

EL CANCER Y SU RELACION CON LA TENSION EMOCIONAL

SILVIA ORREGO SIERRA*
LIRIA PEREZ PELAEZ**

RESUMEN

Presenta algunos planteamientos teóricos que hacen referencia a la multicausalidad del cáncer, con énfasis en los aspectos psicológicos relacionados con dicha enfermedad. Las aportaciones teóricas así expresadas, recogen los avances y los resultados investigativos de numerosos autores, quienes mediante la observación del fenómeno del cáncer logran relacionarlo en su génesis con situaciones tales como: estructura de personalidad, pérdidas afectivas y tensión emocional.

Dado que en nuestro medio los trabajos de investigación en este sentido, se han realizado en pacientes con cáncer de mama, las autoras del artículo han identificado la necesidad de investigar qué ocurre con los diferentes tipos de cáncer en relación con la tensión emocional. Por ello, como un primer avance de esta investigación, titulada "Relación entre situaciones emocionales traumáticas y la aparición del cáncer en pacientes adultos", se presenta el marco teórico que la sustenta.

* Enfermera, Especialista en Salud Mental y Psiquiatría. Profesora Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia.

** Enfermera, Magister en Orientación y Consejería. Profesora Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia.

INTRODUCCION

Como se ha demostrado ampliamente a través de investigaciones, el cáncer es una enfermedad causada por múltiples factores. A pesar de los avances tecnológicos y científicos en la medicina, no ha habido una disminución de las muertes por cáncer en los últimos cinco años.

En Colombia la mortalidad por enfermedad maligna ocupa uno de los primeros lugares con tasas 12.41% en la población adulta, situación que afecta todos los grupos etáreos pero preferentemente los grupos de 15 a 44 años y los mayores de 45 años, población que agrupa buen número de los Colombianos en edad productiva. Si a lo anterior se suma el gasto en salud que representa la atención a dichas personas, se puede concluir que la enfermedad maligna conlleva un alto costo no sólo en vidas humanas sino económico para la salud del país y del mundo.

El interés por determinar si existe algún tipo de relación entre los aspectos psicológicos y la enfermedad maligna ha existido entre los investigadores desde hace siglos, remontándose al siglo II con Galeano de Pérgamo.

En los últimos 30 años, se han hecho un sinnúmero de estudios sobre este aspecto y algunos investigadores como Brainsky (1980), Morris (1981) y Jansen (1984), han encontrado cierta relación entre

cáncer de mama y factores psicológicos, planteados en términos de concomitancia y no necesariamente como relación causa-efecto.

El identificar la naturaleza de la relación existente entre la tensión emocional y la aparición del cáncer, puede servir de base para el establecimiento de programas orientados a la intervención oportuna y apropiada en los estados de ansiedad, lo cual posiblemente redundará en una prevención del cáncer al disminuir los factores de riesgo asociados a dicha patología, como ocurre con el cáncer de mama según lo señalan resultados de investigaciones. Este aspecto reviste especial interés para la profesión de enfermería, que mediante la aplicación de la teoría de intervención en crisis en personas que han sufrido pérdidas significativas, puede ayudar a disminuir el impacto del estado emocional agudo, factor que parece actuar como precipitante de la enfermedad maligna.

Este artículo presenta la revisión bibliográfica que sirve de marco teórico para una investigación en proceso que tiene como objetivo determinar la relación existente entre las situaciones emocionales traumáticas y la aparición del cáncer, cuyos resultados serán publicados en número posterior de esta revista.

ASPECTOS PSICOLOGICOS Y CANCER. APORTACIONES TEORICAS.

Desde el siglo II, Galeano de Pérgamo observó que en la mujer

melancólica era más frecuente el cáncer que en aquellas con temperamento sanguíneo. En 1759, Sir Richard Guy, anotaba que el cáncer se encontraba más frecuentemente en sujetos con quejas "histéricas y nerviosas", particularmente en aquellas que sufrían melancolía. Observaciones similares fueron descritas por Paget en 1870 y Willard Parker en 1885.

Estudios sobre este aspecto se han desarrollado a nivel mundial a partir de 1926, y a medida que se ha profundizado el tema, se han hecho algunas precisiones y se ha considerado que si bien existen numerosos cancerígenos la célula debe estar receptiva.

Los trabajos de investigación en esta línea se han desarrollado con mayor énfasis en pacientes con cáncer de mama. Es así como Morris, y Cols (1981) describen asociación entre el diagnóstico de cáncer de mama y una aparente tendencia a suprimir la ira, particularmente entre pacientes jóvenes; Jansen y Larry (1984) comparan mujeres con enfermedad fibroquística y mujeres sanas con mujeres con cáncer de seno, encontrando que estas últimas eran más deprimidas, menos agresivas y menos expresivas que las de los otros grupos.

La depresión con frecuencia asociada a la pérdida de seres significativos ha sido reportada por mujeres con cáncer de mama.

En otro estudio sobre cáncer de mama, Renneker (1963), se notaron las siguientes características: estructura masoquista, inhibición sexual y maternal, fachada de complacencia que cubre una incapacidad para manejar apropiadamente la hostilidad y la agresividad, conflictos no resueltos con la madre que son manejados con agresividad y hostilidad. También se encontró que con frecuencia antes del diagnóstico de cáncer, la persona tenía depresión crónica con sentimientos vagos de ansiedad y culpa, fuerte autocrítica y recriminación personal.

En nuestro país, Brainsky y Cols (1977), plantean que en el desarrollo sintomático del cáncer de seno intervienen factores psicológicos planteados en términos de concomitancia y no en una relación causa-efecto.

Los avances y las investigaciones en el campo de la biología del cáncer indican que existen factores genéticos, inmunológicos, hormonales y virales que favorecen el potencial de su desarrollo, y que compromete todo el organismo.

Actualmente se estudia el impacto de complejos factores inmunológicos. Gracias a estos estudios se tiene una mayor comprensión del papel del sistema autoinmune en la vigilancia de la célula neoplásica mutante que el sistema rechaza como cuerpo extraño. La interrupción hormonal afecta los niveles hormonales y aumenta los niveles de corticoesteroides, reduciendo así

posiblemente la eficacia de las defensas del sistema autoinmune. Por este motivo, la disminución de las defensas psicológicas se ha relacionado con el origen y acelerado desarrollo de las enfermedades autoinmunes y el cáncer. (Amkraut y Solomon, 1974 y Assam, 1985).

El estrés es un factor primordial en el desarrollo de la enfermedad, los agentes estresantes dan lugar a respuestas fisiológicas del sistema nervioso autónomo, el sistema endocrino, el hipotálamo y la corteza cerebral, que a su vez influyen sobre otros sistemas y órganos del cuerpo. No hay una única relación de causa-efecto en el desarrollo de la enfermedad, sino que es la compleja interrelación de múltiples factores la que determina si el sujeto sucumbirá al estrés y desarrollará un proceso disfuncional y, de qué forma el organismo manifestará su incapacidad para enfrentarse a él (Haber, J. 1985).

En su experiencia de trabajo sobre las reacciones de dolor, Lindeman (citado por Aguilera), concluye que sería beneficioso para la investigación y útil para el desarrollo de los esfuerzos preventivos, si se construyera un marco teórico-conceptual en torno a las crisis emocionales. Ciertos acontecimientos inevitables en el ciclo vital de cada individuo, pueden ser descritos como situaciones peligrosas, por ejemplo, el luto, el nacimiento de un niño, la pérdida del empleo; postuló que en cada una de estas situaciones emocionales se generaba y

experimentaba tensión, y se presentaba una serie de mecanismos adaptativos que llevarían o bien al manejo exitoso de la nueva situación, o al fracaso con un deterioro más o menos duradero para continuar funcionando. A pesar de que estas situaciones producen tensión en todas las personas que tienen que afrontarlas, solamente se convierten en crisis en aquellas que debido a su personalidad, a la experiencia previa o a otros factores de la situación presente, son especialmente vulnerables a esta tensión y de cuyos recursos emocionales se abusa más allá de lo ordinario.

En el documento *Intervención en Crisis de Familia* (Abarca, 1981), se presenta la escala de Holmes y Rahe, en la cual se cuantifica numéricamente el impacto que producen en el individuo los eventos de la vida y que permite determinar la magnitud de la crisis.

Los eventos son ordenados en forma descendente según su importancia como factor de riesgo en la producción de crisis emocional. El evento considerado como más nocivo potencialmente, es la muerte del cónyuge con un puntaje de 100, le siguen el divorcio con 73, la separación marital con 65, prisión con 63, muerte de un familiar con 63, daño personal o enfermedad con 53, y así sucesivamente hasta incluir un total de 39 eventos.

Según la escala, el acúmulo de eventos hace mayor el riesgo de crisis, y cuando esta ocurre es

mucho más grave. Sin embargo, aunque la sumatoria de eventos emocionales que pueden producir crisis hacen más vulnerable la personalidad del sujeto en riesgo, vale la pena tener en cuenta los demás factores que intervienen en la producción de la crisis, como son: la percepción del acontecimiento, los apoyos situacionales y los mecanismos de enfrentamiento.

El manejo inadecuado de la situación de crisis por falta de intervención o intervención inapropiada, puede traer como consecuencia un trastorno de ansiedad. Existen diferentes formas de manifestación de la ansiedad: crónica, aguda y pánico.

La ansiedad crónica se caracteriza por períodos prolongados de tensiones y temores, relativamente intensos y ampliamente generalizados. Los patrones de enfrentamiento son poco adecuados, se encuentran siempre a la expectativa, incapaces de relajarse, irritables, propensos a sufrir pesadillas e insomnio, fatigas injustificadas, molestias físicas. El individuo que padece ansiedad crónica mantiene estimulada la fisiología, lo cual puede producir cambios estructurales a nivel de uno o varios sistemas (Rodríguez y Orrego, 1983).

En el trabajo investigativo de Correa, titulado "Una dinámica de pérdidas en la historia vital del enfermo con cáncer" (1980), se postula que la pérdida ocurrida en el período prodrómico de cáncer po-

dría potenciar su curso clínico, a través de constituirse en un importante factor de estrés, por la relación vivencial con pérdidas tempranas y/o con una historia trágica de pérdidas.

Con respecto a las pérdidas prodrómicas, el ítem con mayor incidencia fue la muerte de padres o sustitutos. En mujeres, el ítem con mayor puntaje fue la pérdida de los padres, mientras que en los hombres fue la cesación laboral. La muerte y separación de la pareja tuvo también alta incidencia en el grupo de mujeres.

Muchos investigadores han estudiado el proceso multifactorial del cáncer y han encontrado una relación entre diferentes formas de cáncer y la pérdida de objeto.

La tensión emocional ha sido intensamente estudiada pero pobremente definida. En un artículo Burchfield, considera como tensión cualquier cosa que produzca una alteración en el proceso homeostático, sin embargo, si consideramos que la fisiología del organismo cambia constantemente y de diferentes maneras la definición de Burchfield no es muy exacta.

Vale la pena resaltar que se han formulado muchas teorías acerca de la tensión emocional y casi todas han sido enfocadas hacia la influencia que sobre el aspecto fisiológico tienen los cambios psicológicos y cómo influyen las tensiones agudas y crónicas.

La reacción emocional a la pérdida se conoce el proceso de duelo y generalmente sigue un curso predecible. No obstante, en algunas circunstancias los patrones patológicos de duelo pueden causar efectos profundamente negativos en la salud física y emocional de la persona.

La muerte se considera el prototipo de la pérdida, pero todos los tipos de pérdida, como la pérdida de la salud, funciones corporales y potencial de ingresos, conlleva un duelo que puede ser más o menos intenso.

El proceso de duelo tiene una función adaptativa y de restitución y durante este periodo la persona busca reorganizar su mundo. Esta reorganización es psicológica y emocional, y requiere la aceptación de la realidad. Durante el proceso de duelo la persona experimenta sentimientos de desesperanza, impotencia, protesta, ira y tristeza, todo lo cual es doloroso para la persona y por lo tanto con mucha frecuencia las huellas no sólo son a nivel afectivo sino a nivel fisiológico.

Parker y Brown (citados por Brown y Stoudemire 1983) encontraron en su investigación que el grupo en duelo había experimentado más días de hospitalización por enfermedad, mayor uso de alcohol, cigarrillo y tranquilizantes que el grupo que no estaba en proceso de duelo.

Se encontró también que en algunas personas la mortalidad aumen-

taba en los seis meses siguientes a la pérdida y Lindemann agregó que los individuos con una personalidad obsesiva, con dificultad para expresar sus emociones tenían mayor predisposición a presentar dificultades en las etapas siguientes a la pérdida.

Autores como Le Shan y Wortington (citado por Díaz Granados, 1983) encontraron en algunos estudios psicoterapéuticos una clínica típica y a través de la evolución de los pacientes han observado que puede existir un periodo de 6 meses a 8 años entre el evento psíquico traumático y la aparición del cáncer.

Más recientemente, varios autores han realizado trabajos en los cuales han tratado de estudiar y comprender cómo influyen algunas características psicológicas de los individuos en la aparición del cáncer.

Le Shan (citado por Daltore, 1980) revisó datos de observación estadística y de experimentación que apoyan la hipótesis de la predisposición psicológica hacia el cáncer.

El mismo autor cita una serie de informes donde consistentemente se ha encontrado una asociación entre los traumas severos emocionales y el subsecuente desarrollo de un cáncer.

Así mismo señala que la aparición del cáncer puede obedecer a la pérdida de un objeto significativo, un ser amado, una carrera y la propia estima. Las observaciones realiza-

das parecen indicar que son propensos al desarrollo de un cáncer aquellos individuos con tendencia a la depresión y a la desesperanza.

Una investigación realizada por Duzynsky (1981) en la cual encontraron la muerte de uno de los padres, el divorcio, muerte de hermanos y, ser el menor de los hermanos por menos de dos años, como eventos que pueden estar ligados con la aparición del cáncer. Los hallazgos de este estudio no mostraron evidencia directa que ligue el cáncer a un evento traumático en la niñez; sin embargo, estos resultados no tan evidentes contrastan con informes de estudios similares donde los hallazgos han mostrado una relación positiva entre el evento traumático y la aparición del cáncer.

Es importante tener en cuenta que la cantidad de trauma experimentado en la niñez es difícil de medir, no obstante dentro de las experiencias de la niñez, universalmente se acepta que algunos eventos pueden ser altamente traumáticos y entre ellos se consideran la muerte, y la pérdida de padres y hermanos.

Algunos autores como Reznikoff y Le Shan (citados por Duzynski, 1981) han propuesto que el nacimiento de un hermano con la consecuente pérdida de la atención de los padres, puede ser traumático para el niño mayor, trauma que según los autores es más severo cuando ocurre en una etapa más temprana.

En la práctica profesional y en las discusiones sostenidas con los profesionales que atienden a los pacientes con cáncer, se ha podido constatar cómo muchos pacientes manifiestan haber tenido algunos de los eventos mencionados y con frecuencia dicen haber experimentado una pérdida significativa.

Con el análisis de las causas de enfermedades específicas, Freedman y Cols en el libro Compendio de Psiquiatría, citan a Bahnson y Bahnson quienes señalan un tipo de personalidad con propensión al cáncer. Describen los pacientes con cáncer como personas que utilizan la proyección como defensa, con menos frecuencia que otras. En vez de esto, la persona con tendencia al cáncer tiende a reprimir y negar el estrés emocional. Booth encontró que los pacientes con cáncer eran personas a las cuales les causaba gran perturbación superar las depresiones consecutivas a pérdidas personales. Sugirió que las depresiones podrían somatizarse en forma de neoplasia.

Cada individuo dependiendo de su personalidad básica tiene una manera de enfrentar la realidad. Vaillant citado por Burchfield (1979), hizo un estudio prospectivo donde observó la diferencia entre negación y supresión y encontró, que los hombres psicológicamente sanos con frecuencia emplean la supresión pero no la negación.

En este estudio prospectivo a 30 años, con estudiantes del segundo

año en Harvard se obtuvieron resultados importantes. Se encontró por ejemplo, que los hombres sanos empleaban principalmente la anticipación, el humor, la supresión, la racionalización y altruismo, y aquellos con personalidad poco sana, utilizaban la proyección, fantasía, ideas obsesivas y disociación.

Estos resultados son similares a los hallados en otros estudios, entre ellos el de Hamburg y Adams.

Algunos factores de personalidad se han asociado a la patogénesis del cáncer, tanto clínica como experimentalmente. Estas personas se han descrito como desinteresadas, no exigentes, fáciles de contentar, no agresivas, autosacrificadas y desprendidas.

Numerosos cambios de la vida, unidos a sentimientos de desamparo y desesperanza se ha asociado al período inmediato precanceroso. (Meissener, 1974).

Blomke y Cols, en uno de sus estudios, describen al paciente con cáncer de pulmón, como un individuo con un estilo de vida rígido

y conformista, muestra signos de sumisión y una gran dependencia de otras personas; patrón de personalidad confirmado en numerosos estudios prospectivos.

Algunos teóricos han discutido el papel de los mecanismos de defensa del ego, que se ha enfocado a la protección de las estructuras de la personalidad y por lo tanto, parece que la aparición de la enfermedad maligna está asociada, según Kissen (1963) al uso excesivo de mecanismos de represión y negación; por otra parte Bahnsen (1964) lo atribuye primordialmente a un factor afectivo. Estas posiciones teóricas han sido aceptadas en algunos estudios y rechazadas en otros.

Esta compleja interrelación entre los factores emocionales y la concomitancia con la aparición del cáncer, fundamenta y motiva el estudio sobre cuáles son y cómo pueden haber influido estos factores, en los pacientes con cáncer que reciben tratamiento en la Unidad de Radioterapia del Hospital Universitario San Vicente de Paul en Medellín.

BIBLIOGRAFIA CITADA

1. ABARCA, María Cecilia. "Intervención en crisis de familia". Mimeografiado Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, Bogotá, 1981.
2. AGUILERA y Messik. Control de los conflictos emocionales. México: Interamericana, 1976.

3. AMKRAUT A. y J. SOLOMON. "From the symbolic stimuli to the Pathophysiologic response Immune mechanism". *International Journal of Psychiatry in medicine*. Vol. 5 No. 1, 1974 - p. 541 - 563.
4. ASSAM, N. "Depresión de las defensas inmunitarias en la fase de duelo". *La presse medicale*. 7(10) 1975 - p. 299.
5. BLOHMKE, M., B. VON ENGELHARDT y O. STELZER. "Psychosocial factors and smoking as risk factors in Lung carcinoma". *Journal of psychosomatic research*. Vol. 28 No. 3, 1974 - p. 221 - 229.
6. BRAINSKY, S. LEVER S., D. TURGEMAN, J. ARTEAGA, JARAMILLO. "Estudio Médico Psicológico de un patrón vital asociado a la aparición de cáncer de seno". *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. IX (2), 1980 p. 149 - 175.
7. BROWN, J. T. y A. STOUDEMIRE. "Normal and Patological grief". *JAMA*. Vol. 250 (3), 1983 p. 378 - 382.
8. BURCHFIELD, S.R. "The stress Response". *Psychosomatic Medicine*. Vol. 41 (8) Dic. 1979 - p. 661 - 669.
9. CORREA, J. E. "Una dinámica de pérdidas en la historia vital del enfermo con cáncer". *Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina*. 1980, p. 228 - 241.
10. DALTORE, P. J., SHONTZ, F.C., COYNE, L. "Premorbid personality Differentiation of cancer and non - cancer groups: A test of the Hypothesis of cancer". *Journal of consulting and clinical Psychology*. Vol. 48 (3), 1980 p. 388 - 394.
11. DIAZ - GRANADOS, M.D. "Psiquiatría de enlace en Cancerología". *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol. 12 (1) marzo 1983 - p. 23 - 36.
12. DUZYNSKY, K. R., WITCOMBE - SHAFFER, J. BEDELL, T.C., "Neoplasm and traumatic Events of childhood". *Archives of general psychiatry*. Vol. 28 (30) march, 1981 p. 327 - 331.
13. HABER, J. *Psiquiatría: Texto básico*. Barcelona, ediciones Salvat, 1983.
14. JANSEN, M.A. y L. R. MUENZ. "A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer". *Journal of psychosomatic research*. Vol. 28 (1) 1984 p. 35 - 42.
15. MEISSNER, W. "Family process and psychosomatic disease". *International journal of Psychiatry in medicine*. Vol. 5 (4), 1974 p. 411 - 430.
16. MORRIS, T. GREER, S., PTTINGALE, K. W., WATSON, M. "Patterns of expression of Anger and Their Psychological correlates in Women Breast cancer". *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 25 (2), 1981 p. 111 - 117.

17. RENNEKER, R. E., y Cols. "Psychoanalytical explorations of emocional correlates of cancer of the Breast". Psychosomatic medicine. Vol. XXV (2) marzo-abril, 1963 p. 106 - 123.
18. RODRIGUEZ R. E., y ORREGO S. "Intervención en casos de ansiedad y angustia". Avances en Enfermería. vol 2 (1) enero - abril 1983. p. 81 - 98.