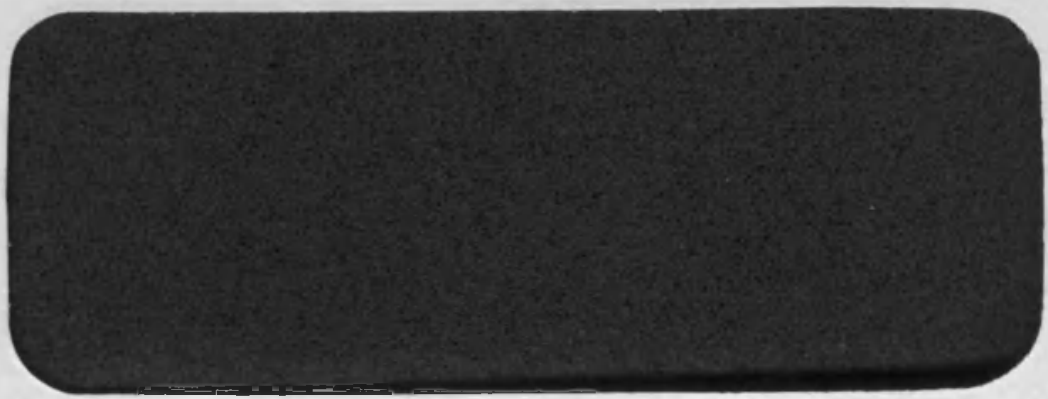


TESIS DOCTORALES

Javier Ferrero Berlanga

**EVALUACIÓN COGNITIVA Y AFRONTAMIENTO
EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA**

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA



**DEPARTAMENT DE PERSONALITAT, AVALUACIÓ
I TRACTAMENTS PSICOLÒGICS**

Javier Ferrero Berlanga

**EVALUACIÓN COGNITIVA Y AFRONTAMIENTO
EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA**

Núm. de sèrie: 680-7

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Servei de Publicacions
1993

EH B-11/007(27-

UMI Number: U607646

All rights reserved

INFORMATION TO ALL USERS

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.

In the unlikely event that the author did not send a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if material had to be removed, a note will indicate the deletion.



UMI U607646

Published by ProQuest LLC 2014. Copyright in the Dissertation held by the Author.
Microform Edition © ProQuest LLC.

All rights reserved. This work is protected against
unauthorized copying under Title 17, United States Code.



ProQuest LLC
789 East Eisenhower Parkway
P.O. Box 1346
Ann Arbor, MI 48106-1346

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia
8 de gener de 1993, davant un Tribunal format per:

Ramón Bayés Sopena
Remedios González Barrón
Javier García-Conde Bru
Yolanda Andreu Vaillo
M^a Victoria Serrano Nogueras

Va ser dirigida per:
M^a Pilar Barreto Martín
Ana Lluch Hernández

Col·lecció: Tesis Doctorals en Microfitxes
Direcció de la col·lecció: Eugenio Portela Marco

© Copyright: Servei de Publicacions
Javier Ferrero Berlanga

Dipòsit legal: B-8703-1993
I.S.B.N.: 84-370-1191-4

Comandes a: UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Servei de Publicacions
La Nau, 2 46003-VALÈNCIA
Spain
Telèfon: (96) 386 41 15

Imprés per: E.T.D., S.A.
Aragó, 123
08015-BARCELONA
Spain

SUMARIO

Pág. Mic.

A.- MARCO DE REFERENCIA TEÓRICO

I. LOS FACTORES PSICOLÓGICOS COMO AGENTES EN EL CÁNCER	3	1
1. Introducción	5	
2. Los pioneros	8	
3. Los factores psicológicos como antecedentes del cáncer	19	
4. Los factores psicológicos como moduladores del curso del cáncer	76	
5. Comentarios finales	155	2
II. VARIABLES COGNITIVAS Y DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO	175	
1. Introducción	177	
2. Supervivencia al cáncer y victimización	191	
3. La predicción general del buen ajuste al cáncer	201	3
4. Algunos modelos sobre evaluación cognitiva y afrontamiento de la enfermedad severa, especialmente del cáncer	215	
5. Evaluaciones cognitivas, afrontamiento y ajuste psicosocial al cáncer	307	4
6. Recapitulación: Algunas consideraciones teóricas y metodológicas sobre el estudio de las relaciones entre evaluación cognitiva, afrontamiento y bienestar psicosocial	416	5

Pág. Mic.

B.- ESTUDIO EMPÍRICO

I. INTRODUCCIÓN GENERAL Y OBJETIVOS ..	433
II. PROCEDIMIENTO	443
1. Características de la muestra	445
2. Instrumentos psicológicos	454
3. Diseño general y recogida de la información ..	485
4. Principales limitaciones metodológicas	495 6
III. ANÁLISIS Y RESULTADOS	503
1. Evaluación cognitiva y afrontamiento	505
2. Evaluación, afrontamiento y bienestar	592 7
3. Resumen de los principales resultados	695 8
IV. DISCUSIÓN GENERAL	707
1. Introducción	709
2. Discusión teórica de los resultados	713
3. Discusión aplicada	741
4. El camino a seguir	744
REFERENCIAS	747

RESUMEN

Tras llevar a cabo una revisión crítica de la literatura relativa a la evaluación cognitiva de la enfermedad cancerosa y a los procesos de afrontamiento del diagnóstico, se esboza un modelo general que recoge las variables personales y situacionales vinculables teóricamente a las distintas respuestas cognitivas y conductuales ante la enfermedad; el modelo recoge también los parámetros que pueden modular la relación de estas respuestas con el bienestar del sujeto, así como otros elementos intervinientes. En el trabajo empírico se trata de explorar la naturaleza de tales asociaciones y comprobar la verosimilitud de algunas hipótesis generales.

Una muestra de 68 pacientes de cáncer de mama no metastático recién diagnosticadas que acudían a recibir tratamiento en el servicio de Hematología y Oncología Médica del Hospital Clínico de la Universitat de València y que no presentaban deterioro funcional o intelectual evidente, fue evaluada psicológicamente en tres ocasiones durante los 7 primeros meses tras el diagnóstico de la enfermedad (tras recibir el diagnóstico y 3 y 6 meses después; en el último pase, las pacientes habían completado todos los tratamientos distintos de la hormonoterapia). La evaluación incluyó un instrumento diseñado para medir los patrones de evaluación cognitiva y afrontamiento de la enfermedad (una versión española de la escala "Mental Adjustment to Cancer", que atiende al "espíritu de lucha", la "preocupación ansiosa", el "fatalismo" y el "desamparo-desesperanza"), una medida específica de la "negación" del diagnóstico y un instrumento que evaluaba distintas facetas de la calidad de vida de las pacientes (cuestionario de Calidad de Vida de la

E.O.R.T.C. para cáncer de mama, con subescalas de malestar psicológico, ausencia de depresión, sintomatología física, nivel funcional, problemas socio-familiares, satisfacción con los cuidados médicos, problemas sexuales y percepción global de la calidad de vida y el estado de salud). Además, se atendió a las variables físico-médicas relativas a la enfermedad y a sus tratamientos, así como a las variables demográficas.

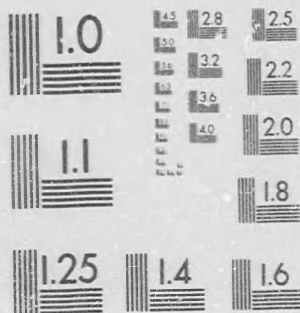
Tras analizar los aspectos psicométricos de los instrumentos utilizados, se prestó atención a las relaciones entre las variables propuestas en el modelo teórico. Los resultados reflejaron una estrecha asociación entre las dimensiones evaluativas y de afrontamiento y el bienestar; como apuntaba el modelo, algunas variables físico-médicas (sobre todo la sintomatología física) se asociaron también con el modo en que los sujetos evaluaban y afrontaban la enfermedad. En lo referente a la predicción del bienestar futuro, en los análisis de regresión aparecieron contribuciones significativas de los aspectos evaluativos y de afrontamiento que eran independientes de la sintomatología física y de los tratamientos médicos. Tanto las dimensiones evaluativas y de afrontamiento como el bienestar fueron relativamente cambiantes a lo largo de los pases de instrumentos, tal como se hipotetizaba.

El análisis estadístico de las posibles estructuras causales dominantes sugirió que es más probable que el «espíritu de lucha» y el «fatalismo» sean un efecto del grado de bienestar, que que sean antecedentes del mismo. El grado de «desamparo-desesperanza» de los sujetos parece interactuar en un bucle bidireccional con las variables de bienestar más estrictamente psicológicas («ausencia de depresión», «malestar psicológico»), mientras que la «preocupación ansiosa» puede determinar la percepción subjetiva global por parte de la paciente de su nivel de calidad de vida.

La «negación», asociada a un mayor bienestar, parece más probable que sea antecedente causal de tal bienestar, más que una consecuencia del mismo.

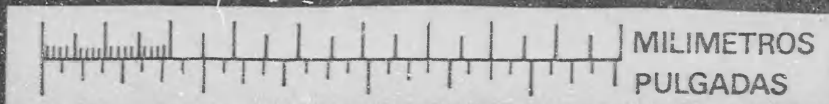
Estos resultados se discuten a la luz del marco teórico general y de las implicaciones prácticas que sugieren, tanto desde el punto de vista de la intervención psicológica, como desde el de la interacción entre las pacientes y el personal sanitario.

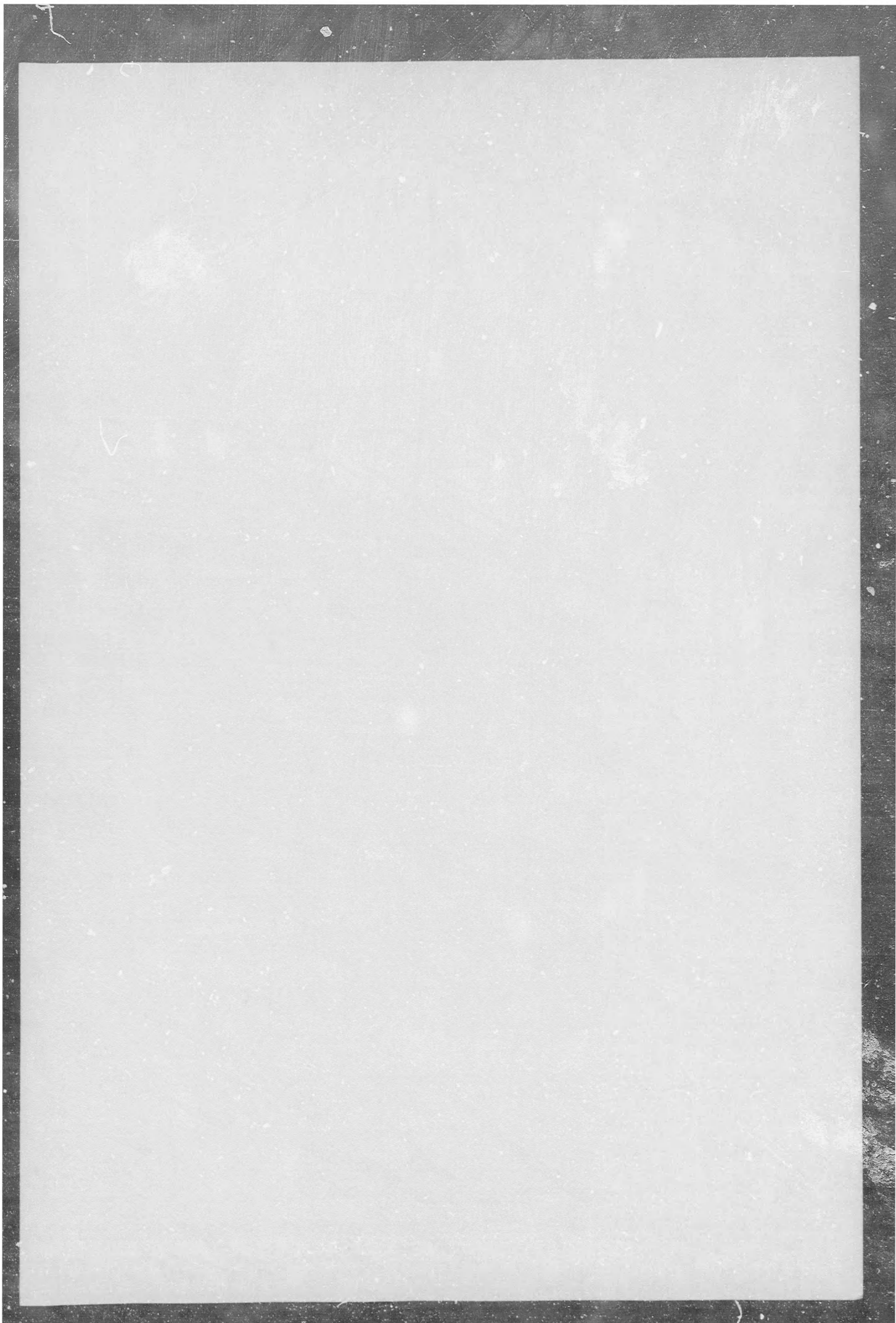
etd



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART
NATIONAL BUREAU OF STANDARDS
STANDARD REFERENCE MATERIAL 1010a
(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)

1:24





UNIVERSITAT DE VALENCIA
FACULTAT DE PSICOLOGIA

"EVALUACION COGNITIVA Y
AFRONTAMIENTO EN PACIENTES
CON CANCER DE MAMA"

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

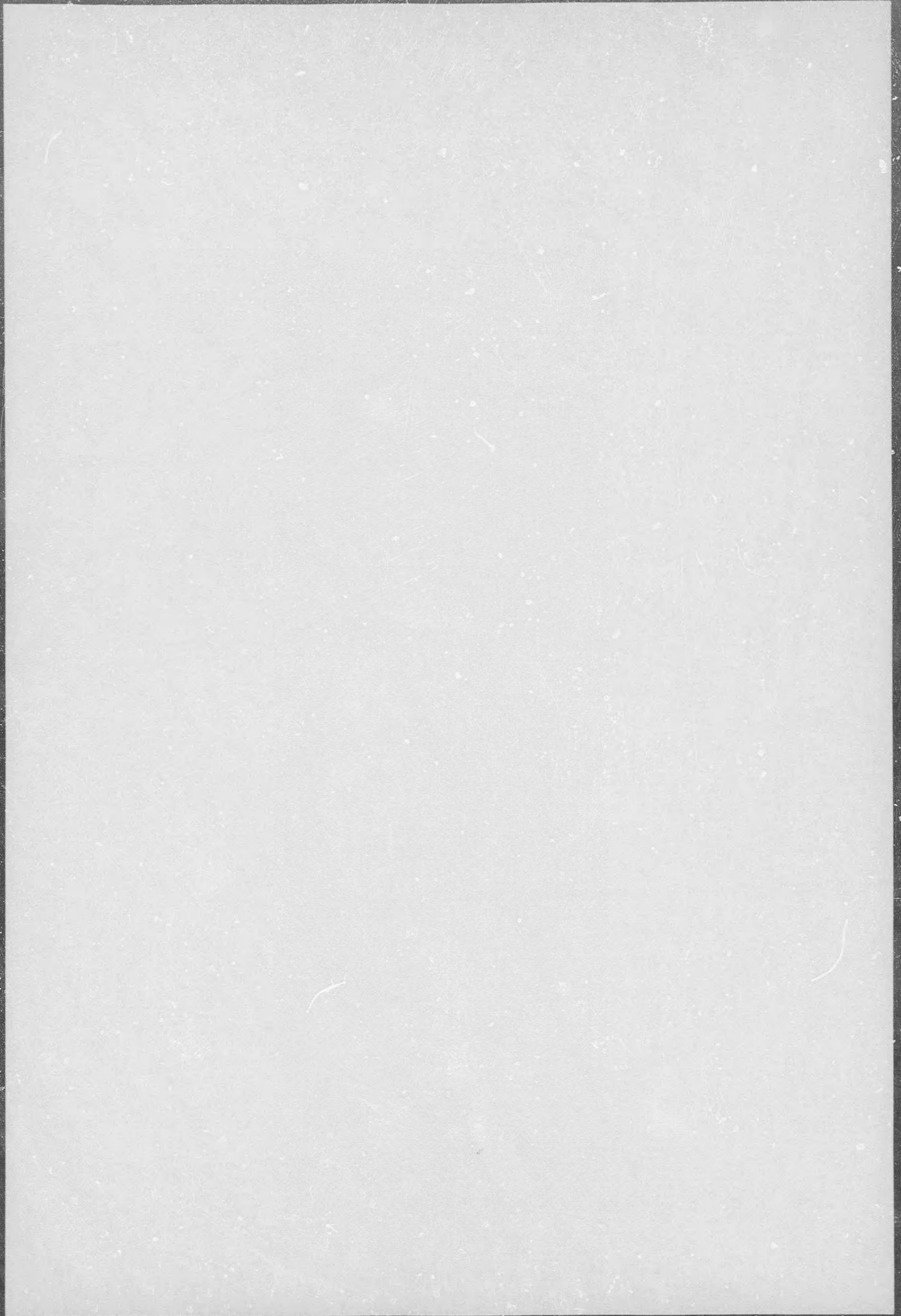
JAVIER FERRERO BERLANGA.

DIRIGIDA POR:

Dra. M. PILAR BARRETO MARTIN.

Dra. ANA LLUCH HERNANDEZ.

A alguien que llegará pronto.



Pocas obras humanas son fruto del esfuerzo o el talento exclusivamente individual. Este trabajo, como la mayoría, ha sido posible gracias a la contribución de muchas personas que merecen mi más profunda gratitud.

Quisiera agradecer a la Dra. M. Pilar Barreto sus continuos desvelos y la confianza depositada en mí, su ánimo, su tiempo y sus consejos; ella ha sabido darme la libertad para que aprendiera a andar y la guía para que no me saliera del camino. A la Dra. Ana Lluch debo agradecerle su paciencia, su apoyo, su atención y su valiosa ayuda en todos los aspectos prácticos de la recogida de la información; además, a ella debemos la orientación en los aspectos médicos de este trabajo, tan ajenos a la formación de un psicólogo.

Este trabajo tampoco hubiera sido posible sin la colaboración de todos los miembros del Servicio de Hematología y Oncología Médica del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Especialmente, he de agradecer al profesor Javier Garía-Conde su interés por la faceta psicológica de la enfermedad maligna y su fe en lo valioso de nuestra contribución. También merecen una mención especial Gela, Gloria y Maite, que con su aliento y su ayuda práctica hicieron posible que me sintiera muy agusto en un ambiente nuevo y desconocido para mí.

Estoy también en deuda con muchos de los miembros del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universitat de València, siempre prestos a solucionar mis dudas, brindarme bibliografía o simplemente darme ánimos. Pero ha sido Mercedes Toledo quien ha sufrido día a día mis desmayos, quien ha tratado de liberarme de todo el trabajo posible y quien ha logrado que el seguimiento de muchas de las pacientes pudiera llevarse a cabo; en realidad, no tengo palabras para expresarle toda mi gratitud.

A la Dra. Elena Ibáñez debo agradecerle que me introdujera en el campo de la Psicología Oncológica y abriera mis ojos a lo que ha sido el centro de mi interés durante los últimos cinco años. He de agradecer a Manuel Perea su consejo técnico en lo referente al análisis estadístico de los datos y a la ejecución de los diseños gráficos de esta obra.

A las pacientes que han constituido la muestra de este estudio, debo agradecerles no solo su colaboración desinteresada y altruista, sino también el ejemplo de coraje y entereza; ellas me han enseñado más sobre el afrontamiento de la enfermedad que toda la literatura sobre el tema; además, algunas me han hecho aprender sobre la vida.

A mi familia, a mis amigos, debo agradecerles el aliento, y la parte de mi tiempo que les correspondía y no les he dedicado. Y sobre todo a Elín, mi esposa, sin cuyo apoyo y comprensión este trabajo nunca se hubiera hecho realidad (y ello sin contar las horas que ha pasado ante el ordenador).

Valencia, 11 de Noviembre de 1992.

INDICE.

	Pág.
A. MARCO DE REFERENCIA TEORICO.	
I. LOS FACTORES PSICOLOGICOS COMO AGENTES EN EL CANCER...	3.
1. Introducción.....	5.
2. Los pioneros.....	8.
3. Los factores psicológicos como antecedentes del cáncer.....	19.
3-1. <u>La evidencia empírica</u>	19.
3-1-1. <u>Tragedias y eventos estresantes</u>	20.
3-1-2. <u>Reacciones y estados psicológicos negativos</u>	26.
3-1-3. <u>Rasgos, dimensiones y perfiles de personalidad</u>	33.
I. <u>Estabilidad, bajo neuroticismo, baja ansiedad rasgo</u>	34.
II. <u>Represión o supresión de la respuesta emocional</u>	39.
III. <u>El patrón o perfil de personalidad tipo-C</u> ..	52.
3-2. <u>Algunas consideraciones metodológicas y conceptuales</u>	62.
3-2-1. <u>Cuestiones metodológicas</u>	63.
3-2-2. <u>Cuestiones conceptuales</u>	73.
4. Los factores psicológicos como moduladores del curso del cáncer.....	76.
<u>Introducción</u>	76.
4-1. <u>La evidencia empírica</u>	81.
4-2. <u>La intervención: una aproximación cuasiexperimental</u>	111.
4-3. <u>Los mediadores fisiológicos</u>	130.
4-3-1. <u>La vía psiconeuroendocrina</u>	135.
4-3-2. <u>La vía psiconeuroendocrinoinmunológica</u>	139.

4-3-3.	Algunas consideraciones adicionales.....	152.
5.	Comentarios finales.....	155.
5-1.	<u>Algunas consideraciones teóricas y metodológicas.....</u>	155.
5-2.	<u>¿Es posible extraer conclusiones?.....</u>	159.
5-3.	<u>Calidad vs. cantidad de vida.....</u>	167.
II.	VARIABLES COGNITIVAS Y DE AFRONTAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO.....	175.
1.	Introducción.....	177.
2.	Supervivencia al cáncer y victimización.....	191.
2-1.	<u>La victimización como fuente de desajuste.....</u>	194.
2-2.	<u>Los aspectos positivos de la victimización.....</u>	197.
3.	La predicción general del buen ajuste al cáncer.....	201.
3-1.	<u>Aspectos generales.....</u>	201.
3-1-1.	Variables socio-culturales y adaptación al cáncer.....	204.
3-1-2.	Variables físico-médicas y adaptación al cáncer.....	206.
3-1-3.	Variables personales y adaptación al cáncer.....	208.
3-2.	<u>El caso del cáncer de mama.....</u>	212.
4.	Algunos modelos sobre evaluación cognitiva y afrontamiento de la enfermedad severa, especialmente del cáncer.....	215.
4-1.	<u>Algunas nociones generales sobre evaluación cognitiva, afrontamiento y bienestar social.....</u>	215.
4-1-1.	Introducción.....	215.
4-1-2.	Un modelo teórico.....	218.
4-1-3.	Estilos vs. estrategias.....	229.
4-1-4.	La cuestión de los criterios de éxito.....	233.
4-1-5.	Criterios de éxito y direccionalidad causal.....	236.

4-1-6.	La cuestión de las etapas en el proceso de afrontamiento.....	237.
4-2.	<u>La propuesta de Lipowski.....</u>	240.
4-3.	<u>Los "temas" de Ray, Lindop y Gibson.....</u>	249.
4-4.	<u>El modelo conceptual de Moos y Schaefer.....</u>	254.
4-5.	<u>El discurso de Weisman.....</u>	264.
4-6.	<u>La teoría de la adaptación cognitiva de Taylor..</u>	273.
4-7.	<u>La perspectiva de los mundos supuestos: el caso del cáncer de mama y otros desarrollos.....</u>	283.
4-8.	<u>La teoría cognitiva sobre el ajuste psicológico al cáncer de Greer y sus colaboradores.....</u>	295.
5.	Evaluaciones cognitivas, afrontamiento y ajuste psicosocial al cáncer.....	307.
5-1.	<u>La línea de trabajo del profesor Greer y su equipo.....</u>	308.
5-1-1.	Un poco de historia.....	309.
5-1-2.	¿Estilos o tipos de ajuste?.....	325.
5-1-3.	Emoción y tipos de ajuste.....	327.
5-1-4.	Así pues, ¿qué son los tipos de ajuste?...	332.
5-2.	<u>El espíritu de lucha.....</u>	338.
5-2-1.	Evaluación primaria: reto.....	339.
5-2-2.	Creencias sobre control mental de la enfermedad.....	340.
5-2-3.	Tratar de luchar contra la enfermedad.....	341.
5-2-4.	Optimismo respecto al futuro.....	342.
5-2-5.	Reevaluación positiva: reordenación de prioridades y cambio positivo.....	349.
5-2-6.	Reevaluación positiva: comparación positiva.....	351.

5-2-7. Bloqueo (supresión cognitiva) o al menos no rumiación.....	352.
5-2-8. Uso del sentido del humor.....	356.
5-2-9. Atribuir preocupación a otros.....	357.
5-3. <u>Desamparo-deseesperanza</u>.....	362.
5-3-1. Falta de control percibido: Desamparo.....	364.
5-3-2. Deseesperanza.....	369.
5-4. <u>Preocupación ansiosa</u>.....	370.
5-4-1. Incertidumbre respecto al futuro.....	371.
5-4-2. Intentos conductuales de ejercer control.....	374.
5-4-3. Búsqueda excesiva de información.....	374.
5-4-4. Disonancia cognitiva.....	380.
5-4-5. Ansiedad e ira atribuidas a la enfermedad.....	381.
5-5. <u>Fatalismo</u>.....	382.
5-5-1. Desamparo personal e inamovibilidad del resultado.....	384.
5-5-2. Respuestas paliativas: evitación.....	387.
5-6. <u>Negación</u>.....	390.
5-7. <u>Otras formas de evaluación y afrontamiento</u>.....	402.
5-7-1. Afrontamiento dirigido al problema y aproximación vs. evitación.....	402.
5-7-2. El uso de la religión.....	411.
5-7-3. Pensamiento desiderativo.....	413.
5-7-4. La minimización de la amenaza de Filipp y sus colaboradores (1990).....	414.

6. <u>Recapitulación: Algunas consideraciones teóricas y metodológicas sobre el estudio de las relaciones entre evaluación cognitiva, afrontamiento y bienestar psicosocial</u>	416.
6-1. <u>Algunas consideraciones teóricas</u>	416.
6-2. <u>Algunas consideraciones metodológicas</u>	422.

B. ESTUDIO EMPIRICO.

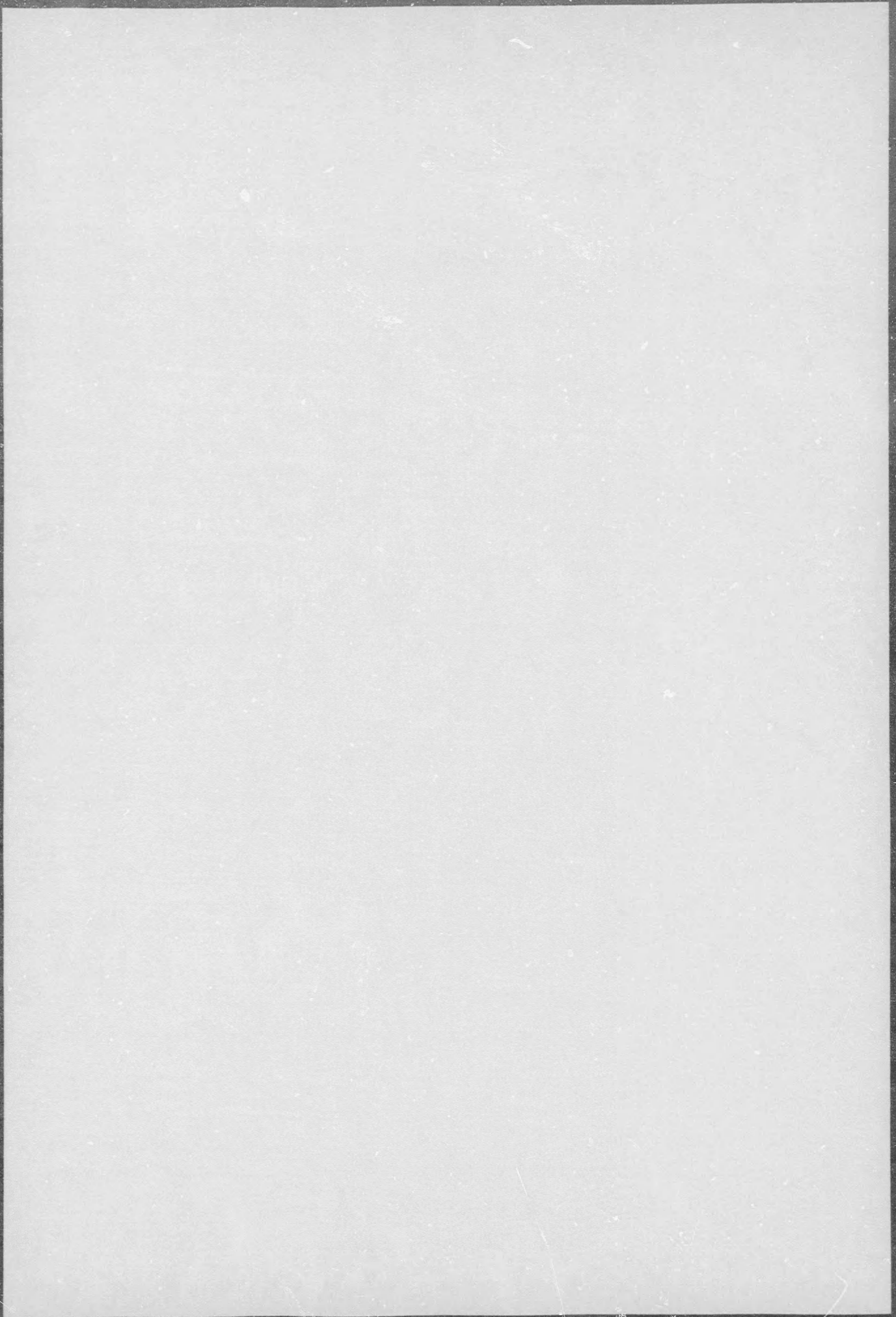
I. <u>INTRODUCCION GENERAL Y OBJETIVOS</u>	433.
II. <u>PROCEDIMIENTO</u>	443.
1. <u>Características de la muestra</u>	445.
1-1. <u>Aspectos generales</u>	445.
1-2. <u>Variables socio-demográficas</u>	447.
1-3. <u>Variables físico-médicas</u>	450.
2. <u>Instrumentos psicológicos</u>	454.
2-1. <u>Mental Adjustment to Cancer scale (M.A.C.)</u>	454.
2-2. <u>Cuestionario de Calidad de Vida de la E.O.R.T.C.</u>	464.
<u>Apéndices</u>	473.
3. <u>Diseño general y recogida de la información</u>	485.
3-1. <u>Diseño general</u>	485.
3-2. <u>Pase de los cuestionarios</u>	490.
4. <u>Principales limitaciones metodológicas</u>	495.
III. <u>ANALISIS Y RESULTADOS</u>	503.
1. <u>Evaluación cognitiva y afrontamiento</u>	505.
1-1. <u>Estudio psicométrico de la escala M.A.C.</u>	505.
1-1-1. <u>Estudio de las subescalas</u>	505.
I. <u>Estructura del cuestionario: consistencia interna de las subescalas originales</u>	505.

II. Estructura del cuestionario: relaciones entre las subescalas originales.....	513.
III. Estabilidad de las subescalas.....	519.
1-1-2. Estudio de los items.....	522
I. Items y subescalas.....	522.
II. Estabilidad de los items.....	533.
<u>1-2. Evolución de las variables evaluativas y de afrontamiento.....</u>	<u>537.</u>
1-2-1. Evolución de las subescalas del M.A.C. y la Negación.....	538.
I. Muestra global.....	538.
II. Grupo 1: pacientes sin quimioterapia.....	541.
III. Grupo 2: pacientes con tres ciclos de quimioterapia.....	542.
IV. Grupo 3: pacientes con ocho ciclos de quimioterapia.....	544.
V. Grupo 4: pacientes con tratamiento neoadyuvante.....	545.
1-2-2. Evolución de las puntuaciones en los items.....	549.
I. Muestra global.....	549.
II. Grupo 1: pacientes sin quimioterapia.....	558.
III. Grupo 2: pacientes con tres ciclos de quimioterapia.....	559.
IV. Grupo 3: pacientes con ocho ciclos de quimioterapia.....	560.
V. Grupo 4: pacientes con tratamiento neoadyuvante.....	560.
<u>1-3. Relación de la evaluación cognitiva y el afrontamiento con las variables físico-médicas y la edad.....</u>	<u>561.</u>
1-3-1. El protocolo general de tratamiento.....	563.
I. Subescalas del M.A.C. y negación.....	563.
II. Items.....	565.
1-3-2. Cirugía.....	573.
I. Subescalas del M.A.C. y la negación.....	573.
II. Items.....	578.
1-3-3. Estadio en el momento del diagnóstico.....	582.
1-3-4. Status funcional.....	582.

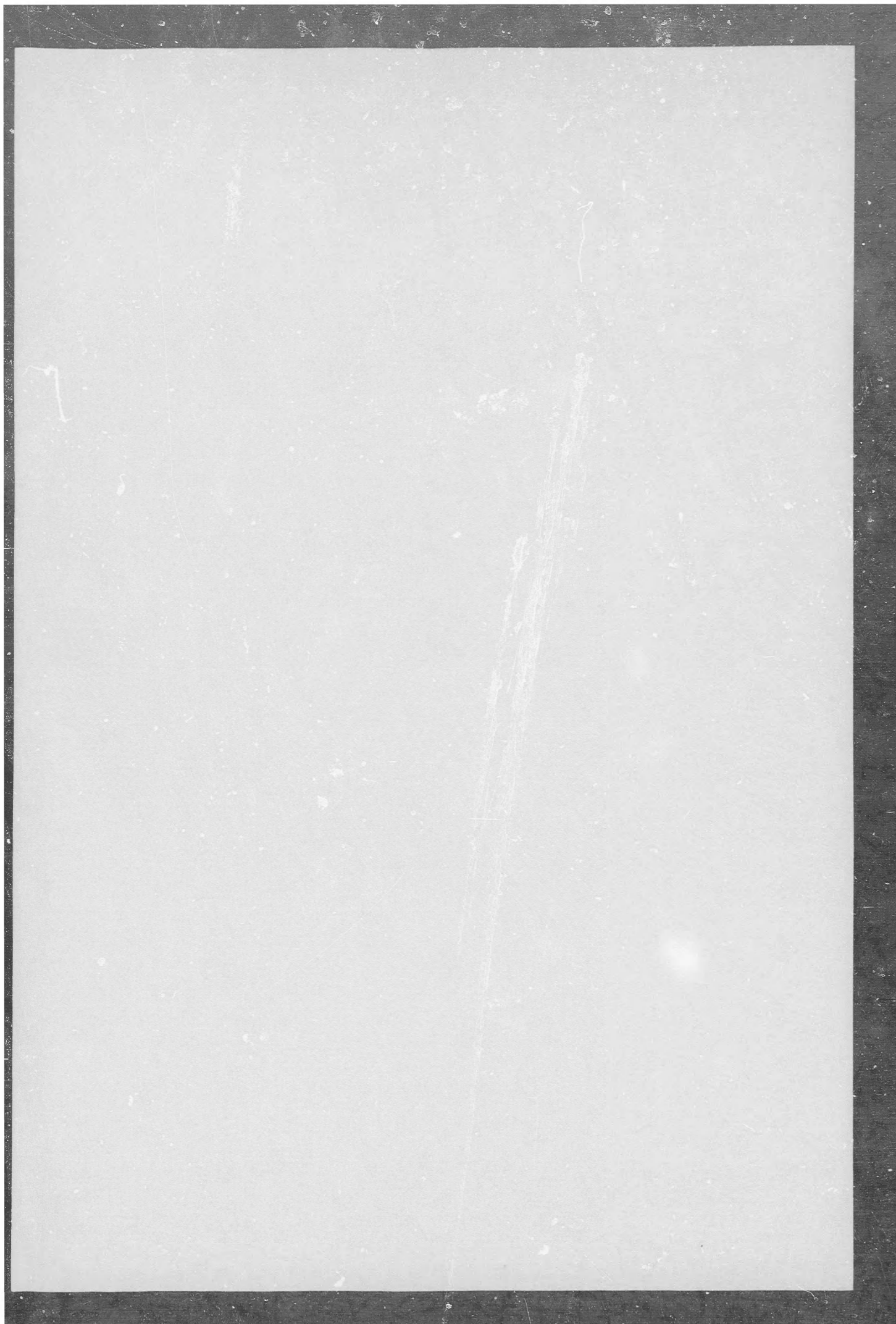
1-3-5.Sintomatología y bienestar físico subjetivo.....	585.
1-3-6.Edad.....	590.
2.Evaluación, afrontamiento y bienestar.....	592.
2-1.Aspectos generales de las medidas de bienestar.....	594.
2-1-1.Relaciones entre las medidas.....	596.
2-1-2.Correlaciones de test-retest.....	598.
2-1-3.Evolución de las puntuaciones en bienestar.....	600.
I.Muestra global.....	600.
II.Evolución en función del protocolo de tratamiento.....	601.
2-1-4.Relaciones del bienestar con las variables médicas.....	604.
I.El protocolo general de tratamiento.....	604.
II.Cirugía.....	605.
III.Estadio en el momento del diagnóstico.....	605.
IV.Status funcional.....	606.
V.Sintomatología y bienestar físico subjetivo.....	607.
VI.Edad.....	609.
2-2.Relaciones sincrónicas entre evaluación cognitiva y afrontamiento y los criterios de bienestar.....	610.
2-3.Análisis de regresión múltiple.....	620.
2-3-1.Predicciones sincrónicas.....	621.
I.Valoración subjetiva global de la calidad de vida (g).....	622.
II.Distrés psicológico (d).....	623.
III.Ausencia de depresión (a.d.).....	624.
IV.Deterioro en las relaciones sexuales (r.s.).....	624.
V.Problemas socio-familiares (s-f).....	625.
VI.Satisfacción con los cuidados médicos (s.m.).....	626.
2-3-2.Predicciones diacrónicas.....	628.
I.Valoración subjetiva global de la calidad de vida (g).....	629.

II.	Distrés psicológico (d).....	630.
III.	Ausencia de depresión (a.d.).....	631.
IV.	Deterioro en las relaciones sexuales (r.s.).....	632.
V.	Problemas socio-familiares (s-f).....	633.
VI.	Satisfacción con los cuidados médicos (s.m.).....	633.
2-4.	<u>Análisis de las posibles estructuras causales dominantes.....</u>	641.
2-4-1.	Valoración global de la calidad de vida...	647.
I.	Espíritu de lucha.....	647.
II.	Desamparo-deseesperanza.....	647.
III.	Fatalismo.....	650.
IV.	Preocupación ansiosa.....	652.
V.	Negación.....	654.
2-4-2.	Distrés psicológico.....	656.
I.	Espíritu de lucha.....	656.
II.	Desamparo-deseesperanza.....	658.
III.	Fatalismo.....	661.
IV.	Preocupación ansiosa.....	661.
V.	Negación.....	663.
2-4-3.	Ausencia de depresión.....	665.
I.	Espíritu de lucha.....	665.
II.	Desamparo-deseesperanza.....	667.
III.	Fatalismo.....	670.
IV.	Preocupación ansiosa.....	670.
V.	Negación.....	672.
2-4-4.	Deterioro en las relaciones sexuales.....	674.
I.	Espíritu de lucha.....	674.
II.	Desamparo-deseesperanza.....	676.
III.	Fatalismo.....	678.
IV.	Preocupación ansiosa y negación.....	680.
2-4-5.	Problemas socio-familiares.....	681.
I.	Espíritu de lucha.....	681.
II.	Desamparo-deseesperanza.....	683.
III.	Fatalismo.....	686.
IV.	Preocupación ansiosa.....	686.
V.	Negación.....	688.
2-4-6.	Satisfacción con los cuidados médicos.....	688.
I.	Espíritu de lucha.....	688.

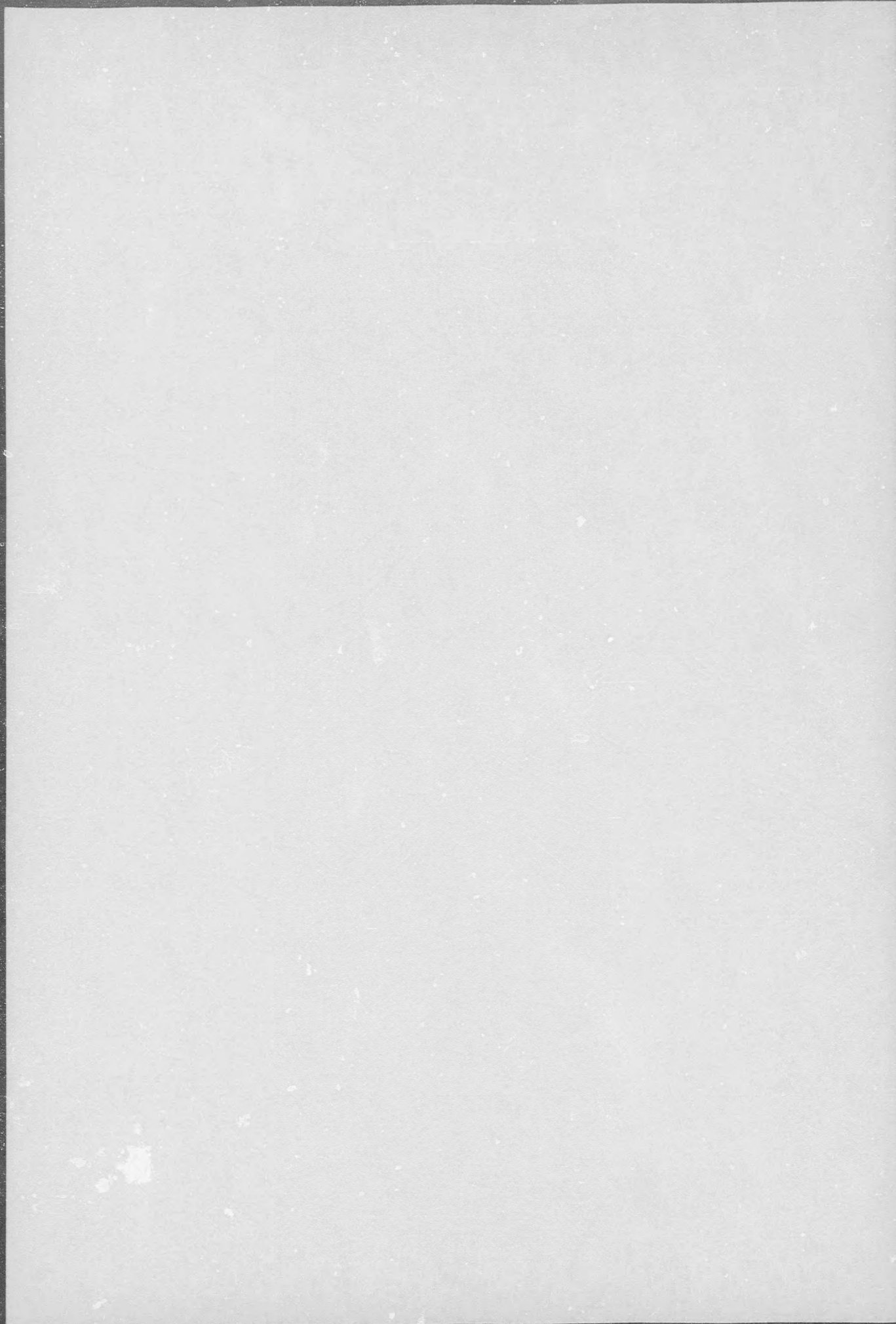
II.Desamparo-deseesperanza.....	690.
III.Fatalismo.....	692.
IV.Preocupación ansiosa y negación.....	695.
3.Resumen de los principales resultados.....	695.
IV.DISCUSION GENERAL.....	707.
1.Introducción.....	709.
2.Discusión teórica de los resultados.....	713.
2-1. <u>Estudio psicométrico de la escala M.A.C. y</u> <u>la medida de negación.....</u>	713.
2-2. <u>Evolución de las puntuaciones de los sujetos</u> <u>en las subescalas del M.A.C. y la medida de</u> <u>negación.....</u>	718.
2-3. <u>Relaciones de la evaluación cognitiva y el</u> <u>afrontamiento con las variables físico-médicas</u> <u>y la edad.....</u>	719.
2-4. <u>Características y evolución de las puntuaciones</u> <u>en las medidas de bienestar.....</u>	722.
2-5. <u>Relaciones de las puntuaciones en la medidas</u> <u>de bienestar con las variables físico-médicas</u> <u>y la edad.....</u>	723.
2-6. <u>Correlaciones sincrónicas de las subescalas</u> <u>del M.A.C. y la medida de negación con las</u> <u>variables de bienestar.....</u>	726.
2-7. <u>Predicciones sincrónicas y diacrónicas de</u> <u>las medidas de bienestar.....</u>	733.
2-8. <u>Análisis de posibles estructuras causales</u> <u>dominantes.....</u>	736.
3.Discusión aplicada.....	741.
4.El camino a seguir.....	744.
<u>REFERENCIAS.....</u>	<u>747.</u>



A. MARCO DE REFERENCIA TEORICO.



I. LOS FACTORES PSICOLOGICOS COMO AGENTES
EN EL CANCER.



1. Introducción.

En los últimos tiempos ha habido un notable incremento del interés por el posible papel que pueden jugar los aspectos psicológicos y sociales en la etiología y desarrollo del cáncer (Levy, 1985). En principio, se pretende plantear y poner a prueba hipótesis específicas respecto al rol que determinadas conductas concretas o ciertos patrones generales de comportamiento pueden tener de un modo directo o indirecto sobre la aparición, ritmo de progresión y desenlace de la enfermedad maligna, apoyándose inicialmente en estudios de tipo correlacional y pretendiendo obtener evidencia empírica de las posibles vías biológicas que vincularían al tumor con los factores conductuales, emocionales y de personalidad que se apuntan.

Por lo que se refiere a las conductas específicas, parece estar claro que una serie de comportamientos concretos se constituyen como factores de riesgo a tener en cuenta en el desarrollo del cáncer. No en vano, comentaba el profesor Bayés que "... el elemento carcinogénico más importante, que se encuentra en la base de todos los demás... es el comportamiento del hombre" (Bayés, 1983a, subrayado en el original). Así por ejemplo, la relación entre el cáncer de pulmón y el uso del tabaco es tan evidente que difícilmente puede ser obviada (Matarazzo y Leckliter, 1988); de hecho, se calcula que aproximadamente

el 30% de las muertes de cáncer son directamente atribuibles al consumo de tabaco, esto es, a una conducta individual (Doll y Peto, 1981).

Igualmente, los vínculos entre la exposición excesiva a la radiación solar y el melanoma maligno y otras formas de cáncer de piel, o entre la conducta sexual promiscua y la falta de higiene propia o de la pareja y el cáncer de cuello de útero, o entre la dieta escasa en fibras y rica en grasa animal y los cánceres del aparato digestivo, sólo por poner algunos ejemplos más, aparecen frecuentemente constatados en la literatura (Levy, 1985).

Tampoco se puede obviar la dimensión social de la carcinogénesis; de un lado, gran parte de los factores conductuales de riesgo están en mayor o menor medida modulados socialmente a través del refuerzo y del aprendizaje vicario (tabaquismo, preferencia por la piel bronceada, etc.) o incluso por razones de tipo económico (exposición laboral a sustancias carcinogénicas, conducta promiscua por razones socio-económicas en el caso de la prostitución, etc.) (Cox y McKay, 1982). Por otra parte, no podemos olvidar otros elementos carcinogénicos propios del comportamiento social en sentido estricto, trascendiendo la mera conducta del individuo, tales como la polución ambiental, los aditivos alimentarios, el uso de plaguicidas, ciertos productos farmacéuticos, determinados tintes para el

cabello, las hormonas utilizadas en la producción industrial de carne, la destrucción de la capa de ozono, etc. (Bayés, 1983a, Andreu, 1987).

Estos aspectos psicosociales de la carcinogénesis, a los que se refería la cita del profesor Bayés son hoy difícilmente cuestionables en un sentido general. No obstante, la búsqueda de una relación entre los factores psicológicos y el desarrollo de la enfermedad maligna ha trascendido la dimensión estrictamente conductual; partiendo de la observación de que no todos los individuos expuestos a agentes carcinogénicos similares, con estilos de vida comparables, con antecedentes familiares parecidos, etc. desarrollan igualmente cáncer o permanecen igualmente sanos, y apoyándose en cierta tradición especulativa e investigadora, se ha pretendido poner de manifiesto que determinados factores emocionales o de personalidad podrían contribuir en alguna medida al desarrollo del cáncer. Esto es, se plantea que si a pesar de controlar todos los factores carcinogénicos aceptados hay una importante porción de varianza que queda sin explicar, ésta podría atribuirse a determinados atributos psicológicos (Ferrero, 1989).

Esta es la cuestión en la que se va a centrar nuestro discurso teórico en este primer capítulo; trataremos de revisar con cierto detenimiento la evidencia a favor de este tipo de planteamientos, arrancando de la tradición y de los

primeros pioneros para luego abordar los trabajos más recientes y con una metodología más próxima a la perspectiva científica; como luego justificaremos, hemos considerado oportuno distinguir aquellos trabajos que pretenden determinar el papel de los factores psicológicos en el origen de la enfermedad maligna de aquellos cuyo interés se centra en poner de manifiesto la relación entre las dimensiones psicológicas y el ritmo de progresión del tumor ya diagnosticado; después de exponer la evidencia empírica, hemos intentado revisar teóricamente y analizar críticamente estos planteamientos, tanto en lo que se refiere a los aspectos conceptuales como metodológicos, para así poder establecer una serie de conclusiones.

2. Los pioneros.

Sin duda alguna, la noción de que determinados factores psicológicos pueden estar a la base de la enfermedad maligna ha estado presente de un modo más o menos evidente durante varios siglos en el pensamiento humano. Aunque estamos lejos de pretender adoptar una actitud historicista a la hora de abordar la cuestión de si las variables psicológicas pueden jugar un papel antecedente en el cáncer, nos parece necesario hacer al menos un ligero repaso de los primeros

planteamientos al respecto, aunque tan sólo sea para hacer patente la idea de que este tipo de aproximaciones están lejos de ser una moda o un simple "fruto de los tiempos".

Un gran número de autores que han abordado la cuestión que nos ocupa coinciden en afirmar que el estudio del posible papel etiológico de los factores psicológicos en las neoplasias malignas parece arrancar con Galeno, quien, afirman, fue el primer estudioso que llegó a realizar una observación al respecto; de hecho, en el siglo II de nuestra era, en su obra "De tumoribus" Galeno señalaba que el cáncer de mama era mucho más frecuente entre las mujeres "com humor melancólico" que entre aquellas con "humor sanguíneo" (citado, por ejemplo, en Eysenck, 1985). No obstante, esta cita utilizada con tanta frecuencia en la literatura no avala la tesis de que Galeno planteara que pudiera haber un antecedente psicológico en la enfermedad maligna; como señalan Hu y Silberfarb (1988) no estamos seguros de que el término "cáncer" haya conservado el mismo significado a través de los siglos y que el trastorno al que se refería Galeno sea realmente lo que hoy denominamos "cáncer"; además, estos autores señalan que, como es sabido, la expresión "humor melancólico" hace referencia a un fluido orgánico, la bilis negra -"melan chole"-, y no a un temperamento, y aunque Galeno atribuye tanto la melancolía como el cáncer a un exceso de bilis negra, parece ser que no llegó a plantear una relación directa entre ambos; esto es,

según Hu y Silberfarb, Galeno señala que la melancolía y el cáncer tienen una misma causa subyacente, no que estén conectados a nivel causal, (de hecho, para Galeno, el exceso de bilis negra era también la causa de otros trastornos como el antrax y la lepra, y siguiendo el planteamiento inicial podrían generarse algunas hipótesis que hoy consideraríamos del todo absurdas).

A partir del siglo XVII son relativamente frecuentes las observaciones provenientes del campo de la medicina apuntando a la existencia de un nexo entre el desarrollo de la enfermedad maligna y factores psicológicos premórbidos, generalmente de tipo emocional (el lector puede encontrar amplias revisiones sobre estos trabajos en Kowal -1955- y Rather -1978-, obras a las que lamentablemente no hemos tenido acceso). Señalan Hu y Silberfarb (1988) que el siglo XVII la teoría humoral sobre el cáncer era la predominante dentro del campo médico; dentro de este contexto, Johannes Pechlin planteaba la existencia de una conexión entre el miedo y el pesar y la conversión en malignos de los tumores de mama; a pesar de que a principios del siglo XVIII las teorías sobre los orígenes del cáncer habían evolucionado, permaneció la tesis del papel que los factores emocionales podían estar jugando en ella; de este modo, Gendron a principios de siglo señalaba la influencia que el terror

("fright") y la aflicción tenían sobre el desarrollo del cáncer y Boerhaave indicaba que la tristeza era una causa más de la enfermedad maligna.

Stolbach y Brandt (1988) por su parte, nos recuerdan que Richard Guy en 1759 describía a las mujeres con una mayor predisposición a desarrollar cáncer como sujetos con una tendencia mental sedentaria y melancólica y que sentían mayor aflicción ante los problemas vitales, los cuales eran percibidos como más complicados. Siguen estos autores indicando que Nunn en 1822 remarcaba el papel que los factores emocionales tenían en la progresión del tumor. Stolbach y Brandt recogen una cita interesante de otro médico, Walshe, que en 1846, a una década de la introducción de la teoría celular del cáncer escribía: "Much has been written on the influence of mental misery, sudden reverses of fortune and habitual gloominess of temper on the deposition of carcinomatous matter. If systematic writers can be credited, these constitute the most powerful cause of the disease; it would be vane to deny the facts of a very convincing character in respect to the agency of the mind in the production of this disease are frequently observed. I have myself met with cases in which the connection appeared so clear that I decided questioning its reality would have seemed a struggle against reason" (En Stolbach y Brandt, 1988, p.4; p. 155 en el original). Sirva esta larga cita para hacer patente que la idea de que los factores

emocionales podían ejercer un papel en el desarrollo del cáncer estaba en el sentir común de los estudiosos del s. XVIII. Walshe entendía que tanto el temperamento (sanguíneo) como la aflicción predisponían al cáncer de mama, aunque el papel de la aflicción posiblemente se estaba sobreestimando (Hu y Silberfarb, 1988). En aquella época, según Stolbach y Brandt algunos autores como Sunderland en 1846 y Elliotson en 1848 plantean también la posible utilidad de la hipnosis como terapéutica del cáncer.

Unos años más tarde, en 1870, James Paget escribía: "The cases are so frequent in wich deep anxiety, deferred hope and disappointment are quickly followed by the growth and increase of cancer, that we can hardly doubt that mental depression is a weighty addition to the other influences favoring the development of a cancerous constitution" (Paget, 1870, p.800, citado en Greer, 1979, p.82).

Uno de los primeros trabajos que emplearon una metodología estadística con el fin de determinar si los factores psicológicos podían intervenir en la oncogénesis fue el llevado a cabo por Herbert Snow en 1893 (citado en Greer, 1979); Snow tomó una muestra de 250 pacientes de cáncer de mama y útero, y determinó que 156 de ellas habían sufrido una fuerte emoción de carácter depresivo como

antecedente de la enfermedad, causada a menudo por problemas severos tales como la pérdida de un ser querido (Stolbach y Brandt, 1988).

Durante la primera mitad del siglo XX hay un decremento notable del interés dentro del campo médico por el posible papel de los factores psicológicos en el desarrollo de las enfermedades malignas, aunque podemos encontrar algunos escritos dentro del campo psicoanalítico que recogen esta idea y que serán el embrión de trabajos posteriores. En este sentido, Linda Evans (1926), psicoterapeuta jungiana evaluó psicológicamente a un centenar de pacientes de cáncer después del diagnóstico y concluyó que todos ellos tenían en común el haber perdido una relación emocional relevante (citado por Stolbach y Brandt, 1988). En 1928, Grodeck afirmaba que la afección cancerosa es una realización a nivel corporal de frustraciones profundas y en 1931 Foque concluía que ciertas reacciones emocionales activan la aparición de un cáncer (citados en Lecompte, 1979).

A pesar de todas las críticas de que es susceptible, la tradición psicodinámica fue sin duda la que recogió el testigo dentro del campo que nos ocupa y supo trasladar las inquietudes de los estudiosos de épocas anteriores a la segunda mitad del siglo XX (Andreu, 1987), aportando un gran

número de comentarios y observaciones que se constituyeron como una importante fuente de hipótesis para trabajos desde otras perspectivas (Barreto y Forner, 1986).

Según Lecompte (1979), los estudios de corte psicoanalítico pueden clasificarse en cuatro categorías que comentaremos brevemente:

1). **La localización tumoral.** En esta categoría Lecompte sitúa a aquellos estudios o reflexiones que plantean que el tumor canceroso sería la expresión simbólica a nivel somático de determinados problemas psicológicos. Es el caso, por ejemplo del trabajo de Tarlau y Smalheiser, quienes afirmaban que los cánceres de mama reflejan la existencia de problemas afectivos a nivel oral, mientras que los de cuello de útero lo hacen de problemas afectivos a nivel genital. (Tarlau y Smalheiser, 1951).

2). **Los parámetros conflictivos premórbidos.** Sitúa el autor en este grupo a aquellos trabajos que han pretendido hallar correlaciones entre acontecimientos vitales significativos y la incidencia de la enfermedad; entre estos eventos vitales relevantes, se plantean algunos como el fallecimiento del cónyuge y en general aquellos que supongan una situación de pérdida.

3). **Estructura de la personalidad y mecanismos de defensa.** Se trata de trabajos en los que se ha pretendido encontrar perfiles de personalidad que fueran característicos de los pacientes de cáncer, y que los diferenciara de otros grupos de enfermos o de la población general.

4). **La complementariedad psicofisiológica.** Lecompte sitúa en esta categoría aquellos estudios o especulaciones que buscan un paralelismo o significado a nivel simbólico entre los planos psicológico y fisiológico. Sirva como ejemplo la afirmación de Groddeck en 1926 de que el cáncer es un embarazo simbólico resultado de una maternidad rechazada.

No vamos a entrar en este momento en una crítica metodológica a este tipo de planteamientos. Baste decir, que en general se trata de conclusiones extraídas de la mera especulación o de la observación de casos aislados que llevan al autor a generalizaciones poco rigurosas, métodos, por otra parte, generalmente utilizados en todos los campos de trabajo desde la perspectiva dinámica. Además, en el mejor de los casos, los estudios son susceptibles de una serie de críticas notables que expondremos a la hora de abordar los problemas metodológicos de la mayor parte de estudios provenientes de otras perspectivas con un mayor rigor investigador. Tan sólo quisieramos recalcar de nuevo

el valor de toda esta línea de trabajo en tanto que generadora de hipótesis que más tarde han tratado de ponerse a prueba, sobre todo, como veremos, en lo referente a la búsqueda de perfiles o patrones de personalidad característicos de los pacientes de cáncer y en la búsqueda de eventos vitales significativos que hayan podido constituirse como antecedentes inmediatos del desarrollo neoplásico maligno.

Es a partir de los años 50 cuando la publicación de trabajos empíricos sobre la cuestión empieza a ser abundante, sobre todo desde la perspectiva psicodinámica (Cox y McKay, 1982, Stolbach y Brandt, 1988).

En el trabajo que citábamos más arriba, Tarlau y Smalheiser (1951) utilizaron el Rorschach con el fin de encontrar perfiles típicos de personalidad en pacientes de cáncer de mama y cuello de útero, concluyendo que ambos grupos de pacientes sufren una fuerte represión (las pacientes de uno y otro grupo se diferenciarían, como comentábamos, por la presencia de conflictos orales o genitales respectivamente).

Bacon, Renneker y Cutler (1952) evaluaron con métodos psicoanalíticos un grupo de pacientes de cáncer de mama en búsqueda de un patrón típico de personalidad, llegando a la conclusión de que las pacientes mostraban una estructura del

carácter de tipo masoquista, una sexualidad inhibida, una inhibición de los sentimientos maternales, y dificultades a la hora de expresar los sentimientos de ira, hostilidad y agresividad además de un conflicto no resuelto de hostilidad hacia la figura materna. Observaron también que en un gran número de pacientes había habido un notable incremento en los sentimientos de culpa durante el año anterior a la detección del bulto en la mama.

Blumberg, West y Ellis (1954) llevaron a cabo un estudio en el que pretendieron determinar la relación entre las puntuaciones de un grupo de pacientes de cáncer en el M.M.P.I. y el ritmo de progresión del tumor. Estos autores llegaron a la conclusión de que aquellos pacientes cuya enfermedad progresaba de un modo más rápido eran más serios, más cooperativos y amables, más ansiosos y pasivos y a lo largo de sus vidas habían sufrido falta de autoexpresión y autorealización.

Reznikoff (1955) llevó a cabo uno de los primeros estudios en los que se utilizó una muestra prediagnóstico y un grupo de control. Evaluó psicológicamente mediante el T.A.T. a un grupo de pacientes que presentaban un bulto en la mama y habían acudido a recibir asistencia médica (parte de las cuales, se comprobó, presentaban un tumor maligno), así como un grupo de mujeres sanas. El autor concluyó que las pacientes con cáncer habían sufrido durante la infancia

un mayor número de muertes de hermanos, con una edad temprana tuvieron que aceptar mayores responsabilidades y tenían actitudes más negativas hacia la maternidad y su identidad femenina.

LeShan y Worthington (1955) evaluaron utilizando técnicas proyectivas (el Worthington Personal History) 152 pacientes de cáncer y 125 sujetos sanos como grupo de control. Los autores concluyeron que los pacientes presentaban un patrón caracterizado por la pérdida de una relación importante, la falta de habilidad para expresar los sentimientos de ira y agresividad y distress por la muerte de un familiar ocurrida en el pasado.

Hacer un repaso de todos los trabajos publicados desde entonces sería una tarea de gigantes. Sirvan estos ejemplos simplemente para ilustrar el importante auge de actividad investigadora sobre esta cuestión a partir de los años 50. A pesar de los importantes déficits metodológicos que presentaban, sus resultados se convirtieron en hipótesis de trabajo para otros estudiosos, y los intentos de réplica por los mismos autores o por otros investigadores activaron líneas de trabajo investigador que se extienden hasta nuestros días.

3. Los factores psicológicos como antecedentes del cáncer.

3-1. LA EVIDENCIA EMPIRICA.

Vamos a intentar abordar los principales trabajos empíricos que han tratado de dar respuesta a la cuestión de si determinados factores psicológicos pueden jugar un papel en el inicio de la enfermedad cancerosa. Esto es, en este punto, nuestro discurso se va a centrar en el papel de lo psicológico en la carcinogénesis, dejando para más adelante la cuestión de si el ritmo de progresión del tumor puede de algún modo ser modulado por dimensiones emocionales, cognitivas o de la personalidad. A nuestro entender, y compartiendo la opinión expresada por Levy (1985) las dos cuestiones son bien distintas, a pesar de que a menudo tienden a mezclarse en la literatura: no es lo mismo afirmar que en un paciente de cáncer, un tumor declarado puede sufrir algún tipo de modificación, recibir distintos mensajes químicos o desarrollarse en un contexto fisiológico diferente en función del estado psicológico del paciente que defender que un sujeto en principio sano, con un grado mayor o menor de vulnerabilidad al cáncer en función de una serie de conductas de riesgo, antecedentes familiares, etc. llega a desarrollar la enfermedad a causa de determinadas características psicológicas. Y no basta con adoptar una perspectiva pluricausal y afirmar que esas dimensiones psicológicas "contribuyen", o explican determinada parte de

la varianza en lo que al cáncer se refiere para equiparar la cuestión a la del papel de lo psicológico en el ritmo de progresión del tumor; afirmar que puede haber antecedentes emocionales o de personalidad en la carcinogénesis es sostener que deber haber cierta homogeneidad psicológica en los pacientes de cáncer y que éstos son de algún modo "distintos" de la población sana que lo seguirá estando, afirmación que no sería suscrita desde la perspectiva de que las variables psicológicas pueden modular el ritmo de progresión de un tumor, donde las diferencias entre los pacientes de cáncer son la cuestión más relevante.

A la hora de revisar los principales trabajos dentro de este campo hemos preferido agruparlos en función de sus resultados en lugar de exponerlos separadamente pretendiendo de este modo mejorar la claridad expositiva. No hemos pretendido ser exhaustivos en la presentación de estudios, sino más bien dar una muestra representativa de la investigación en este campo, a través de los trabajos más citados y, en la medida de lo posible, recientes.

3-1-1. Pérdidas y eventos estresantes.

En la breve revisión de la primera literatura sobre el papel de los factores psicológicos en la carcinogénesis que exponíamos un poco más arriba, se hacía patente que varios estudiosos coincidían en afirmar que los pacientes de cáncer

habían sufrido determinados eventos vitales negativos significativos en un periodo de tiempo variable anterior al diagnóstico de la enfermedad (Snow, 1893, Evans, 1926, LeShan y Worthington, 1955).

Este tipo de resultados puede ser interpretado en el sentido de que el stress como estímulo (en el sentido de Lazarus y Folkman, 1984) se asocia por sí mismo a la incidencia del cáncer, con independencia de cual haya sido la reacción del individuo a ese estrés (esto es, con independencia del estrés como respuesta o como interacción). No obstante, es difícil que ninguno de los autores que obtuvieron este tipo de resultados hubiera extraído una conclusión en ese sentido; de hecho, en general, estos trabajos se inscriben más a menudo dentro del conjunto de aquellos que plantean que es una intensa emoción negativa el antecedente del cáncer; no obstante, dado que el tipo de datos con el que se ha trabajado en uno y otro caso es sustancialmente distinto (datos relativamente objetivos del registro de eventos negativos por un lado e informe de reacciones subjetivas por el otro) hemos preferido exponerlos por separado.

El número de estudios que efectivamente muestran una asociación entre los eventos negativos estresantes y el diagnóstico de cáncer es relativamente escaso (Stolbach y Brandt, 1988). Quizá, la tradición más fuerte apoyando este

extremo es la que procede de los trabajos de LeShan y Worthington (por ejemplo, LeShan y Worthington, 1955, 1956, citados en LeShan, 1966).

LeShan (1966) en uno de sus últimos trabajos evaluó un grupo de 450 pacientes de cáncer con distintas localizaciones mediante pruebas proyectivas y entrevistas no estructuradas así como un grupo de control de 150 sujetos. Al comparar los dos grupos, entre otras conclusiones determinó que los pacientes de cáncer habían sufrido un número significativamente mayor de pérdidas importantes en su infancia, así como otra pérdida severa entre ocho años y seis meses antes del diagnóstico de la enfermedad.

Lehrer (1981) tomó una muestra constituida por pacientes de cáncer de pulmón y de colon; el grupo de pacientes de pulmón más jóvenes había sufrido una mayor tasa de cambio vital que el grupo con un cáncer de colon (tomado como grupo de control), cosa que no ocurría con los pacientes de más edad; el autor concluye que el cambio vital promueve el cáncer de pulmón en los sujetos jóvenes. Por su parte Becker (1986, citado en Stolbach y Brabdt, 1988) evaluó mediante cuestionarios y técnicas proyectivas tres grupos de sujetos: Uno formado por 71 pacientes de cáncer de mama, otro constituido por 36 pacientes con fracturas óseas y, por último, un tercer grupo que contaba con 36 pacientes

ginecológicas no cancerosas. Llegó a la conclusión de que las pacientes de cáncer habían sufrido un mayor número de pérdidas y eventos perturbadores en la infancia que los otros dos grupos. No obstante, las diferencias eran aún más significativas en lo relativo a la habilidad para enfrentarse a estas situaciones y en el modo que habían reaccionado ante ellas. De este modo, se plantea que es la reacción del sujeto, más que el número y tipo de eventos objetivos lo que puede asociarse con la incidencia del cáncer, y esta es la conclusión de otros trabajos. Así por ejemplo Cooper, Davies-Cooper y Faragher (1986), en un trabajo minipropectivo evaluaron a un total de 2163 pacientes que acudían a varios centros británicos a una revisión de sus mamas (esto es, tanto las pacientes como el evaluador ignoraban el diagnóstico, de modo que no podía influir en los resultados). 171 pacientes recibieron un diagnóstico de cáncer, 155 de quiste, 1108 de tumor benigno y a 724 no se les encontró ninguna patología (no se indica que sucedió con las 5 pacientes restantes). En la evaluación exploraron eventos estresantes tales como la pérdida del cónyuge, enfermedades graves, intervenciones quirúrgicas, jubilaciones, muerte de familiares y amigos, entre otros. Los resultados indicaron que las pacientes de cáncer no habían sufrido un número mayor de estos eventos (de hecho, tomados en conjunto habían sufrido incluso menos), aunque valoraban los sucesos como significativamente más graves que el resto de grupos de sujetos.

De nuevo, se perfila que es la reacción al estrés más que los eventos como tales los que pueden asociarse con la incidencia del cáncer, de modo que podemos esperar pocos resultados de la evaluación a través de registros objetivos de acontecimientos vitales. De hecho, no son escasos los estudios en los que no aparece ninguna asociación entre este tipo de experiencias y el diagnóstico de cáncer.

Greer y Morris (1975) tomaron una muestra constituida por 160 mujeres con patología mamaria que fueron evaluadas psicológicamente antes de que se efectuara la biopsia. La muestra total fue dividida en dos grupos en función del diagnóstico médico: 69 de las pacientes presentaban un tumor maligno, mientras que las otras 91 recibieron un diagnóstico benigno. En la evaluación, se habían registrado retrospectivamente los eventos estresantes importantes sufridos por las pacientes a través de una entrevista. Al comparar los dos grupos de sujetos no apareció ninguna diferencia significativa en lo referente a experiencias estresantes a lo largo de sus vidas, ni en periodos determinados antes del diagnóstico (en los últimos 5 años, en los últimos 10 años, y así sucesivamente) con independencia de que tipo de eventos estresantes fueran tomados en consideración (viudedad, pérdida de un familiar, divorcio, etc.).

Por su parte Schonfield (1975) evaluó a 112 mujeres que iban a ser sometidas a una biopsia de mama. La evaluación psicológica empleó entre otros instrumentos (varias escalas del M.M.P.I. y el I.P.A.T.) la Holmes-Rahe Schedule of Recent Experience. Tras la biopsia se determinó que 27 de las pacientes sufrían cáncer, mientras que las restantes 85 presentaban tumores benignos de mama. Los resultados indicaron, contrariamente a la hipótesis, que las pacientes con diagnóstico benigno puntuaban significativamente más alto que las de cáncer en cambios significativos en su vida.

Priestman, Priestman y Bradshaw (1985) tomaron una muestra constituida por 100 pacientes de cáncer de mama, 100 pacientes con un tumor benigno mamario y 100 sujetos sanos. Llevado a cabo un autoinforme sobre eventos vitales estresantes, no apareció ningún tipo de diferencia significativa entre los grupos tenidos en cuenta.

Ewertz (1986) llevó a cabo un estudio en el que se centró exclusivamente en la pérdida del cónyuge (viudedad) como variables supuestamente predictora de la incidencia del cáncer. Para ello tomó una amplia muestra de pacientes de cáncer de mama y de sujetos sanos (1792 y 1739 respectivamente) emparejados en lo referente a las variables demográficas. No hubo ninguna diferencia significativa en el porcentaje de mujeres viudas en el momento del diagnóstico entre los dos grupos.

Parece pues que, a la vista de la evidencia empírica, es difícil sostener hoy por hoy que el recuento como tal de pérdidas o eventos estresantes a lo largo de la vida (o en un periodo concreto de la misma) se asocie de algún modo con la incidencia del cáncer, y si acaso, la atención debe centrarse más en el tipo de reacciones y el componente emocional de esas experiencias, o simplemente en las vivencias subjetivas de los sujetos con independencia de los antecedentes externos de esas reacciones.

3-1-2. Reacciones y estados psicológicos negativos.

Intentamos recoger en este apartado aquellos trabajos que han propuesto al estrés como respuesta más que a los eventos por sí mismos como posible agente carcinogénico. En general, este tipo de estudios plantean que es el grado de vulnerabilidad de los individuos en función de sus habilidades o estilos de afrontamiento o de sus tipos de reacción lo que puede determinar en alguna medida la incidencia de la enfermedad maligna.

Como veíamos más arriba, la literatura clásica está repleta de afirmaciones relativas al papel que el malestar psicológico (aflicción, tristeza, pesar, etc.) puede jugar

en la carcinogénesis (por ejemplo Gaieno, Pechlin, Guy, entre otros). No en vano, la depresión en su sentido clínico ha sido propuesta en algunas ocasiones como antecedente del cáncer (Giner, Fdez.-Argüelles, Iglesias y Barea, 1982, Hughes, 1987), aunque como veremos es escasa la evidencia en este sentido.

Uno de los pocos trabajos recientes que apuntan al posible papel de la depresión mayor como precursor de la enfermedad maligna es el llevado a cabo por Shekelle, Raynor, Ostfeld, Garron, Bieliauskas, Liu, Maliza y Oglesby (1981) quienes tomaron una muestra de sujetos sanos (2107 varones) que fueron evaluados con el M.M.P.I. Efectuaron un seguimiento del estado de salud de los mismos de 17 años de duración. Tras este periodo, al llevar a cabo los análisis y controlando las variables que pudieran estar dando cuenta de parte de la varianza en la incidencia de cáncer (tabaquismo, consumo de alcohol, riesgos ocupacionales y antecedentes familiares) concluyeron que los sujetos que habían sufrido algún episodio depresivo mayor tenían un riesgo significativamente más alto de morir de cáncer.

No obstante, los trabajos que no han encontrado este tipo de asociación no son escasos. En el trabajo citado más arriba de Greer y Morris (1975) se atendió a cuantas de las pacientes con diagnóstico de cáncer y con tumor benigno habían recibido tratamiento psiquiátrico a causa de un

trastorno depresivo durante los cinco años anteriores a la biopsia de mama, no hallando diferencias significativas entre los dos grupos. Kaplan y Reynolds (1987) en su conocido estudio epidemiológico (The Alameda County Study) tras 22 años de seguimiento no encontraron ninguna asociación significativa entre la sintomatología depresiva y la incidencia de cáncer. Niemi y Jääskeläinen (1977) tomaron una muestra constituida por 143 pacientes hospitalizados años atrás a causa de un episodio depresivo unipolar y 48 que habían sido tratados a causa de un trastorno afectivo bipolar; el seguimiento de los sujetos se prolongó entre 10 y 22 años; la incidencia de cáncer en la muestra no fue superior a la esperable a tenor de varias estadísticas oficiales de las autoridades finlandesas para la población general, ni tomada en su conjunto, ni distinguiendo entre los dos tipos de diagnóstico psiquiátrico. Tampoco Hahn y Petiti (1988) encontraron ninguna relación entre la incidencia del cáncer de mama y la depresión medida a través de la escala correspondiente del M.M.P.I. tras un seguimiento de casi 20 años de una muestra de 8932 mujeres que siguen siendo controladas en la actualidad.

Los estudios llevados a cabo en nuestro entorno han aportado también evidencia contraria a estos planteamientos. Andreu (1987) llevó a cabo un estudio minipropectivo en el que evaluó psicológicamente a 163 pacientes que acudían a una revisión mamaria. 22 pacientes obtuvieron un diagnóstico

de cáncer, 56 un diagnóstico benigno (nódulo sólido o quiste) y 85 no presentaban ninguna patología mamaria. No hubo ninguna diferencia significativa entre los grupos en una medida de depresión (una escala del C.A.E.C., de Andreu, 1987). Por su parte, Barreto (1984) comparó un grupo de 40 pacientes de cáncer de mama mastectomizadas que recibían tratamiento quimioterapéutico con un grupo de controles sanos en sus puntuaciones en depresión en el I.D.B. (Beck, 1961) y la Escala para la Calificación de la Depresión (Zung, 1965); llevados a cabo los análisis se concluyó que las pacientes de cáncer estaban más deprimidas, pero sólo por lo que respecta a los aspectos somáticos de este trastorno afectivo (insomnio, inapetencia, cansancio, etc.) y como indica, esto podría ser efecto de la enfermedad y no verdaderos indicadores de depresión y esto es algo, que por supuesto puede estar pesando igualmente incluso años antes del diagnóstico (Fox, 1988). Con todo esto, parece difícil sostener que el sufrir o haber sufrido episodios depresivos aumente el riesgo de padecer cáncer. Bieliauskas (1984), tras una revisión de los trabajos clásicos llega a una conclusión similar, aunque propone distinguir entre la depresión clínica (esto es, la depresión en sentido estricto) y un estado de malestar "similar a la depresión" que podía ser el que diera cuenta de los resultados positivos; plantea el autor que las evaluaciones psicológicas en búsqueda de verdaderas depresiones o los registros de antecedentes psiquiátricos podían ser en este

caso incapaces de apresar el estado realmente relevante. En nuestra opinión, la desesperanza puede ser un referente válido de ese estado de malestar próximo a la depresión.

La reacción de desesperanza ante los eventos vitales ha sido también asociada por algunos estudiosos con la incidencia del cáncer (por ejemplo, Schemale y Iker, 1966). En sentido estricto, la noción de desesperanza hace referencia a la expectativa de que una serie de eventos negativos van a ocurrir (o de que van a dejar de producirse ciertos eventos positivos) (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978), con lo cual lleva implícita la noción de desamparo, esto es, la ausencia de expectativas de control sobre esos eventos, desamparo que será personal en unos casos y universal en otros; en este sentido, entendemos que cuando en un estudio se hace referencia a la desesperanza, se está hablando en realidad de desamparo y desesperanza, puesto que la última no puede darse sin el primero (no tiene sentido esperar que ocurra algo claramente evitable). Aunque estas nociones nacen en el seno de las teorías explicativas cognitivo-conductuales de la depresión, no pueden identificarse en sentido estricto con la depresión clínica, siendo esta última un síndrome complejo y la desesperanza y el desamparo en principio una serie de expectativas (aunque puedan dar cuenta de una determinadas manifestaciones conductuales, emocionales y cognitivas).

En el conocido Estudio de Yugoslavia, Grossarth-Maticek y su equipo (Grossarth-Maticek, Frentzel-Beyme y Becker, 1984) evaluaron psicológicamente a 1353 sujetos sanos de mediana edad llevando a cabo un seguimiento de su estado de salud que se prolongó durante 10 años. Al finalizar la recogida de datos habían sido detectados 204 casos de cáncer. Tras realizar los análisis los autores concluyeron que aquellos sujetos que sufrían desesperanza (y "depresión enmascarada") presentaban un mayor riesgo de desarrollar cáncer. Los autores indican que este efecto se hace patente sobre todo a partir del tercer año de desesperanza y el grado de vulnerabilidad continúa aumentando con el tiempo, de modo que a mayor duración de la sensación de desesperanza mayor riesgo de sufrir la enfermedad maligna. Estos resultados fueron replicados por los mismos autores en otro estudio llevado a cabo en Heidelberg (Alemania) con 4812 sujetos (véase, por ejemplo Grossarth-Maticek, Eysenck, Vetter y Schmidt, 1988). Los autores (Grossarth-Maticek, Schmidt, Vetter y Arndt, 1984) definen el concepto de desesperanza en los siguientes términos: Cuando un sujeto se ve privado de un objeto, ser o meta importantes emocionalmente para él, realizará repetidos intentos para conseguirlo/recuperarlo y si estos son fallidos y el sujeto no encuentra alternativas satisfactorias desarrollará desesperanza crónica (óbservese el parecido de este planteamiento con la Hipótesis de Wortman & Brehm). La serie

de estudios llevados a cabo por este equipo investigador arrojan otros resultados que comentaremos en la sección siguiente relativa a las dimensiones de personalidad.

Wirsching y sus colaboradores (Wirsching, Stierlin, Hoffmann, Weber y Wirsching, 1982) llevaron a cabo una evaluación psicológica de 63 pacientes que iban a ser sometidas a una biopsia mamaria. 25 casos fueron diagnosticados de carcinoma de mama mientras que los restantes 38 recibieron un diagnóstico benigno; se excluyó del estudio a 7 pacientes de cáncer porque su diagnóstico era excesivamente evidente antes de la biopsia (así pues, el número definitivo de pacientes con cáncer fue de 18). La evaluación psicológica había estado constituida por una entrevista semiestructurada (valorada por dos jueces, uno de ellos presente, y el otro a través de una grabación magnetofónica) que entre otras cosas pretendía determinar la situación de las pacientes dentro de un continuo bipolar de desesperanza-euforia y en otro de desamparo-autonomía. Por lo que se refiere a la desesperanza-euforia las pacientes eran clasificadas en una de cinco categorías: desesperanzada, pesimista, realista, optimista o eufórica. Aunque en ambos grupos la actitud optimista era la más frecuente, hubo un número significativamente mayor de pacientes de cáncer desesperanzadas en comparación con el grupo de pacientes con tumores benignos; este último grupo mostraba con relativa frecuencia una actitud realista, lo

que no fue observado en ningún caso en las pacientes de cáncer. Por lo que se refiere a la dimensión desamparo-autonomía, las pacientes se clasificaban en 5 grupos: desamparadas, necesitadas ("needy"), balanceadas, independientes y autónomas. Ninguna de las pacientes de cáncer fue situada en la categoría de desamparo, siéndolo casi el 20% de las pacientes con tumor benigno. Esto parece chocar con el planteamiento inicial de que no puede darse la desesperanza sin cierto grado de desamparo; no obstante, a nuestro entender, el término desamparo ("helplessness") es utilizado un tanto alegremente en este estudio, dado que a la vista del continuo en el que está inscrito parece hacer referencia a una extremada falta de autonomía o si se prefiere a una gran demanda de ayuda por parte de los demás más que a una falta de expectativas de control para los eventos negativos. Parece tratarse más de un continuo de dependencia vs. autonomía que de una verdadera medida del desamparo ni siquiera personal.

3-1-3. Rasgos, dimensiones y perfiles de personalidad.

En esta sección vamos a dar cuenta de los aspectos relativos a la personalidad que se han asociado con la incidencia del cáncer en una serie de estudios. Cuando utilizamos el término personalidad, lo hacemos en un sentido

amplio, esto es, tratamos de recoger en un sentido general, aquellos aspectos psicológicos del individuo a los que se atribuye cierta consistencia y estabilidad, a diferencia de los estados o reacciones con un determinante situacional más claro. (Para una discusión sobre el concepto de personalidad, véase por ejemplo, Hampson, 1982). Vamos sin más a examinar las principales cuestiones propuestas.

I. Estabilidad, bajo neuroticismo, baja ansiedad rasgo.

Algunos estudios han indicado que las pacientes de cáncer puntúan en los niveles más bajos de las medidas de neuroticismo y ansiedad rasgo, esto es, que se trata de sujetos especialmente estables. En este sentido, por ejemplo, Morris, Greer, Pettingale y Watson (1981) tomaron una muestra de 75 mujeres que iban a ser sometidas a una biopsia mamaria; las pacientes fueron evaluadas psicológicamente antes de la operación a través de una entrevista y mediante el E.P.Q. de Eysenck y el S.T.A.I. de Spielberger. Del total de la muestra 25 pacientes recibieron un diagnóstico de cáncer y 50 de enfermedad benigna de mama. No obstante, por diversas circunstancias la muestra quedó reducida a 17 pacientes con diagnóstico maligno y 33 con diagnóstico benigno. Sobre los resultados, en lo que nos interesa en este punto decir que según los autores el grupo de pacientes de cáncer obtuvo puntuaciones significativamente inferiores tanto en Neuroticismo como en

Ansiedad-Rasgo (no así en Ansiedad-Estado) respecto al grupo de pacientes con diagnóstico benigno (aunque en el caso de la Ansiedad-Rasgo, el nivel de significación de la prueba fue tan solo $p < 0.10$, por lo general considerado no significativo). Estas diferencias eran mucho más marcadas en los grupos más jóvenes de pacientes (entre 40 y 49 años) y tanto era así que eran las que daban cuenta de los resultados totales, puesto que las pacientes de más edad presentaban puntuaciones en N y A-R incluso superiores al grupo de pacientes con diagnóstico benigno.

Scherg, Cramer y Blomhke (1981) tomaron una muestra constituida por 3123 mujeres que acudían a un centro ginecológico para ser sometidas a una revisión de mama; los sujetos fueron evaluados psicológicamente tras la admisión con una serie de pruebas psicológicas entre las que se incluía una escala de ansiedad (en el seno de un cuestionario desarrollado por Wardwell y Bahnson -1973- para el Southeastern Connecticut Heart Study) que constaba de 6 items que trataban de evaluar la ansiedad a través tanto de aspectos psíquicos, autonómicos como somáticos. Por diversos problemas técnicos la muestra quedó reducida a 2879 pacientes de las cuales 1542 estaban sanas, 176 padecían enfermedad benigna de mama, 125 fueron diagnosticadas por primera vez de cáncer de mama, 383 sufrían un cáncer de mama ya conocido y/o tratado y 569 tenían un diagnóstico incierto. El resto de mujeres presentaban otros diagnósticos

minoritarios. La comparación entre los diversos grupos diagnósticos no reflejó ninguna diferencia significativa en lo relativo a la ansiedad. No obstante, en un trabajo posterior el autor principal (Scherg, 1987) llevó cabo una revisión metodológica del trabajo anterior, detectando diversos errores que consideró significativos. El principal problema según el autor fue la heterogeneidad de los grupos que entraron en la comparación en dos variables importantes: la razón por la que acudían a la consulta y el miedo a sufrir cáncer de mama. Se intentó llevar a cabo un nuevo análisis de los datos que paliara estos problemas; como grupo control se tomó exclusivamente a las pacientes con un diagnóstico benigno de mama, puesto que tenían historias de la enfermedad más similares al grupo con cáncer (incluida la razón para acudir a ser examinadas); en el análisis entraron tan sólo los datos relativos a las pacientes de cáncer que recibieron el diagnóstico en la época en que se recogieron los datos (dejando así a un lado las pacientes con un diagnóstico previo ya conocido). Se emparejaron pacientes de ambos grupos en lo relativo a las razones por las fueron sometidas a revisión y respecto a la edad, quedando al final la muestra reducida a 75 pares de pacientes. En esta ocasión se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la baja ansiedad y el diagnóstico maligno.

A partir de este tipo de planteamientos Eysenck (1983, 1988) desarrolla su teoría sobre "el efecto de la inoculación de stress", según la cual los sujetos con puntuaciones inferiores en Neuroticismo (y posiblemente altas en Extraversión) tendrán más riesgo de desarrollar cáncer. En su planteamiento teórico Eysenck realiza una distinción entre el "stress" y el "strain", siendo el primero las condiciones estimulares objetivamente medibles y similares para cualquier individuo (estrés como estímulo para Lazarus y Folkman, 1984), y el segundo la respuesta idiosincrásica del individuo a esa estimulación (estrés como respuesta). Ante un mismo nivel de "stress", los sujetos con una alta puntuación en Neuroticismo (N) sufrirán habitualmente mayor grado de "strain" que los sujetos más estables, esto es, sufrirán estrés crónico; este estrés crónico producirá un efecto de inoculación en el sujeto, de modo que su organismo estará habituado a operar con altos niveles de activación. En este sentido, los sujetos con una baja puntuación en N, ante un evento estresante severo sufrirán un alto grado de "strain", estrés agudo que puede estar a la base del inicio de una neoplasia. En términos de Cooper y cols. (1986) el stress incrementado tiende a sobrecargar la habilidad del individuo para enfrentarse a la vida. En este sentido Bayés (1983a) indica que ante un estímulo estresante de corta duración (estrés agudo) en el momento en que aparece una célula cancerosa, la acción macrofágica se ve disminuída a causa del stress, y esta

célula puede reproducirse hasta aparecer la malignidad. Se plantea pues que las personas con bajas tasas de Neuroticismo serían más vulnerables a este tipo de reacciones fisiológicas que serían más marcadas respecto a la tasa base que en el caso de los sujetos altos en N, esto es, "vacunados" (Eysenck, 1985).

Los estudios realizados en nuestro contexto no apoyan la tesis de que los pacientes oncológicos (al menos en lo que a los de mama se refiere) presenten puntuaciones inferiores en medidas de Neuroticismo o Ansiedad. En el estudio que mencionábamos más arriba llevado a cabo por Barreto (1984) arrojó los resultados opuestos, esto es, las pacientes oncológicas puntuaban más alto en Ansiedad-Rasgo que los controles sanos, no apareciendo diferencias en la escala N del E.P.I. de Eysenck. Tampoco Andreu (1987) en su estudio prediagnóstico encontró diferencias significativas entre pacientes de cáncer de mama y aquellas diagnosticadas de enfermedad benigna de mama en su puntuación en la escala de Inestabilidad del C.A.E.C. de Andreu.

Así pues, contamos con poca evidencia relativa a los bajos niveles de Ansiedad-Rasgo en pacientes de cáncer; podría ser otro el caso en lo referente al grado de expresividad que la ansiedad y otro tipo de reacciones

emocionales alcanzan en los pacientes oncológicos y que podría estar a la base de la hipótesis sobre los bajos niveles de neuroticismo; abordamos seguidamente la cuestión.

II. Represión o supresión de la expresión emocional.

Ya desde el paradigma psicodinámico se había planteado la hipótesis de que una característica psicológica que podía estar a la base de la enfermedad maligna y ser propia de los pacientes de esta dolencia era la tendencia a inhibir o reprimir la expresión de las emociones con carácter negativo. En los trabajos psicoanalíticos que citábamos más arriba, Tarlau y Smalheiser (1951) concluían que las pacientes tanto de cáncer de mama como de cuello de útero sufrían una fuerte represión emocional y Bacon, Renneker y Cutler (1952) afirmaban que las pacientes de cáncer de mama se caracterizaban por serias dificultades a la hora de expresar los sentimientos de ira, hostilidad y agresividad. LeShan, en su revisión de 1959 concluía que la falta de habilidad de los pacientes de cáncer para expresar satisfactoriamente sus sentimientos de hostilidad y sus emociones era uno de los tópicos más frecuentes en la literatura (Cox y MacKay, 1982).

En el trabajo con una muestra prediagnóstica de pacientes con patología mamaria llevado a cabo por Greer y Morris (1975) que citábamos más arriba, durante la evaluación psicológica se atendió al grado de expresión emocional que presentaban las pacientes. Según indican los autores, a través de una entrevista se daba una puntuación a las pacientes en una escala de expresión de la ira y otros sentimientos, escala que constaba de tres categorías, que son los siguientes:

-Extremos supresores: Una paciente recibía esta etiqueta si a lo largo de su vida adulta había mostrado dos o menos veces una clara reacción de ira y si siempre o casi siempre intentaba disimular u ocultar otros sentimientos.

-Extremos "expresores": Esta categoría hacía referencia a aquellas pacientes que habían mostrado un claro arrebató temperamental al menos una vez al mes y que nunca o raramente trataban de disimular sus sentimientos.

- "Aparentemente normales": Esta etiqueta hacía referencia a aquellas pacientes que quedaban entre los dos extremos anteriores.

Al llevar a cabo los análisis, los autores hallaron una correlación significativa entre el diagnóstico de cáncer de mama y un patrón conductual de supresión de la ira persistente a lo largo de toda la edad adulta. No obstante, la edad correlacionaba tanto con el diagnóstico de cáncer como con la supresión de la ira, de modo que podía constituirse como la variable que diera cuenta de la asociación encontrada; se comparó entonces a las pacientes de cáncer con los controles con enfermedad benigna de mama respecto a la supresión de la ira atendiendo a los grupos de edad (mayores y menores de 50 años). Los resultados indicaron que la asociación encontrada entre diagnóstico maligno y supresión de la ira permanecía altamente significativa para las pacientes menores de 50 años ($p < 0.001$) mientras que en lo relativo a los grupos de mayor edad la correlación no alcanzaba el nivel de significación, aunque estaba cerca de conseguirlo ($p = 0.06$).

Los autores utilizaron también el análisis discriminante con el fin de determinar hasta que punto la supresión de la ira era capaz de predecir el diagnóstico de las pacientes en comparación con las variables clínicas al uso (tamaño del tumor, supuración o retracción del pezón, palpabilidad de nódulos linfáticos isolaterales, etc.). Los resultados indicaron que la variable psicológica en cuestión

por sí sola tenía el mismo poder predictivo que el conjunto de signos clínicos, ubicando correctamente al 72% de las pacientes.

Este mismo grupo de investigadores (Morris, Greer, Pettingale y Watson, 1981) llevaron a cabo otro estudio (que ya hemos comentado con respecto a la supuesta mayor estabilidad de los pacientes de cáncer) en el que pretendían replicar los resultados del anterior además de paliar algunos de los déficits metodológicos que los mismos autores comentan. Greer (1979) ya señala algunos de los posibles problemas del trabajo de 1975, tales como que no se controló la información que el médico había proporcionado a las pacientes, verbal o no verbalmente, después de la admisión y que el grupo con diagnóstico benigno era, en general, significativamente más joven que el grupo de pacientes de cáncer (cosa perfectamente esperable en este tipo de diseños, véase por ejemplo el de Andreu, 1987). No obstante, para Morris y otros (1981) son dos los principales problemas del primer trabajo: por un lado, la cuestión de la fiabilidad de la medida de la frecuencia de manifestaciones de ira por parte de las pacientes; por otro, para los autores no puede descartarse que las diferencias halladas entre el grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer y aquellas con diagnóstico benigno fuera atribuible a que las primeras se encontraran más ansiosas a causa de los indicios médicos y que esta ansiedad diera lugar a que estuvieran

menos dispuestas a admitir sus reacciones de ira, esto es, que presentaran un mayor grado de deseabilidad social a la hora de ser evaluadas por el entrevistador.

Por lo que respecta a la primera cuestión, aunque de nuevo se utilizó una entrevista para evaluar la supresión de la ira se situó a los pacientes en una escala de 6 (en lugar de 3 categorías) en función de una serie de conductas de expresión de la ira previamente explicitadas, tales como gritos o uso de la violencia física con personas u objetos, y dejando a un lado las manifestaciones de ira con niños (esto es, sólo se consideró como tal la expresión de ira contra o ante adultos). En lo referente a la segunda cuestión, como veíamos más arriba, los autores incluyeron en su evaluación psicológica el E.P.Q. (que, recuérdese, cuenta con la escala L que puede ser una buena medida de deseabilidad social) y el S.T.A.I.

De nuevo, los resultados indicaron que las pacientes de cáncer tendían en mayor medida que los sujetos con diagnóstico benigno a suprimir sus expresiones de ira, y que esta tendencia era más marcada en las pacientes más jóvenes (entre 40 y 49 años), aunque ni siquiera en este grupo se llegó a alcanzar el nivel de significación ($p=0.08$). Los autores concluyen a este respecto que en cualquier caso los resultados van en la misma línea que el trabajo anterior, y que el limitado número de sujetos (17 con cáncer y 33

diagnósticos benignos) puede dar cuenta de que el resultado sea menos evidente. Por lo que se refiere a la segunda cuestión, las puntuaciones en Ansiedad Estado y en la escala L fueron similares en ambos grupos de pacientes; no obstante, el grupo de pacientes de cáncer con edades entre los 40 y los 49 años, presentaba puntuaciones en Ansiedad Estado inferiores a todos los demás grupos (fueran con diagnóstico benigno o maligno). Se encontró también una correlación negativa cercana a la significación entre la expresión de la ira y la escala L del E.P.Q. (esto es, los pacientes con menor expresión de la ira informada eran menos "sinceros") en el grupo de pacientes de cáncer, relación que era mucho menor en el grupo con diagnóstico benigno. Los autores indican que si además recordamos las bajas puntuaciones de las pacientes de cáncer jóvenes en Neuroticismo y Ansiedad Estado, se podría llevar a cabo una interpretación de los resultados en el sentido de que las pacientes de cáncer jóvenes estuvieran utilizando la negación para afrontar la situación amenazante de la biopsia; no obstante, los autores, consideran que es poco probable que la negación operase tan sólo en este grupo de pacientes a la vista de las altas puntuaciones en Ansiedad Estado de los otros grupos. Plantean la hipótesis alternativa de que el mencionado patrón de puntuaciones de las pacientes de cáncer entre 40 y 49 años de edad refleje en realidad un fenómeno más amplio de supresión de los rasgos y conductas negativos (incluida la expresión de la

ira) que se daría tanto en situaciones estresantes como en las que no lo son. Con todo ello, pues, la falta de expresión de la ira informada no sería fruto de la falta de sinceridad, sino que reflejaría el modo en que habitualmente se conducen estas pacientes en el sentido de que por lo general evitan toda conducta no aceptada o cuestionable socialmente.

Unos años más tarde, este mismo equipo investigador llevó a cabo otro estudio destinado a confirmar los resultados previos (Watson, Pettingale y Greer, 1984; Pettingale, Watson y Greer, 1985). Se tomó una muestra constituida por 27 mujeres que acudían a una revisión mamaria y que no presentaban ninguna evidencia de tumor maligno de mama y un grupo de 30 pacientes de cáncer de mama con un diagnóstico original en estadio I, sometidas a mastectomía radical, que no sufrían en ese momento ninguna recaída y que hacía al menos tres meses que habían recibido el tratamiento inicial. Las pacientes de los dos grupos estaban emparejadas en estado civil y nivel socioeconómico, aunque el grupo con diagnóstico maligno tenía una edad significativamente mayor. Las pacientes de ambos grupos completaron el Courtlaud Emotional Control Scale (C.E.C.S., de Watson y Greer, 1983), una prueba psicométrica desarrollada para determinar el nivel de control emocional que los sujetos se imponen cuando se encuentran enfadados, preocupados o tristes (esto es, atiende a la falta de

expresión de la ira, la ansiedad y la disforia). Adicionalmente, todas las pacientes cumplieron el Spielberger State-Trait Personality Inventory S.T.P.I. (Spielberger, 1979) que incluye una subescala de ira (facilidad para desarrollar este estado emocional) y la Marlowe-Crowne Scale (Crowne y Marlowe, 1960) con la que se pretendió medir la tendencia a responder al stress con un estilo de afrontamiento represivo, aún definiéndose como una escala de deseabilidad social. Los resultados indicaron que las pacientes de cáncer puntuaban significativamente más alto ($p < 0.001$) que el grupo de control en la Marlowe-Crowne Scale (esto es, utilizaban un estilo de afrontamiento más represivo), y obtenían puntuaciones más elevadas en la escala de control de la expresión de la ira del C.E.C.S. ($p < 0.05$), así como en las escalas de control de la expresión de la ansiedad y de la tristeza, aunque estas últimas no alcanzaron el nivel de significación. No se encontraron diferencias en la subescala de ira del S.T.P.I.

Por otro lado, los autores presentaron a las pacientes una serie de tres cintas de video; la primera de ellas mostraba la reacción emocional de padres a los que se separaba de sus hijos por decisión judicial; la segunda mostraba accidentes industriales; la última, hacía la función de control y mostraba una escena neutra (una esteticista dando un masaje facial). A su vez, se grabó en video la conducta de las pacientes mientras visionaban el

material gráfico y ulteriormente se evaluó a partir de estas grabaciones el grado global de expresividad atendiendo a la intensidad y la frecuencia de conductas emocionales, utilizando una pauta objetiva (fiabilidad interjueces de 0.83 para la intensidad y 0.68 para la frecuencia). Los resultados indicaron que el grupo de pacientes de cáncer se mostró significativamente menos expresivo que el grupo de control en las cintas de video con contenido emocional en lo que se refiere a la intensidad ($p < 0.05$), aunque no hubo diferencias significativas en la frecuencia de conductas emocionales. Adicionalmente, las pacientes debían cumplimentar unas escalas de análogos visuales de sus estados de ira, ansiedad o tristeza en diversos momentos a lo largo del estudio. Al acabar de visionar cada cinta de video, las pacientes cumplimentaban además una escala de 9 puntos sobre el grado en que habían intentado no manifestar sus sentimientos. Los resultados señalaron que las pacientes de cáncer habían sentido más ansiedad que el grupo de control al ver la segunda cinta (accidentes industriales, $p < 0.01$), y que informaban de mayores intentos de controlarse emocionalmente en esta misma cinta ($p < 0.001$).

Los autores concluyen que en general los datos de su estudio tienden a confirmar que las mujeres que llegan a desarrollar cáncer de mama tienen una tendencia marcada a inhibir sus emociones; no obstante, adoptan una actitud prudente a la hora de extrapolar estos datos a una teoría

causal de esta característica de personalidad sobre la incidencia del cáncer, indicando que tan sólo los estudios de corte psicofisiológico pueden dar una respuesta a la cuestión.

En el estudio que comentábamos más arriba llevado a cabo por Wirsching y sus colaboradores (1982) se exploraron también algunas variables relativas a la expresividad emocional. En función del grado de expresión afectiva las pacientes eran clasificadas en una de las siguientes categorías: negación y bloqueo emocional, supresión emocional, expresión adecuada, labilidad afectiva y negación con erupciones emocionales. La negación con bloqueo emocional hacía referencia a la ausencia de cualquier conducta o expresión con contenido emocional a lo largo de la entrevista; se consideró que una paciente presentaba supresión emocional cuando ésta intentaba activa y conscientemente suprimir sus sentimientos durante la entrevista; se entendió que la expresión del afecto era adecuada cuando la paciente expresaba sus emociones sin abrumarse; la etiqueta de labilidad afectiva se aplicaba a aquellas pacientes que continuamente se mostraban abrumadas o desbordadas emocionalmente; por último, la noción de negación con erupciones emocionales hacía referencia a la alternancia entre un estado exageradamente sereno y estados de desbordamiento emocional (esto es, la paciente mostraba alternativamente un expresiones emocionales marcadas que

conseguía controlar para dar paso a una evidente falta de expresión afectiva). La llamada expresión adecuada del afecto no se encontró en ninguna de las pacientes que recibieron un diagnóstico maligno, mientras que la presentaban el 50% de las pacientes con un tumor benigno. La labilidad, presente en el 10% de las pacientes con un diagnóstico benigno tampoco estuvo presente en ninguna paciente de cáncer. De hecho, el 60% de las pacientes con un tumor maligno mostraron la llamada negación con erupciones emocionales, el 20% negación con bloqueos y el restante 20% supresión emocional, etiquetas que se aplicaron respectivamente al 16, al 14 y al 10% de las pacientes con diagnóstico benigno (en todos los casos los porcentajes son tan sólo aproximados).

Las entrevistas fueron también clasificadas en una escala de "armonización" o conducta "armonizante", entendida ésta como la tendente a suavizar los conflictos interpersonales. La escala constaba igualmente de cinco niveles: conducta "armonizante" (las pacientes que informan que siempre evitan las discusiones), conducta inhibida (pacientes que raramente muestran ira), conducta adecuada (el sujeto adopta si es necesario una actitud agresiva), conducta agresiva (la paciente se ve a menudo envuelta en conflictos agresivos) y conducta hostil (la paciente se relaciona con su ambiente, incluido el entrevistador, predominantemente de un modo hostil). Más del 70% de las

pacientes que resultó que padecían cáncer presentaba conducta "armonizante", frente al 20% del grupo benigno. En ningún caso apareció conducta hostil en el grupo canceroso.

Cooper y sus colaboradores (1981) evaluaron también a su muestra prediagnóstico con un cuestionario sobre habilidades de afrontamiento que incluía una escala de expresión emocional, una escala de tendencia a reaccionar con ira, una escala de llanto y otra de encapsulación de las emociones. Las pacientes que recibieron después un diagnóstico maligno informaron enfadarse significativamente menos que las pacientes con otros diagnósticos ($p < 0.001$), encapsulaban más sus emociones ($p = 0.24$), lloraban menos ($p = 0.03$) y expresaban menos sus emociones ($p = 0.027$).

Por su parte, Jansen y Muenz (1984) tomaron una muestra de 222 mujeres que acudían a una revisión anual divididas en tres grupos: pacientes que habían sido sometidas a cirugía por cáncer de mama en el pasado ($n = 69$), pacientes con diagnóstico quirúrgico previo de fibrosis de mama ($n = 82$) y mujeres sanas ($n = 71$). Aunque se pretendió que los grupos fueran similares sociodemográficamente, el grupo de sujetos sanos era significativamente más joven que los otros dos, había un número mayor de mujeres de raza negra, tenían una peor situación económica y su residencia era en mayor medida urbana que en los otros grupos; en el grupo de pacientes de cáncer habían un nivel educativo inferior, más

desempleo y la residencia era preferentemente rural; además, las mujeres con un diagnóstico maligno, eran significativamente más mayores que los otros dos grupos. La muestra fue evaluada psicológicamente mediante cuatro cuestionarios: La Personality Research Form E (Jackson, 1974), la Multiple Affect Check List (Zuckerman y Lubin, 1965), la Internal-External Locus of Control Scale (Rotter, 1966), y la Jenkins Activity Scale (Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1979) que en total cubrían 30 dimensiones psicológicas. Los análisis realizados llevaron a la conclusión de que las mujeres sanas podían describirse como tranquilas y que sentían y expresaban la ira; las pacientes del grupo con diagnóstico benigno se describían como tensas, y que sentían y expresaban la ira; por último, el grupo de pacientes con un diagnóstico de cáncer de mama se describían como tranquilas, no asertivas y con una marcada falta de expresión de la ira.

Scherg y sus colaboradores (1981), en el trabajo que comentábamos más arriba a propósito de la ansiedad, incluyeron también en su evaluación psicológica una escala de supresión de la ira (4 items) que trataba de evaluar la represión de la hostilidad en situaciones que generalmente generan agresión. Ni en el primer análisis, ni en el llevado a cabo más tarde con mayores garantías metodológicas

(Scherg, 1987), esta variable mostró ningún valor para caracterizar a las pacientes de cáncer respecto al grupo o grupos de control.

III.El patrón o perfil de personalidad tipo-C.

El concepto de personalidad o patrón de conducta tipo-C fue desarrollado por Temoshok (Temoshok y Heller, 1984) para hacer referencia a los posibles indicadores psicológicos del pronóstico y la progresión del melanoma maligno. No obstante, la expresión se ha generalizado, de modo que con este constructo se hace referencia al perfil de personalidad que diversos estudios y especulaciones parecen atribuir a los sujetos con cáncer (Holland, 1989). La descripción del mencionado patrón no es sencilla, puesto que recoge una variedad de características y dimensiones, a menudo con nombres atribuibles a la idiosincrasia del investigador. No obstante, dejaríamos de hacer honor a la verdad si no reconociéramos cierta homogeneidad en las propuestas y resultados, como seguidamente pondremos en evidencia.

En cierta medida, los estudios que venimos presentando en este apartado podrían muy bien encuadrarse dentro de los trabajos sobre la personalidad tipo-C; no en vano, Holland (1989) plantea que la supresión de la ira es uno de los componentes más salientes de este patrón conductual; además,

muchos de los trabajos que hemos presentado más arriba atendieron en la evaluación psicológica a otras variables que no mencionamos entonces y de las que nos ocuparemos seguidamente; por último quisiéramos hacer ver que las conclusiones de algunos de ellos, que en cierta medida adelantábamos, hacían referencia a constructos que iban más allá de la mera supresión de la expresión emocional; en este sentido, recuérdese que señalábamos que Morris y sus colaboradores (1981) hablaban de la tendencia de las pacientes de cáncer a evitar cualquier conducta no aceptada o cuestionable socialmente, y que Jensen y Muenz (1984) concluían que el grupo de pacientes con un diagnóstico de cáncer de mama se describían como tranquilas y no asertivas además de como personas con una pobre expresión de la ira.

En un sentido muy general, se plantea que el patrón de conducta tipo-C se constituye como el opuesto al tipo-A, caracterizado este último por la competitividad, la impaciencia y la hostilidad (Bermúdez, 1989), esto es, los sujetos con personalidad tipo-C serían personas con un patrón de conducta tipo-B extremo. No obstante, como señala la creadora del constructo (Temoshock y Heller, 1984), mientras que el patrón tipo-A hace referencia de un modo preferencial a conductas en sentido estricto, el concepto de personalidad tipo-C sería una constelación de dimensiones cognitivas, emocionales y conductuales.

En el trabajo que citábamos más arriba a propósito de los eventos estresantes sufridos por los pacientes de cáncer llevado a cabo por Cooper, Davies-Cooper y Faragher (1986) la evaluación psicológica a la que eran sometidos los sujetos antes del examen mamario incluyó un inventario de conducta tipo-A que contaba con 14 escalas tipo Likert de 11 niveles cada una que hacían referencia a lo que los autores consideraron dimensiones de personalidad atribuidas al patrón tipo-A: puntualidad, competitividad, impaciencia, tomar mucho trabajo al mismo tiempo, conversación, rapidez, ambición, expresión emocional e impulsividad. Las pacientes que recibieron un diagnóstico de cáncer puntuaban en casi todas las medidas por debajo de los grupo con quiste, tumor benigno y sano, de un modo significativo, de modo que tomadas en conjunto todas las dimensiones (esto es, el patrón tipo-A) y formando un grupo de control único constituido por todos los grupos sin diagnóstico maligno las pacientes de cáncer puntuaban significativamente por debajo en personalidad tipo-A ($p < 0.003$). Esta relación era menos evidente para las pacientes con más de 50 años. Los autores concluyeron que las pacientes de cáncer (sobre todo las jóvenes) eran "muy tipo-B".

Como comentamos en otro momento, este trabajo incluyó también en la evaluación un cuestionario sobre habilidades de afrontamiento que recogía conductas como el llanto, la encapsulación de sentimientos, el llanto a escondidas, comer

más, enfadarse, liberar los sentimientos, fantasear, pensar que se ha aprendido algo, etc. Los resultados indicaron que las pacientes de cáncer tenían significativamente menos habilidades de afrontamiento ($p < 0.001$) lo que se hacía patente en su falta de expresión emocional en un sentido general, su menor habilidad para usar la fantasía, en pensar que no se podía aprovechar nada de la experiencia y en su tendencia a comer más en las situaciones de crisis. Estas diferencias no aparecían si se tomaba exclusivamente al grupo de pacientes con más de 50 años.

No obstante, como señalan los autores cabe hacer una matización; el grupo de pacientes que recibió un diagnóstico de quiste era muy similar al grupo de cáncer tanto en lo referente a las habilidades de afrontamiento como en el patrón de conducta tipo-A, de modo que si hubiera sido tomado como grupo de control sin duda las diferencias no hubieran sido significativas. De algún modo, las pacientes que sufrían un quiste presentaban un perfil similar al grupo maligno, aunque en general con puntuaciones menos marcadas que el grupo de cáncer. Otro problema del trabajo es que el grupo de pacientes con diagnóstico maligno era sustancialmente más viejo que el resto de grupos diagnósticos. No obstante, al llevar a cabo análisis separados con las pacientes de cáncer de más de 50 años, se comprobó, como dejábamos entrever, que este problema operaba a favor de la hipótesis nula.

En su Estudio de Yugoslavia, Grossarth-Maticek y sus colaboradores (Grossarth-Maticek, Frentzel-Beyme y Becker, 1984; véase Grossarth-Maticek, Schimdt, Vetter y Arndt, 1984 para el punto que nos ocupa) tras analizar los datos de las entrevistas y la información médica del seguimiento concluían que la incidencia del cáncer (además de con la desesperanza) se asociaba a una conducta racional y antiemocional y a la tendencia a la autoabnegación para obtener relaciones personales armoniosas. Señalan los autores que los sujetos que llegaron a desarrollar cáncer parecían esforzarse por satisfacer las expectativas de las personas próximas, tendían a idealizar a las personas más cercanas y mostraban baja autoestima y poca asertividad; se trataba de sujetos bien ajustados superficialmente, sin arrebatos violentos de ira, con escasa ansiedad y poca fantasía y con actitudes sociales marcadamente conformistas. El estudio de Heidelberg (Grossarth-Maticek, Baastians, Schmidt, y Vetter, 1983) al parecer replicó este tipo de resultados.

En una reelaboración teórica posterior (Grossarth-Maticek, Eysenck, Vetter y Schmidt, 1988) y atendiendo a los dos estudios pilotos precedentes plantean que los sujetos con mayor riesgo de sufrir cáncer, a los que denominan tipo 1 (siendo el tipo-2 el que presenta mayor riesgo de sufrir problemas cardiacos, y los tipos 3 y 4 los

que tienen mayor probabilidad de supervivencia) se caracterizan por una fuerte necesidad de estar cerca de alguna persona importante o de lograr alguna meta relevante; el objeto no llega a ser alcanzado y se va sobrevalorando hasta constituirse en una condición indispensable para el bienestar propio; fracasan los intentos de substituir motivacionalmente este objeto, así como los de desligarse emocionalmente de él, de modo que prosigue la idealización del objeto y la devaluación de uno mismo, disminuyendo la autoestima y apareciendo la desesperanza. Esta relación de dependencia respecto a una meta o persona inasequible estaría a la base de todo el patrón de personalidad característico de los sujetos cancerosos.

En nuestro contexto, Barreto (1984), en el estudio que comentábamos más arriba, llegó a la conclusión de que no se podía proponer que las pacientes de cáncer presentaran un patrón o perfil de personalidad característico. No obstante, atendiendo a los items de los cuestionarios utilizados en la evaluación psicológica (E.P.I. -Eysenck y Eysenck, 1984-, M.A.E. -Pelechano, 1974-, I.D.B. -Beck, 1961-, E.C.D. -Zung, 1965-, S.T.A.I. -Spielberger y otros, 1970-, las Escalas de Vulnerabilidad al Stress -Brenzelman, 1983-, L.C. -Rotter, 1966- y A.C. -Rosenbaum, 1980) la autora concluye que las pacientes de cáncer de mama presentan una gran responsabilidad y un gran sentido del deber en comparación con el grupo de control, muestran mayor dependencia de

acción y decisión y muestran menos la ira (Barreto y Forner, 1986). En otro trabajo llevado a cabo por la misma autora (presentado también en Barreto, 1984) se tomó una muestra constituida por 50 pacientes de cáncer de mama que estaban recibiendo quimioterapia y 50 mujeres sanas como grupo de control de edades y nivel socio-cultural similares. Ambos grupos fueron evaluados psicológicamente mediante los siguientes instrumentos: I.M.E. (Herrmann y Neisser, 1978), I.I. (McMullin y Giles, 1981), la Escala de Valores "B" (Rokeach, 1973), el E.F.T. (Witkin, Oltman, Raskin y Karb, 1971) y la escala de Rigidez de Pelechano (1973). Los resultados indicaron que el grupo de pacientes de cáncer presentaba valores más conservadores (recuérdese el conformismo social que proponía Grossarth-Maticek), eran más rígidas y más dependientes de campo.

Por su parte Andreu (1987) tomó una muestra de 150 pacientes de cáncer de mama sometidas a tratamiento poliquimioterapéutico y un grupo de control constituido por 150 mujeres sin ninguna patología orgánica conocida emparejadas demográficamente con el grupo de enfermas. Los resultados señalaron que ambos grupos se diferenciaban de un modo significativo en sus puntuaciones en una medida de dependencia (C.A.E.C. de Andreu, 1987). No obstante, como concluye la misma autora en su trabajo, la dependencia puede ser una característica de la situación de enfermedad más que algo peculiar de los enfermos de cáncer; esto es, antes que

pensar que la dependencia forma parte de un patrón de personalidad propio de los sujetos que llegan a desarrollar cáncer, la dependencia podía tener un origen claramente situacional y deberse al rol de enfermo de los sujetos, (en este sentido se manifiestan también Greenberg y Dattore, 1981).

Scherg y sus colaboradores (1981) en el trabajo que comentábamos más arriba incluyeron una medida del patrón de conducta tipo tipo-A, una escala de "sensibilidad paranoide" (tendencia a preocuparse por las opiniones que los demás tienen sobre uno mismo), una medida de deseabilidad social, otra de Autoritarismo, otra de locus de control y una escala de "compromiso" ("commitment", definido como la tendencia hacia las normas y valores sociales y religiosos aceptados). El reanálisis mejorado llevado a cabo por el autor principal (Scherg, 1987) indicó que las pacientes que recibieron un diagnóstico maligno puntuaban menos en el patrón de conducta tipo-A, presentaban mayor deseabilidad social y un grado mayor de "compromiso" que las pacientes con diagnóstico benigno; el resto de escalas no pudo discriminar entre ambos grupos de pacientes.

El estudio de Wirsching y sus colaboradores (1981) atendió también en la evaluación psicológica a una dimensión que los autores denominaron Altruismo. En esta medida, los pacientes eran también clasificados en una de cinco

categorías, que en este caso fueron las que siguen: "auto-sacrificio", altruismo, conducta adecuada, conducta exigente y egoísmo. Ninguna pacientes de cáncer de mama recibió las etiquetas de egoísmo o conducta exigente, presentando tan sólo un 5% lo que se consideró conducta adecuada; el 55 % se calificó como altruista y un 40% mostraba "auto-sacrificio". Por el contrario, el grupo con diagnóstico benigno se distribuía normalmente en las 5 categorías, siendo la más frecuente el comportamiento adecuado (35%) seguido del altruista (20%) y el exigente (25%) y siendo más raros los casos de egoísmo (5%) y "auto-sacrificio" (15%) (todos los porcentajes son sólo aproximados).

No obstante todo lo anterior, los resultados difíciles de integrar o contradictorios también aparecen en la literatura reciente. Así por ejemplo, Graves, Mead y Pearson (1986) presentan el resultado del seguimiento de una muestra de 1154 estudiantes de medicina varones que fueron evaluados psicológicamente entre 1948 y 1964 mediante el test de Rorschach; se tomó información relativa a los factores de riesgo de los sujetos (tabaquismo, antecedentes familiares, etc.) y a varias variables fisiológicas (nivel de colesterol, presión sistólica, etc.) de un modo continuado. En 1984 55 sujetos sufrían o habían sufrido cáncer. De la información proporcionada por la prueba proyectiva la atención de los investigadores se centró en lo que denominan

la Escala de Interacción del Rorschach (R.I.S.), que se aplica sobre cada respuesta y que cuenta con 11 puntos (entre -5 y +5), siendo las puntuaciones negativas indicadores de poca implicación emocional en la interacción social y lo contrario las positivas. A partir de los datos, los autores plantean que los sujetos podían clasificarse en 6 categorías: (1). "Flexibles" (aquellos que mostraban una aproximación adecuada en la interacción, capaces de presentar tanto sentimientos afectuosos como agresivos, en cualquier caso moderados); (2). "Conformistas" (sujetos ajustados estrechamente a las normas y valores); (3). "Empáticos" (aquellos que experimentan la relación de un modo armonioso, con afecto cálido y siempre de tono positivo); (4). "Controlados" (sujetos reservados en la interacción, cuyos sentimientos son siempre moderados y controlados); (5). "Ambivalentes" (sujetos que en la interacción muestran emociones extremas sean de aproximación u hostiles); y por último (6). "Evitadores" (con una orientación distante y retraída en la interacción). Tras llevar a cabo los análisis los autores concluyeron que el riesgo de sufrir cáncer aumenta según el orden en que hemos expuesto los patrones de interacción, y ello controlando la edad, el nivel de colesterol (que se asociaba a la incidencia del cáncer) y el uso del tabaco.

Por su parte, Ragland, Brand y Fox (1987) presentan el seguimiento de un grupo de 3154 sujetos varones sanos que se prolongó durante 22 años; la evaluación psicológica recogió las puntuaciones de los sujetos en el patrón tipo-A de conducta. Tras el seguimiento 186 sujetos habían muerto de cáncer, (70 de pulmón y 116 de otras localizaciones). Controlado el uso del tabaco, la edad y el nivel de educación los resultados mostraron una asociación positiva entre el patrón tipo-A y la incidencia de cáncer, asociación que se debía a la relación del tipo de patrón con los cánceres no pulmonares (hechos los análisis por separado, la asociación era más estrecha si se dejaban a un lado los cánceres de pulmón, y estos no presentaron ninguna relación con el patrón tipo-A).

3-2. Algunas consideraciones metodológicas y conceptuales.

Los resultados expuestos hasta aquí podrían dar la impresión de que la investigación camina por un camino bien trazado y consistente de modo que las tesis mantenidas cuentan con un claro aval empírico. Sin embargo, la realidad es bien distinta. Aunque es cierto que determinadas características psicológicas aparecen con más frecuencia en la literatura (básicamente las que nos han ocupado) (Holland, 1989), se han postulado unos 45 factores psicológicos como antecedentes de la enfermedad maligna,

muchos de los cuales han aparecido tan sólo en un estudio, y a menudo las variables propuestas eran contradictorias entre sí (Fox, 1988). Analizaremos seguidamente algunas cuestiones relativas a los problemas metodológicos y conceptuales que pueden en parte estar a la base de la ambigüedad de los resultados.

3-2-1. Cuestiones metodológicas.

Los problemas metodológicos en este campo de investigación son, como esperamos poner en evidencia, realmente graves. En general, entendemos que la problemática es común a la mayor parte de estudios por lo que hemos preferido dedicar un apartado distinto a esta cuestión en lugar de analizar críticamente cada trabajo por separado. Pasaremos a analizar el tipo de diseños de investigación que se vienen realizando, atendiendo en cada caso a sus déficits metodológicos.

Desde que fue propuesta por Temoshock (Temoshock y Heller, 1984), suele aceptarse la clasificación de los trabajos sobre el posible papel de los factores psicológicos en el cáncer en cuatro tipos que comentaremos por separado.

-Estudios retrospectivos.

Este es el tipo de diseño más sencillo de poner en práctica y más difícil de interpretar. Consiste en tomar una muestra de pacientes de cáncer ya diagnosticado y un grupo de sujetos de control (sanos o con otra patología) y una vez evaluados psicológicamente, comparar las puntuaciones de ambos grupos. Ello implica de entrada asumir que las puntuaciones obtenidas por los sujetos en la/s variable/s tenida/s en cuenta se corresponden con las características del sujeto antes del diagnóstico de la enfermedad. Pertenecen también a este tipo de estudios aquellos que han atendido a los eventos estresantes como posibles antecedentes de la enfermedad a través de autoinformes o encuestas cumplimentados con el diagnóstico presente.

Asumir que las características que ahora muestra el sujeto estaban ya presentes antes de que se llevará a cabo el diagnóstico e incluso antes de que se empezara a formar la tumoración implica descartar arbitrariamente una serie de hipótesis alternativas, algunas de ellas bastante razonables: pudiera ser que los resultados de la evaluación psicológica fueran en realidad un efecto del conocimiento por parte del sujeto del diagnóstico y en su caso del pronóstico (Fox, 1988); los mismos tratamientos médicos o las expectativas que estos generan pueden muy bien dar cuenta de resultados diferentes en una serie de medidas

psicológicas entre los sujetos con cáncer y otras poblaciones (Hughes, 1987); por último, no se puede descartar que la misma enfermedad a través de mecanismos fisiológicos no clarificados dé cuenta de las diferencias, esto es, que el síndrome o perfil psicológico que se apunte no sea sino un efecto más de la enfermedad maligna (Fox, 1983).

-Estudios cuasipropectivos o minipropectivos.

Este tipo de diseños implica evaluar a una muestra de sujetos que han acudido a un centro médico a someterse a una revisión antes de que se efectúen las pruebas o al menos antes de que se conozcan los resultados. Es evidente que este diseño pretende eliminar los efectos psicológicos del conocimiento del diagnóstico y consigue dejar a un lado cualquier diferencia atribuible a los tratamientos. No obstante quedan por resolver algunos problemas:

En primer lugar, está claro que seguimos sin poder descartar la hipótesis de que la enfermedad por sí misma esté explicando las diferencias que resulten al comparar los pacientes que hayan recibido un diagnóstico de cáncer con los otros grupos diagnósticos.

En segundo lugar, lo que es más grave, tampoco podemos descartar que los sujetos de cada grupo acudan a la consulta por distintas razones (por ejemplo, simplemente para un chequeo o por la presencia de algún síntoma o signo clínico) cosa que se ha comprobado en alguna ocasión; en este sentido, Scherg (1987) pudo comprobar que en su muestra prediagnóstico el 80% de las pacientes que resultaron estar sanas habían acudido simplemente para una revisión, razón que tan sólo esgrimían el 7% de las pacientes que recibieron un diagnóstico maligno; el 53% de las pacientes con cáncer habían acudido por la presencia de una lesión en la mama hallada en una exploración previa, circunstancia que tan sólo concurría en el 2% de las mujeres sanas.

En tercer lugar, y como corolario de lo anterior, los pacientes pueden tener indicios claros de cual va a ser su diagnóstico antes de las pruebas definitivas a través de señales verbales o no verbales proporcionadas por aquellos que les han prestado atención médica con anterioridad o por los signos que les proporciona la enfermedad (Stolbach y Brandt, 1988). Esta hipótesis fue puesta a prueba por Schwatz y Geyer (1984), quienes entrevistaron a un grupo de 83 mujeres que presentaban una tumoración en la mama y que iban a ser sometidas a biopsia; en la entrevista se preguntó a las pacientes sobre sus expectativas diagnósticas, esto es, sobre si pensaban que el diagnóstico iba a ser maligno o benigno. De las 23 pacientes que recibieron un diagnóstico

de cáncer 15 hicieron un diagnóstico correcto (el 65%) y en el grupo benigno 41 de las mujeres anticiparon correctamente su diagnóstico (77%); los autores indican que el índice de aciertos de los propios médicos de las pacientes con los datos con que contaban antes de la biopsia fue del 74 y el 81% respectivamente. Los autores concluyeron a la vista de estos resultados que las características psicológicas que suelen atribuirse a las pacientes de cáncer a partir de este tipo de diseños no serían más que efectos del conocimiento diagnóstico, y que no estarían presentes con anterioridad. Con ello parece pues que el principal objetivo perseguido por este tipo de diseños puede no ser alcanzado normalmente.

-Estudios retroprospectivos.

En este tipo de trabajos se aprovecha la información psicológica accesible de una muestra de sujetos que fueron evaluados en el pasado por cualquier razón (por ejemplo, para acceder a un puesto de trabajo o a la universidad o en el seno de una investigación con cualquier objetivo) y se trata de reconstruir sus historias médicas atendiendo preferentemente (pues será la variable criterio) a sus índices de morbilidad y mortandad por cáncer. En general esto trabajos presentan algunos de los problemas de los estudios prospectivos (todos, menos la carestía de medios) y algunos específicos: En general, es poco esperable que una evaluación psicológica efectuada hace dos o tres décadas

utilice instrumentos y procedimientos adecuados (válidos y fiables) y a la vez próximos a las hipótesis al uso (Holland, 1989). Además, entendemos que estos trabajos presentan serias dificultades a la hora de generalizar los resultados, pues normalmente la muestra está constituida por sujetos definidos previamente por alguna condición (por ejemplo, estudiantes de medicina varones de los años 50, como en el estudio de Graves y colaboradores de 1986).

-Estudios prospectivos.

Los estudios genuinamente prospectivos son aquellos en los que se evalúa psicológicamente a una muestra con el fin establecido a priori de determinar sus tasas de morbilidad y mortandad por cáncer o por un tipo específico de cáncer. Este tipo de estudios son, con mucho, los menos abundantes en la literatura (Fox, 1988). En el caso de los estudios prospectivos la primera limitación más que de corte metodológico es de tipo económico, puesto que requiere la inversión de unos recursos financieros y humanos enormes (Temoshock y Heller, 1984). La muestra debe ser amplísima si pretendemos contar a largo plazo con un número de casos de cáncer que nos sea de alguna utilidad; además, deberían estar controladas y entrar en los análisis todas las variables carcinogénicas conocidas o propuestas, lo que complicaría en gran medida el diseño de los análisis y la recogida de datos (Cella y Holland, 1988). Decir también,

que la muestra debería estar formada por sujetos que estuvieran con toda seguridad libres de enfermedad maligna, y dado que la neoplasia puede estar presente muchos años antes de ser susceptible de diagnóstico, para contar con la seguridad de que los sujetos empleados estaban realmente sanos en el momento de la evaluación psicológica deberíamos eliminar aquellos que presentaran la enfermedad durante los primeros años, lo que a su vez prolongaría el tiempo necesario de seguimiento y reduciría la muestra cancerosa (estrategia que siguen por ejemplo Graves y cols., 1986). Por último, se observa en la literatura que se ha ignorado de un modo sistemático el hecho de que hablar de cáncer es en realidad hablar de una multitud de trastornos, a menudo con muy poco en común tanto en lo referente a los antecedentes como en la sintomatología y el pronóstico. Así, en los estudios retrospectivos y los escasos prospectivos se han utilizado muestras constituidas por una miscelánea de diagnósticos y se han generalizado gratuitamente resultados obtenidos en un trastorno específico a otro o a todos en general (Holland y Cella, 1983). Desde una perspectiva metodológica ello implica que los estudios prospectivos deberían dirigirse al estudio de trastornos específicos, y la interpretabilidad de los datos aumentaría en función de la especificidad del trastorno objeto de atención (Temoshok y Heller, 1984).

Además de los problemas más o menos específicos de los distintos tipos de diseños que comentábamos, existen algunos problemas de corte metodológico que afectan a la investigación en general. Por ejemplo, el problema de mezclar distintos diagnósticos que comentábamos a propósito de los estudios prospectivos, puede darse también en los trabajos retrospectivos. Un problema de primer orden es el que hace referencia a la medida o evaluación de las dimensiones psicológicas propuestas; prácticamente se han utilizado todos los recursos, desde técnicas proyectivas a cuestionarios de autoinforme, pasando por observación conductual y entrevistas con distintos grados de estructuración asumiendo a menudo que se estaba midiendo lo mismo y que la medida era fiable. De hecho, muchas de las variables propuestas no tienen en absoluto resuelto el problema de la medida (Temoshok y Heller, 1984).

A esto hay que añadir, como comentábamos al principio, la multitud de variables propuestas, a menudo con nombres o etiquetas fruto del tipo de formación del investigador que limitan notablemente la comparabilidad de los resultados de los estudios, y lo que es más grave, nombres comunes o similares para constructos diferentes que inducen a pretender prestar o recibir apoyo de trabajos no susceptibles de hacerlo (Fox, 1988). Así pues, sería necesario dar definiciones más operativas de estas variables que nos indiquen cuando y cuando no estamos hablando de lo

mismo y cuál es el verdadero sentido de una dimensión aislada mediante análisis factorial o definida teóricamente y qué relación estadística tiene con otras variables similares (por ejemplo, supresión emocional con hostilidad) en busca de factores de segundo orden que puedan dar realmente una respuesta a las cuestiones que se plantean.

También cabe hacer una reflexión sobre la estabilidad de las medidas utilizadas. La crítica principal de que son susceptibles los estudios retrospectivos es, como señalábamos, que los resultados pueden verse influidos por la situación actual del sujeto evaluado, esto es, que vías biológicas aparte, el conocimiento del diagnóstico y el pronóstico (explícitos o implícitos) y los tratamientos médicos podían influir en las respuestas que el sujeto proporcionara en la evaluación. Como señalan Temoshock y Heller (1984) ello será en cualquier caso más grave en las medidas de estados (tales como la desesperanza), que en las escalas de personalidad a las que se atribuye mayor consistencia y estabilidad. No obstante, entendemos que no basta con atribuir mayor o menor estabilidad a las medidas, sino que cabría someter a prueba esta cuestión desde un punto de vista psicométrico: una escala relativa a un supuesto rasgo de personalidad que demostrara una alta fiabilidad de retest en múltiples ocasiones suficientemente alejadas en el tiempo, algunas de las cuales fueran

realmente situaciones de crisis podría quizá constituirse como un instrumento valioso incluso en los estudios retrospectivos.

Quizá el problema más severo de toda esta línea de investigación es la de poder contar tan solo con estudios de tipo correlacional que no permiten extraer siquiera conclusiones tentativas sobre la dirección de la causalidad (aunque sea dentro de un marco conceptual pluricausal). Así, una estrecha asociación entre un determinado constructo psicológico y la incidencia del cáncer siempre puede interpretarse como que el primero es efecto de la segunda, incluso en los estudios prospectivos en los que como comentábamos la enfermedad puede estar presente mucho tiempo antes de ser diagnosticable. Además, el estado actual del conocimiento científico no permite descartar la posibilidad de que tanto los factores psicológicos como la incidencia de las enfermedades malignas fueran atribuibles a terceras variables (por ejemplo, factores genéticos) que dieran cuenta de las dos, esto es, una correlación entre A y B puede atribuirse a que C es causa tanto de A como de B (Friedman y Booth-Kewley, 1987). La respuesta a esta cuestión tan sólo puede proporcionarla la investigación proveniente de otros campos (la Oncología misma) o el llevar a cabo estudios de corte experimental, donde las supuestas variables predictoras (las variables psicológicas) se convirtieran en verdaderas variables independientes

susceptibles de manipulación mediante terapia para comprobar sus efectos sobre la variable dependiente (idealmente la incidencia de un tipo específico de trastorno maligno) en una muestra de sujetos sanos adecuadamente distribuidos respecto a todas las variables asociadas a la incidencia del trastorno en todos los niveles de la variable independiente. No obstante, este tipo de diseños se encontrarían con todos o la mayoría de los problemas de los diseños prospectivos además de algunos específicos (como el control de las variables contaminantes y las variables de la terapia misma) aumentando además de un modo significativo los costos personales y económicos. No es de extrañar que este tipo de trabajos no esté presente en la literatura.

En general, pues, entendemos que toda la problemática que hemos expuesto limita en gran medida la extracción de conclusiones e invita a hacer una llamada a la prudencia a la hora de hacer afirmaciones tajantes sobre la cuestión. Además, pensamos que cabría tener en cuenta algunas consideraciones que planteamos seguidamente.

3-2-2. Consideraciones conceptuales.

Como comentábamos más arriba, a menudo los estudios han utilizado como muestras de pacientes de cáncer grupos heterogéneos asumiendo que el cáncer era un fenómeno único, un solo trastorno y que por tanto las conclusiones obtenidas

en un caso podrían generalizarse a los sujetos con cualquier enfermedad maligna (Holland y Cella, 1988). No obstante el problema no se limita a esta cuestión; dentro de cada una de las localizaciones cancerosas vuelve a haber una variedad de tipos de tumoración; no basta hablar de cáncer de mama o de pulmón, sino que habría que atender a subdiagnósticos y marcadores clínicos específicos (Temoshock y Heller, 1984), cada uno asociado con factores de riesgo diferentes, tanto conductuales como ambientales y genéticos y en cada caso las variables psicológicas propuestas podrían tener un valor mayor o menor (o nulo) como antecedentes de la enfermedad (esto es, por ejemplo, la represión de la ira puede contribuir a la aparición quizás tan solo de un carcinoma ductal infiltrante de mama en pacientes premenopáusicas con receptores estrogénicos positivos, sin antecedentes genéticos y así sucesivamente y no al resto de los casos), de modo que el tomar sujetos con una mixtura de subdiagnósticos puede explicar la inconsistencia de los datos.

Aunque se atendiera a la cuestión que acabamos de plantear se continuaría prejuzgando que el posible papel de los factores psicológicos en el origen de la enfermedad debe ser relevante para todos los casos que cumplan una ristra de condiciones diagnósticas, esto es, se asume que si un determinado rasgo de personalidad o un estado emocional está a la base de la enfermedad del sujeto A, necesariamente el

sujeto B, con el mismo diagnóstico específico ha de presentar esas características, de modo que todos los sujetos con un determinado trastorno han de presentar cierta homogeneidad respecto a esa variable psicológica. Por otro lado, se presume que tal estado o rasgo psicológico ha de producir los mismos efectos fisiológicos (por ejemplo, determinados cambios endocrinos e inmunológicos que aumentan en riesgo de padecer tal o cual tipo de cáncer) en todos los sujetos, esto es, se postula un alto grado de correspondencia psicofísica con cambios fisiológicos peculiares para cada estado emocional o estímulo estresante. Esta última asunción es realmente problemática (véase Fharenberg, 1986, o piénsese en los trabajos de Schachter y Singer, por ejemplo en su artículo de 1962) y volveremos a ella más adelante. Lo que nos interesa destacar aquí es que esa presumida homogeneidad psicológica (con su complemento fisiológico) que plantean los estudios que utilizan grupos sanos o con otro trastorno como controles respecto a los sujetos con cáncer ignoran sistemáticamente las diferencias individuales dentro de la población de pacientes con neoplasia maligna (o de pacientes con un determinado diagnóstico concreto), diferencias claramente existentes incluso respecto a algunas de las variables psicológicas propuestas, como veremos en la siguiente sección.

4. Los factores psicológicos como moduladores del curso del cáncer.

Introducción.

Una reformulación de la hipótesis de que los factores psicológicos puedan hacer el papel de agentes en la enfermedad cancerosa es la que hace referencia al tiempo sin recaída o de supervivencia del paciente o al ritmo de progresión del tumor. En este caso, se plantea que con independencia de que las variables psicológicas puedan jugar o no un papel en la incidencia del cáncer cabe prestar atención a su papel pronóstico en la enfermedad ya declarada. A menudo esta distinción no aparece en la literatura, exponiéndose como relativos a la misma cuestión los estudios sobre incidencia o iniciación del cáncer y los relativos a la progresión del mismo (por ejemplo, en la revisión de trabajos de Hu y Silberfarb de 1988). No obstante, compartimos la visión de Levy (1983, 1985) al plantear que se trata de dos cuestiones conceptual, metodológica y empíricamente distintas.

En primer lugar, conceptualmente, cabe decir que no es lo mismo perseguir las peculiaridades o perfiles psicológicas de una población (o subpoblación) de pacientes de cáncer que atender a las diferencias individuales entre ellos; no es lo mismo defender que una serie de sujetos

tienen más riesgo de sufrir la enfermedad por tal o cual peculiaridad emocional o de personalidad que entender que en el seno de una población de pacientes de cáncer hay tanta variabilidad como en la población general y que determinadas características psicológicas puedan constituirse como un continuo capaz de influir en cierta medida en el estado y evolución del tumor; tampoco es lo mismo afirmar que los factores psicológicos a través de determinadas respuestas fisiológicas pueden variar el ambiente hormonal e inmune del tumor que entender que esas u otras variables psicológicas contribuyen a que en un sujeto un grupo de células empiecen a reproducirse anárquicamente (Levy, 1985).

Desde un punto de vista metodológico, y esto es importante, esta aproximación permite diseños mucho más ventajosos (no cabe distinguir entre estudios retrospectivos o prospectivos, la reducción de costos es enorme, etc.). Pero sin duda, la mayor ventaja es que permite la posibilidad de llevar a cabo ensayos cuasiexperimentales al intentar modificar mediante terapia las variables psicológicas propuestas y atender al efecto de esos cambios sobre los indicadores médicos de la enfermedad o sobre la misma supervivencia, sea comparando grupos de pacientes o con estudios longitudinales de casos únicos.

A nivel empírico cabe decir que los factores de riesgo conocidos a menudo son distintos en lo referente al inicio y en lo relativo a la progresión del tumor (Temoshok y Heller, 1984, quienes nos ponen el ejemplo de la exposición excesiva a la radiación solar, la cual puede contribuir al inicio de un melanoma maligno, y sin embargo no puede afectar a su ritmo de progresión).

Los estudios sobre el posible papel de los factores psicológicos en el tiempo libre de enfermedad o en la extensión de la supervivencia parten de la observación de que no todos los enfermos de cáncer con un diagnóstico similar y recibiendo el mismo tratamiento reaccionan del mismo modo; se plantea que la variabilidad es muy marcada, de modo que en algunos casos la enfermedad puede incluso llegar a remitir no resurgiendo en el futuro, mientras que en otros la diseminación metastásica aparece prontamente, se esparce con rapidez y el paciente fallece mucho antes de lo esperable (Bayés, 1983). Así pues, la pregunta que queda en el aire hace referencia a las condiciones específicas que contribuyen a que un determinado paciente sobreviva mucho más (o mucho menos) tiempo que otro en las mismas condiciones físico-médicas.

Los trabajos que nos van a ocupar se refieren a la contribución supuestamente directa (vía psicofisiológica, de los factores emocionales, cognitivos y de personalidad sobre

el tumor; es evidente que hay otros caminos a través de los cuales las variables psicológicas modulan el tiempo de supervivencia; sirvan de ejemplo las dimensiones que pueden afectar a la dilación en el diagnóstico (Owens, 1988; Siegel, 1990) que, como es sabido, en algunas neoplasias malignas como es el caso de la de mama, afectan claramente al pronóstico; en aquellos casos en que el diagnóstico temprano contribuye notablemente al éxito del tratamiento el retraso (esto es, el peor pronóstico) puede ser efecto de variables como el miedo al cáncer, la ignorancia sobre síntomas físicos o conductas de prevención, o un estilo de afrontamiento caracterizado por la negación (Hughes, 1987); otro modo a través del cual los factores psicológicos pueden contribuir indirectamente a determinar el tiempo de supervivencia de un sujeto se refiere a la adherencia al tratamiento, especialmente delicada en cáncer, dada la virulencia de algunos de los tratamientos, en pacientes que reaccionen a su diagnóstico con desesperanza (Levy, 1985).

Por supuesto que estas cuestiones son de enorme importancia pero, como señalábamos, vamos a ocuparnos de la variabilidad que queda sin explicar incluso cuando los factores que acabamos de comentar están adecuadamente controlados: ¿por qué dos pacientes con tipos idénticos de tumor, diagnosticados en su caso en el mismo estadio, con cánceres similares histológica, citológica y endocrinamente, que han recibido de un modo efectivo el mismo tratamiento

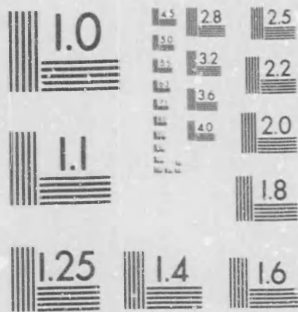
tienen finales diferentes? ¿Pueden quizá las variables psicológicas dar cuenta de parte de esta varianza? (Levy, 1988).

Es evidente que esta última pregunta sólo tiene sentido en lo referente a determinados tipos de tumores, tales como los de mama o el melanoma maligno; en concreto, como señalar entre otros Levy (1983, 1985) o Lemoshock y Heller (1984) para plantear esta cuestión el tipo de cáncer abordado ha de cumplir al menos tres requisitos:

En primer lugar, ha de tratarse de tumores malignos que presenten un curso relativamente indolente, esto es, que el ritmo de desarrollo y de dispersión metastática de la malignidad sea lo suficientemente lenta como para poder concebir razonablemente que los factores psicológicos puedan estar jugando algún papel en el proceso.

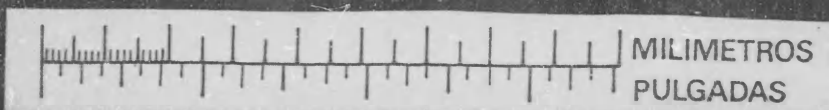
En segundo lugar, es preciso que se constaten diferencias notorias entre los individuos por lo que respecta al curso de la enfermedad, y que estas diferencias sean independientes de condiciones médicas pronósticas conocidas (tales como el estadio en el momento del diagnóstico, el tipo y cuantía de tratamientos médicos, etc.); o en otros términos, que quede una porción de

etd



MICROCOPY RESOLUTION TEST CHART
NATIONAL BUREAU OF STANDARDS
STANDARD REFERENCE MATERIAL 1010a
(ANSI and ISO TEST CHART No. 2)

1:24



tienen finales diferentes? ¿Pueden quizá las variables psicológicas dar cuenta de parte de esta varianza? (Levy, 1988).

Es evidente que esta última pregunta sólo tiene sentido en lo referente a determinados tipos de tumores, tales como los de mama o el melanoma maligno; en concreto, como señalan entre otros Levy (1983, 1985) o Temoshock y Heller (1984) para plantear esta cuestión el tipo de cáncer abordado ha de cumplir al menos tres requisitos:

En primer lugar, ha de tratarse de tumores malignos que presenten un curso relativamente indolente, esto es, que el ritmo de desarrollo y de dispersión metastática de la malignidad sea lo suficientemente lenta como para poder concebir razonablemente que los factores psicológicos puedan estar jugando algún papel en el proceso.

En segundo lugar, es preciso que se constaten diferencias notorias entre los individuos por lo que respecta al curso de la enfermedad, y que estas diferencias sean independientes de condiciones médicas pronósticas conocidas (tales como el estadio en el momento del diagnóstico, el tipo y cuantía de tratamientos médicos, etc.); o en otros términos, que quede una porción de

varianza no explicada en el curso y desenlace de la enfermedad que sea atribuible, aunque sea tentativamente, a las variables psicológicas.

Por último, debe haber algún indicio de reactividad hormonal y/o inmunológica asociada con el tumor que nos ocupe, puesto que son las vías a través de las cuales se pretende vincular los factores psicológicos con el ritmo de progresión del tumor maligno.

Vamos en primer lugar a intentar hacer un pequeño repaso de los principales estudios que han tratado de aislar aquellos aspectos psicológicos que pueden estar relacionados con mayores o menores tasas de supervivencia en pacientes de cáncer.

4-1. La evidencia empírica.

Aunque nuestro interés se va a centrar en los trabajos más recientes no podemos dejar de nombrar dado su carácter pionero el estudio llevado a cabo por Blumberg, West y Ellis (1954). Estos investigadores tomaron una muestra de 50 pacientes diagnosticados de cáncer de distintos tipos a quienes se les administró el M.M.P.I. Los pacientes fueron clasificados en aquellos que mostraban una rápida progresión de la enfermedad frente a aquellos en que era más lenta en función de las estadísticas sobre el tiempo de supervivencia

esperable para su tipo específico de malignidad. Se concluyó que los pacientes que sobrevivieron menos de lo esperable podían describirse como sujetos serios, cooperativos, agradables, ansiosos, hipersensibles y pasivos de un modo consistente y que habían sufrido a lo largo de su vida una marcada falta de expresión emocional y de autorrealización.

Más reciente, aunque ya un clásico, es el estudio llevado a cabo por Derogaris, Abeloff y Melisaratos (1979), en el cual tomaron una muestra de 35 pacientes con cáncer de mama ya en estado metastásico. Se llevó a cabo una amplia evaluación psicológica de línea base de las pacientes durante sus primeras visitas al centro ambulatorio (evaluación que consistió en una entrevista estructurada, un inventario de síntomas psicológicos y otros de estados de humor, la Global Adjustment to Illness Scale -G.A.I.S.- y la Patient Attitude, Information, and Expectancy Form -P.A.I.E.) y se realizó un seguimiento de las mismas a lo largo de tres años, en el cual los investigadores recogieron toda la información relativa a las incidencias de la enfermedad y el tratamiento. Tras este periodo, las pacientes fueron divididas en dos grupos, el de supervivientes a largo plazo -que habían sobrevivido al menos un año- y el de supervivientes a corto plazo -que habían fallecido antes de un año. El hecho de tomar los 12 meses como criterio de distinción entre los dos grupos, se basó en el hecho de que el tiempo de supervivencia medio

para aquellas pacientes metastásicas que respondían a la quimioterapia se situaba en torno a los 15 meses, siendo de 9 meses el correspondiente a aquellas pacientes que no respondían al tratamiento. 13 de las pacientes murieron antes de un año, situándose las 22 restantes en el otro grupo (las medias de supervivencia para cada grupo fueron de 8.3 y 22.8 meses respectivamente).

En un sentido general, llevados a cabo los análisis, los resultados del estudio indicaron que aquellas pacientes que sobrevivían un año después de la evaluación psicológica se encontraban significativamente más desajustadas que aquellas que fallecieron en este plazo. En concreto, las supervivientes a largo término mostraban tasas más elevadas de ansiedad, hostilidad, culpa y psicoticismo que las del otro grupo. Adicionalmente, su humor era más depresivo presentando una puntuación mayor en un índice general de afecto negativo.

Por su parte, aquellas con tasas inferiores de supervivencia presentaban mayor grado de humor positivo y gozo, aunque las diferencias no fueron significativas estadísticamente. Los grupos no presentaban diferencias significativas por lo que a las variables médicas se refiere, a excepción de la quimioterapia: el grupo de supervivientes a corto plazo había estado expuesto a una mayor tasa de quimioterapia, por lo cual, su efecto si lo hubiera, habría

actuado en sentido contrario al que constituiría un sesgo. Los autores plantean la existencia de una relación entre el estilo de afrontamiento de las pacientes y el ritmo de progresión de sus tumores, de modo que aquellos sujetos cuyo estilo de afrontamiento facilita la expresión externa y consciente de las emociones negativas y el distress psicológico sobrevivirían más, mientras que aquellas con un estilo que promueva la supresión o la negación del afecto tendrían peor pronóstico, (nótese que no se hace referencia a la negación de la enfermedad, sino de la carga emocional que lleva aparejada).

En un estudio llevado a cabo por Levy, Herberman, Maluish, Schlien y Lippman (1985) (citado en Levy, 1985), se intentó replicar el estudio citado más arriba de Derogatis y cols. (1979); en este caso la muestra estuvo constituida por 36 pacientes de cáncer de mama en su primera recaída que llevaran al menos 2 meses libres de enfermedad. Según los autores, los resultados fueron en la misma línea que los del estudio de Derogatis; en concreto, se halló que aquellas pacientes que informaban de poco "stress" en la primera evaluación (justo antes de iniciar el tratamiento por recaída) y que los demás calificaban de "bien ajustadas", era más probable que hubieran muerto una año después de la evaluación. Por otro lado, las pacientes que presentaban una elevada tasa de sintomatología psiquiátrica y que los demás calificaban como "alteradas" tendían a seguir vivas al cabo

de un año. Según los autores, esta respuesta psicológica era independiente de cualquier factor pronóstico conocido. No obstante, el seguimiento más prolongado de esta misma muestra (dos años después de la evaluación), ofreció datos bien distintos que comentaremos más adelante.

Levy (1985) informa también de un estudio prospectivo inacabado con pacientes de cáncer de mama en estadios iniciales evaluadas en el momento del diagnóstico en el que los resultados parecen indicar una asociación entre el buen nivel de ajuste informado por un observador, la indiferencia o apatía y la falta de apoyo social por un lado y una menor actividad de las células N.K. ("Natural Killers"), que los autores entienden como indicador de mal pronóstico. Levy, Herberman, Whiteside, Sanzo, Lee y Kirkwood (1990) dan cuenta de los resultados definitivos de este trabajo. En concreto, la muestra estuvo constituida por 61 pacientes de cáncer de mama en estadios I y II. Los resultados indicaron que la elevada actividad de las células N.K. era predecible a partir de 5 variables, tres de ellas psicosociales: la cantidad de apoyo social percibido proveniente de la pareja, la cantidad de apoyo social percibido proveniente del médico de la paciente, y la búsqueda activa de apoyo social como principal estrategia de afrontamiento.

En la línea de lo que indican los trabajos del grupo de Levy (véase Levy -1988- para una revisión), Funch y Marshall (1983) encontraron una potente relación entre el tiempo de supervivencia en una muestra de pacientes de cáncer de mama y la cantidad de apoyo social de que disponían, siendo este factor independiente de cualquiera de las otras variables de pronóstico conocidas; de hecho, en este trabajo, la red de apoyo social daba cuenta de una mucho mayor parte de varianza que el mismo estadio de diagnóstico. Evidentemente, el papel aquí atribuido al apoyo social es perfectamente compatible con los estudios longitudinales con grandes muestras que han mostrado que las tasas de mortalidad por cualquier causa son significativamente más elevadas en aquellos sujetos con una mermada red de relaciones sociales (Berkman y Syme, 1979).

De otro lado, Greer, Morris y Pettingale (1979) intentaron determinar si la respuesta psicológica al diagnóstico de cáncer podía tener algún efecto sobre el tiempo de supervivencia de los pacientes. Para ello tomaron una muestra de 69 pacientes de cáncer de mama en estadio temprano (estadios I y II) las cuales fueron evaluadas psicológicamente antes de la cirugía y tres y doce meses después de ésta, llevando a cabo posteriormente un seguimiento de 4 años con evaluaciones físicas y psicológicas anuales.

En función de la información psicológica recogida tres meses después de la cirugía (N=57), las pacientes fueron clasificadas en cuatro categorías mutuamente excluyentes que hacían referencia al modo en que las pacientes habían reaccionado al diagnóstico. Estas categorías -modos de afrontamiento- fueron las siguientes:

a) Negación: Aparente rechazo activo de cualquier evidencia sobre su diagnóstico que se les pudiera ofrecer, incluida la mastectomía, la cual era entendida por estas pacientes como una medida profiláctica. Estas pacientes tendían a restringir la conversación sobre el asunto. En ningún caso mostraban o expresaban malestar emocional alguno.

b) Espíritu de lucha: Se trataba de una actitud abiertamente optimista, acompañada de una búsqueda activa de información sobre la enfermedad. Manifestaban estar dispuestas a hacer todo lo posible por superar la enfermedad y pensaban que era muy probable que efectivamente se recuperaran. No se evidenció ni ellas expresaron malestar psicológico durante el curso de las entrevistas.

c) Aceptación estoica: Se refiere a la aceptación del diagnóstico como tal, sin búsqueda de información adicional a no ser que aparecieran nuevos síntomas. Tales pacientes ignoraban en la medida de lo posible la enfermedad y sus síntomas, intentando llevar una vida completamente normal.

Reconocer que tenían cáncer les había ocasionado distress en un principio, pero a los tres meses se habían adaptado estoicamente a la situación.

d) Sentimientos de desesperanza-desamparo: Estas pacientes se habían hundido por completo al conocer el diagnóstico. Se consideraban a sí mismas gravemente enfermas y ocasionalmente incluso como desahuciadas. Sus actividades se veían a menudo interrumpidas por pensamientos respecto al cáncer y la muerte. Carecían completamente de esperanzas de salir adelante. Estas pacientes mostraban elevados niveles de distress que habían estado presentes desde el mismo momento del diagnóstico. (Greer, Morris y Pettingales, 1979).

A los 5 años de la cirugía el 49% de la pacientes estaban vivas y sin ningún signo de recaída, el 24% estaban vivas pero habían desarrollado metástasis y el 27% habían fallecido de cáncer de mama. Vamos a hacer un breve repaso de los resultados de sus análisis:

-No había ninguna relación significativa entre la respuesta psicológica al diagnóstico de cáncer y la masa tumoral tres meses después de la operación.

-La variable Radioterapia no se relacionaba ni con la respuesta psicológica a los 3 meses ni con el resultado final a los 5 años.

-Las siguientes variables psicosociales, no se asociaban con las consecuencias 5 años después: edad, clase social, reacción al descubrir el bulto en el pecho, dilación en la búsqueda de diagnóstico, reacción habitual a los eventos estresantes, expresión-supresión de la ira, depresión (escala de Hamilton, 1967), hostilidad (H.D.H.Q. de Caine, 1967), enfermedad depresiva en los 5 años previos, ajuste sexual, relaciones interpersonales y rendimiento en el trabajo, extroversión y neuroticismo (E.P.I., Eysenck y Eysenck, 1964) e inteligencia verbal.

-Se halló una tendencia en las pacientes solteras (sin pareja) o que informaban de relaciones maritales más pobres en el momento del diagnóstico a tener consecuencias menos favorables.

-Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las respuestas psicológicas al diagnóstico (a los 3 meses) y las consecuencias a los 5 años. El desenlace más favorable era más frecuente en aquellas pacientes que habían reaccionado con negación o espíritu de lucha que en aquellas que habían reaccionado con aceptación estoica o desamparo-deseesperanza.

Después de llevar a cabo estos análisis, la muestra fue seguida durante 5 años más y según informan los autores, 10 años después del diagnóstico, los resultados confirmaban lo expuesto años antes (Pettingale, Morris, Greer y Haybittle, 1985). Si bien en el segundo quinquenio la tasa total de mortalidad era más elevada, los decesos seguían concentrándose de un modo significativo en aquellas pacientes que habían reaccionado al diagnóstico con aceptación estoica o desamparo-desesperanza. En el análisis de regresión, esta variable psicológica era más significativa que cualquier variable de pronóstico conocida y no parecía estar asociada con ninguna de ellas.

El equipo del profesor Greer llevó a cabo otros estudio (Pettingale, Burgess y Greer, 1988) dirigido a determinar si los resultados obtenidos en los trabajos anteriores podían ser explicados a partir de la asociación de la respuesta de adaptación de las pacientes al cáncer de mama y alguna variable física o médica con valor pronóstico o diferencial en este trastorno. En este sentido, tomaron una muestra constituida por 107 pacientes de cáncer de mama en estadios tempranos y menores de 70 años. La evaluación psicológica fue llevada a cabo a los 3 a a los 12 meses después del diagnóstico y constó de los siguientes elementos: una entrevista semiestructura dirigida a determinar la respuesta del sujeto a la enfermedad a nivel cognitivo y conductual,

atendiendo a las evaluaciones que hacía del diagnóstico, del pronóstico y del grado de control sobre la enfermedad (los elementos constitutivos de los modos de afrontamiento de los trabajos anteriores); por otro lado las pacientes completaban un inventario de síntomas y/o efectos secundarios de los tratamientos, así como de estado funcional, un inventario de depresión, el S.T.A.I. y una escala de Locus de Control. Se tomó la información relativa a la enfermedad (estadio, tipo y grado histológico) y a los tratamientos (tipo, cuantía y efectividad).

No se halló ninguna relación entre las puntuaciones de afrontamiento, la ansiedad y la depresión por un lado y el grado histológico, los nódulos afectados, y la edad por el otro. Los autores concluyen que no hay pues ninguna evidencia de que el modo de ajuste al cáncer se asocie con las variables pronósticas al uso.

Por su parte Schonfield (1977) tomó una muestra de 49 pacientes de cáncer de mama en los estadios I, II y III de la enfermedad, las cuales fueron evaluadas psicológicamente durante la primera semana de tratamiento postquirúrgico (radioterapia). La evaluación consistió en una entrevista, 128 ítems del M.M.P.I. y 40 ítems destinados a medir la ansiedad. Se llevó a cabo un seguimiento de dos años tras el cual 37 pacientes no presentaban ningún indicio de recaída y 12 o bien presentaban claros síntomas de recaída o habían

fallecido. Se intentó determinar si las variables psicológicas podían tener cierto valor predictivo sobre el tiempo de supervivencia. En líneas generales, este autor concluye que aquellas pacientes que seguían vivas después de dos años y que no habían presentado ninguna recurrencia de la enfermedad eran inicialmente menos hipocondriacas (M.M.P.I.), sentían menos daño a su imagen corporal como resultado de la mastectomía y la radiación, y se encontraban menos ansiosas y posiblemente menos deprimidas al principio del tratamiento.

Rogentine, van Kammen, Fox, Docherty, Rosenblatt, Boyd y Bunney (1979) llevaron a cabo un estudio en el cual pretendían determinar si una serie de factores psicológicos podían tener valor de prognosis en el melanoma maligno. Para ello tomaron 64 pacientes con estadios I y II de esta dolencia. Todos ellos habían sido sometidos a cirugía, por lo que en el momento de la evaluación psicológica (llevada a cabo una semana después de la intervención quirúrgica) se encontraban en apariencia libres de enfermedad.

La información psicológica se completó con una escala subjetiva en la cual el paciente debía valorar de 1 a 100 la cantidad de esfuerzo que había necesitado hacer para ajustarse a la enfermedad; a este índice lo denominaron "puntuación de ajuste al melanoma" ("melanoma adjustment score"). Una puntuación elevada en esta escala indicaba que

el sujeto había tenido que reajustar notablemente su vida y que había necesitado hacer un gran esfuerzo psicológico para vivir con la enfermedad. Así pues, puede entenderse como una escala que recoge la dificultad del paciente para enfrentarse a su enfermedad (Levy, 1985).

Se llevó a cabo un seguimiento de un año de duración durante el cual se recogieron datos de las incidencias biológicas y del tratamiento de los pacientes, atendiendo especialmente a todas aquellas que pudieran tener un valor pronóstico en la supervivencia de los pacientes. Llevados a cabo los análisis, estos indicaban que había una tasa significativamente mayor de recaídas en aquellos pacientes que mostraban pocas dificultades para adaptarse a la enfermedad. De hecho, la puntuación media del grupo que recayó antes de un año ($n=29$) fue de 53, mientras que los que seguían libres de enfermedad ($n=35$) presentaron una media de 80, siendo la diferencia significativa estadísticamente ($p<0.001$). La variable psicológica en cuestión mostraba independencia de los factores pronósticos conocidos. En la discusión de los resultados los autores reconocen que el significado de su "puntuación de ajuste al melanoma" no es demasiado claro; no obstante indican que puede entenderse que una puntuación baja en la escala indica que se está usando la negación o la represión ante el

impacto de la enfermedad, mientras que aquellos sujetos que informan de una mayor necesidad de reajuste afrontan de un modo realista su enfermedad.

Por su parte Jensen (1984 -citado en Eysenck 1985- y 1987) trabajando con una muestra de 52 pacientes de cáncer de mama, seguidas durante casi dos años, halló que se daba una difusión metastásica más rápida en aquellas pacientes de cáncer de mama que presentaban un estilo de afrontamiento defensivo, caracterizado por niveles inferiores de distress autoinformado y expresión verbal de mayor desamparo, acompañados por síntomas de stress crónico (síntomas de tensión muscular, dificultad para relajarse, etc.).

En un estudio llevado a cabo por Visintainer y Casey (1984, no publicado sobre papel; citado en Levy, 1985) los pacientes de melanoma que informaban de mayor distress psicológico, junto con una orientación a la solución de problemas tras el diagnóstico además de menor morbilidad psiquiátrica, tuvieron un índice significativamente menor de recaídas 9 meses después de la evaluación psicológica que aquellos que presentaban el patrón de respuesta contrario.

Es evidente que los trabajos expuestos hasta el momento muestran cierta consistencia en sus resultados (asociación entre pasividad, falta de apoyo social y de expresión emocional y desamparo por un lado, y peor pronóstico por

otro). No obstante, pensamos que las conclusiones de los diferentes estudios no son del todo superponibles. Por ejemplo, en el estudio de Greer y cols. (1979) uno de los aspectos que caracterizaba tanto al grupo que afrontó el diagnóstico con negación como el que lo hizo con espíritu de lucha (recuérdese que eran los grupos que presentaban tasas más elevadas de supervivencia), era la ausencia de distress psicológico, lo que contrasta notablemente con los estudios de Derogatis y cols. (1979) y de Visintainer y Casey (1984) en los cuales el mal estar psicológico aparecía como un factor directamente relacionado con el buen pronóstico. Del mismo modo no resulta fácil hacer compatible la "orientación a la solución de problemas" de Visintainer y Casey (1984) con la "negación" del estudio de Greer y cols. (1979).

Lo que pretendemos poner de manifiesto es que no se puede caer en la tentación de hacer una lectura simplista y entender que la consistencia hallada es espectacular. Además, una serie de estudios que presentamos a continuación nos proporcionan resultados menos alentadores. O en otros términos, se podría decir que todo lo expuesto puede dar la sensación de que avanzamos sobre una línea segura y que adquirimos un conocimiento casi acumulativo en este área de estudio. No obstante, como comentábamos más arriba, recientemente han sido publicados algunos trabajos que muestran resultados que van en contra de las principales hipótesis esbozadas. Trataremos de comentarlos brevemente.

Un estudio que presenta resultados inconsistentes con nuestra primera exposición fue el seguimiento hasta los dos años llevado a cabo por Levy, Lee, Bagley y Lippman (1988) de la muestra de 36 pacientes con cáncer de mama que presentaban una recurrencia local por primera vez y cuyos resultados tras el primer año de seguimiento presentábamos más arriba (Levy, Herberman, Maluish, Schlien y Lippman -1985- citado en Levy, 1985). Como se recordará, las pacientes fueron evaluadas psicológicamente al comenzar el tratamiento por la recaída.

En contra de los resultados obtenidos tras un año de seguimiento (Levy, 1985), los resultados indicaban que las variables con un mayor poder predictivo sobre el tiempo de supervivencia de la muestra eran las siguientes: En primer lugar una variable biológica, el intervalo libre de enfermedad (que en resumidas cuentas, más que una variable como tal puede entenderse como el efecto del total de factores que estén jugando un papel en la progresión del tumor).

El segundo aspecto con más valor predictivo fue una variable psicológica, el gozo ("joy"), lo que contrasta abiertamente con el humor disfórico aparecido en los estudios anteriores (Derogatis y cols., 1979). No obstante, este gozo parece referirse a optimismo y esperanza, lo que

es más compatibles con el espíritu de lucha (Greer y cols., 1979) y la no desesperanza (Levy, 1985; Visintainer y Casey, 1984, entre otros).

Las otras dos variables con valor predictivo (aunque inferior a las ya comentadas) fueron el pronóstico hecho por el médico y el número de micrometástasis detectadas.

De otro lado, Dean y Surtees (1989) tomaron una muestra de 122 pacientes de cáncer de mama en estadios tempranos y menores de 60 años que fueron evaluadas psicológicamente antes de la mastectomía y tres meses después de la operación; en la evaluación se atendió a los problemas de depresión y ansiedad a través del Present State Examination (P.S.E. de Wing, Cooper y Sartorius, 1974) y de los Research Diagnostic Criteria (R.D.C.) de Spitzer, Endicott y Robins (1978); además, las pacientes fueron objeto de una entrevista estructurada en la que se recogió información sobre los datos demográficos, su situación sexual y de pareja, su actividad social y laboral y el estilo de afrontamiento, este último categorizado según las definiciones de Greer, Morris y Pettingale (1979; Pettingale y otros, 1985). Además las pacientes cumplimentaron el General Health Questionnaire (G.H.Q., de Goldberg, 1972) y el E.P.I. (Eysenck y Eysenck, 1964). El seguimiento de las pacientes se prolongó hasta de 6 a 8 meses después de la operación. Al acabar el seguimiento 37 pacientes presentaban

una recaída y 21 habían fallecido de cáncer. Al llevar a cabo el análisis de supervivencia según la prueba de Mantel-Cox (Cox y Oakes, 1984) los resultados indicaron lo siguiente:

-Era menos probable que una paciente hubiera tenido una recaída si presentaba un estado patológico antes de la operación según los R.D.C. o la G.H.Q.

-Era más probable que una paciente hubiera recaído si tenía nódulos afectados y si había sido sometida a radioterapia.

-Las categorías de respuesta psicológica (tipos de afrontamiento) evaluados a los tres meses de la operación eran independientes de la recaída.

-Al dicotomizar la variable tipo de afrontamiento (negación vs. las demás), aún no siendo significativo, parecía haber un mayor riesgo de recaídas en las pacientes que no utilizaban el recurso de la negación.

-Era más probable que una paciente hubiera fallecido si presentaba alguna patología (G.H.Q.) tres meses después de la operación, si tenía nódulos afectados y si había recibido radioterapia.

-No se encontró ninguna relación significativa entre el tiempo de supervivencia y la patología según los R.D.C. antes de la operación; tampoco el tipo de afrontamiento a los tres meses (momento de la evaluación en el estudio de Greer y otros, 1979) se asoció a distintas tasas de supervivencia.

Los datos fueron reanalizados mediante los modelos de regresión de probabilidad ("hazards") proporcional de supervivencia de Cox (1972) (que impiden que una serie de variables determinadas, en este caso las médicas, entren a explicar parte de la varianza), arrojando los siguientes resultados:

-La patología (R.D.C.) y las estrategias de afrontamiento de desamparo-deseesperanza y aceptación estoica antes de la operación se asociaban a menor riesgo de recaída.

-La estrategia de negación en la evaluación a los tres meses de la mastectomía se asociaba a mayor probabilidad de seguir libre de enfermedad. El resto de tipos de afrontamiento, la puntuación en el R.D.C. y todas las escalas del E.P.I. en la evaluación a los tres meses eran independientes del tiempo libre de enfermedad.

-Los sujetos con patología (R.D.C.) antes de la cirugía era menos probable que hubieran muerto al acabar el seguimiento.

-Los sujetos de clase social baja era menos probable que siguieran con vida y algo similar ocurría con los desempleados.

-Las pacientes que utilizaban la negación a los tres meses de la mastectomía era más probable que continuaran con vida al acabar el seguimiento que aquellas que empleaban otros tipos de afrontamiento.

Los autores concluyen que los datos relativos al tipo de afrontamiento deben ser tomados con cautela, puesto que entienden que el método de evaluación no es excesivamente satisfactorio, y que el modo de afrontamiento puede variar con el tiempo en un mismo sujeto, y puede relacionarse con la tasa de supervivencia o de periodo libre de enfermedad de distinto modo según en que ocasión sea evaluado. No obstante, entienden que la asociación entre la psicopatología previa a la operación y las mayores tasas de supervivencia no es artefactual, y que puede interpretarse como una tendencia a una mayor expresión emocional de las pacientes con mejor pronóstico, en la línea de la propuesta de Derogatis y otros (1979) que obtuvieron resultados similares con pacientes metastásicas.

Por su parte, Hislop, Waxler, Coldman, Elwood y Kan (1987) suministraron cuestionarios de autoinforme a un grupo de 168 pacientes de cáncer de mama menores de 55 años tras la confirmación del diagnóstico. Un total de 133 pacientes devolvieron sus cuestionarios una vez completados (entre 1 y 5 meses después de la entrega) y se constituyeron como la muestra de un seguimiento de cara a determinar la relación entre las variables psicológicas evaluadas y los periodos libres de enfermedad y los tiempos de supervivencia de las pacientes. El cuestionario de autoinforme atendía a 16 variables psicológicas, que son las que siguen: (1) Actividades instrumentales en el hogar (limpieza, reparaciones, cocina, etc.); (2) actividades instrumentales fuera del hogar (compras, ayuda a amigos o vecinos, etc.); (3) actividades expresivas en el hogar (actividades familiares lúdicas, "hobbies", etc.); (4) actividades expresivas fuera del hogar (asistencia a clubs, a la iglesia, visitas a amigos, deportes, etc.); (5) extroversión; (6) neuroticismo; (7) autoestima; (8) locus de control; (9) eventos vitales estresantes recientes; (10) afrontamiento mediante el cambio (respuestas de racionalización, preocupación, confrontación e implicación); (11) afrontamiento mediante control (respuestas de redefinición de las relaciones "si x entonces y", de rechazo de la propia responsabilidad y de autocompasión); (12) afrontamiento mediante estrés (respuestas de supresión,

desplazamiento, fatalismo, reducción de estímulos); (13) ansiedad; (14) depresión; (15) ira y (16) malestar cognitivo.

El periodo de seguimiento se extendió durante 4 años en total (de modo que más del 90% de las pacientes habían sido seguidas al menos durante 2 años) después de los cuales 26 pacientes habían fallecido y 38 presentaban algún tipo de recaída. Al llevar a cabo los análisis (método de probabilidad -"hazards"- proporcional de supervivencia de Cox) los resultados, teniendo en cuenta las variables médicas pronóstico, indicaron que aquellas pacientes más extrovertidas, que mostraban un nivel menor de ira y que informaban de actividades expresivas en el hogar más frecuentes, presentaban mayores tasas de supervivencia, y que aquellas con mayor frecuencia de actividades expresivas (dentro y fuera del hogar) y menor grado de malestar cognitivo permanecían mayor tiempo libres de enfermedad. Los autores comentan que sus resultados son contradictorios con los obtenidos por Derogatis y otros (1979) e interpretan que el perfil resultante para el sujeto con mejor pronóstico es asimilables al "espíritu de lucha" de los trabajos del equipo de Greer, lo que entendemos que es discutible. Cabe decir también, que resulta sorprendente la asociación entre bajos niveles de ira y buen pronóstico, lo que es difícil de encajar con la literatura.

En un estudio llevado a cabo por Cassileth, Lusk, Miller, Brown y Miller (1985) (ver Cassileth, Walsh y Lusk, 1988 para un seguimiento más prolongado) se tomaron dos muestras de pacientes de cáncer. La primera de ellas estaba constituida por 204 pacientes con cáncer (pancreático, gástrico, colorectal y glioma) avanzado y con mal pronóstico (la esperanza de vida media para estos pacientes era inferior a un año). Se realizó un seguimiento de este grupo hasta el momento del fallecimiento.

La segunda muestra estaba constituida por 155 paciente con melanoma o cáncer de mama en estadio II de la enfermedad, recibiendo tratamientos médicos homogéneos y extendiéndose el seguimiento hasta la aparición de una recidiva.

La evaluación psicológica fue llevada a cabo después del diagnóstico recogiendo información respecto a los siguientes aspectos: lazos sociales e historia marital (Berkman y Syme, 1979), satisfacción laboral, uso de drogas psicotrópicas, satisfacción vital general, visión subjetiva de la salud adulta, grado de desesperanza-desamparo (Greer y cols. 1979), y percepción de la cantidad de ajuste requerido para afrontar la enfermedad (la variable de Rogentine y cols., 1979). Todas estas variables habían surgido en uno u otro estudio como predictoras del tiempo de supervivencia en

muestras de población general, o en el caso de pacientes de cáncer en particular, como se reconocerán algunas de las aparecidas en los estudios presentados más arriba.

Tras llevar a cabo los análisis estos autores indican que ninguno de los factores psicológicos ni sociales, solos o en combinación, aparecen relacionados con el tiempo de supervivencia (primera muestra) o de recaída (segunda muestra). Del mismo modo, los factores psicosociales eran independientes del diagnóstico específico, del "status performance", de la extensión de la enfermedad y de la terapia, que fueron los verdaderos predictores del tiempo de supervivencia. Concluyen estos investigadores que aunque quizá los factores psicosociales pueden contribuir a la aparición de la enfermedad en un principio, una vez ésta ha hecho acto de presencia, la potencia de los factores biológicos anula cualquier posible efecto de las variables psicosociales. Una conclusión completamente opuesta puede encontrarse en Levy (1985).

Tampoco Jamison, Burish y Wallston (1987) encontraron ninguna relación clara entre una serie de variables psicológicas y el tiempo de supervivencia en una muestra de 49 pacientes de cáncer de mama metastásico. Cada paciente completó 8 cuestionarios: (1) una medida de ansiedad rasgo sobre cinco situaciones, (2) una escala de bienestar general, (3) una medida sobre valores relativos a la salud,

(4) una medida de autoestima, (5) la Hostility Scale of the Multiple Affect Adjective Check List (Zuckerman y Lubin, 1965), (6) la Escala para la Depresión de Zung (1965), (7), el escala de Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado de Spielberger (Spielberger y otros, 1970) y (8) una medida de locus de control para la salud, con una escala de internalidad y dos de externalidad (los otros y la suerte). El seguimiento se prolongó hasta el deceso de todas las pacientes, y éstas fueron categorizadas como supervivientes a corto o a largo plazo según hubieran sobrevivido menos o más respectivamente que la media muestral desde el momento del pase de pruebas psicológicas (16 meses). Entre los dos grupos de pacientes no aparecieron diferencias significativas (prueba t de Student) en las variables demográficas ni en las relativas a la enfermedad (tratamiento, nódulos afectados, receptores estrogénicos, etc.). Tampoco hubo diferencias significativas en lo relativo a las variables psicológicas tenidas en cuenta. Las pacientes fueron de nuevo divididas en supervivientes a corto o largo plazo, pero esta vez tomando como punto de corte la media de supervivencia desde el momento del diagnóstico (36 meses) en lugar de desde el pase de pruebas psicológicas. En esta ocasión los resultados indicaron que las pacientes con tiempos de supervivencia menos dilatados puntuaban significativamente más alto en ansiedad rasgo (de Spielberger) ($p < 0.05$) y en una escala de locus de control externo (suerte) para la salud ($p < 0.01$) que los

supervivientes a largo plazo. No obstante, y como señalan los autores, estos datos son difícilmente interpretables dado que, sin alcanzar el nivel de significación, las supervivientes a corto plazo obtuvieron menores puntuaciones en la otra medida de ansiedad rasgo y mayores en la de locus de control interno para la salud que las supervivientes a largo plazo, esto es, el perfil contrario. Jamison y sus colaboradores concluyen que el tiempo de supervivencia de las pacientes de cáncer de mama metastásico no parece asociarse con las variables psicológicas tenidas en cuenta y sugieren atender a perfiles o constelaciones de variables, en lugar de tomarlas aisladamente.

Por nuestra parte, hemos llevado a cabo dos estudios que se encuentran descritos ampliamente en otro lugar (Ferrero, 1989, aunque los análisis definitivos pueden encontrarse en las referencias que indicamos para cada uno).

Por un lado (Ferrero, 1990a) se llevó a cabo un estudio de seguimiento de una muestra de 150 pacientes de cáncer de mama que habían sido evaluadas psicológicamente en el pasado dentro del curso de otra investigación del equipo (Andreu, 1987). La exploración psicológica había sido llevada a cabo con el Cuestionario de Adaptación Emocional al Cáncer (C.A.E.C., de Andreu, 1987) en su primer pase experimental. Este cuestionario consta de 5 escalas factoriales y una racional, que son, respectivamente las que siguen:

a).Dependencia, b).Inestabilidad, c).Depresión,
d).Irritabilidad, e).Pensamiento Desiderativo y f).Animo
Inestable-Depresivo.

Se aplicó el modelo de covariación de Cox para análisis de supervivencia a las variables psicológicas tomadas de una en una y el estadio en el momento del diagnóstico para distintas variables criterio: el periodo libre de enfermedad, el tiempo de supervivencia tras el diagnóstico de las metástasis y el periodo total de supervivencia.

Nuestros resultados indicaron que era el estadio en el momento del diagnóstico el que se asocia más claramente con el ritmo de progresión del cáncer, relación establecida ya sobradamente (Levy, 1985). No obstante, se observó una relación significativa entre la Inestabilidad y menores periodos de tanto supervivencia tanto desde el diagnóstico como desde la detección de las metastasis (la relación no era significativa para el periodo libre de enfermedad). Este resultado se mantenía en los grupos de pacientes diagnosticadas en el mismo estadio de desarrollo de la enfermedad. Nuestros resultados ponen en tela de juicio que el malestar o el humor negativo prolonguen la supervivencia, al menos por lo que a pacientes con metástasis se refiere, con lo que nuestros resultados estarían más en la línea de