
Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama *Psychological intervention in patients with breast cancer*

M.A. Ruiz¹, S. Garde¹, N. Ascunce², A. del Moral²

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha despertado un interés creciente por conocer hasta que punto determinadas características de personalidad y estados emocionales, en combinación con los factores biológicos y ambientales, pueden contribuir a la etiología y progresión del cáncer de mama.

La relación de factores emocionales con el estado de salud en general y con el cáncer en particular, ha sido sugerida desde la antigüedad. Hipócrates ya hablaba de la relación entre personalidades melancólicas y el cáncer. Galeno, en la misma línea, pensaba que las mujeres de temperamento melancólico estaban más expuestas al desarrollo de neoplasias que las mujeres de temperamento sanguíneo¹. Sin embargo no es hasta la década de los 50 cuando comienza a estudiarse de forma sistemática la posible implicación de dis-

tintos factores psicosociales en la etiología y evolución del cáncer. El interés suscitado ha sido tan considerable que sólo en los últimos veinte años han aparecido en la literatura varios centenares de libros y artículos y diferentes revistas especializadas².

Podemos decir que la mayoría de los trabajos empíricos que recoge la literatura pueden enmarcarse en cuatro grandes áreas: a) búsqueda de un perfil premórbido de personalidad relacionado con el cáncer, b) estudio de la influencia de situaciones estresantes y emociones negativas tales como ansiedad, ira y depresión, c) análisis de los estilos de afrontamiento que las personas con cáncer ponen en marcha ante la enfermedad y su repercusión en la evolución de la misma y d) tipo de intervenciones psicológicas que pueden ser más efectivas para reducir el

ANALES Sis San Navarra 1998, 21 (Supl. 3): 119-124.

1. Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. UNED.
2. Campaña de Prevención de Cáncer de Mama. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Correspondencia:

M^º Angeles Ruiz Fernández
Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Psicología
UNED
Ciudad Universitaria s/n
28040 Madrid.
Tfno. 91 3986252
Fax 91 398 62 98
E-Mail: maruiz@cu.uned.es

malestar emocional y los problemas de adaptación psicosocial que se derivan del padecimiento y tratamiento de esta enfermedad.

Las investigaciones cuyo principal objetivo ha sido detectar un patrón o perfil premórbido de personalidad relacionado con el cáncer (Patrón de Personalidad Tipo C), tienden a describir a las pacientes con neoplasias como personas con alto control emocional, fundamentalmente de las emociones negativas (ira, ansiedad y tristeza), cooperadoras y con tendencia al autosacrificio y a evitar los conflictos con tal de mantener relaciones armoniosas con las personas de su entorno³⁹.

Los sentimientos de desesperanza y desamparo, que están presentes en personas que pierden una relación emocional importante, han sido también asociados con el origen del cáncer o con un peor pronóstico^{10,11}. Por último, los estudios realizados sobre estilos de afrontamiento o respuestas conductuales, emocionales y cognitivas que se producen ante el diagnóstico y tratamiento del cáncer sugieren que las personas que afrontan la enfermedad con espíritu de lucha o aquellas que utilizan como estrategia la negación, tienden a presentar un mejor pronóstico en la recuperación¹²⁻¹⁶.

A pesar del gran número de investigaciones que se han producido en estos últimos años, la asociación entre factores psicosociales y progresión del cáncer de mama está todavía sometida a controversia. Los resultados de varios grupos de investigación han aportado evidencia sobre las relaciones entre acontecimientos estresantes de la vida, apoyo social, actitudes de indefensión/desesperanza, malestar emocional y supresión de emociones negativas y progresión del cáncer de mama. Sin embargo, estos resultados no son inequívocos fundamentalmente por las deficiencias metodológicas de muchas de las investigaciones que los sustentan y por la evidencia contraria aportada por diferentes estudios,¹⁵⁻¹⁶ manteniéndose por ello abierta la polémica y la necesidad de nuevas investigaciones que aporten nuevos datos sobre la posible influencia de los factores psicosociales en el cáncer de

mama. Igualmente, se necesita realizar más investigaciones, que permitan analizar los factores psicológicos que pueden estar influyendo en el proceso de recuperación, en la aparición de respuestas emocionales negativas y en la calidad de vida percibida de las pacientes que sufren este tipo de patología.

El objetivo fundamental de este estudio fue establecer el perfil psicológico de las mujeres con cáncer de mama prestando una especial atención a la relación entre su estado emocional y diferentes características de personalidad, con el fin de mejorar las intervenciones psicológicas encaminadas a reducir o mitigar el malestar emocional y favorecer un mejor ajuste psicosocial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participaron en esta investigación un total de 322 mujeres con cáncer de mama. Todas ellas fueron diagnosticadas durante las Campañas de Prevención realizadas por el Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma de Navarra durante los años 1992 y 1993.

La edad media de las mujeres del estudio fue de 56 años con un rango de edad entre los 38 y los 68. El estado civil de las 322 mujeres era el siguiente: el 75,4% estaban casadas, el 12,8% solteras, el 2,5% divorciadas y el 9% viudas. En cuanto a los estudios realizados, el 61,4% no había realizado ningún tipo de estudios reglados, el 29% había cursado estudios primarios, el 3,1% secundarios, el 4,4% medios y el 1,9% superiores. La actividad laboral desempeñada del 74,1% era tareas en su hogar y el 25,9% llevaba a cabo alguna profesión remunerada. El lugar de residencia habitual del 51,1% de las mujeres era Pamplona y el del 48,6% algún pueblo de la provincia de Navarra. El estadio en el que se encontraba el tumor en el momento de la detección en las mujeres que participaron en esta investigación fue el siguiente: el 0,9% estadio 0, el 49,2% estadio I, el 25,2% estadio II (A y B), y el 1,9% en los estadios III y IV. No dispusimos de esta información en el 22,7% de las mujeres de la muestra. Por último, el 85,4 % de las mujeres no tenían

antecedentes familiares con cáncer de mama y el 14,3% sí.

Todas las mujeres que participaron en este estudio lo hicieron de forma voluntaria. Las entrevistas y la cumplimentación de los cuestionarios se llevaron a cabo de manera individual y durante una única sesión. Las mujeres que participaron en este estudio se encontraban en distintos fases en el momento de realizar la entrevista: 74 mujeres (24,4%) no conocían todavía el diagnóstico de cáncer; 107 mujeres (33,4%) se encontraban recibiendo tratamiento radio o quimioterápico y 135 mujeres (42,2%) estaban en fase de control (un año o dos desde la intervención quirúrgica).

Durante la entrevista, se pedía a cada mujer que relata de forma libre sus reacciones emocionales y temores experimentados como consecuencia del posible diagnóstico, la intervención o tratamiento del cáncer, así como sus miedos relacionados con recaídas o cambios producidos en su imagen corporal, ambiente familiar y/o social.

Para la evaluación de los distintos aspectos psicosociales analizados en este estudio se utilizaron los siguientes cuestionarios: (1) ansiedad situacional: STAI (SX-1), (2) ansiedad general: STAI (SX-2); (3) depresión: BDI; (4) control emocional: C.E.C; (5) extraversión y neuroticismo: E.P.Q; (6) locus de control para la salud: MHLC; (7) afrontamiento del cáncer: M.A.C; (8) comportamiento interpersonal: IBS-R/ED Y IBS-N/H; (9) calidad de vida percibida: CCV y (10) sucesos vitales ocurridos en los últimos años relacionados con acontecimientos familiares, personales, laborales y económicos que pudieran haber ocasionado estrés o malestar emocional.

RESULTADOS

No se encontraron correlaciones significativas entre los niveles de ansiedad y de depresión, y las variables sociodemográficas: estado civil, profesión, nivel de estudios y lugar de residencia. En cuanto a la variable edad, la correlación con el nivel de ansiedad experimentado por las mujeres no fue significativa, sin embargo, sí

alcanzó el nivel de significación en el caso de la depresión ($r=0,24$, $p<0,001$). A más edad mayor grado de Depresión. Tampoco se encontraron correlaciones significativas entre ansiedad y depresión y acontecimientos vitales estresantes experimentados en los últimos dos años, estadio del cáncer, antecedentes familiares con cáncer de mama y fase del proceso en que se encontraban las mujeres cuando se llevó a cabo la entrevista (antes del diagnóstico, durante el tratamiento y durante el seguimiento).

Las puntuaciones de las 320 mujeres en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) indicaron que, el 53% de las mujeres evaluadas no presentaban signos de depresión, el 21,8% presentan depresión leve, el 15,9% depresión moderada y sólo el 4,7% depresión severa. En relación a los niveles de ansiedad situacional (STAI-SX-1) que experimentan las mujeres en el momento de ser entrevistadas, el 16,5% tenían niveles bajos, el 61,7% niveles medios y el 17% niveles altos.

Se realizaron análisis de regresión múltiple, para detectar las variables de personalidad, atribuciones sobre el control de la salud, inhibición emocional, y estilos de afrontamiento que mejor predecían el nivel de ansiedad situacional y de depresión experimentado por las mujeres. Las variables incluidas en el análisis fueron: ansiedad general, neuroticismo, extraversión, psicoticismo, atribuciones internas sobre el control de la salud, atribuciones externas, atribuciones azarosas, represión de los sentimientos de ira, de ansiedad, de tristeza, tendencia a establecer relaciones armoniosas, tendencia a la racionalidad, afrontamiento de la enfermedad con espíritu de lucha, con desesperanza/indefensión, con preocupación ansiosa, con aceptación estoica/fatalismo y con negación de la misma.

La ecuación de regresión obtenida para predecir ansiedad situacional fue: $19,16+0,37$ (ansiedad general) - $0,29$ (Locus de control interno para la salud) - $0,13$ (espíritu de lucha). Las variables independientes que integran el modelo de regresión explican el 41% de variación de la variable dependiente. El valor del estadís-

tico de contraste de la ecuación de regresión es $F=58,53$, $p<0,0000$. Estos datos indican que la ansiedad situacional se explica fundamentalmente, por el nivel de ansiedad general, por bajas atribuciones de control interno sobre la salud y por un déficit en las estrategias que permiten afrontar la enfermedad con espíritu de lucha.

La ecuación de regresión obtenida para predecir depresión fue: $0,02 + 0,32$ (Ansiedad rasgo) $+ 0,43$ (Indefensión) $+ 0,51$ (psicoticismo) $+ 0,15$ (preocupación ansiosa) $- 0,11$ (espíritu de lucha). Las variables independientes que integran el modelo de regresión explican el 70% de variación de la variable dependiente. El valor del estadístico de contraste de la ecuación de regresión es $F=115,19$, $p<0,0000$. Estos resultados parecen indicar que los que mejores predictores del nivel de depresión, de las mujeres con cáncer que componen esta muestra, son: niveles altos de ansiedad general, afrontar la enfermedad con desesperanza e indefensión, y con preocupación ansiosa y que no poner en marcha suficientes estrategias que favorezcan el espíritu de lucha.

En relación a la posible influencia del estado emocional en la calidad de vida por las mujeres, no se encontraron diferencias significativas en el análisis correlacional entre las puntuaciones obtenidas en Calidad de Vida Percibida (CCV) y variables sociodemográficas, acontecimientos vitales estresantes experimentados en los últimos dos años, estadio del cáncer, antecedentes familiares con cáncer de mama y fase del proceso (antes del diagnóstico, durante el tratamiento y durante el seguimiento) en la que se encontraban las mujeres cuando se llevó a cabo la entrevista.

Una vez descartada la posible contribución de estas variables, se llevaron a cabo diferentes análisis de varianza con el fin de analizar las diferencias en Calidad de Vida entre las mujeres con distintos grados de ansiedad y depresión. Se utilizaron ANOVAs de un factor de medidas independientes (niveles de ansiedad y niveles de depresión) para las medidas independientes siguientes: Calidad de Vida Global y las subescalas de apoyo social, satisfacción

general ante la vida y bienestar físico/psíquico y ausencia de sobrecarga laboral y tiempo libre disponible.

En el caso de la variable "Depresión" se encontraron diferencias claramente significativas entre los cuatro niveles de depresión (no depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión severa) en Apoyo Social ($F_{(3,302)}=30,67$, $p<0,0000$), Satisfacción General ante la Vida ($F_{(3,302)}=35,55$, $p<0,0000$), Bienestar físico/psíquico ($F_{(3,302)}=122,56$, $p<0,0000$), ausencia de sobrecarga laboral ($F_{(3,302)}=5,09$, $p<0,002$) y Calidad de Vida Global ($F_{(3,302)}=78,68$, $p<0,0000$). Los estadísticos de contraste muestran que las mayores diferencias se dan en todos los casos entre los grupos de no depresión y depresión leve con el grupo de depresión severa.

En cuanto a la variable "Ansiedad Situacional", los resultados indicaron igualmente importantes diferencias significativas en Calidad de Vida Percibida entre los tres niveles de ansiedad evaluados (baja, media y alta). Los niveles de significación en cada una de las variables evaluadas fueron los siguientes: "Apoyo Social" ($F_{(2,303)}=9,62$, $p<0,0001$), "Satisfacción General" ante la vida ($F_{(2,303)}=26,35$, $p<0,0000$), "Bienestar Físico/Psíquico" ($F_{(2,303)}=35,07$, $p<0,0000$), "Ausencia de Sobrecarga Laboral" ($F_{(2,303)}=7,74$, $p<0,0005$) y "Calidad de Vida" global ($F_{(2,303)}=35,48$, $p<0,0000$).

DISCUSIÓN

Los datos procedentes de esta investigación van en la línea de las hipótesis que sugieren la existencia de un patrón de conducta denominado Tipo C en las mujeres que padecen cáncer de mama. Los distintos análisis realizados revelan que las mujeres de nuestra muestra tienden a puntuar bajo en la escala de neuroticismo y a indicar niveles bajos de ansiedad en las situaciones habituales de su vida no relacionadas con el cáncer. Tienden a inhibir los sentimientos de ansiedad y tristeza, mostrando en su comportamiento interpersonal una clara tendencia a racionalizar las relaciones conflictivas para evitar confrontaciones y poder mantener así relaciones armoniosas. Sin embargo, dadas las características

metodológicas de este estudio, no podemos establecer hipótesis de causalidad.

En relación a los niveles de depresión, los resultados obtenidos indican que el porcentaje de mujeres con depresión es sorprendentemente bajo puesto que sólo el 20,6% presenta depresión moderada o severa, mientras que 79,4%, aunque informa de alteraciones en el estado de ánimo, sus puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) no revelan un estado de ánimo depresivo.

Salvo la edad, que correlaciona positivamente con depresión, el resto de las variables sociodemográficas, así como el estadio del cáncer, tener antecedentes familiares y encontrarse en la fase de diagnóstico, tratamiento o seguimiento de la enfermedad no parecen tener incidencia en el ánimo depresivo mostrado por las mujeres. Son más bien variables de personalidad, relativamente estables como ser una persona ansiosa ante diferentes situaciones de la vida, tener tendencia al neuroticismo y a la introversión, inhibir las respuestas emocionales ante los acontecimientos negativos o estresantes y considerar que uno mismo puede hacer muy poco por su salud, las que predicen mayor depresión ante el cáncer.

En relación a los estilos de afrontamiento, los análisis de varianza realizados indican, que las personas sin depresión utilizan mayor número de estrategias relacionadas con el "espíritu de lucha" que las personas con depresión leve, moderada o severa. Estos datos sugieren que el uso de estrategias positivas que favorecen el espíritu de lucha puede reducir significativamente los niveles de depresión de las mujeres con trastornos neoplásicos. Igualmente ocurre con las estrategias de "negación" puesto que, las personas sin síntomas depresivos utilizaron este estilo de afrontamiento con mayor frecuencia que las mujeres con depresión. Por el contrario, las estrategias de Indefensión/desesperanza, Preocupación Ansiosa y Fatalismo/Aceptación Estoica, fueron utilizadas con mayor frecuencia por las personas con los mayores niveles de depresión (depresión severa y moderada) y en un grado significativamente menor por las personas con depresión leve o sin depresión.

Finalmente, del análisis de regresión se desprende, que del conjunto de variables de personalidad y estilos de afrontamiento evaluados, lo que mejor predice el nivel de depresión que experimentan las mujeres como consecuencia del diagnóstico o tratamiento del cáncer, es tener niveles altos de ansiedad general, afrontar la enfermedad con desesperanza e indefensión y con preocupación ansiosa y, no poner en marcha con suficiente frecuencia estrategias que favorezcan el espíritu de lucha, repercutiendo notablemente en su calidad de vida percibida.

En el caso de la ansiedad situacional, al igual que ocurrió con depresión, el porcentaje de mujeres que presentan niveles altos es reducido (17,1) si consideramos la situación de gran estrés que supone enfrentarse al diagnóstico y tratamiento del cáncer. El nivel de ansiedad no correlaciona con ninguna de las variables sociodemográficas, ni con el estadio y los antecedentes con cáncer de mama en la familia. Sólo apareció una correlación positiva con el momento de la entrevista, indicando que se dan los mayores niveles de ansiedad en los momentos previos al diagnóstico y los menores durante el periodo de seguimiento.

En cuanto a las variables de personalidad evaluadas, las mujeres que son en general ansiosas, introvertidas, tienen tendencia al neuroticismo, suelen reprimir los sentimientos de tristeza y tienen pocas expectativas sobre el control que pueden ejercer sobre su salud, tienden a presentar mayores niveles de ansiedad ante el diagnóstico o tratamiento del cáncer. Igualmente, estas mujeres tienen a afrontar la enfermedad con preocupación ansiosa, indefensión y desesperanza y con escaso espíritu de lucha, repercutiendo todo ello en una reducción considerable en su calidad de vida percibida.

De los resultados que se desprenden de esta investigación podemos sacar a modo de resumen las siguientes conclusiones:

Las mujeres con cáncer de mama evaluadas tienden a mostrar rasgos del "Patrón de Conducta Tipo C", característico, según distintos autores de las personas que padecen trastornos neoplásicos. En concreto, presentan: (a) bajos niveles de ansiedad

general y neuroticismo, (b) defensividad emocional y cierto grado de control de emociones de ansiedad y tristeza, y (c) tendencia a la armonía y a la racionalidad en el comportamiento interpersonal.

Los estilos de afrontamiento, de espíritu de lucha, indefensión, preocupación ansiosa, fatalismo y negación son utilizados por todas las mujeres en distintos momentos y con distinta frecuencia. Sin embargo, los estilos de afrontamiento negativos de "indefensión/desesperanza" y "preocupación ansiosa" son utilizados con mayor frecuencia por las personas que tienen niveles altos de ansiedad y depresión, mientras que el espíritu de lucha es la estrategia fundamental en las mujeres con niveles bajos de ansiedad.

La Calidad de Vida Percibida queda seriamente alterada cuando se tienen niveles altos de ansiedad y depresión, independientemente de la fase del proceso de intervención (diagnóstico, tratamiento o seguimiento) y del estadio en el que se encuentre la enfermedad.

Estos resultados nos llevan a sugerir la conveniencia de que las intervenciones psicológicas destinadas a promover el ajuste emocional de las mujeres que padecen esta enfermedad incluyan técnicas encaminadas a cubrir los siguientes objetivos: (a) reducir la ansiedad que puedan estar experimentando las mujeres ante las situaciones conflictivas de su vida estimulando, para ello, tanto la expresión de emociones negativas como la puesta en marcha de nuevas habilidades sociales o estrategias de resolución de problemas; (b) promover atribuciones internas de control sobre su salud y estrategias que faciliten el afrontamiento de la enfermedad con espíritu de lucha y de todos aquellos problemas personales y/o sociales derivados de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. DEROGATIS LR, ABELOFF MD, MELISARATIS N. Psychological coping and survival time in metastatic breast cancer. *J Am Med As* 1979; 242: 1504-1508.
2. BLEIKER E. *Personality Factors and Breast Cancer*. Dordrecht: ICG Printing, 1995.
3. EYSENCK HJ. Personality, stress and cancer: Prediction and prophylaxis. *Br J Med Psychol* 1988; 61: 57-75.
4. SPIELBERGER CD. *Rationality/emotional Defensiveness Scale and Need for Harmony Preliminary Manuals*. Tampa, FL: Institute for Research on Behavioral Medicine and Health Psychology, South Florida University 1988.
5. IBÁÑEZ E, ROMERO R, ANDREW Y. Personalidad Tipo C. Una revisión crítica. *Boletín de Psicología* 1992; 35: 49-79.
6. TEMOSHOK L, DREHER AW. *The Type C Connection*. N.Y.: Wiley, 1992.
7. KREITLER S, CHAITCHIK S, KREITLER H. Repressiveness: cause or result of cancer?. *Psycho-oncology* 1993; 2: 43-54.
8. BAHNSON CB, BAHNSON MB. Role of the ego defenses: denial and repression in the etiology of malignant neoplasm. *Ann NY Acad Sci* 1966; 123: 827-845.
9. LESHAN L. An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease. *Ann NY Acad Sci* 1966; 125: 780-793.
10. BLOOM BL, ASHER SJ, WHITE SW. Marital disruption as stressor: A review and analysis. *Psychol Bull* 1978; 85: 867-94.
11. PETTINGALE KW, MORRIS T, GREER S, HAYBITTLE JL. Mental attitudes to cancer: and additional prognostic factor. *Lancet* 1985; i: 750.
12. WATSON M, GREER S, YOUNG J, INAYAT Q, BURGESS C, ROBERTSON B. Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med* 1988; 18: 203-209.
13. FERRERO J, BARRETO MP, TOLEDO M. Mental Adjustment to cancer and quality of life in breast cancer patients: an exploratory study. *Psycho-oncology* 1994; 3: 223-232.
14. FOX BH. Current theory of psychogenic effects on cancer incidence and prognosis. *J Psychosoc Oncol*. 1983; 1: 17-31.
15. LEVENSON JL, BEMIS C. The role of psychosocial factors in cancer onset and progression. *Psychosomatics* 1991; 2: 124-131.
16. MURDER CL, VAN DER POMPE G, SPIEGEL D, ANTONI MH, DE VRIES MJ. Do psychosocial factors influence the course of breast cancer?. A review of recent literature, methodological problems and future directions. *Psycho-oncology* 1992, 1: 155-167.