

FACTORES PSICOSOCIALES
EN CANCER CERVICAL

FRANCISCO MONEGRO P.
DILENIA A. CORREA G.*

Cáncer de Cuello Uterino: Consideraciones Generales

El cáncer es un gran grupo de enfermedades caracterizadas por un crecimiento descontrolado y amplitud anormal de células. Si dicha amplitud no es controlada o frenada, el resultado es la muerte, sin embargo, muchos cánceres pueden ser curados si son detectados y tratados tempranamente.

Según la American Cancer Society, en América aproximadamente 76 millones de personas están expuestas a padecer de cáncer para los próximos años. En 1985 más de 870,000 personas fueron diagnosticadas con cáncer. Aproximadamente 45,000 personas mueren cada año a consecuencia de cáncer; esto es un promedio aproximado de 1,230 personas diarias. Estas cifras cada vez son más dramáticas (ACS, 1985).

En cuanto al cáncer uterino, según el National Cancer Institute, en 1984 hubo 55 mil nuevos casos en los E.U.A., que incluyeron 16 mil casos de cervix y 39 mil casos de endometrio o cuerpo uterino. En los Estados Unidos el cáncer de cuello uterino ha disminuido a través de los años, aunque los demás grupos de cánceres han experimentado aumento.

* Universidad Autónoma de Santo Domingo. Instituto Tecnológico de Santo Domingo.

En la República Dominicana el cáncer de cuello uterino, ocupa el puesto más alto entre los diferentes tipos de cánceres. En 1984-1985 en el Distrito Nacional, República Dominicana, se registraron aproximadamente unos 387 casos nuevos de cáncer de cuello uterino (Archivo del Instituto Oncológico Dr. Heriberto Pieter). Según el National Cancer Institute, el cáncer cervical es más común en los países y grupos de bajos niveles socio-económico (NCI, 1984).

En 1984 en los Estados Unidos se estimó que 6,800 muertes se debieron a cáncer cervical; cifras mucho mayores que la causada por cáncer endometrial (NCI, 1984). No obstante, con el advenimiento del Test de Padilla y exámenes regulares, el cáncer de cervix puede ser detectado tempranamente.

En el cervix se pueden encontrar frecuentemente dos tipos de carcinomas:

1. El carcinoma epidermoides del cervix y
2. El adenocarcinoma de cervix.

La distribución de edad del carcinoma cervical es similar tanto en Europa como en América. El promedio de edad es de 46 años. Este promedio es mucho más bajo que en otras muchas clases de carcinoma.

Raramente aparece la enfermedad por debajo de los 25 años. Igualmente, es raro encontrarlo después de los 65 años, pero la curva de mortalidad se eleva a medida que se avanza en edad (Willis, 1983).

El promedio de supervivencia es de 5 años. El porcentaje de supervivencia es menor a medida que se avanza del "estadio" I al IV (Basega, 1971; Frederick, 1977). El promedio de supervivencia en casos no tratados es de alrededor de 21 meses. Con una detección temprana y sin embarazo, la supervivencia es mayor (NCI, 1971).

Se ha encontrado que el carcinoma de cervix es menos frecuente en mujeres solteras y nulíparas que en mujeres con paridad. En muchos estudios reportados por la American Association for Cancer Research (1982-1985) se ha encontrado que sólo aproximadamente un 9% de los casos de carcinoma cervical correspondieron a mujeres nulíparas. Por otra parte la incidencia de carcinoma cervical es mayor en mujeres con alta paridad que en aquellas que tienen pocos hijos.

La historia menstrual previa de las pacientes no ha mostrado diferencias significativas entre mujeres con cáncer y sin cáncer cervical. Sin embargo, algunos autores consideran como señales de

advertencia de posible cáncer uterino o cervical el sangrado o descarga inusual intermenstrual o post-menopáusica.

Por otra parte, se han estudiado otros factores que podrían constituir riesgos de cáncer cervical. Entre estos factores se encuentran: el tiempo de casada, la edad de la madre al momento de tener su primer hijo, el uso de contraceptivos, la historia de enfermedades venéreas, la edad de presentación del estado menopáusico, la presencia o no de anticuerpos para el virus tipo 2 del Herpes Simple (Alderson, 1982; Celetano, et al., 1985), historia de múltiples compañeros sexuales y temprana edad en las primeras relaciones sexuales.

El carcinoma epidermoides de cervix se levanta directamente del epitelio estratificado de la porción externa o vaginal. Ocasionalmente el origen puede estar en el epitelio estratificado metaplásico formado en el canal cervical o en las glándulas en un pólipodocervical.

En el epitelio cervical ocurren muchos cambios anormales en cambios hiperplásicos y metaplásicos acompañados de cervicitis, erosión, poli y leucoplasia. Se ha sugerido que los desgarros, erosiones y cervicitis constituyen factores predisponentes. Es probable que la elevada paridad pueda provocar traumas o inflamaciones crónicas.

Se ha comprobado que el factor hormonal (como el uso prolongado de estrógenos), a nivel experimental, en ratas, está asociado con la ocurrencia de carcinoma de cervix (Robbin, 1975; Willis, 1983).

El carcinoma cervical puede aparecer como un crecimiento de proyección papilar o como una infiltración debajo del tejido con superficie aparentemente ulcerada o como una combinación de ambas.

Microscópicamente se observan diferentes grados de queratinización, con células agrupadas en diferentes formas y tamaños. La cornificación en la forma de los nidos de células bien definidas es menos frecuente que en los carcinomas epidermoides orales. Los grupos de células son, a menudo, largos y triangulares, lentiformes o irregulares en los contornos.

La estructura peculiar de las células individuales es a menudo de muy diversas formas en un tumor. Es común encontrar células multinucleadas y de núcleos gigantes con formas bizarras.

El carcinoma epidermoides da metástasis por la vía linfático-nodal a las glándulas lumbaras, inguinales, torácicas y cervicales; por el torrente sanguíneo da metástasis a hígado y pulmones; además, da metástasis a los ovarios, trompas y vagina (Willis, 1983).

El tratamiento regularmente utilizado es la cirugía y radiación o combinación de ambas. Además puede ser tratada con crioterapia y electrocoagulación (NIC, 1984).

Aspectos Psicosociales del Cáncer

Gran parte de las muertes en los Estados Unidos están asociadas con el estilo de vida y conducta no saludables, los que aumentan la morbi-mortalidad. La solución de estos problemas de salud están más bien en la prevención que en el tratamiento (Richmond, 1979; Center for Disease Control, 1979).

El gasto por servicio de salud en los Estados Unidos excede el 10% de la producción nacional bruta anual. Actualmente el servicio de salud cuesta por encima de 200 billones de dólares anualmente.

Esta alarmante situación ha preocupado a gran parte de los científicos, los cuales han ido tomando conciencia del significado de la conducta humana en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los principales problemas de salud física (Engel, 1977).

Los intentos de soluciones no se han hecho esperar. En 1975, el National Cancer Institute convocó una conferencia para discutir los aspectos conductuales del cáncer. A dicha conferencia asistieron un grupo multidisciplinario de científicos, quienes hicieron intentos para formular modelos de programas desde una perspectiva bioconductual, pues entendieron que la conducta humana podía jugar un papel importante en los problemas de salud (Levy, 1982). En 1977 surgió un nuevo campo de investigación, prevención y tratamiento de los problemas de salud que se conoce hoy como "Medicina Conductual". La medicina conductual es un enfoque interdisciplinario e interactivo que permite la comprensión y control de la salud y la enfermedad, y en los que factores biológicos se combinan con factores psicológicos y sociales. Las Ciencias de la Conducta y las Ciencias Biomédicas se reúnen en la Medicina Conductual aplicando sus conocimientos y técnicas para dar solución a muchos problemas de salud y enfermedad (Monegro, 1984).

Por otro lado, algunos autores han creado un sub-campo que combina aspectos de psicología clínica y social al que han llamado "Salud Conductual" (Rogers, 1983). Entienden que lo más importante asociado con la morbilidad y mortalidad son los estilos de vida no saludables y patrones de comportamiento que desencadenan situaciones de enfermedad. Además estos autores consideran que la resolución de los grandes problemas no vendrá directamente del tratamiento de la enfermedad sino de la prevención y promoción de la salud.

La primera revolución en el campo de la salud fue la lucha contra las enfermedades infecciosas y hoy la gran guerra será el desarrollo de esfuerzos para prevenir la enfermedad y promover la salud (Rogers, 1983). Por tanto, el principal énfasis hoy no está centrado en el tratamiento biológico sino en el comportamiento humano que permita la prevención de la enfermedad.

Matarrazo (1982) ha diferenciado el concepto de "Salud Conductual" de una gran variedad de conceptos semejantes tales como "Medicina Conductual" y "Psicología de la Salud". La "Salud Conductual" enfoca la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en personas sanas. Este concepto es parecido al de salud pública "Conducta de Salud Preventiva". Estos conceptos enfocan el tratamiento conjuntamente con la prevención.

La prevención se refiere a cualquiera intervención que ocurra anterior a la enfermedad para evitar consecuencias mayores.

La "Psicología de la Salud Preventiva" o "Salud conductual" como sub-campo tiene hoy un desafío similar al que enfrentó la psicología durante la Primera Guerra Mundial.

Sin embargo, no sabemos lo suficiente acerca de esta nueva área que combina la psicología clínica y social con el modelo médico. Por tanto, se necesitarán muchas investigaciones para poder descubrir cómo influir en la gente para que se interese por un más alto nivel de salud (Rogers, 1983).

Dentro de este contexto de "Medicina Conductual" y "Salud Conductual" o "Psicología de la Salud", se les ha dado gran importancia a las variables conductuales, sociales y culturales, como factores o variables independientes que contribuyen al cáncer como proceso de la enfermedad. Esta contribución a la explicación de las neoplasias se ha extendido a lo largo de toda gama de control del cáncer desde el inicio de la enfermedad hasta su término.

En términos de inicio de las neoplasias, como elemento básico para la prevención primaria, se encuentran las variables conductuales y sociales que contribuyen directa o indirectamente al riesgo del cáncer. Como ejemplo de lo anterior, está la variable "Conductual" (Respuesta) que altera indirectamente el organismo para que éste suministre el terreno biológico para el inicio de la enfermedad.

Quizás éste sea uno de los aspectos más importantes, en razón de que existe mucho menos controversia acerca del papel conductual, que el que juegan ciertas variables tanto como causas directas del cáncer que como un proceso de la enfermedad. Los factores relacionados con el estilo de vida que colocan a los individuos

en riesgos, en conjunción tal vez con la exposición a agentes carcinogénicos en ambiente de trabajo sucio, constituyen importantes áreas para investigación de la prevención primaria.

En relación con la progresión y curso del cáncer en términos de la prevención secundaria y terciaria de la morbilidad y mortalidad, de nuevo las variables conductuales sociales y culturales juegan un papel importante tanto directa como indirectamente. De hecho la evidencia es más sugestiva que emocional y las variables de respuestas conductuales tienen un papel directo en la progresión de la enfermedad a través de la vía neuroendócrina (Levy, 1982).

Desde el punto de vista psico-social se han estudiado una serie de aspectos tales como el cáncer y supervivencia, la depresión y el crecimiento de los tumores cancerosos, factores psicológicos y modulaciones inmunológicas, conducta sexual, ansiedad, problemas del sueño, etc.

Se ha encontrado en estudios recientes tanto en animales como en humanos que la supervivencia de los pacientes con cáncer no está determinada sólo por el tumor biológico sino también por respuestas conductuales y psicológicas del organismo a la enfermedad. Especialmente los sentimientos de depresión y desesperanza aparecen asociados o correlacionados con un más corto período de supervivencia y los sentimientos de exaltación y expresiones de ajuste aparecen asociados con más largos períodos de supervivencia (Levy, 1984).

Además se han encontrado correlaciones que indican una asociación entre las respuestas emocionales y el crecimiento de tumores cancerosos. En estudios retrospectivos, algunos investigadores encontraron que pacientes con cáncer y pronóstico malo habían presentado depresión más significativa que los pacientes que tenían mejor pronóstico (De la Peña, 1982).

Los investigadores examinaron muchas variables que podían estar asociadas con la supervivencia, tales como edad, estado menopáusico, estado clínico (amplitud del tumor) y respuesta psicológica. Encontraron, durante los 8 años que duró el estudio, que solamente el grado del tumor y la respuesta psicológica estuvieron relacionados con la supervivencia. En términos de respuesta psicológica, los pacientes que expresaron un espíritu combativo de su enfermedad vivieron más tiempo que aquellos pacientes que respondieron a su enfermedad con desesperanza o estoicismo. Estas respuestas fueron más predictivas de supervivencia que el estado de la enfermedad en el tratamiento primario (Greer 1979; Morrison 1981). Ciertamente estos hallazgos son preliminares y correlacionales. Su aspecto más interesante, en este estado, es el hecho

de que los hallazgos psicológicos son consistentes con otros estudios que han encontrado más larga supervivencia asociada con quejas psiquiátricas, y la más corta supervivencia ha estado asociada con respuestas que pueden ser caracterizadas como de suaves en la expresión del **stress** (Levy, 1984).

Por tanto, existen muchas investigaciones que consideran que la ansiedad y la depresión son los síntomas más comunes durante el curso del cáncer (Pfefferbaum, 1984).

Otro aspecto estudiado es la conducta sexual como secuela del cáncer ginecológico. Esta conducta constituye un problema en muchas de las mujeres que han sido intervenidas quirúrgicamente o están siendo tratadas con terapias radioactivas, pues son más jóvenes de lo que generalmente se considera; éstas se encuentran en sus 15 ó 40 años. Muchas de estas mujeres expresan preocupación por el impacto del tratamiento del cáncer, sus relaciones y sexualidad, ya sean casadas, solteras, divorciadas o viudas, heterosexuales y homosexuales. Sin embargo, ha ido creciendo la necesidad de atención para la rehabilitación psico-sexual después del tratamiento de cáncer ginecológico. Se ha proporcionado ayuda acerca de temores y dificultades sobre sí mismas y expresiones sexuales después del tratamiento de cáncer. Por tanto, se han desarrollado programas de rehabilitación sexual basados en trabajos de Master y Johnson, y Kaplan (Anchincloss, 1984).

Otra conducta estudiada ha sido el sueño y sus problemas relacionados. En una investigación reportada por Silberfarb (1985) se señala que el insomnio estuvo positivamente correlacionado con síntomas de ansiedad y depresión pero no con dolor en pacientes con cáncer. Sin embargo, otros autores midieron la ansiedad y la depresión en un grupo de pacientes hospitalizados con enfermedad benigna, y los resultados indicaron que los pacientes oncológicos expresaron significativamente más alto niveles de depresión y ansiedad cuando fueron comparados con los grupos controles. Sin embargo, los resultados en relación con el sueño fueron similares para ambos grupos (Silberfarb, 1984).

Muchos oncologistas (Meares, 1981; Meleka, 1983) han encontrado que el insomnio es un problema común en pacientes cancerosos. Un estudio intensivo que involucró 1,579 pacientes cancerosos reportó que los hipnóticos fueron las medicinas más usadas, a las cuales correspondió el 48% del total de los medicamentos psicotrópicos recetados. Este uso es mucho más alto que el que se esperaría en la población general. Por ejemplo, en EE.UU. aproximadamente 4% de la población adulta usa hipnóticos por lo menos un año. El insomnio es un problema que aparece en un alto porcentaje en pacientes cancerosos tanto hospitalizados como ambulatorios que reciben quimioterapia o radioterapia.

Sin embargo, han existido dificultades metodológicas para determinar si el insomnio en pacientes con cáncer es independiente de los problemas psicológicos asociados con la enfermedad. Por ejemplo, el insomnio de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva no es secundario al miedo de morir sino que es causado por falta de oxígeno. Por tanto, antes de atribuir la frecuente ocurrencia de insomnio en pacientes con cáncer a otro problema psicológico o físico se necesita estudiar a los pacientes en escenarios controlados (laboratorio de sueño) para medir tantas variables como sea posible (Lickiss, 1980; Silberfarb, 1984).

Finalmente, existe hoy la necesidad de desarrollar investigaciones y técnicas basadas en datos controlados y no anecdóticos para pacientes cancerosos. Se requiere ensayos controlados de drogas psicotrópicas (antidepresivos, ansiolíticos, tranquilizantes mayores, antiheméticos y analgésicos, etc.), técnicas conductuales como relajación, sugestión e hipnosis, modificación de la conducta, biofeed-back y de técnicas psicológicas, ya sean individuales o grupales. Con el uso de estas técnicas se ha logrado efectividad en muchas intervenciones para controlar problemas asociados con el cáncer, tales como depresión, ansiedad, delirio, dolor, náusea, vómitos, insomnio, anorexia, disfunción sexual, etc. En este sentido actualmente se desarrolla un nuevo sub-campo, dentro de las áreas que se mencionaron al inicio de este trabajo: la "psico-oncología". Esta nueva especialidad dentro de la "Medicina Conductual" tendrá que abocarse a estudiar con mayor profundidad los problemas relacionados con el cáncer, muchos de los cuales no han sido claramente explicados. Además, tendrá que comprometerse con desarrollo de terapias integrales para el tratamiento del cáncer (Holland, 1984; Lerner y Remen, 1985).

BIBLIOGRAFIA

- Alderson, M.R. "Nutrition and cancer: evidence from epidemiology", **Proc. Nutri. Soc.**, (40): 1-6, 1981.
- Alderson, Michel. **The Prevention of Cancer**. London: Edward Arnold, 1982.
- Andersen, et al. "Women with cancer: psychologic and Immunologic Perspectives", **Soc. of Behavioral Medicine**, 1984.
- American Cancer Society. "Research and professional education, needs and directions for the 1980's. **Proceedings of the working conference on the psychological, social and behavioral medicine aspects of cancer**. Hagerstown, MD.: ACS, 1982.
- , **Cancer**, Special Issue, 1985.

- Auchincloss, S. "Gynecological Cancer: Psychological and sexual Sequelae and Management", **Current concepts in psycho-oncology**, New York: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, 1984.
- Baserga, R. **The cell cycle and cancer**. Philadelphia: Marcer Dekker, 1971.
- Braumner, Kurt. **Stress and Cancer**. New York: C.J. Hogrefe, Celentano, 1984.
- Celentano, D.D., et al. "Case control study of risk factors for cervical cancer", **Proceedings of AACR**, vol. 1985.
- Center for Disease Control. **Ten leading causes of death in the United States, 1975**. Atlanta, 1979.
- Chirst, C. et al. "Children Whose parent have cancer: An intervention Model", **Current concepts in psycho-oncology**. New York: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, 1984.
- Cullen, J.W., Fox, R.I. "Cancer: The behavioral dimension". **DHEW**, Publication number (NFX), 1966.
- Cullen, J.W. "Behavioral, Psychological, and Social influences on Risk factors, preventions, an early detection". **ACS**, 1982.
- Damirón, A. **Diez años de oncología**. Santo Domingo: Ed. Librería Dominicana, 1974.
- De la Peña, A. **The Psychobiology of Cancer**. New York: J.F. Bergin Publishers, 1982.
- Dyregrow, A. "Psychological factors in the development of cancer; a critical evaluation", **Tidsskrift norsk psykologi-foreing**, (8): 257-65, 1981.
- Engel, C.L. "The Need for a New medical challenge for biomedicine". **Science**, 1977.
- Frederick, R. **Cancer: A comprehensive treatise; radiotherapy; surgery and immunotherapy**. New York: Becker editor, 1977.
- Fox, B.H. "Premorbid psychological factors as related, 196, 129-136 to cancer incidence" **Jourl. Behav. Med.**, (1): 45-134, 1978.
- , **Import of psychoendocrine systems in cancer and immunity**. New York: C.J. Hogrefe, 1984.
- Grer, S. "Psychological enquiry: a contribution to cancer research". **Psychol. Med.**, (9): 8-9, 1979.
- Grossarth, Maticek, R. "Psychosocial predictor of cancer and internal diseases: an overview". **Psychot. Psychosom.** (33): 122-8, 1980.

- Harris, R. et al. "Sexual behavior of gynecologic cancer patients", **Archives of sexual behavior**, 1982.
- Helsing, K.J. et al. "Psychosocial characteristics and cytologic screening for cervical cancer", **Preventive Med.** (7): 550-60, 1978.
- Herberman, R. "Possible effects of central nervous systems on natural killer (NK) cell activity. **Biological.**
- Holland, J. "New clinical issues in cancer care: Research implications", **Currents in psycho-oncology**, Op. Cit. 1984.
- Lerner, M. & Remeu, R. "A Variety of integral cancer therapies". **Advances** 2(3): 14-33, 1985.
- Levy, S. "Biobehavioral interventions in behavioral Medicine". **ACS**, Op, cit., 1982.
- , "Emotions and the progression of cancer", **J. of the Institute of the advancement of health**, (1): 1 y 10-15, 1984.
- Levy, S. et al. "Emotional response to breast cancer and its treatment, **NCI-NIH**, 1980.
- Lickiss, J.N. "Psychosocial aspects of cancer". **Med. J. Austr.** (1): 297, 1980.
- Meares, A. "Cancer, Psychosomatic illness, and Hysteria", **Lancet**, 1981.
- McKegney, E.P. "Staff responses to stresses of cancer patient care", **Current concepts in Psycho-oncology**, Op. cit., 1984.
- Maleka, F.M. **Dimensions of the cancer problem**. New York: Karger, 1983.
- Monegro, F. "Medicina conductual: Paradigma multidisciplinario e interactivo para el estudio y tratamiento de enfermedades idiopáticas o esenciales y crónicas". Santo Domingo, **Ciencia y Sociedad**, 9(3): 353-378, 1984.
- Morrison, F.R. "Psychosocial factors in the etiology of cancer", **Diss. Ast. Int.** (42): 1552, 1981.
- National Cancer Institute, **Monograph 33**. New York, 1971.
- Niemi, T. et al. "Cancer morbidity in depressive persons", **J. Psychosom. Res.**, (22): 117-20, 1978.
- Nieburg, H.E. et al. "The role of stress in human and experimental oncogenesis", **Cancer detect Pre.** (2): 307, 1979.
- Palladino, J. et al. "Discriminant analysis of type A/Type B subjects on the California psychological inventory", **J. of Social and Clinical psychology**. (1): 2, 1983.

- Perlmutter, L. et al. "Reactive effects of tests for depression: Theoretical and methodological considerations", **J. of Social and clinical psychology**, (1): 2, 1983.
- Pfefferbaum-Levine, Betty "Psychiatric disorders in children with Cancer and their Management", **Current concepts in psycho-oncology**. Op. Cit., 1984.
- Pideris, G.M. "Selected personality variables as contributing factors in cancer development", **Diss Abst. Int.** (42): 3403, 1982.
- Pieter, H. **Apuntes de Oncología**. Santo Domingo: Ed. Arte y Cine, 1958.
- Prasad, K.N. **Vitamins, nutrition and cancer**. New York: Kerger, 1984.
- Rassidakis, N.C. et al. "A contribution to the study of the personality of cancer patients; preliminary report", **Transnat Med. health res.** News letter, (20): 10-12, 1978.
- Richmond, J.B. **Smoking and Health. A report of surgeon general**. Washington, D.C. U.S.: Government Printing Office, 1979.
- Richter, H.E. "Psychological factors and cancer", **Med. Welt**. 32-177, 1981.
- Riley, V. "Cancer and stress: Overview and Critique", **Cancer detect Prev.** (2): 163-95, 1979.
- Rivlin, M. et al. **Manual of clinical problems in obstetrics and gynecology**. Boston: Little, Brown and company, 1984.
- Robbins, S.L. **Patología estructural y funcional**. México: Edit. Interamericana, 1975.
- Rogers, R.W. "Preventive health psychology: An interface of social and clinical psychology". **J. of social and clinical psychology**, 1983.
- Selye, H. "Correlating stress and cancer", **Am. Jour. Protol. Gastro endoc. colon rectal surg.** (30): 18-20 y 25-8, 1979.
- , "Stress and cancer", **Psychol. Bull.** (89): 369-406, 1981.
- Silberfarb, P. "Sleep problems in cancer patients", **Current concepts in psycho-oncology**. Op. cit., 1984.
- Skaln, L.S. et al. "Social stress influence tumor growth", **Psychosom. Med.**, (42): 347-65, 1980.
- Weddington, W., et al. "Anticipatory nausea and vomitin Associated with cancer chemotherapy", **J. Psychosom. Research**, (28): 73-77, 1984.

Willis, R.A. **Pathology of Tumours**, London: Butlerworth, 1983.

Wolpe, J. **The practice of behavior therapy**, New York: Elsevier
North Holland, 1969.