
Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento

Psychological factors in the development of cancer and in the response to treatment

J.P. Arbizu

RESUMEN

En este trabajo se señala la relación de los aspectos psicológicos y la aparición y evolución del cáncer. Hay una influencia clara de la conducta humana en la aparición del cáncer. La incidencia de la enfermedad se reduciría considerablemente si aumentaran las conductas de salud. Diversas investigaciones concluyen que el estrés afecta al sistema inmunológico y en consecuencia al cáncer. Asimismo se discute la influencia de la personalidad en la evolución de la enfermedad. Se está investigando sobre las terapias psicológicas y una mayor supervivencia. Hay que ser precavido con la interpretación de los resultados para no generar una excesiva exigencia y responsabilidad al paciente, con las dificultades que puede ocasionar para su adaptación a la enfermedad.

Palabras clave: Psicoimmunología. Estrés. Personalidad. Psicooncología.

ABSTRACT

This paper draws attention to the relationship of psychological aspects and the appearance and evolution of cancer. The incidence of the disease would be considerably reduced if there was an increase in healthy behaviour life-styles. Different studies conclude that stress affects the immunological system and consequently cancer. Similarly, the influence of personality on the evolution of the disease is discussed. Research is being done on psychological therapies and increased survival. Caution must be exercised so as not to place excessive demands and responsibility on the patient, with the difficulties that might be created for his adaptation to the disease.

Key words: Psycho-immunology. Stress. Personality. Psycho-oncology.

ANALES Sis San Navarra 2000; 24 (Supl. 1): 173-178.

Servicio de Oncología. Hospital de Navarra.
Pamplona

Correspondencia:
Juan Pedro Arbizu López
Servicio de Oncología
Hospital de Navarra
C/ Irunlarrea 3
31008 PAMPLONA
Tfno. 948 422 169
Fax 948 422 303

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la historia de la medicina, el “padre de la medicina”, Hipócrates, menciona en sus escritos la influencia del cuerpo sobre la parte anímica, y la del alma sobre el cuerpo, señalándose una atención especial al medio ambiente social como factor etiológico de la enfermedad. Galeno fue el primer autor que consideró la influencia de la personalidad en el cáncer. En su tratado sobre los tumores *De tumoribus* señaló que las mujeres “melancólicas” eran más propensas que las “sanguíneas” a tener un cáncer de mama. Desde entonces la relación y vinculación clínica entre tres variables, personalidad-estrés-cáncer es frecuente en los tratados de medicina.

La psicooncología es una disciplina que aplica la psicología en una enfermedad como el cáncer y se desarrolla en diferentes áreas: prevención, asistencia, docencia e investigación. El modelo “biopsicosocial” de salud se está aplicando tanto en la investigación como en la asistencia. Son múltiples las investigaciones, dentro de la psicooncología, que intentan demostrar la influencia de aspectos psicológicos en la aparición y desarrollo del cáncer. El contenido de estas investigaciones suele ser personalidad y cáncer, estrés y cáncer, terapia psicológica y mayor supervivencia. A pesar de los problemas metodológicos que tienen muchas de estas investigaciones y que los resultados obtenidos todavía no son concluyentes, los datos señalan cada vez con mayor rigor que diferentes

variables psicológicas se encuentran asociadas tanto en la aparición como en el desarrollo del cáncer.

Asimismo está aceptado que el comportamiento humano determina un gran número de cánceres, de forma que en un 80% de ellos se da una contribución ambiental que determina su aparición o curso. El cáncer podría evitarse en gran medida si se modificaran los patrones de conducta.

CONDUCTA Y CÁNCER

La prevención del cáncer cobra cada día mayor importancia. El control de hábitos de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables pueden salvar más vidas que todos los procedimientos de quimioterapia existentes¹. Entre los hábitos de conducta relacionados con el cáncer se encuentran: la exposición ambiental a carcinógenos, tales como el tabaco, el alcohol, la ingesta de dietas ricas en grasas y bajas en fibras, exposiciones solares, así como la combinación de estos factores. En concreto, el tabaco causa el 30% de todos los cánceres (80% de los cánceres de pulmón)². La educación para la salud es fundamental para la adquisición de hábitos de salud que prevengan la aparición del cáncer. Es popular el decálogo europeo contra el cáncer promovido dentro del programa Europa contra el cáncer (Tabla 1). Este programa comenzó durante la cumbre de la Comunidad Europea celebrada en Milán en el año 1985. Uno de sus objetivos prin-

Tabla 1. Decálogo europeo contra el cáncer.

1. No fume. Fumador: deje de fumar lo antes posible y no fume delante de otros.
2. Sea moderado en el consumo de bebidas alcohólicas.
3. Evite la exposición excesiva al sol.
4. Respete las instrucciones profesionales de seguridad durante la producción, manipulación o utilización de toda sustancia cancerígena.
5. Coma frecuentemente frutas y verduras frescas y cereales de alto contenido en fibra.
6. Evite el exceso de peso y limite el consumo de grasas.
7. Consulte a su médico en el caso de evolución anormal: cambio de aspecto de un lunar, un bulto o una cicatriz anormal.
8. Consulte a su médico en caso de trastornos persistentes, como tos, ronquera, cambio en hábitos intestinales o pérdida de peso no justificada.
9. Para las mujeres: hágase frecuentemente frotis vaginal.
10. Para las mujeres: vigile los senos regularmente y, si es posible, hágase una mamografía a intervalos regulares a partir de los 50 años.

cipales es educar a la población en hábitos de salud y reducir la incidencia de cáncer.

El apoyo social también va a ser un predictor del estado de salud y de la mortalidad, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes, ya que las personas que tienen pocos o escasos lazos sociales presentan menor frecuencia de conductas preventivas, llegan con un nivel más avanzado de enfermedad, presentan menos adherencia al tratamiento y el impacto de la enfermedad es mucho más estresante³.

ESTRÉS Y CÁNCER

El estrés puede afectar al inicio o curso del cáncer, generando cambios biológicos propios de la respuesta de estrés y con cambios en las conductas de salud o estilos de vida que pueden predisponer a la enfermedad. Ante los efectos del estrés las personas pueden llevar a cabo conductas altamente perjudiciales para la salud como el tabaco, el alcohol, los patrones de alimentación inadecuados, el rechazo de tratamientos médicos, etc.

El efecto supresor del estrés emocional en la función inmunológica y en la susceptibilidad a la enfermedad es uno de los aspectos más estudiados de la psiconeuroinmunología. Las células neoplásicas se desarrollan y proliferan con una estructura diferente a la normal, mostrando en su organización histológica una serie de características que las hace claramente distintas del resto y patológicas. Un posible papel del sistema inmunológico, en la defensa contra el cáncer, sería precisamente la capacidad de reconocer estas células anormales en las cuales han ocurrido esta serie de cambios y eliminarlas antes de que el tumor pueda desarrollarse. Existen unas células llamadas NK (natural killer) cuya actividad citotóxica se manifiesta ante diferentes tumores y es importante dentro del mecanismo de destrucción tumoral⁴. Investigaciones sobre humanos ofrecen la evidencia de factores psicosociales y medioambientales, incluidas las experiencias de estrés agudo y crónico, como inductores o asociados con funciones inmunes alteradas⁵. Como acción determinante, el estrés modifica la

dinámica neuroendocrina y, por tanto, puede afectar las condiciones y comportamiento inmunes del organismo. Varios autores han analizado los efectos de la relajación en el sistema inmune de pacientes oncológicos, concluyendo que un entrenamiento continuado en relajación afecta positivamente a parámetros inmunológicos en un grupo de pacientes con cáncer de ovario que reciben quimioterapia⁶. En un grupo de pacientes con cáncer metastásico, el entrenamiento en técnicas de relajación durante un año produce cambios significativos en varias medidas de inmunocompetencia⁷.

Además determinadas células del sistema inmune secretan ellas mismas péptidos, algunos de los cuales son precursores de neurotransmisores, con lo que se establece una comunicación bidireccional entre el Sistema Nervioso Central y el Sistema Inmune. Algunos autores⁸ han encontrado relación entre niveles altos de estrés y menor supervivencia.

Sklar y Anisman⁹ en una completa revisión sobre estrés y cáncer concluyen: "Nuestro punto de vista es, no que el estrés sea la causa del cáncer sino más bien que el estrés, como acontecimiento ambiental con profundos efectos sobre el funcionamiento fisiológico, puede influir el curso de la enfermedad neoplásica. En efecto, el estrés se traduce en cambios biológicos compensatorios para hacer frente a las demandas a las que se ve sometido el organismo. Sin embargo, la movilización focalizada de recursos o su potencial agotamiento incapacita en alguna medida al organismo para luchar con eficacia con las células cancerosas. Dada la relación existente entre los sistemas neuroquímico, hormonal e inmunitario, una perturbación en cualquiera de estos procesos podría incrementar ostensiblemente la proliferación de células cancerosas". Un buen resumen acerca de la relación entre el estrés y el cáncer lo expresan Wayner, Cox y Mackay¹⁰ al destacar que:

1. El estrés puede influir sobre la iniciación del cáncer de varias maneras: i. Aumentando la exposición del sujeto a un carcinógeno; ii. Interactuando con los efectos de un carcinógeno; iii. Permitiendo la

expresión de un potencial genético latente a través de un cambio en el sistema hormonal.

2. Una vez establecido el proceso neoplásico, algunas reacciones comportamentales al estrés, tales como un aumento en el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas o unas estrategias psicológicas deficientes para afrontar los problemas, pueden modificar o interactuar en combinación con el sistema neuroendocrino.

3. El bloqueo de ciertas células inmunológicas, tales como los linfocitos NK, debido a la acción conjunta del estrés y del propio tumor, podría aumentar la probabilidad de que determinadas células precozmente transformadas eludieran la acción de las defensas del organismo.

PERSONALIDAD Y CÁNCER

El posible vínculo entre personalidad y cáncer ha sido abordado de manera sistemática y empírica desde hace unos años. Viendo los estudios en su conjunto emerge una serie de rasgos y estilos de afrontamiento que puede constituir la "personalidad predispuesta al cáncer". Ha sido etiquetada como personalidad "Tipo C" por diferentes autores^{11,12}. Constituye un patrón de conducta contrapuesto al "Tipo A" (predispuesto a la enfermedad coronaria) y diferente al "Tipo B" (tipo saludable). Los elementos que definen más especialmente al "Tipo C" son la inhibición y negación de las reacciones emocionales negativas como la ansiedad, agresividad e ira, y la expresión acentuada de emociones y conductas consideradas positivas y deseables socialmente, tales como, excesiva tolerancia, extrema paciencia, aceptación estoica de los problemas y actitudes de conformismo en general, en todos los ámbitos de la vida. Algunos autores¹³ retratan a esta personalidad como la "típica buena persona" que está deseando siempre complacer y buscar la armonía en las relaciones interpersonales, así como evitar expresar actitudes y reacciones que puedan ofender a otros, incluso en perjuicio de sus propios derechos y necesidades, con el fin último de no propiciar un conflicto. Otros autores como Grossarth-Mati-

cek y Eysenck¹⁴, señalan seis estilos de reacción al estrés. Dos de ellos están muy relacionados con el cáncer:

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

Tipo 5. Racional-antiemocional. Se define por la tendencia a emitir reacciones racionales y antiemocionales. Este tipo de personas suele suprimir o negar las manifestaciones afectivas, encontrando dificultad para expresar las emociones. Debería denotar predisposición a la depresión y al cáncer. Hay predominio de lo racional sobre lo emocional. Otras características de personalidad que se han asociado al cáncer son la presencia de altos niveles de depresión, sentimientos de indefensión y pesimismo¹⁵. Green y Shellenberger¹⁶ realizan un completo resumen sobre las características de personalidad en pacientes de cáncer (Tabla 2).

Tabla 2. Posibles factores de personalidad predisponentes al cáncer.

Estilo interpersonal:

- Esfuerzo para parecer bueno y ser bueno
- Aceptar la autoridad
- Docilidad y lealtad

Temperamento:

- Depresión
- Indefensión/desesperanza
- Fatiga

Estilo emocional:

- Tranquilidad
- Supresión de emociones negativas

Estilo cognitivo:

- Aceptación estoica
- Racional, leal a la realidad
- Pesimismo

Factores sociales:

- Soledad
- Carencia de apoyo social
- Carencia de intimidad

TERAPIA PSICOLÓGICA Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Habitualmente las líneas de tratamiento de la psicooncología se desarrollan en las siguientes áreas: prevención, información al paciente, preparación a la hospitalización y al tratamiento, efectos secundarios al tratamiento, dolor, relaciones familiares, fase terminal, entrenamiento al personal sanitario y adaptación general a la enfermedad. Además de estas áreas, se puede buscar otros objetivos con la psicoterapia. Hay diversos estudios que intentan demostrar la influencia de la terapia psicológica en enfermos con cáncer con una mayor supervivencia. Es ya clásico el estudio de Spiegel¹⁷ de 1989, desarrollado durante diez años que demuestra que mujeres con cáncer de mama metastásico que recibieron tratamiento psicológico, tenían mayor supervivencia que un grupo control que no recibían este tratamiento. La publicación de este artículo en *Lancet* y su posterior comentario en *Science*¹⁸ tuvo una repercusión importante en las futuras investigaciones sobre el tema. Greer y Morris¹⁹ en una investigación longitudinal de más de quince años con pacientes con cáncer de mama, encuentran que las mujeres que se enfrentaron abiertamente a su enfermedad o la negaron, en los primeros meses que siguieron al diagnóstico, consiguieron unas tasas de recidivas muy inferiores a las que afrontaron la enfermedad con actitudes depresivas o de aceptación fatalista. Fawzy²⁰ demostró que la intervención psicológica en pacientes con melanoma redujo la tasa de recidivas. Ratcliffe²¹ señala que el ánimo depresivo en pacientes con enfermedad de Hodgkin o linfoma no Hodgkin es un factor pronóstico independiente para una supervivencia menor. Encontraron una mayor supervivencia en pacientes con buenas relaciones interpersonales que pidieron y recibieron ayuda psicológica y que reconocieron la gravedad de su enfermedad con una buena adaptación. Otros autores^{22,23}, en Australia, han encontrado influencia del afrontamiento psicológico en pacientes con cáncer de mama metastásico y con melanoma metastásico, en una mayor supervivencia. Sin embargo, también se realizan estudios²⁴ en los que no se demuestra la rela-

ción entre psicoterapia y mayor supervivencia. Se puede concluir con el comentario que realiza Bayés²⁵ sobre el tema que parece representar la línea de la psicooncología hoy en día: "En el momento actual: a) las intervenciones psicológicas tienen que usarse, siempre que se consideren oportunas, como tratamiento complementario y en ningún caso sustitutorio de las intervenciones biomédicas; b) el objetivo básico de las mismas debe ser siempre la mejora de la calidad de vida del paciente; y c) hay que admitir la posibilidad, tanto en la investigación como en la clínica, de que los factores psicológicos puedan afectar, directa o indirectamente, positiva o negativamente, al curso biológico del proceso neoplásico y al tiempo de supervivencia del enfermo".

CONSIDERACIONES FINALES

Son abundantes en los últimos años las investigaciones que intentan demostrar la relación entre el estrés, personalidad, acontecimientos estresantes y la aparición del cáncer y su evolución. Dentro de la etiología multifactorial del cáncer, los resultados de estas investigaciones parecen señalar la influencia de los factores psicológicos en el cáncer. Sin embargo, es necesario continuar con las líneas de investigación y solucionar problemas metodológicos. No existen estudios prospectivos y los instrumentos de medida deben de ser más fiables. Asimismo hay que ser muy prudentes con la interpretación que se hace de estos resultados. Estas interpretaciones pueden ir al extremo de "causa-efecto", "por haber estado estresado durante un año he tenido un cáncer". No es extraño que, en muchas ocasiones, enfermos de cáncer se sientan culpables por la enfermedad. Si asocian que su estilo de personalidad o su respuesta ante situaciones estresantes han favorecido la enfermedad les puede generar una angustia que influya negativamente en su adaptación. Igualmente se pueden sentir excesivamente responsabilizados en la evolución de la enfermedad. Es bueno que el enfermo colabore en todos los sentidos en su recuperación y se sienta implicado en el tratamiento, pero los enfermos pueden sentirse muy presiona-

dos por los familiares, incluso por los sanitarios, por tener una actitud optimista y “poner de su parte” cuando la extensión de la enfermedad o el estado físico ocasiona otro tipo de respuesta. Hay que permitir al paciente responder con sus propias estrategias de adaptación, coherentes a su estilo de personalidad y sin reprimir las emociones que pueda sentir.

BIBLIOGRAFÍA

1. BAYES R. Psicología y cáncer: prevención. En: Martínez Roca, editor. *Psicología Oncológica*. Barcelona, 1990: 47-111.
2. GONZÁLEZ A, GONZALEZ MJ, GARCÍA P. Control del cáncer. En: *Noticias de Salud Monográficos: Cáncer*, Madrid: Consejería de Salud 1994.
3. HOUSE JS, LANDIS KR, UMBERSON D. Social relationship and health. *Science* 1998; 241: 540-545.
4. BOVBJERG D. Psychoneuroimmunology and cancer. En: JC Holland JH Rowland, editor. *Handbook of Psychooncology*. New York, 1990: 727-734.
5. KIECOLT-GLASER JK, GLASER R. Stress and immune function. En: Ader R, Felten DL, Cohen N editores. *Psychoneuroimmunology*. New York, Academic Press, 1991: 849-868.
6. LEXANDER M, FURST CJ, ROTSTEIN S, HURSTI RJ, FREDRIKSON M. Immune effects of relaxation during chemotherapy for ovarian cancer. *Psychother Psychosom* 1997; 66: 185-191.
7. GRUBER BL, HALL NR, HERSH SP, DUBOIS P. Immune system and psychological changes in metastatic cancer patients using relaxation and guided imagery: a pilot study. *Scand Behav Ther* 1988; 17: 153-156.
8. FALLER H, BULZEBRUCK H, DRINGS P, LANG H. Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 756-762.
9. SKLAR LS, ANISMAN H. Stress and cancer. *Psychol Bull* 1981; 89: 369-406.
10. WAYNER L, COX T, MACKAY C. Stress, immunity and cancer. En: Osborne M, Gruneberg M. Eiser JR, editores. *Res Psychol Med*. Londres 1979: 253-259.
11. MORRIS T, GREER S. A “type C” for cancer?. *Cancer Detect Prev* 1980; 3: 102.
12. TEMOSHOK L. Personality, coping style, emotion and cancer: Towards and integrative model. *Cancer Surv* 1987; 6: 545-567.
13. KUNE GA, KUNE S, WATSON LF, BAHNSON CB. Personality as a risk factor in large bowel cancer. *Psychol Med* 1991; 21: 29-41.
14. GROSSARTH-MATICEK R, EYSENCK HJ. Personality, stress and disease: Description and validation of a new inventory. *Psychol Reports* 1990; 66: 355-373.
15. CARVER CS. Optimist versus pessimists predicts the quality of women’s adjustment to early stage breast cancer. *Cancer* 1994; 73: 1213-1220.
16. GREEN J, SHELLENBERGER R. The dynamics of health and wellness. A biopsychosocial Approach. En: Holt, Rinehart, Winston, editores. Filadelfia 1991: 235-249.
17. SPIEGEL D, BLOOM JR, KRAEMER HC, GOTTHEIL E. Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 888-892.
18. BARINAGA M. Can psychotherapy delay cancer deaths?. *Science* 1989; 246: 448-449.
19. GREER S, MORRIS T, PETTINGALE KW. Psychological response to breast cancer and 15 year outcome. *Lancet* 1990; 335: 49-50.
20. FAWZY FL, FAWZY NW, HYUN A. Malignant melanoma: Effect of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 681-689.
21. RATCLIFFE MA, DAWSON AA, WALKER LG. Eysenck personality inventory 2-scores in patients with Hodgkin’s disease and non Hodgkin’s lymphoma. *Psycho-Oncology* 1995; 4: 39-45.
22. BUTOW P, COATES A, DUNN S. Psychosocial predictors of survival in metastatic melanoma. *J Clin Oncol* 1999; 17: 2256-2260.
23. BUTOW P, COATES A, DUNN S. Psychosocial predictors of survival: metastatic breast cancer. *Ann Oncol* 2000; 11: 469-474.
24. EDELMAN S, LEMON J, BELL DR, KIDMAN AD. Effects of group CBT on the survival time of patients with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology* 1999; 8: 474-481.
25. BAYES R. Influencia de los factores psicológicos en la longitud de vida de los enfermos oncológicos. En: Martínez Roca editor. *Psicología Oncológica*. Barcelona, 1990: 182-184.