

■ ARTÍCULO ORIGINAL

ESTRÉS EMOCIONAL Y CÁNCER: PERFIL PSICOAFECTIVO EN LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA

Prof. Dr. J. A. Flórez Lozano
Catedrático de Ciencias de la Conducta
Dpto. de Medicina
Universidad de Oviedo

■ AGENDA

■ EN BREVE...

■ ARTÍCULO ORIGINAL

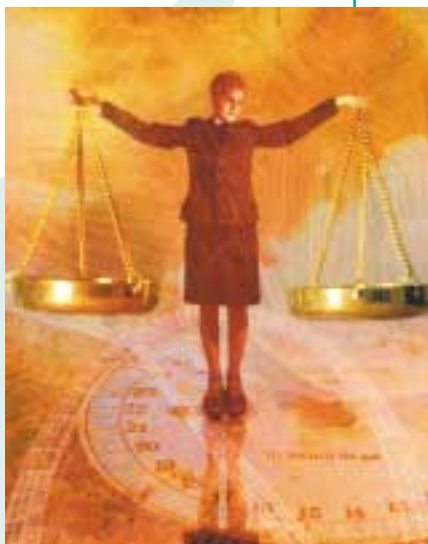
Estrés emocional y cáncer: perfil psicoafectivo en la mujer con cáncer de mama

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se está realizando un esfuerzo intelectual y científico para conocer en qué medida el psiquismo individual puede facilitar la aparición de la enfermedad. Nos encontramos, ante una enfermedad de grandes di-

mensiones psicológicas, afectivas y emocionales, por cuanto afecta la belleza, la imagen, la sexualidad y la estabilidad de la pareja. Aceptar el nuevo cuerpo, sin sentirse atractiva, como consecuencia de una mastectomía, exige mucho esfuerzo, mucho apoyo psicológico y una gran capacidad de adaptación.

(Continúa pág. 2) ►►►



■ EN BREVE...

EL BULLYING, UNA CONDUCTA CADA VEZ MÁS FRECUENTE EN ADOLESCENTES

La conducta «bullying», término anglosajón que aparece casi de forma sistemática en los estudios sobre agresividad en la escuela, como fenómeno social, hace referencia al comportamiento agresivo y humillante, ya sea verbal o físico, de algunos chicos sobre otros, que desempeñan el papel de víctimas.

Diversos estudios han relacionado este tipo de conductas agresivas, cada vez más frecuentes, con carencias afectivas dentro del ámbito familiar así como con entornos familiares de alta tolerancia y permisividad.

En gran parte de estos estudios sobre violencia adolescente aparecen variables como la desestructuración familiar, el fracaso en el desempeño de la función parenteral y la experiencia de comportamientos agresivos en la pareja y también hacia los hijos.

(Más breves en pág. 8) ►►►

Salud Global®-Salud Mental es un producto de

Salud Global®



C. I. Venecia-2. Edificio Alfa III - Planta 5ª Oficina 160
Isabel Colbrand, 10. 28050 Madrid - Tel.: 91 358 86 57 - Fax: 91 358 90 67

www.grupoaulamedica.com

Con la colaboración de



Almirall Prodesfarma
S.V.P.: 269-R-CM

Depósito Legal: M-46657-2003

Estrés emocional y cáncer: perfil psicoafectivo en la mujer con cáncer de mama

J. A. FLÓREZ LOZANO

Catedrático de Ciencias de la Conducta. Dpto. de Medicina. Universidad de Oviedo

Desde el punto de vista de la personalidad, los pacientes con cáncer, frecuentemente son descritos como inhibidos, conformistas, excesivamente ajustados, depresivos y con una personalidad compulsiva (Leshan, 1966; Booth, 1964; Nemeth y Mezei, 1969). La magnitud del problema, comienza a ser tan importante, que un gran aluvión de trabajos de investigación han comenzado a realizarse, atendiendo sobre todo al modelo «biopsicosocial». Nos compete en este trabajo examinar la influencia de algunos rasgos de la personalidad en la manifestación de esta grave enfermedad. Al igual que se han demostrado numerosas correlaciones entre diversos factores psicosociales y un gran número de enfermedades (enfermedad coronaria, eccema, diabetes, psoriasis), también se han elucidado relaciones sistemáticas entre la psicología y el cáncer. Paget (1870), había manifestado que los sujetos que presentaban ansiedad profunda, desesperanza y desengaño, eran más susceptibles de padecer en su futuro personal una enfermedad cancerosa. Evans (1926), recoge en su obra «*A Psychological study of cancer*», los aspectos psicológicos más relevantes relacionados con la enfermedad neoplásica.

Nuestro punto de vista, no se orienta por lo tanto, sobre el plano molecular o biofísico, sino en las circunstancias psicosociales específicas —si es que las hay—, capaces de desencadenar un cáncer de mama o cualquier otro. Se trata de estudiar, por tanto, como la personalidad de la mujer, en el seno del grupo familiar y en un contexto psicosocial particular, ve rotas su defensa y vigilancia inmunitaria, apareciendo subsecuentemente las células NK (Natural Killers, asesinos naturales). Básicamente, éste modelo psicológico, actúa preferentemente mediante una disminución de la resistencia inmunológica del individuo, lo cual permite a un carcinógeno potencial, nor-

malmente insuficiente para producir cáncer, a que actúe sobre la célula determinando la aparición del proceso maligno. En fin, se trataría de una estructura psicológica altamente vulnerable para ésta enfermedad, potenciando dicho proceso mediante la actuación de potentes agentes estresantes emocionales (pérdida de un ser querido, frustración personal, paro laboral, conflicto familiar muy intenso, etc.). Naturalmente, la acción de éstos acontecimientos vitales («life events»), se entiende también en el contexto de una personalidad, de una perspectiva individual, de una percepción subjetiva que facilita la aparición en el organismo de un estado de debilidad del sistema inmune.

PERSONALIDAD Y CÁNCER DE MAMA

Desde muy antiguo, se tiene noticia de que los factores emocionales, afectivos y mentales, pueden tener relación con las formaciones neoplásicas. En efecto, GALENO (siglo V a. de J.C.), en su obra «*De tumoribus*» exponía que las mujeres melancólicas eran probablemente las más susceptibles a la adquisición del cáncer de mama. Más tarde, se empezaron a destacar factores como desastres de la vida, la aflicción, la pena, conflictos mentales mantenidos de forma crónica, pasiones, pérdida de un ser querido, abatimientos del humor, tristeza, anhedonia y cambios bruscos de la felicidad, como determinantes en la aparición del cáncer. Así, por ejemplo, Snow, en un trabajo muy riguroso, estudio a más de doscientas pacientes del *London Cancer Hospital*, llegando a la conclusión de que una pérdida de un pariente cercano (esposo, hijos, madre y amigas íntimas), actuaba como un mecanismo disparador en la aparición y desarrollo posterior del cáncer mamario.

En el estudio de la personalidad con cáncer de mama, los estudios de Kissen (1966), con enfermos de cáncer de pulmón, son muy interesantes, debido a que pudo demostrar la presencia de ciertos rasgos de personalidad en la aparición del cáncer; concretamente la «*incapacidad de expresar emociones genuinas o su interioridad psicológica*». Más tarde Schmale e Iker (1971), de la Universidad de Rochester, fueron capaces de predecir el diagnóstico de cáncer de cérvix en función de la carga de estrés de las mujeres. El desvalimiento psíquico, la desesperanza, la frustración y los conflictos crónicos eran los agentes estresantes cruciales de estas pacientes.

Según Butler (1975), una de cada quince mujeres, tendrá un cáncer de seno en el curso de la vida. Una mujer muere cada 17 minutos y el *U.S. Public Health Service Statistics*, prevé un aumento de la tasa de mujeres enfermas de cáncer de seno. La prevención, el seguimiento y el tratamiento del cáncer del seno, exigen tener en cuenta múltiples factores, incluyendo los relativos a la personalidad del enfermo (Flórez Lozano, 1979). Uno de los aspectos más apasionantes, en el estudio de los factores psicosociales, es la perspectiva psicodinámica. En este sentido Miller (1977), ha estudiado el aspecto psicodinámico del cáncer. Los pacientes a menudo tienen la premonición del desastre y cuando piden que se les extirpe una lesión pigmentada aparentemente banal, «es sorprendente la frecuencia con que la verruga reseca resulta ser un melanoma». Miller (1977), señala que es necesario evitar operar a los enfermos temerosos del cáncer y de la muerte, ya que a pesar del diagnóstico precoz y de la cirugía en apariencia con éxitos, evolucionan mal y mueren al poco tiempo. Obviamente, podemos entender en este tipo de planteamientos que la estructura psicológica (el pensamiento), tiene una

gran trascendencia en el desarrollo de esta enfermedad. Incluso pensamientos simbólicos e inconscientes, permiten entender mejor la evolución de la enfermedad. A este respecto, el propio Miller (1977), demostró en un riguroso estudio sobre el cáncer de seno, que estas personas han sufrido un grave trauma emocional en los seis a dieciocho meses anteriores al diagnóstico de la enfermedad. Igualmente, Leshan (1977), puso de manifiesto que los factores psicológicos más potentes en el desarrollo de tumores malignos eran: pérdida de la razón de ser, pérdida de sentido de la vida, desesperanza, desamparo, vaciamiento emocional e incapacidad para expresar ira. Concretamente en el cáncer de mama, se ha llegado a proponer un perfil psicológico que parece acercarse y relacionarse con la mujer que tiene más sensibilidad para la aparición de un cáncer de mama. En éste sentido, Lasenaire y cols. (1981), han propuesto que existe un perfil psicológico, caracterizado por los siguientes hechos:

- Dominación por la madre.
- Inmadurez psicológica.
- Bloqueo de la hostilidad.
- Incapacidad para soportar una pérdida de objeto.
- Sentimiento «preneoplásico».
- Pérdida afectiva.

En el momento actual, comienza a estudiarse la depresión como factor causal o predisponente del cáncer de mama. Hace un par de décadas, algunos investigadores, ya habían estudiado la relación existente entre la personalidad depresiva y el cáncer de mama. Así, por ejemplo, Marsillac (1978) ha manifestado que el 74,3% de sus enfermas habían pasado por una depresión más o menos grave hasta la aparición del tumor en el seno. Previamente, autores como Bard (1957), consideraban que la dependencia emocional como incapacidad de liberarse de la tutela maternal podía constituir un factor favorecedor para la aparición del cáncer de seno. Se trata de un «apego ansioso», «autodestructivo» que impide la madurez emocional y que llega a producir situaciones de indefensión psicológica como: peligros, soledad, aburrimiento psicológico, desamparo, miedo obsesivo a la separación, falta de capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana, necesidad imperiosa de afecto, sensación de fracaso o inutilidad, estado de ánimo

disfórico, minusvaloración de los logros y asunción del papel de víctima. En fin, son personas que tienen una autoestima deficiente, un sentimiento continuo de soledad y una insaciable necesidad de afecto.

La importancia de esta línea de investigación, no radica únicamente en el conocimiento científico «per se», sino en la prevención y en el despistaje precoz. Así, por ejemplo, ha sido posible definir a partir de datos tales como la edad precoz de sus primeras reglas, la edad tardía del primer embarazo o la nuliparidad, qué personas pueden estar predispuestas a padecer esta enfermedad por presentar éstos indicadores psicológicos de alto riesgo. Es un hecho conocido, que la incidencia del cáncer de seno está en proporción inversa con el número de embarazos y con la duración de la vida menstrual. Sin duda, también el factor hereditario, puede jugar un papel muy relevante; de hecho, la frecuencia del cáncer de mama en las mujeres con madres que también lo habían padecido, es quince veces superior a la población normal. De hecho, los trabajos de Bain y cols. (1980), pudieron confirmar las hipótesis anteriores. En un total de 1.092 casos de cáncer de mama, observaron que los riesgos relativos de desarrollo del cáncer de seno, son del 80% cuando habían tenido una madre que había padecido cáncer y de un 150% en el caso de que sufriera esta enfermedad también su hermana. Estos indicadores de riesgo, parecen más intensos una vez que la mujer ha alcanzado la menopausia (Bain y cols. 1980). En el mismo sentido, se han pronunciado Greer y Morris (1978), que han comprobado que entre los indicadores de alto riesgo psicológico, destaca un modo anormal de expresión de la cólera. Un trabajo realizado en el King's College de Londres en 160 mujeres asintomáticas ingresadas para biopsia de tumor de mama, evidenció una correlación estadísticamente significativa entre el diagnóstico de cáncer y la supresión de la cólera. Igualmente ésta represión psicológica se correlaciona con niveles alterados de inmunoglobulina A y el grado de metástasis un año después de la intervención quirúrgica (mastectomía). Creemos importante manifestar aquí, la impresión de los especialistas al hablar de la mujer con cáncer de seno: «*se preocupan de los demás, no se preocupan de sí mismas, el ideal de todas es que sus familiares se encuentren bien, sin pensar en sí*

mismas.» En otras ocasiones, el cáncer de mama, es la última expresión de una vida de llanto y desgracia, de represión emocional, de infelicidad de una mujer que ha sido golpeada, maltratada, despreciada, por un marido bebedor y/o alcohólico. Ella, por el contrario, representa la bondad, la mujer callada y laboriosa, fiel, con un espíritu estoico, de soportar todo lo que le echen encima.

FACTORES PSICOLÓGICOS PREMÓRBIDOS

La mujer con éste perfil de personalidad altamente sensible para el cáncer de mama, nunca ha tenido la suficiente voluntad o fuerza para enfrentarse a éstas situaciones y expresar a través de la agresividad, de la cólera, de la separación o del abandono, la intensidad de sus calladas emociones. Se admite asimismo, según algunos autores, la incidencia de los factores de la personalidad sobre la naturaleza y la evolución del proceso carcinogenético. El conjunto de la literatura sobre las particularidades psicológicas premórbidas o mórbidas de mujeres afectadas de un cáncer de seno, ha demostrado la importancia de la depresión (tristeza y vacío social) y de las situaciones o acontecimientos de carácter deprimente en la historia de las enfermedades. Este es un aspecto que nos proponemos estudiar en éste trabajo, así como otros factores psicosociales presentes en la enfermedad, con la exclusión de los factores fisiológicos a partir de los cuales, se ejercería la influencia de estos acontecimientos psicológicos.

Vamos a examinar a continuación algunos hechos que nos ayudan a enmarcar el trabajo en cuestión. En 1701, Gendron señaló en papel importante de los «*desastres de la vida*» como fuente de perturbación y desencadenantes de un cáncer de seno. Este autor, se refiere por ejemplo, al siguiente caso: Madame Emerson, en la muerte de su hijo, sufrió una gran aflicción. Posteriormente, se dio cuenta que su seno se hinchaba y poco después tenía dolores hasta el punto de desarrollar un cáncer y morir poco después. Esta y otras observaciones similares, establecen claramente una relación entre la depresión que sucede al duelo o a la separación y al desarrollo del cáncer. Al mismo tiempo, podemos indicar la brevedad de tiempo entre el acontecimiento traumatizante y la reacción somática

como la rapidez de la evolución maligna. Tales observaciones clínicas, apuntan en la dirección existente entre una correlación del mundo de los afectos, sentimientos y emociones y el sistema inmunitario. Parece claro, por lo tanto, que el estrés crónico, actuando desde la temprana infancia, muchas veces con un sepulcral silencio, modifica la actividad de las funciones de los linfocitos T que poseen receptores para el ACTH, metencefalinas, endorfinas y otros péptidos cerebrales y, subsecuentemente, este proceso puede propiciar la formación de células malignas. Con relación al tema que intentamos analizar, el trabajo de Snonn (1893), nos parece no sólo pionero sino también muy interesante y esclarecedor de los hechos que investigamos. Apoyándose en una estadística personal de 250 casos, llega a la conclusión de que en 156, hay experiencias de pérdida personal (pérdidas afectivas traumáticas), es decir, pérdida de un pariente próximo (62,4%).

La evidencia clínica obtenida en el siglo XVIII y en el siglo XIX, confirmando esa relación, ha sido olvidada casi totalmente por la medicina moderna, hasta que en los años 50, comienza a aparecer una literatura abundante concerniente a los factores psicogénicos de las enfermedades cancerosas. Leshan (1959), ha publicado una revisión crítica sobre el problema, resumiendo así las siguientes conclusiones:

1. Los estudios experimentales confirman las observaciones clínicas relativas a la correlación entre enfermedad neoplásica y ciertos tipos de situaciones psicológicas.
2. La pérdida de una relación fuertemente arraigada, anterior a la aparición de los primeros síntomas clínicos del neo, representaría el factor psicológico más consistente.
3. La organización de la personalidad, estaría implicada en la rapidez del desarrollo y de la evolución del tumor, así como en su tipo de localización. Obviamente, estos hallazgos, han sido duramente criticados, sobre todo, en lo que se refiere al método y a la interpretación de los resultados.

En éste orden de cosas, Bacon y cols. (1952), al estudiar 40 mujeres afectadas de un cáncer de seno, pone de manifiesto 10 acontecimientos vitales de es-

te género y 11 traumas psíquicos de gran impacto emocional y afectivo. Por su parte, Reznikoff (1955), también rechazaba las críticas, demostrando en 25 mujeres, la incidencia de un elevado número de padres fallecidos (quince casos) y de niños muertos en el nacimiento o en la temprana infancia (20 casos) en los antecedentes clínicos de estas pacientes. Los hallazgos de Hagnell (1966), obtenidos en una investigación epidemiológica, de carácter longitudinal, con 2.550 mujeres suecas, ha puesto de manifiesto la existencia de una personalidad «subestable», definida por los siguientes rasgos de personalidad: extroversión, proclividad social, poca inhibición emocional, carácter masoquista, inhibición sexual, conflictividad hostil con su madre, etc. Concretamente, se han encontrado niveles elevados de IgA en mujeres con

*La inmadurez
emocional, destaca en
la mayoría de los
estudios y en diversas
observaciones clínicas*

una inhibición crónica desde la infancia, especialmente la represión de la cólera. Posiblemente este clima familiar triste, tenebroso y lúgubre en el que se desarrolla éste tipo de mujer, facilita a medio o largo plazo, la aparición del cáncer de seno. Otros autores como Kissen (1969), también han comprobado que los acontecimientos adversos de la vida y la pérdida de un motivo de amor pueden conducir al cáncer por mediación de los mecanismos psicológicos de desaliento, depresión y desesperanza. Parece claro, por lo tanto, que las situaciones contrarias de la vida (traumatismos psicoafectivos), las frustraciones, la fuerte represión emocional, las dificultades afectivas, la inmadurez psicológica (impulsividad, perfeccionismo y preocupaciones obsesivas) y la inexistencia de conductas de afrontamiento eficaces, no permiten superar tales dificultades psicológicas

mediante una sublimación y liberación emocional adecuadas; todo lo cual, repercute en una mayor vulnerabilidad frente al cáncer de mama.

Es obvio que un acontecimiento traumático reciente, que altera el clima emocional familiar, así como la organización de la personalidad, suele estar presente en las mujeres que han sufrido un cáncer de seno. En particular, las madres de mujeres afectadas de cáncer de seno, que han perdido un niño de corta edad, podría haber influenciado los sentimientos negativos que experimentan frente al embarazo y la maternidad y, explicaría también las diferencias observadas entre mujeres cancerosas y no cancerosas.

Nuestro estudio, trata de indagar en la existencia de un posible «trauma emocional» reciente o pasado, relacionado con la aparición del cáncer y responsable de la economía psíquica de la mujer. Miller (1977), por ejemplo, ha podido constatar en un grupo de mujeres afectadas por el cáncer de mama, un grave trauma emocional en los seis a dieciocho meses anteriores al diagnóstico de la enfermedad. También tratamos de esclarecer la personalidad de las mujeres afectadas del cáncer de seno, así como su perfil psicológico y su recuperación de cara a su aceptación de la enfermedad, recuperación e integración sociofamiliar de la mujer enferma. En este punto debemos recordar el significado estrictamente psicológico de la amputación del seno (mastectomía), en relación sobre todo a la integridad del esquema corporal, a la estética y a la sexualidad. De ahí que se puedan producir reacciones sorprendentes e inesperadas en el OTRO, con posibles rupturas o resquebrajamientos del equilibrio de la pareja que influyen negativamente sobre la aparición de una nueva recidiva. De ahí que será fundamental vigilar muy estrictamente el equilibrio psicoafectivo de la pareja y la integridad de toda la familia.

PERSONALIDAD DEPRESIVA

El carácter depresivo es una constante en la mayoría de los trabajos de investigación y en las observaciones clínicas. Los factores hereditarios, las pérdidas afectivas, el sentimiento de abandono, la soledad, las disfunciones en las relaciones interpersonales, la pérdida del «objeto amado», la falta de comunicación y el déficit «afectivo-emocional», se traduce en un perfil de

personalidad que tiende esencialmente hacia la «personalidad depresiva» y que hace a la mujer especialmente vulnerable frente al cáncer de mama. En efecto, Miller (1970), ha puesto en evidencia la presencia de un grave trauma emocional en un período anterior al diagnóstico, más o menos largo. Además, la presencia de una pérdida afectiva, como elemento traumático en el psiquismo de la mujer, se traduce en una especie de sentimiento preneoplásico que puede abocar finalmente en la aparición de un tumor en la mama. En el estudio de Marsillac (1978), la importancia de la personalidad depresiva es vital en la explicación de la enfermedad neoplásica. Casi un 75% de las pacientes afectadas de cáncer de mama, habían pasado previamente por una depresión más o menos grave, posiblemente relacionada con el fallecimiento de seres queridos (padres, hijos), así como con la existencia de un clima familiar dominado básicamente por la tristeza, la inhibición y la resignación. La inmadurez emocional, de otra parte, destaca en la mayoría de los estudios y en diversas observaciones clínicas. Así, por ejemplo, Tarlau y Smalheiser (1950), en un estudio comparativo de once mujeres que padecían un cáncer de seno y de otras once con cáncer de colon, concluyó que en las primeras, jugaba un papel muy relevante la madre como organizadora de la personalidad de la enferma que presenta un cáncer de mama. Estas mujeres, fueron descritas por estos investigadores como enormemente dependientes de gratificaciones orales y muy vulnerables a cualquier tipo de frustración de este tipo.

De otra parte, Renneker y cols. (1960), insisten sobre el sentimiento de culpabilidad y el retraso de hacerse cuidar después del descubrimiento clínico del nódulo. Este retraso, se observaba en una gran mayoría de mujeres afectadas de un tumor maligno. Se trata de una estructura «masoquista» de la personalidad, con una pulsión autodestructiva, de manera que el cáncer sería el equivalente pasivo del suicidio. En éste sentido, Marsillac (1978), relata el caso de una paciente que tras la muerte de su marido, perdió el interés y la ilusión por la vida, nunca más se interesó por salir de su casa, ni se permitió distracciones normales; llegó a exhibir, por lo tanto, un comportamiento de «depresión-punición». Su vida, se limitaba a cuidar de la casa, realizar tareas cotidianas, convivir con

los hijos y nietos, rezar, preocuparse por los demás, etc. Posteriormente aclaró que no deseaba tratarse (inmolación), y que sólo asistiría al hospital por no disgustar a sus hijos a quienes no quería contradecir. Este fenómeno psicológico, de excesiva preocupación por los OTROS, sin preocuparse por sí mismas, es un hecho bastante común en la mujer que llega a padecer del cáncer de seno. Por disciplina aceptaría todo lo que le quisieran hacer sin ningún tipo de resistencia «sacrificio-ritual». Esta mujer posmenopáusica sometida a tratamiento ocultaba desde hacia tiempo un cáncer de mama que fue descubierto accidentalmente. En relación con el temperamento, Golfarb (1967), manifestó que la mujer con un temperamento melancólico, estaba más predispuesta al cáncer de mama que la mujer con un temperamento sanguíneo.

El núcleo familiar, de otro lado, nos parece fundamental a la hora de la investigación de este problema del cáncer de seno. En efecto, en las familias donde la comunicación emocional y afectiva es restringida (familias de tipo centrífugo), los individuos adquieren muy pronto el hábito de rechazar sus propios sentimientos y afectos y experimentan su afectividad mediante descargas en el sistema somático que pueden acabar por convertirse en la fatal enfermedad. Bahnson (1978), a este respecto, manifiesta que la frialdad y la falta de comunicación, se encuentran a menudo en la familia donde ha crecido la mujer cancerosa. También, por supuesto, en la mujer con cáncer de seno, parece existir una dificultad en la comunicación de las emociones y los sentimientos con los «OTROS». De otra parte, la participación de los elementos depresivos, ha sido puesta de manifiesto en un doble estudio llevado a cabo en el Hospital General de Massachusetts y en el Memorial Hospital de New York, apuntando además el retraso en la puesta en marcha del tratamiento. Naturalmente, el estudio de la personalidad de la mujer con cáncer de mama y su estructura afectivo emocional, nos permite desarrollar técnicas de intervención terapéutica, que pueden ser enormemente útiles en la curación y en la adquisición de una mayor calidad de vida, procurando alcanzar un mayor grado de supervivencia. Maggie Watson, por ejemplo, del Hospital Royal Marsden, en Sutton y en Londres, considera que es muy importante liberar a las mujeres del sentimiento de culpa que sufren tras haberse

diagnosticado en tumor de mama y potenciar, de otro lado, el espíritu de lucha. El estado psicológico de la mujer con cáncer de mama es vital. Las pacientes desesperanzadas o deprimidas, necesitan una intervención psicoterapéutica especial. En conjunto, se trataría de actuar contra las emociones negativas, que parecen relacionarse estrechamente con éste tipo de enfermedad. Vencer el aislamiento y/o soledad, potenciar el apoyo social, evitar el sufrimiento emocional, superar el temor a ser rechazada, sentirse comprendida y amada, facilita la confianza, la seguridad y el optimismo; es decir, emociones positivas que resultan claves para su tratamiento y adaptación.

De otro lado, Gold (1964), investigando el porqué las pacientes con cáncer de seno tardan en buscar la ayuda médica, señala entre otras, las siguientes causas: problemas socioeconómicos, ausencia de información y el consejo del médico de cabecera desafortunado de «esperar un poco más» a ver si desaparece finalmente con éste o aquel tratamiento. Lanoziere (1981), indican que muchas mujeres con cáncer de seno, tratan su cuerpo y más particularmente sus senos, como órganos extraños a los que ellas serían hostiles. Existe en este punto, un aspecto discutible acerca de la femineidad de la mujer enferma, así como a la aceptación del rol de mujer y, por ende, de su sexualidad y/o resignación sexual. Este tipo de resignación sexual, tendente a una cierta frigidez, con casi total ausencia de la libido, ha sido un problema destacado por algunos investigadores. La sexualidad en estas mujeres, puede ser solo un mero instrumento de control y satisfacción del marido, pero sin asumir ella su papel ni satisfacción en la sexualidad integral.

También se insiste en cuanto a su personalidad, en la presencia de rasgos masoquistas, de estados depresivos, de manera que la enfermedad, llega a convertirse en la confirmación de su vida de martirio y de abnegación. En este sentido, resulta interesante la aportación de Gold (1964) en el sentido de que el 47% de la muestra no había sentido jamás ningún placer táctil a nivel de los senos, lo cual pudiera explicar algunas dificultades sexuales que presentan estas mujeres en cuanto a la experiencia de la vida sexual y de la pareja (inapetencia sexual, frigidez, vaginismo, conformismo sexual, etc.). Engel (1955), subrayó como aspecto importante en el desencadenamiento

de esta enfermedad, la interrupción real o imaginaria de las relaciones sociales con personas importantes, muy significativas para ella (marido, hijos, amigas, etc.). De otra parte, Adamson y Schmale (1965), comprobaron como determinados factores psicológicos, actuaban de elemento precursores o facilitadores del cáncer de mama. El potencial elevado de desesperación, definido a partir de hechos tales como: débil estima de sí mismo, deseo de perfección, deseo de placer para los otros, frecuentes sentimientos de culpabilidad y de pena, así como la incapacidad para soportar una pérdida actual o ideal de gratificaciones, es un índice que parece aumentar la probabilidad del diagnóstico de carcinoma. Se trata de una vulnerabilidad somática particular a través de una pérdida de control del YO. Así, pues, nos encontramos con un estilo de afrontamiento de la propia personalidad que conduce a la mujer a un estado de desamparo/desesperanza crónico, aunque no reconocido conscientemente, oculto bajo una más cara de autosuficiencia. Igualmente, la evitación emocional, es típica en éste perfil de personalidad altamente vulnerable para la enfermedad neoplásica en el seno. Un conjunto de variables psicológicas que incluyen estoicismo, bajo neuroticismo, buen ajuste y baja expresión emocional, son comunes en éste tipo de enfermas.

Margarfy y Todd (1978), después de haber examinado en el Hospital St. Georges Hospital de Sidney 90 mujeres que representaban síntomas de patología mamaria, constataron que determinados factores, tales como la edad, el nivel educativo, la información, la enfermedad o la pérdida del seno, no tenían ninguna relación con el retraso habido para consultar al médico y para emprender un tratamiento después de haber descubierto un nódulo en el seno. Por el contrario, fenómenos psicológicos inconscientes, como el rechazo de reconocer un pensamiento o una situación o la supresión de pensamientos o sentimientos desagradables, así como la dificultad o imposibilidad de reflejar y discutir su propio caso y la contradicción existente entre la ausencia de la angustia verbal y la presencia de angustia manifiesta al nivel del comportamiento, así como la tendencia a sentirse deprimida, tenían una importancia fundamental en la existencia del retraso para acudir al médico y comenzar un determinado tratamiento. La apatía, la



negligencia, el rechazo del autoexamen de los senos y la negación de la realidad que ello implica, así como la supresión de los afectos propios en las mujeres que tardan en consultar, son fenómenos comunes a la depresión que puede experimentar la mujer con cáncer de seno y que se manifiestan como hechos masoquistas. Lanouziere (1981), insiste en los sentimientos de culpabilidad que dan cuenta de sus particularidades igualmente masoquistas.

Estas características singulares, se manifiestan en la tendencia al autosacrificio, altruismo, dependencia, pesimismo habitual, angustia y aflicción, emociones negativas (miedo, ansiedad, ira, conductas hostiles) asociadas a imágenes parentales exigentes, etc. Señala, de otro lado Lanouziere, en la mujer afecta de cáncer de seno, la elección de «partenaires» sexuales egoístas, indiferentes y el mantenimiento de situaciones contrarias y de frustración. Precisamente, la actividad de las células «Natural Killer» (NK), se encuentra ciertamente disminuida con relación a la presencia de éstos rasgos de personalidad de la mujer enferma, especialmente con la aflicción y con la soledad. Por su parte, Greer y Morris (1975), han descubierto en mujeres afectadas de cáncer de seno, la existencia de situaciones estresantes anteriores, incluyendo la pérdida reciente o en la infancia de una persona amada y de estados de-

presivos. También se ha corroborado una anomalía en la descarga de las emociones (por ejemplo, para llorar), la supresión total de la cólera y mecanismos de rechazo y de represión particularmente intensos. Igualmente, Hurlburt (1975), se refiere a los acontecimientos que han modificado que han modificado el curso de la vida del paciente. La posible existencia de una «crisis vital» aguda anterior a la aparición de la enfermedad también parece ser importante. La importancia de este período estresante, se sitúa sobre todo, en el curso del primer año anterior a los síntomas. También es significativo, la evidencia de una anomalía en la descarga y expresión de las emociones, la supresión total de la cólera y en los pacientes de más de 40 años, la supresión de todo sentimiento que revela la existencia de mecanismos de rechazo y de represión particularmente intensos. Los estudios de Greer y Morris (1978), también son determinantes para entender éstos fenómenos psicológicos y su relación con el cáncer de mama. En efecto, la característica psicológica dominante de la mujer afecta de cáncer de seno, es un comportamiento altamente represivo existente a través de los años, que se pone de manifiesto desde temprana infancia. La depresión, constituiría la reacción típica frente a los sentimientos de desesperanza y de abandono consecutivos a una experiencia dolorosa. En otras ocasiones, el cáncer de seno, aparece asociado a un duelo, una separación, una ruptura, un cambio importante de la vida. Por otra parte, la mujer enferma, tiene habitualmente claros sentimientos de abandono, de desesperación y de culpabilidad.

Los acontecimientos y sentimientos de «pérdida», son básicos a la hora de explicar esta enfermedad en la mujer. La separación conyugal, la ruptura sentimental, el abandono, la pérdida quirúrgica de una parte del cuerpo, la pérdida de una actividad profesional, de un status social y de un objeto ligado a un ideal, son situaciones ciertamente estresantes que pueden actuar como auténticos donantes. Pero es necesario tener en cuenta para interpretar estos hallazgos, que toda pérdida objetiva no constituye necesariamente una experiencia de «pérdida» dolorosa. Ella depende del investimento anterior a la pérdida del objeto. Sin embargo, es obvio, que las pérdidas, los duelos y los conflictos de la infancia, son difícilmente accesibles al observador.

Green (1954), constató en tales pacientes fracasos repetidos de su vida amorosa y profesional a pesar de una situación social honrosa. Tales acontecimientos psicosociales, que se suceden a lo largo de la vida de la paciente, cristalizarían fundamentalmente en acontecimientos de «pérdida» y sentimientos de desesperación, dando lugar a un estado psicológico de «indefensa». Es así, como la mujer consciente de su importancia para enfrentarse a la situación y careciendo de recursos psicológicos psicosociales, se encuentra en una situación idónea para la aparición de la enfermedad. Se ins-taura, subsecuentemente, una reacción de «retirada-conservación» que condiciona una preponderancia de influencias tropotrópicas con un predominio de la actividad parasimpática y una relativa inactividad simpática (Cohen, 1979). Dicho autor, se refiere a pacientes hospitalizados con el fin de realizar una biopsia ante la presencia de una citología atípica en el cuello de la matriz. Antes de conocerse el diagnóstico, se hicieron predicciones acerca de la presencia o no del neo, en función de acontecimientos de pérdida de las pacientes y de los sentimientos de desesperanza y, realmente, fueron verificadas las predicciones. Obviamente, este hecho basado en observaciones clínicas, es ampliamente criticable en el sentido de que precisamente el proceso canceroso, puede estar causando cambios psicológicos, similares a los descritos anteriormente.

En suma, la restricción emocional, la negación de los afectos, la existencia de un SUPER-YO severo y de un masoquismo activo, constituyen algunos de los rasgos más sobresalientes presentes en la personalidad de la mujer con cáncer de seno. Generalmente, esta mujer presenta una historia psicosocial «difícil» con factores psicológicos de «alto riesgo», que es necesario investigar. Tal conjunto de datos asociados a los factores de riesgo biológicos bien definidos, permitan ejercer una vigilancia más eficaz de las mujeres con «alto riesgo psicológico», de prevenir trastornos psicológicos y/o somáticos, así como de evitar retrasos dramáticos para ins-taurar un determinado tratamiento.

A MODO DE CONCLUSIÓN

A los efectos de una ayuda psicológica eficaz que es lo que nos interesa, es necesario conseguir un apoyo social óptimo con el fin de reducir el estrés que genera el impacto del cáncer de mama.

Asimismo, el apoyo, comprensión y aceptación de la pareja, van a constituir ingredientes esenciales de la estructura psíquica adecuada para enfrentarse eficazmente a la enfermedad, La terapia liberadora, desde el punto de vista emocional y el conocimiento de «sí misma», también asegura una mayor confianza en sí misma, esencial para combatir la enfermedad. Un afrontamiento exitoso, es capaz de reducir los concomitantes fisiológicos del estrés, consiguiendo retornar las funciones neuroendocrina e inmune a un balance homeostático protector para la enfermedad. El fracaso a nivel de afrontamiento, genera sentimientos de «desamparo/depresión» que potencian la aparición de nuevas recidivas y empeoran el estado físico y psíquico de la paciente. Facilitar el componente expresivo del contenido emocional del psiquismo es esencial en el abordaje terapéutico. Expresar la ira y otras emociones de manera apropiada, satisfacer las propias necesidades y responder adecuadamente a los demás, así como potenciar la relajación, son modos de afrontamiento muy positivos frente al enorme estrés de la enfermedad. En fin, la depresión y altos niveles de ansiedad producidos por el diagnóstico, así como las reacciones desadaptativas, la inhibición afectiva y, en general, los altos niveles de estrés psicológico e ira, puede ser perfectamente moderados y/o neutralizados mediante una intervención psicoterapéutica continuada y eficaz. Finalmente, nos interesa saber en qué medida el control emocional y la defensividad emocional les ayuda a sobrellevar la situación eficazmente, evitando repercusiones fisiológicas adversas asociadas a un férreo control emocional. Apoyar, ayudar, informar, empatizar, comunicar y mantener accesible en todo momento, son algunos ingredientes esenciales que manejamos continuamente en el proceso terapéutico integral. Finalmente conseguir la aceptación de la imagen corporal severamente deteriorada por la mastectomía y reiniciar lo antes posible una vida sexual activa, son objetivos terapéuticos irrenunciables.

BIBLIOGRAFÍA

Leshan LL. An emotional life history pattern associated with neoplastic disease. *Ann. New York Acad Sci* 1966;125:780.
 Boot G. Krebs und tuberkulose im Rorschachschen formdenterversuch. *Z Psychosomat Med* 1964;10:167.

Nemeth G, Mezei A. Prognostical aspects of cancer on the basis of clinical and psychological data. *Acta Medica Psychosom Rome* 1969:625.
 Buttler CA. Breast cancer. *Canadian nurse* 1976;72(6):17-22.
 Flórez Lozano, JA, Villaverde Álvarez A, Fernández Fernández S. y Menéndez Patterson A. Personalidad y cáncer. *Farmas* 1981;150:67-82.
 Millerm Th. R. Aspectos psicofisiológicos del cáncer. *Cáncer* 1977;39:413.
 Marsillac JD. La comunicación de la verdad en cancerología. En: *Impacto psicológico del cáncer*. Edit. Galerna. Buenos Aires, 1978.
 Bard M. The use of dependance for predicting psychogenic invalidism following radical mastectomy. *Jour of nervous and mental disease* 1955;122:153-160.
 Bucsloni P, Veronesi V. Some observations on cancer of the breast in mothers and daughters. *British J Cancer* 1957;1:337-347.
 Bain Ch, Speizer F, Rosner B, Belanger Ch, Hennekens Ch. Family history of breast cancer as a risk indicator for the disease. *Am J for Epidemiology* 1980;3:301-308.
 Greer S, Morris T. The study of psychological factors in breast cancer: problems of method. *Soc Sci and Med* 1978;12:129-134.
 Bacon C, Renneker R, Cutler M. A psychosomatic survey of cancer of the breast. *Psychosom Med* 1954;14(6):453-460.
 Tarlau M, Samlheiser I. Personality patterns in patients with malignant tumors of the breast and cervix, and exploratory study. *Psychosom Medm* 1951;13:117-121.
 Renneker EC, Cutler M, Bacon C. Psychoanal explorations of emotional correlates of cancer to the breast. *Psychosom Med* 1963;25:106-123.
 Bahnsen MB, Bahnsen CB. Development of a psychosocial screenig questionnaire for cancer. *Cancer detection and prevention* 1979;2(2):295-305.
 Gold MA. Causes of patients delay in diseases of the breast. *Cancer* 1964;77:564-577.
 Lanouziere J. Depression et cancer du sein. *Revue de Médecine Psychomatique* 1981;23(3):294-317.
 Engel GL. Studies of ulcerarive colitis III. The nature of the psychological processes. *Am J Med* 1955;19:231.
 Adamson J, Schamale A. Object loss giving up, and the onset of psychiatric disease. *Psychosom Med* 1965;27:557-576.
 Magarey GL, Todd PB, Blizard PJ. Psychosocial factors influencing delay and breast self-examination in women with syptoms of breast cancer. *Soc Sci Med* 1977;11:229.
 Hurlburt KL. Life change events as they relate to the onset of breast tumors in women. *Dissert. Abstracts International*, 1975;35:12.
 Cohen F. Personality, stress and the development of physicall illness. En: Stone GC y cols. *Healt Psychology: a handbook*. Jossey Bass SF 1979:77-111.

En breve...

EL 2% DE LOS ESPAÑOLES SUFRE TRASTORNOS PSÍQUICOS

El dos por ciento de la población española sufre algún tipo de trastorno psíquico, lo que representa aproximadamente cerca de 800.000 personas en todo el territorio nacional. La esquizofrenia es la enfermedad mental más común entre estos pacientes.

Por ello, la investigación en esta área adquiere una importancia relevante. Rafael Blesa, del Servicio de Neurología del Hospital de Sant Pau de Barcelona,

que dirigió el curso "Estudios clínicos en Neurología y Psiquiatría" que tuvo lugar el pasado mes de octubre en Barcelona, repasó las cifras que existen sobre los diferentes ensayos que se están realizando en Estados Unidos sobre enfermedades neurológicas (132 sobre Alzheimer, 38 sobre demencia, 113 en Parkinson, 109 sobre Epilepsia...).

Por su parte, Concha Prieto, de la subdirección general de medicamentos de Uso Humano de la Agencia Española del Medicamento, afirmó que la AEM ha autorizado en el año 2002, 539 EECC.

De ellos, un 10% en áreas de psiquiatría y neurología. También destacó que en el 84% de los casos el promotor es la Industria Farmacéutica y que el 34% eran en fase III.

Prieto enumeró las siete indicaciones más frecuentes estudiadas en los EECC en neurología/psiquiatría: esquizofrenia, enfermedad de Parkinson, depresión, Alzheimer y demencias, trastornos de ansiedad, enfermedades desmielinizantes y, por último, el ictus.

Fuente: *Fundación ESAME*

Agenda

■ IV Congreso Interautonómico de Medicina General (Pirineos 2004)

Formigal. Huesca. España. 25-29 enero 2004

Sociedad Aragonesa de Medicina General
Tel.: 629 907 075
E-mail: samg@semg.es
URL: <http://www.recursosmedicos.net/samg/samg.htm>

■ 6th World Congress on Trauma, Shock, Inflammation and Sepsis Pathophysiology, Immune Consequences and Therapy

Munich. Alemania. 2-6 marzo 2004

Dr. Eugen Faist
Tel.: 49-8-970-955-461
Fax: 49-8-970-952-460
E-mail: faist@gch.med.uni-muenchen.de

■ V Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2004

Virtual por Internet. España. 1-28 febrero 2004

Apartado de Correos 227 07181 Palmanova (Mallorca) Illes Balears (España)
Tel.: +34 971 28 28 39
Fax: +34 971 28 04 01
E-mail: congreso@psiquiatria.com
URL: <http://www.psiquiatria.com/congreso>

■ 17th Annual Meeting of the American Association for Geriatric Psychiatry

Baltimore, MD. Estados Unidos. 12-15 marzo 2004

Jenny Schmidt
Tel.: 1-301-654-7850. Fax: 1-301-654-4137
E-mail: JennySchmidt@aagponline.org

■ Congreso Panamericano de Salud Mental Infante-Juvenil La Habana, Cuba

31 marzo-2 abril 2004

Dr. Cristóbal Martínez
Presidente Comité Organizador
E-mail: felices@infomed.sld.cu
Web: <http://www.felices.sld.cu>
www.loseventos.cu/saludmental2004

M.Sc. Octavio Pérez Marrero
Organizador Profesional de Congresos
Palacio de Convenciones de La Habana
Tel.: (537) 208 7541. Fax: (537) 202 8382
E-mail: octavio@palco.cu
Web: <http://www.complejopalco.com>

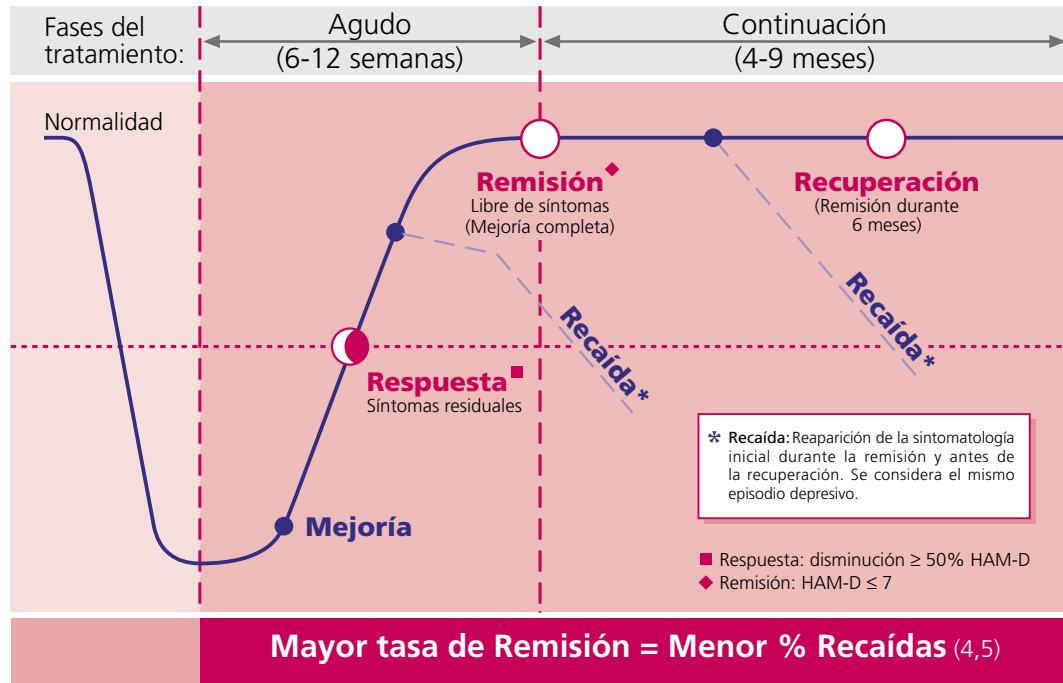
■ 12th Congress of the Association of European Psychiatrists

Palexpo Congress Center. Ginebra. Suiza. 14/18 abril 2004

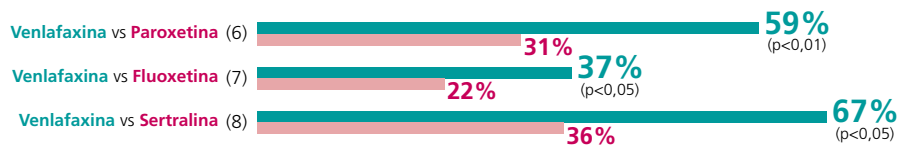
17 Rue du Cendrier Kenes International
PO Box 1726 CH-1211 Geneva 1 Switzerland
Tel.: +41 22 908 0488. Fax: +41 22 732 2850
E-mail: aep12@kenes.com
URL: <http://www.kenes.com/aep2004/>



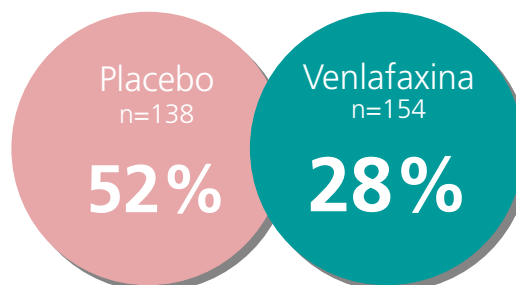
EN DEPRESIÓN, LA RESPUESTA NO BASTA.



**CON DOBUPAL RETARD, MÁS PACIENTES
ALCANZAN LA REMISIÓN... (3,6,7,8)**



...CON MENOR PORCENTAJE DE RECAÍDAS. (9)

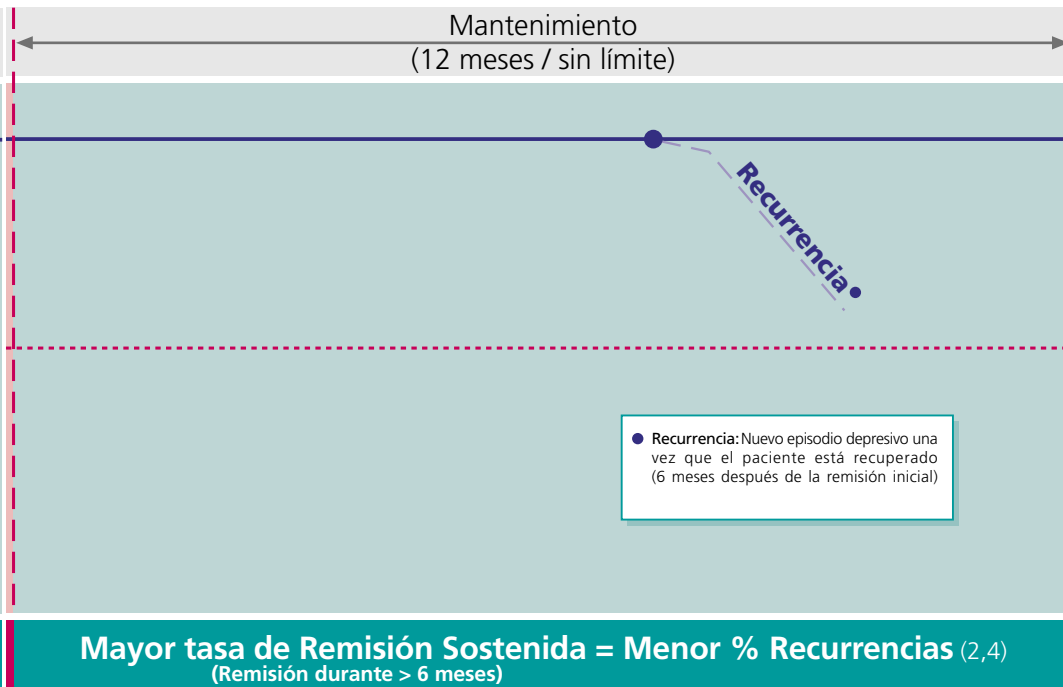


Resultados a los 6 meses desde la Remisión (p<0,001)

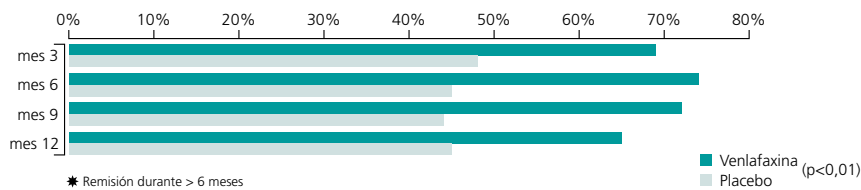
AÍDAS Y RECURRENCIAS



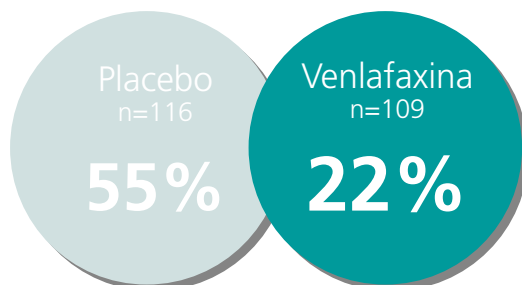
EL OBJETIVO ES LA REMISIÓN. (1,2,3)



CON DOBUPAL RETARD, MÁS PACIENTES LOGRAN UNA REMISIÓN SOSTENIDA A LARGO PLAZO*... (10)



...CON MENOR PORCENTAJE DE RECURRENCIAS. (11)



Resultados a los 12 meses desde la Remisión (p<0,001)



DOBUPAL RETARD, EL TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA DE LA DEPRESIÓN

• NUEVA
INDICACIÓN •

- **Prevención de recaídas y recurrencias de la depresión:**
 - Más pacientes en remisión con menos recaídas. (3,6,7,8,9)
 - Remisión sostenida a largo plazo con menos recurrencias. (10,11)
 - En pacientes de edad avanzada, Dobupal Retard también demuestra ser eficaz y seguro. (12,13)
- **Óptima tolerabilidad y seguridad.** (12,13)
- **Primer antidepresivo aprobado en ansiedad generalizada (TAG).** (14)
- **Eficaz en depresión con ansiedad.** (15,16)



**COMODIDAD
POSOLÓGICA**

1 toma al día

**DOBUPAL
RETARD**
VENLAFAXINA
LA REMISIÓN ES LA SALIDA