "sinarcinogénesis" como representativo de la acción sistémica de la multiplicidad de ámbitos humanos en juego en la inducción a través de la biografía personal de esta dolencia de la cual el tumor es sólo un signo local de una enfermedad cuyo origen desconocemos. Dentro de esta incógnita que nos abre el cáncer y el CM en particular se inserta este trabajo que se suma al esfuerzo de dilucidar sus causas y mecanismos de evolución para desde ellos orientar una práctica clínica psicooncológica orientada eficientemente al restablecimiento de la salud y la prevención de esta patología.

La marcada elevación en las tasas de incidencia del CM en Chile y el mundo en las últimas décadas comienza a ser comprensible cuando observamos cuán alta es la variedad y cantidad de factores de riesgo para el CM agudizados por la cultura y factores ambientales propios de la vida moderna, entre los cuales encontramos: disminución de la lactancia materna, retraso en la edad del primer embarazo, una gran baja de los embarazos jóvenes (en mujeres menores de 20 años), baja cantidad de hijos, riesgo aumentado a mayor edad -en el marco del aumento de la esperanza de vida de la población mundial-, sospecha sobre la acción carcinógena de la píldora anticonceptiva, el tratamiento de la menopausia con estrógenos y la crianza industrial de animales para el consumo humano con hormonas; obesidad, consumo de grasas animales y saturadas propia de los países industrializados, alcohol, dietas hiperproteicas, nuliparidad y aumento del CM en orientales inmigrantes a EEUU, entre los factores no psicológicos.

Son variadas las explicaciones del origen de esta enfermedad, algunos autores se centran en los aspectos fisiológicos y otros en los psicosociales. Como hemos revisado, en la causalidad biopsicosocial se conjugan no linealmente una diversidad de factores a través del ciclo vital y del curso de la enfermedad. Las variables psicosociales mantienen una gravitancia en el riesgo, inducción, curso y pronóstico del CM. La investigación en psicooncológica actualmente ha ayudado a develar estos factores, siendo estas influencias aisladas, medidas y tazadas su incidencia relativa al desarrollo de la enfermedad.

En la evaluación de los resultados expuestos, creemos que el presente trabajo de investigación bibliográfica ha generado una exposición descriptiva de una amplia revisión de los últimos veinticinco años que ofrece una panorámica actual de las variables biopsicosociales que son más estudiadas por los investigadores en cuanto

a su influencia en el CM, así como los diseños de investigación más frecuentemente utilizados, esto a pesar de que no es posible afirmar que es una muestra exhaustiva, dado limitaciones materiales de acceso a todas las investigaciones en el área.

En términos generales, los estudios de las repercusiones de los factores psicosociales en la enfermedad oncológica revisados, se encuadran en marcos teóricos amplios cuyo contenido principal es el conocimiento de las relaciones que se establecen entre las variables psicosociales y la enfermedad física adoptando un enfoque diferencial en el que pueden establecerse distintas relaciones e influencias entre diferentes tipos de variables psicológicas (rasgos, dimensiones, estilos cognitivos, personalidad, etc.), factores sociales (acontecimientos estresantes, sucesos vitales, actitudes sociales, etc.) y el inicio, desarrollo y progresión del CM.

Las variables psicosociales sobre las que se centran las hipótesis de su influencia en el CM, son principalmente:

- 1.- el estrés psicosocial;
- 2.- las emociones de ansiedad, ira, depresión y
- 3.- dimensiones de personalidad como alexitimia, agresividad, neuroticismo, personalidad resistente al estrés (hardiness), etc.;
- 4.- el apoyo social y afectivo;
- 5.- estilo de afrontamiento represivo y evitativo.

Los sistemas orgánicos que sirven de conexión entre variables psicosociales y enfermedad son fundamentalmente: sistema nervioso autónomo, sistema neuroendocrino, sistema de péptidos y sistema inmune.

Es necesario recalcar que este grupo de variables psicosociales se evalúa siempre desde una perspectiva multicausal, en la consideración de la enfermedad cancerosa. Se tienen en cuenta estos factores psicológicos como un elemento más que puede tener alguna influencia y determinación en el curso de la patología cancerosa, pero de ninguna manera, se está orientado este tipo de investigaciones en el sentido de proponer que cierto tipo de personalidad podría ser la responsable, (considerada ella sola, aisladamente) de la aparición del cáncer en un paciente

Las hipótesis de investigación de las investigaciones revisadas han sido perseguidas a través de estudios prospectivos, cuasipropectivos y retrospectivos (los más utilizados por los investigadores), en los que se formulan hipótesis de acuerdo a las variables psicológicas principalmente identificadas en la revisión que

genéricamente podemos identificar en dos grandes temáticas nucleares: La evitación emocional y la “pérdida” Depresión –indefensión- pérdida de apoyo social y roles.

Evitación emocional

Esta categoría temática integra una serie de contenidos psicológicos, emociones, dimensiones, etc., que, aunque pueden presentar diferencias de matiz, se englobarían todos ellos dentro del estilo de evitación emocional. Se entiende por estilo la concepción propuesta por Sánchez-López (1997) que lo define como una categoría para la clasificación de la personalidad, amplia, global y que acoge a diferentes dimensiones y variables que pueden presentar asociaciones débiles entre sí. Esta conceptualización del estilo se adecuaría perfectamente a las características que presentan las distintas variables psicológicas que se asocian con el CM, ya que, aun siendo diferentes muchas de ellas, presentan correlaciones entre sí y señalan un modo de comportarse, una forma de afrontar los acontecimientos, y, en definitiva, un estilo de personalidad o aprendizaje de pautas de estilo de vida que puede denominarse de evitación emocional.

Por tanto, se han expuesto y descrito algunas aportaciones relevantes que han analizado distintos aspectos y contenidos de este estilo de evitación emocional, como: represión, alexitimia, inhibición, control emocional, inhibición de la hostilidad, etc., y que cada autor ha etiquetado de una forma u otra, pero que, se insiste, podrían considerarse todos ellos como elementos integrantes del estilo de evitación emocional.

Existe una importante cantidad de investigaciones explorando esta temática, ya sea en la constatación del estilo de evitación emocional en la mujer que desarrolla CM (Bacon, 1952, Tjemslund, 1997, Morris, 1981, Eysenk, 1989, Bucher y cols., 1986, Bleiker y cols., 1995, Benjamín, s.f., Han & Pettity, 1988, Temoshok, 1985) como aquellas cuyas hipótesis de investigación exploran las implicaciones de un estilo de personalidad represora sobre el organismo y la salud (Bahnsen, 1979, Morris, 1981, Temoshock, 1985, 1987, 2000, Winnicott, 1998, Edwards, 1990), estudiando su relación con el estrés y sus efectos en el sistema inmune, y en la enfermedad del CM. Añadiendo, ahora, también, un punto de vista metodológico es importante comenzar señalando que los estudios prospectivos tratan de identificar las variables psicosociales que se asocian, años más tarde, con el padecimiento de alguna enfermedad. En general, son investigaciones muy costosas y complicadas por la dificultad de seguir a la muestra escogida de sujetos durante períodos de tiempo muy largos, de alrededor de 15 ó 20 años. Pero también, en el caso de que hayan sido rigurosamente realizados, son la mejor evidencia de que ciertos ‘rasgos de personalidad’ ó ‘estilos de vida carcinógenos’, antes de que la mujer presente la enfermedad, son responsables en parte o contribuyen de manera importante en el inicio de la misma

En este sentido, se encuentra en la literatura una consistente confirmación de la existencia del estilo de represión emocional, especialmente de la rabia, en las mujeres que desarrollarán CM y se confirman distintos mecanismos de medicación en el desarrollo neoplásico agudizados por las características del estilo represivo. Existiendo un predominio de lo racional sobre lo emocional, mostrando una tendencia a aplicar defensas como la racionalización y la intelectualización y no expresar sus sentimientos, especialmente aquellos considerados por otras personas como "negativos" tales como hostilidad, ira, etc., suele suprimir o negar las manifestaciones afectivas, encontrando dificultad para expresar las emociones. Los datos confirman la asociación que existe entre la alexitimia y estilos de afrontamiento inhibitorios o evitativos de emociones. Además, éstos permiten predecir distrés afectivo y problemas de salud. Este estilo de evitación emocional denotar predisposición al estrés crónico, la depresión inmunológica y al cáncer.

Depresión - Indefensión - Pérdida del apoyo social

La depresión y la asociación de factores como la indefensión, desesperanza, pérdida del rol central y pérdida del apoyo social, constituirían la segunda gran categoría temática de variables biopsicosociales estudiadas abundantemente en su relación con el CM y el cáncer en general.

Este estilo pérdida-depresivo comenzó a estudiarse tempranamente como una variable asociada al desarrollo posterior neoplásico con estudios psicoanalíticos de casos primeramente referidos a las pérdidas tempranas, experiencia interior de amenaza, desvalorización y a la temprana relación insatisfactoria con la madre y continuó con estudios de variadas corrientes y métodos, especialmente en el intento de bosquejar la personalidad con predisposición al CM donde destacan el MMPI y Rorschach, constantando el estilo en la mujer que desarrollará CM (Bahnson & Bhanson, 1964, 1966, Wrye, 1979, Le Shan, 1969, Cooper, 1986, Winnicott, 1998, Edwards, 1990, Temoshok, 2000, Zenequelli y cols., 2003) y estudios referidos a la pérdida de relaciones íntimas, viudez, pérdida del apoyo social (Risque, 1978, Conti, 1982, Kaprio, 1986, Bahnson, 1980, Helsing, 1982, Cooper, 1986, Ewertz, 1986, Grasi, 1989, Sèller, 1991, Neale, 1994, Burke, 1997, Le Sahn, Bahnson, Worthington). En la última década ha aumentado el número de estudios que vinculan variables específicas del estilo con indicadores biológicos del desarrollo neoplásico y del funcionamiento inmune (Shekelle, 1981, Kiegel y Glasser, 1985, Persky, 1987, Contrada, Leventhal & O'Leary, 1990, Eysenk, Andreoli, Rabeus, Garrone, 1990, Edwards, 1990, Sephton & Spiegel, 2000). Como un estudio innovador que se aparta de las líneas de investigación central se encuentra la confirmación de la asociación entre la ingesta de antidepresivos y el número de metástasis al diagnóstico de CM. (Stoll, 1976).

En los estudios de los factores biopsicosociales ligados al CM revisados se suelen tomar en consideración aspectos parciales de las relaciones entre los diferentes factores implicados:

1. En muchos casos esto es debido al variado número de disciplinas que abordan aspectos un mismo objeto de estudio –a saber, genéricamente, los aspectos biopsicosociales del cáncer- desde su particular perspectiva y es tarea de un equipo interdisciplinar bien coordinado e integrado el ofrecer a la comunidad científica un modelo lo más completo posible, de la interacción entre variables psicosociales y la enfermedad concreta de estudio, el CM, a partir de la recopilación y de la relación establecida de los diferentes hallazgos.

Así, en el estudio sobre las relaciones entre variables psicológicas y CM, algunos investigadores se han centrado en buscar meras asociaciones descriptivas entre ciertos rasgos de personalidad y el padecimiento de la enfermedad. Y ha sido otro grupo de autores el que ha establecido la relación existente entre ciertas emociones y la función inmune. Mientras los primeros plantean que ciertas variables psicosociales afectan al padecimiento y progresión del cáncer. La otra hipótesis planteada estudia la posibilidad de que ciertos factores psicológicos afectan al sistema inmune, que a su vez puede contribuir al padecimiento y progresión del cáncer. Las variables psicosociales examinadas incluyen estados afectivos, estilos de afrontamiento o estrategias defensivas y rasgos de personalidad, así como eventos estresantes.

2. Por otra parte, incluso dentro de una misma disciplina, como es la psicología, es evidente que los investigadores ponen el acento en un tipo de variables psicológicas u otras, dependiendo del área de conocimiento del que procedan. Este es el caso, nuevamente, del estudio de la influencia psicológica sobre el cáncer, en el que los diferentes autores han propuesto diversos constructos (dimensiones de personalidad, estilos de afrontamiento o variables situacionales) como factores psicológicos predisponentes a la neoplasia, conforme a sus tendencias por conceptualizar el mundo psíquico de la persona desde un ángulo o desde otro. Por tanto, es necesario constituir un modelo explicativo del CM aunando criterios conceptuales y hallazgos extraídos de los diferentes estudios para obtener una panorámica lo más completa posible en el momento actual. Esta meta abierta a la psicooncología es ambiciosa y sólo algunos fenómenos relacionados a la inducción y curso del cáncer pueden ser analizados desde esta perspectiva. Y aun así, se trata de líneas de investigación sugerentes y atractivas a partir de las cuales guiar futuros trabajos, más que de modelos explicativos bien establecidos. Pero, es conveniente recalcar, que estos esfuerzos son meritorios, pues presentan de manera conjunta y relacionada un gran número de variables que se han encontrado relevantes hasta la fecha.

A través del tiempo, la psicooncología ha actuado en dos grandes vertientes en el afiatamiento de su campo de estudio y trabajo mientras valida su existencia como una rama de la ciencia y su práctica clínica en medio de la tradicional práctica médico oncológica de la enfermedad. Por una parte, ha logrado ampliar radicalmente el rango de aspectos del objeto de estudio ha ser investigados y valorados en la clínica de la enfermedad oncológica, por otra parte, ha visto en sí misma los efectos de la sujeción al método científico de investigación al aislar las variables e indicadores observables de su objeto en relación a los indicadores biológicos de la progresión del cáncer, encontrándonos con un rico desarrollo de investigaciones y evidencias de la gravitancia de factores específicos junto con un menos próspero desarrollo de piezas teóricas y modelos explicativos de la sinarcinogénesis, por ejemplo, si la comparamos con el desarrollo a través del tiempo de las ciencias sociales que instaladas en el campo del funcionamiento y organización humanana se ha visto más liberada de la demanda de objetividad y parsimonia proliferando en ella la adopción de epistemologías, métodos cualitativos de investigación, así como una amplia emergencia de modelos, teorías y teóricos a través del tiempo.

La psicooncología se ha desarrollado más en su ámbito reactivo, justamente porque es el área de esta especialidad que más se acerca al modo de funcionamiento de nuestra cultura: Funcionamos bajo un modelo médico, en el cual se hacen relevantes por una parte los síntomas de los fenómenos, y por otra parte la separación mente-cuerpo, luego de lo cual se pierde la más valiosa de las informaciones, y por lo tanto se pierde un nivel de salud que como piso se constituiría en la mejor de las herramientas para la prevención y promoción de factores protectores en la población.

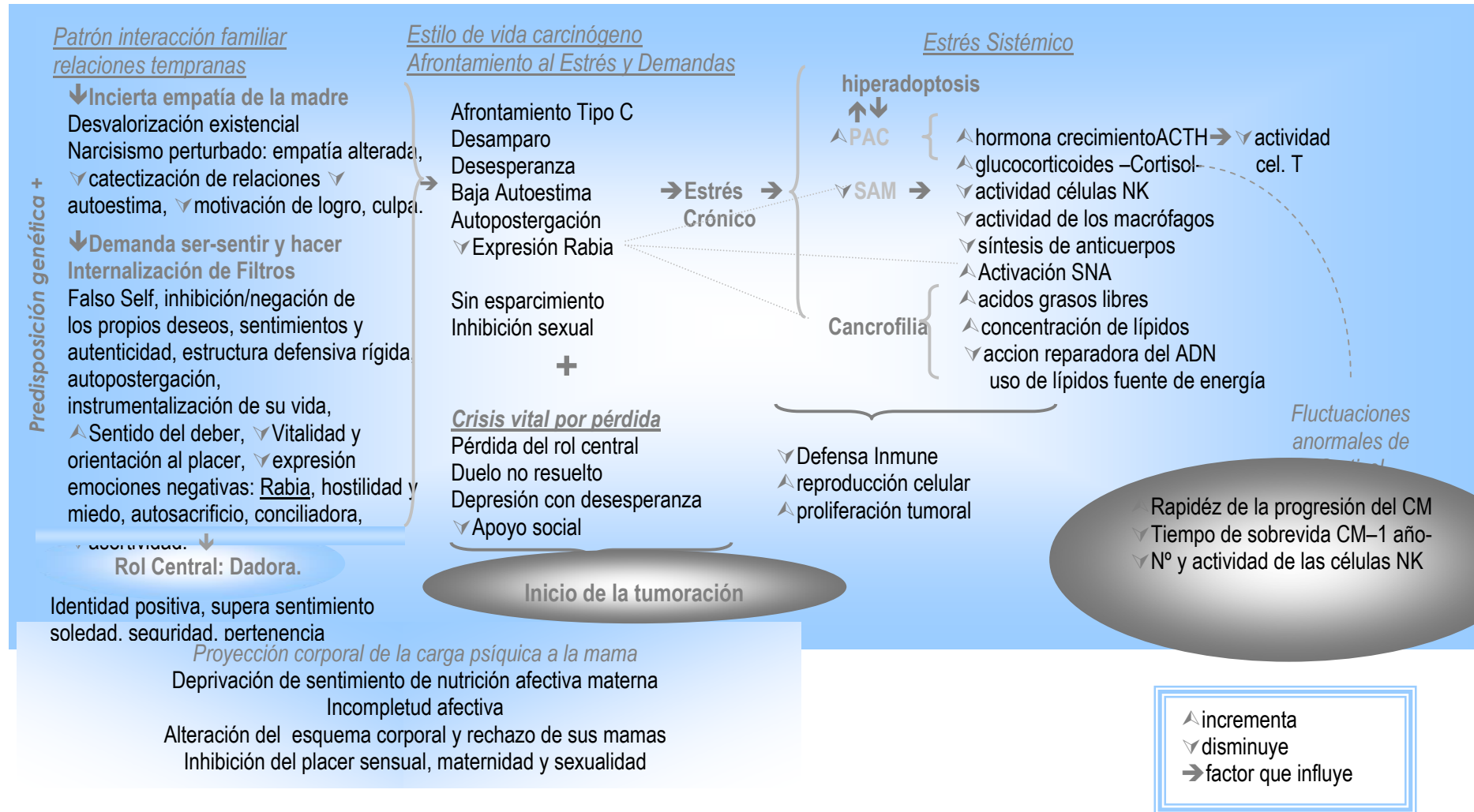
Entre los objetivos de la presente investigación bibliográfica se encuentran el dar cuenta representativa de la evolución de las investigaciones en este campo de la ciencia, como el buscar los modelos teóricos presentes en la literatura que expliquen amplia y comprensivamente el fenómeno de la enfermedad del cáncer mamario en su inducción y curso, creemos que esta meta ha sido lograda quedándonos el desafío de integrar los modelos y piezas teóricas desarrolladas por distintos autores que en relación a las evidencias del perfil específico de la mujer que desarrolla cáncer mamario muestran elementos explicativos y resultados confluentes.

Propuesta de Modelo integrativo de la sinarcarcinogenesis
del Cancer mamario
Tamblay • Bañados

De la revisión de los antecedentes teóricos y modelos planteados en el campo de la psicooncología y la psicoimmunología sobre la predisposición y génesis del CM, las autoras de la presente investigación bibliográfica nos abocamos a la integración de las propuestas explicativas planteadas por Middleton, 2001, Sephton & Spiegel 2000, Arond-Thomas, 2001^a, 2001b, Arond-Thomas & Schreiber, 2003. Andreoli, Rabeus y Garrone, 1990, Temoshok, 1987, 2000, Chiary & Nuzzo, 1987, Faith Courtauld Unit (Greer & Morris, 1975, Pettingale & Tee, 1977, Pettingale, Greer & Tee, 1977, Currie & Basham, 1972, Currie, 1974, Morris & Greer, 1982)

Encontramos una alta importancia de los factores de predisposición genética familiar para el CM al mismo tiempo que diversos autores resaltan la importancia del estado orgánico a la base de la influencia que los factores psicosociales puedan ejercer sobre el inicio y desarrollo de la enfermedad (Eysenk, 1989, Greer & Morris 1975. Pettingale & Tee, 1977, Currie, 1974, Morris & Greer, 1982, Temoshok, 1987, 2000, Suárez, 2002).

Propuesta de Modelo integrativo de la sinarcarcinogénesis del cáncer de mama
Tamblay - Bañados



Las investigaciones revisadas muestran un patrón consistente de conducta y respuestas típicas en la mujer que desarrollará un CM, así como confluyen en las observaciones de la dinámica familiar e interacción con figuras claves, en especial la madre, en la infancia. Estas relaciones vinculares típicas influenciarían la conformación de la identidad, autopercepción y autovaloración, adopción de mecanismos defensivos, estilo de afrontamiento al estrés y demandas externas, creencias arraigadas sobre su lugar y valor en el mundo y la interpretación de éste que orientan la conducta.

En la literatura existe una alta confluencia del perfil de la mujer que desarrollará CM, sin embargo, concordamos con la observación de que aún implicados procesos de constitución de la identidad y el yo, no nos encontramos frente a una cristalizada 'personalidad predispuesta al CM' concepto desde el que son concebidos muchos de los hallazgos de las investigaciones, sino, ante un 'estilo de vida carcinógeno' (Middleton, 2001) el cual fue aprendido y es reforzado por las propias creencias y estilos vinculares que refuerzan, cual profecía de autocumplimiento la construcción social-personal del sí mismo constituida desde etapas tempranas. Esta postura ética y conceptual de concebir la predisposición al desarrollo del CM muestra la ventaja de ser totalmente consistente con una visión y orientación proactiva de la función del psicooncólogo, en su vertiente de prevención de la enfermedad, como de intervención terapéutica sobre las bases de aprendizajes arraigados que orientan la conducta y energía psíquica, emocional y física de la mujer hacia el enfermar. Este postulado teórico de un estilo de vida carcinógeno fundado en aprendizajes susceptibles de ser re-aprendidos en nuevos aprendizajes que orienten a la salud, tiene su respaldo empírico en las pacientes de CM de distinto pronóstico y progresión de la enfermedad que cambiando sus estilos de vida y escala de prioridades revirtieron el progreso de la enfermedad, muchas de ellas llegando a superarla, también no es estimable el número de mujeres con estilos de vida predispuestos al cáncer que por medio de planes de prevención o terapia preventiva sobre sus aprendizajes predispuestos cambiaron el rumbo de la escalada del enfermar (Middleton, 2001).

Se ha descrito la dinámica familiar como poco generosa y sin límites, a una figura de apego, generalmente la madre como invasiva del espacio psicológico de su hija, demandante, con un vínculo afectivo impredecible para la niña, no adoptando un rol protector seguro, ni satisfaciendo las necesidades afectivas y tensiones instintivas. La madre condiciona la aceptación de su hija al cumplimiento de sus demandas de comportamiento, tendiendo a nominar e imponer de forma sutil o abierta los estados interiores de la niña, sus deseos y comportamiento.

Posiblemente, en forma paralela esta dinámica de relación sea absorbente y genere límites familiares de forma rígida, impermeable y cerrada, ya que las observaciones confluyen en señalar la ausencia de figuras de apoyo alternativas para la niña y la ausencia o retiro de la figura paterna.

Nace también la interrogante de si este estilo vincular se ve incrementado en la relación entre la madre y su hija, por sobre la que podría presentar esta madre con sus hijos varones, teniendo implícita en ello demandas del deber ser mujer, o una niña aceptable.

Esta dinámica vincular determinaría la construcción social de la identidad de la niña, los recursos afectivos con los que contará para la constitución de su sí mismo, autoimagen, fuerza del yo y el marco de la satisfacción de sus necesidades afectivo-vinculares. A nivel estructural, las observaciones y conceptualizaciones de este fenómeno confluyen en señalar un profundo sentido de vacío interno en la autoconstitución que arraigaría sentimientos de inseguridad, desvalorización, culpa y hostilidad contenida, las cuales han sido conceptualizadas como: 'desvalorización y vacío existencial' (Bucher, 1986), 'alta desvalorización personal con la consiguiente necesidad de hacer mérito', 'sobrecarga de culpa' (Middleton, 2001), 'desarrollo patológico de la organización del Self' 'Falso Self que impide la expresión y satisfacción del Verdadero Self', 'falta de sentimiento de existir' (Winnicott, 1998), 'debilidad del yo', 'equilibrio narcisístico perturbado' e 'insuficiente diferenciación yo-no yo' (Zenequelli, 2003), 'vivencia de desvalorización yoica', 'inseguridad básica con rasgos de fijación materna con temor al abandono', 'empobrecimiento yoico', 'vivencia de desintegración yoica' (Wrye, 1979), 'dependencia excesiva del amor' (Bahnsen, 1980), 'pérdida temprana que daña la capacidad de relacionarse del niño generando sentimientos de falta, culpa, autocondenación, no ser suficiente', 'está desesperado de ser él mismo' (Le Shan & Worthington, 1956^a, 1956^b).

Esta constitución de su sí mismo se vería aparejada de un sentimiento de desesperanza ante un mundo y los otros que rechaza su naturaleza espontánea, perdiendo la confianza y fe en poder recibir amor incondicional y satisfacer sus necesidades afectivas, con miedo al rechazo y al abandono, invierte poca energía en relaciones afectivas, evitando las relaciones íntimas y comprometedoras las cuales le generan ansiedad y tensión, mostrando dificultades en la empatía – sobreempatía, subempatía y empatía defectuosa- (Zenequelli, 2003).

La imposición sentir, querer y actuar de acuerdo a la demanda materna en esta niña de débil constitución de su sí mismo va forjando la interiorización de filtros, a saber: formas culturales y sociales, deberes, modelos y experiencias que median en la separación del sujeto de su experiencia íntima. Entre éstos se incluyen sobrevaloraciones de: ser útil, apuro, alerta, preocupación, éxito económico y social, competitividad, urgencia del tiempo; marcos de creencias mayores como: asociar la soledad con una experiencia temida –lo cual impide el duelo-, no ligar el cuerpo a la vida emocional, voluntad o deseos (Middleton, 2001) existen pensamientos sobrevalorados propuestos por otros autores: pensamiento central evitado de absoluto aislamiento y rechazo (Le Shan, Worthington, 1956^a), "no puedo ser amada si siento auténticamente" (Arond- thomas, 2001 a, 2001b), "la gente mala es defectuosa, inaceptable,

rechazados y condenados a la soledad” , “la gente buena satisface los deseos de los otros”, “Los otros requieren ayuda y apoyo” (Chiary, Nuzzo, 1987)

Estos filtros, junto con aprendizajes no nominados de constricción, inhibición y negación de la propia experiencia, y expresión emocional, en especial de la rabia, hostilidad, ira y miedo por el temor al rechazo y abandono van configurando un rígido sistema defensivo altamente tenso, con excesivo control, racionalización, negación de la experiencia, orientado al deber, a ser útil, servir, ser buena, conciliadora y obediente a la autoridad postergando los propios deseos, necesidades, expresión emocional y experiencias placenteras, con inhibición de la maternidad y sexualidad. Donde los sentimientos hostiles son contenidos y volcados contra sí misma. (Zenequelli, 2003, Tjemslund, 1997, Bleiker y cols., 1995, Eysenk, 1989, Bucher y cols., 1986, Temoshok, 1985, Morris & cols., 1982, 1981, Bacon, 1952, Temoshok, 1985, Wrye, 1979,).

Resulta en este punto recalable la observación de que la inhibición de la espontaneidad, necesidades, experiencias y emociones auténticas para dar paso al comportamiento regido por la demanda externa necesariamente implica una separación de la integración de la experiencia corporal. (Winnicot, 1998, Middleton, 2001)

De este patrón de afrontamiento a las demandas de la realidad-otros y de afrontamiento del estrés, se genera un estado permanente de tensión y cierto nivel de angustia, la mujer desarrolla un aprendizaje maladaptativo de afrontamiento de los estresores que repercute en que éstos no son definitivamente resueltos, traduciéndose en fuentes de estrés crónico. Así, el vínculo teórico propuesto por Termoshock entre el control emocional y el desamparo en las mujeres con estilos de vida predispuestos al cáncer encuentra un alto respaldo en las observaciones de los autores revisados. (Watson, Greer, Young, Inayat, Burgess & Robertson,1988).

Este aprendido patrón de afrontamiento de la realidad configura un estilo de vida carcinógeno donde la mujer vive en un constante estado de tensión, sin lograr relajarse, con autoexigencia, conteniendo sus sentimientos negativos e inhibiendo a su vez las experiencias placenteras sin tomar consciencia de sus estados internos, en este estrés psíquico cronificado y estrés corporal sistémico se genera el espacio para la somatización de las necesidades, deseos e impulsos inhibidos. Comienza la escalada psicosomática.

De las vicisitudes de las relaciones familiares se determinará la gravedad y manifestación del CM adulto (Zenequelli, 1983).

La inhibición de la rabia ha demostrado ser el elemento más tóxico del estilo de vida carcinógeno (Suarez, 2002), este factor gravitante se relaciona fuertemente con el nivel de malignidad y edad en que desarrolla la patología mamaria, por lo que corresponde también a un factor gravitante de la fuerza de la escalada psicósomática. La inhibición de la rabia es más aguda en mujeres jóvenes que presentan CM en relación a las de más edad (Morris, 1981, Temoshok, 1975) y mayor en las mujeres con CM que el presentado por las mujeres con patologías benignas de la mama, quienes presentan una inhibición de la rabia, a su vez, mayor que las mujeres sanas. Arond-Thomas (2001^a, 2001^b) postula que la agresión se encuentra autodirigida, dirigir su resentimiento al interior, en lugar del exterior es psicológicamente más seguro, y la protege del miedo de abandono y aniquilación. Este postulado encuentra apoyo en los estudios prospectivos de personalidad psicodinámicos revisados y en las investigaciones que encuentran una fuerte y significativa asociación entre el control emocional, el tipo de ajuste mental al cáncer como fatalismo y desamparo, y mayores niveles de morbilidad psicológica. (Watson, 1988, Suárez, 2002)

Este dato es relevante en el contexto de que las patologías benignas de la mama son factores de riesgo, o precursoras, del CM y de la revisión precedente podemos comprender a la inhibición de la agresión como uno de los primeros aprendizajes de adaptación al contexto de la realidad vincular temprana, por otro lado la inhibición de la rabia no mostró relacionarse con un origen genético¹, este aprendizaje carcinógeno muestra una asociación por sí mismo con el incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo – SNA- (Faith courthand Unit), la inhibición de la actividad del sistema simpaticoadrenomedular y el aumento de la cancrofilia.

El estilo de afrontamiento Tipo C y la dificultad de expresión de emociones, en especial el bloqueo crónico de emociones negativas de rabia y miedo corresponden a aprendizajes de estilos de afrontamiento al estrés y las amenazas vitales (Temoshok, 1987, 2000), estos mecanismos de adaptación y respuesta al ambiente devienen en el desarrollo de un sentimiento vital de desvalorización y vacío existencial que refuerza el afrontamiento a las amenazas y estresores con actitudes y sentimientos de desamparo y desesperanza, estas respuestas típicas a los desafíos de la realidad y al estrés refuerzan el patrón de afrontamiento al estrés Tipo C, el bloqueo emocional y la desesperanza que conllevan a un estado de estrés crónico que afecta la homeostasis corporal significando un estrés sistémico de repercusiones inmunes. (Greer & Morris, 1975, Pettingale & Tee, 1977, Pettingale, Greer & Tee, 1977, Currie & Basham, 1972, Currie, 1974, Morris & Greer, 1982)

En términos generales, el estrés crónico se ve implicado en el decrecimiento de la respuesta inmune (Andreoli, Rabeus & Garrone. 1990, Eysenk, 1989) y a un incremento de la activación del Sistema Nervioso Autónomo (Greer & Morris, 1975, Pettingale & Tee, 1977, Pettingale, Greer & Tee, 1977, Currie

¹ bajo el examen de histocompatibilidad de antígenos.

& Basham, 1972, Currie, 1974, Morris & Greer, 1982), un incremento de la actividad pituitarioadrenocortical – PAC- y una inhibición de la actividad simpaticoadrenomedular – SAM- (Contrada, Leventhal & O'Leary, 1990) , la cual se da en interacción con la resistencia al feedback de los glucocorticoides, la llamada hiperadopsosis conllevando una producción crónica de cortisol, también se ven implicados procesos metabólicos englobados en la cancrofilia (Andreoli, 1989) todos estos tienen un efecto inmunosupresor, en la proliferación celular y desarrollo tumoral.

La contención de la tensión psíquica es también una contención de energía somática y tiene su expresión a través del cuerpo, la liberación de la carga psíquica es una necesidad corporal, autores la han conceptualizado como una regresión somática (Bahnson & Bahnson, 1964, 1966), o una proyección en el cuerpo de los aspectos disociados de la experiencia, viniendo la enfermedad a representar y ser una expresión corporal, ya sea una exageración o negación, en el estilo de vida de la persona a través de su historia de aquellos aspectos de la experiencia representados por la función biológica y características propias del órgano afectado (Shnake, 1995) En este punto, recogemos la descripción de Bello (1998) de la importancia social-cultural de las mamas sobre la base de su funcionalidad:

- Función de Alimenticia Biológica.
- Función Psicológica del Amamantamiento: con respecto a la nutrición efectiva y a la compenetración filial amorosa encontramos confluencia que representa una experiencia temprana insatisfactoria forjando un sentimiento de vacío que es sobrecompensado en la adultez a través del rol central de dadora. (Zenequelli, 2003, Bahnson & Bahnson, 1966, Bahnson 1980, Arond-Thomas, 2001a, 2001b). También se observa una inhibición de la maternidad (Bacon, 1952).
- Función Identificatoria: Esta función se presenta alterada: Alteración del esquema corporal y rechazo de sus mamas (Middleton, 2001, Zenequelli, 2003), negación rígida en áreas de identificación y sexual (Bucher y cols., 1986)
- Función Erógena: Esta función se mostraría fuertemente reprimida. Inhibido el placer sensual, maternidad y sexualidad ámbito en el que se limitaría a dar placer a otro (Zenequelli, 2003, Middleton, 2001, Bucher, 1986, Bacon, 1952, Arond-Thomas, 2001a). En el contexto de una muy baja vitalidad y orientación al placer y marcada orientación al deber (Middleton, 2001) este ámbito de la experiencia no aparecería dentro del rango de las motivaciones ni prioridades de la mujer con un estilo de vida carcinógeno.

Desde la concepción gestáltica de la salud desarrollada por Adrina Schnake, la proyección corporal en las mamas del ámbito de experiencia disociada, inhibida o sobreactivada a través del estilo de vida y

afrontamiento carcinógeno encontrado en las mujeres que desarrollarán CM se muestra justificado a partir de las observaciones confluentes de diversos autores sobre la base de la caracterización funcional-cultural de las mamas descritas por Bello (1998).

Hasta aquí podemos comprender la construcción biográfica de una predisposición a la enfermedad, estas dinámicas se muestran comunes en las mujeres que presentan patología benignas de la mama y a la posibilidad de una escalada psicosomática. En lo relativo al patrón de afrontamiento Tipo C y otros indicadores específicos, sería también común a cánceres de distinta localización.

Las evidencias y modelos revisados confluyen al señalar la relevancia como hito necesario para el inicio de la progresión del cáncer, de lo que concebimos como una “crisis vital por pérdida”, en un momento de la vida de la mujer predispuesta al CM por su herencia familiar o estilo de vida carcinógeno (Chiary & Nuzzo, 1987, Le Shan, Bahnson, Worthington, Arond-Thomas, 2001^a, 2001b, Arond-Thomas & Schreiber, 2003). Burque (1997) observa que el riesgo de desarrollo de CM sólo se ve asociado a la conjunción de dos factores: el haber tenido un evento vital catastrófico que ocurriera conjuntamente, en el lapso de 2 años, con la pérdida de un soporte social “íntimo”.

La crisis vital por pérdida implicaría la comprobación en la realidad de su temor arraigado al abandono, pérdida y/o no ser suficiente al perder su rol central que compensaba su sensación de vacío. De cara al descrito patrón vincular, valoramos la observación de que la privación del objeto no siempre es real (Risque, 1978, Le Shan & Worthington 1956a, 1956b) pudiendo corresponder a la ausencia de sostén afectivo y vínculos seguros (Arond-Thomas, 2001, Nuzzo & Chiary, 1987, Wrye, 1979, Zenequelli, 2003) y especialmente a relaciones y actividades que correspondan a un rol que otorgue sentido vital, genéricamente un rol de dadoras (Nuzzo & Chiary, 1987).

Las repercusiones de esta crisis vital por pérdida se ve condicionada por procesos psicológicos como:

- La significación personal que el estresor tiene para el sujeto:
Cooper (1986) encontró que la gravedad de la patología mamaria se encuentra directamente relacionada con la percepción de la gravedad de los estresores vitales. De los autores revisados concluimos que la pérdida es para la mujer un acontecimiento traumático dado que le significa la pérdida de un lazo vital para la construcción positiva de su sí mismo ‘herido’, para Nuzzo & Chiary (op.cit.) la pérdida del rol central compensatorio de su experiencia de vacío y sin sentido elicitaría una respuesta de extrema constricción personal en el intento de mantener el rol, mientras que Le Shan (1966, Bahnson, 1980) postula que la pérdida de la catexis crucial compensatoria de su sentimiento de desamparo detona la fuerte reemergencia de la fantasía temprana de algo hecho básicamente mal por ella que la hace inaceptable para los otros.

- El grado de control que el individuo ejerce sobre dicho estresor y por la valoración que realiza de su propia eficacia en el control de este:
Consideramos de relevancia la señalada suma de pérdidas en un corto plazo encontrada por Burque como un detonador de desesperanza, en una mujer con aprendizajes predisuestos a ella.

- La percepción del apoyo social de que dispone para su afrontamiento con los estresores:
Concluimos una percepción de bajo soporte social basado en su tendencia a no establecer vínculos de soporte auténtico y visión idiosincrásica de no poder saciar sus necesidades a través de vínculos por su vacío e incapacidad 'intrínseca' de ser amada. Los autores confluyen en observar en esta mujer una evitación de la conformación de lazos íntimos, en su lugar, su tendencia a establecer relaciones superficiales determinadas por satisfacer las necesidades de otros de la mano de su autopostergación (Middleton, 2001, Arond-Thomas, 2001^a, Winnicott, 1998, Temoshok, 1985, Le Shan, 1966, Bahnson, 1979, 1980, Benjamín, s.f.). Sobre la tendencia de estas mujeres a privarse de vínculos de apoyo emocional J. Middleton señala: "Es la mujer que llora callada bajo la ducha y luego sale sonriente diciendo que todo está muy bien" (Middleton, 2004)

La vivencia de esta crisis vital por pérdida sería una profunda herida afrontada con auto constrictión, culpa y autocastigo, de la cual hipotetizamos un sentimiento de desesperanza a la base del detonamiento del desarrollo maligno.

Reflexionando sobre el incremento del CM y otros cánceres como el de útero en las últimas décadas y tras haber observado la variedad de factores no psicológicos asociado a su mayor riesgo, nos preguntamos si los ya expuestos procesos a la base de la constitución del sí mismo, de la elección y aprendizaje de estilos de vida carcinógenos y escala de prioridades personales se pueden ver afectados por la cultura y prácticas sociales propias de la modernidad, y de ser así, cuáles serían estas influencias.

El que en la actualidad hayan mujeres más jóvenes enfermando de CM nos hacen intuir que estos factores sean más violentos a la par de la capacidad incrementada que asumiríamos las mujeres de someternos a la autoagresión.

En este sentido, encontramos altamente válida la observación de Jennifer Middleton (2001) de una alta valoración cultural de 'filtros' que nos separarían de nuestras vivencias de paz, alegría, intimidad, sentimiento de propiedad sobre los sentimientos, deseos auténticos y el propio cuerpo. Entre estos filtros nocivos se encontrarían la sobrevaloración de la productividad, prisa, competitividad, éxito económico y social, consumismo, cierta valoración del estrés como indicador de productividad; y en ámbito del cuerpo -en especial sobre las mujeres- de la delgadez, apariencia física seductora y de estatus, entre otros.

El cuerpo de la mujer es actualmente un punto donde llegan una gran cantidad de dardos de exigencia, de negación de su naturaleza -redonda, acumuladora de grasa, con ritmos cíclicos, con pelos, que envejece, etc-. El cuerpo es uno de los primeros referentes de nuestra identidad y la valoración de éste es también una construcción social. Desde adolescentes recibimos mensajes culturales de que hay cosas feas de nuestro cuerpo, elementos que "sacar" y que en la medida en que son internalizados configuran una escalada de negación a nuestra naturaleza.

En otra faceta, recordamos en este punto que recientemente en la legislación chilena fue tema de debate los tiempos básicos de amamantamiento y crianza cercana a la madre que necesita un recién nacido para estar sano y una madre para la creación y mantención de su vínculo. En la escala de prioridades implícitas en éstas desiciones sociales vemos en países en vías de desarrollo como el nuestro una muestra de la poca sabiduría y respeto a la naturaleza humana. La mujer es el actor social que más difícilmente va a poder unir estas dos escalas de prioridades: respetar lo que básicamente necesita la naturaleza corporal que la sostiene y por otra parte, sentirse vigente en su quehacer a través de la reinserción laboral. Consideramos altamente simbólica a las mamas y el útero femenino en este desraizamiento de las prioridades orgánicas.

Poniendo en perspectiva los mandatos sociales sobre el cuerpo, el comportamiento y la escala de prioridades personales, el cáncer se constituye como una enfermedad en relación a la nueva vida que nos hemos construido en coherencia a los valores que le dan crecimiento a la modernidad.

De la revisión realizada, consideramos que existen algunos aspectos de interés para futuras líneas de investigación en psicooncología del cáncer mamario:

1.- Incluir a los Síndromes paraneoplásicos dentro del estudio psicooncológico:

Siendo dolencias de gran gravitación en el curso del CM y del cáncer en general y estando estrechamente ligados a las características del tumor, existen muy pocas investigaciones de corte psicooncológico que abarquen estos síndromes, ellos son considerados variables intervinientes en los estudios y obviados del análisis, a la hora de especificar las muestras de mujeres con CM estudiadas sólo obtenemos información de si estas poseen o no deterioro orgánico cerebral, y de portarlo, éste es un criterio de exclusión, por tanto es de interés generar conocimiento sobre:

- Efectos de variables psicosociales sobre la progresión de los diversos síndromes paraneoplásicos.
- Efectos de los diversos síndromes paraneoplásicos sobre la vivencia del CM.

A nivel metodológico, vemos la necesidad de que futuras investigaciones no omitan el:

- Tomar registro en las investigaciones de todos los síndromes paraneoplásicos portados por la muestra.
- Generar un cruce de los datos obtenidos considerando la presencia o ausencia de cada síndrome para poder discriminar su posible peso relativo en los resultados parciales y globales.

2.- Sobre la dinámica de las relaciones familiares de la mujer que posteriormente desarrolla CM planteados por diversos autores, sería interesante contar con datos que nos aclaren si existen factores psicosociales identificables asociados a la diferencial predisposición a la salud o a la enfermedad, al cáncer y al CM de los diversos miembros del sistema familiar.

3.-Poner a prueba empírica la validez de la propuesta de modelo integrativo de la sinarcinogenesis del CM planteado por las autoras de esta investigación.

A nivel de intervenciones, consideramos que existiendo un acervo de investigaciones que aclaran el impacto de los factores psicosociales y el aprendizaje de estilos de vida carcinógenos sobre la salud y la vulnerabilidad del organismo al desarrollo neoplásico y del CM en particular, se abre con más fuerza que en décadas anteriores la posibilidad de generar programas preventivos en la población general y, en particular, en las mujeres con una historia familiar de CM.

En este sentido, es de gran valor la generación de programas preventivos en niños que los preparen para generar y reforzar aprendizajes de estilos de vida y elecciones de escalas de prioridades personales que los fortalezcan ante los factores de deterioro de su integridad orgánica.