

Cáncer y conducta humana

Pedro J. MESA CID
Universidad de Sevilla

La idea de que el estado psicológico del individuo y las estimulaciones ambientales, tanto físicas como sociales, influyen de modo relevante en el desarrollo del cáncer, no es nueva. En realidad, hace unos 2.000 años que varios seguidores de la medicina hipocrática sospecharon que ésta era una posibilidad muy razonable. Pero ha sido en el s. XX, con el flujo de ideas renovadoras en el ámbito de la ciencia, cuando esta idea ha tomado carta de naturaleza, hasta el punto de constituir la base de una nueva especialidad de la psicología científica: la *psicología oncológica*.

La cantidad de trabajos que sobre los factores psicosociales y/o ambientales del cáncer se ha acumulado, en especial en los últimos años, es de tal magnitud que el capítulo de la psicología y la patología psicosomática de las neoplasias es uno de los más discutidos pero también de los más importantes tanto en el ámbito de la psicología de la salud como de la medicina oncológica.

En las líneas que siguen se discuten algunas de las cuestiones más relevantes que suelen plantearse en las relaciones entre psicología y cáncer. Lógicamente, no ha sido posible, dados los límites del artículo, revisar la práctica totalidad de ellas, pero en caso de que el lector esté interesado en profundizar en el tema, puede consultar la bibliografía general del trabajo y especialmente aquellos títulos que han sido marcados con un asterisco pues constituyen, al menos para el autor, introducciones y revisiones muy completas y actualizadas.

1. Estadísticas y miedo al cáncer

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Estadística (1985) revela que, a pesar del avance espectacular en el tratamiento de determinados tipos de tumores y de la difusión pública que se hace de ello, los españoles siguen teniendo miedo al cáncer. Más del 60% de los encuestados (de un total de 1.111) manifiestan tener bastante miedo. Pero la unanimidad en la respuesta se pierde cuando al español se le pregunta por su temor al desenlace de su hipotética enfermedad. Como factores que atemorizan alcanzan porcentajes muy significativos la invalidez, el dolor y/o la dependencia de terceros.

Pero, lógicamente, la muerte figura como primera causa de dicho temor, un temor que se refleja incluso en el tipo de lenguaje utilizado para designar el cáncer en nuestra sociedad. Así, se llega a ocultar y sustituir la palabra por expresiones acaso más inocuas: «larga y penosa enfermedad» (para las notas necrológicas oficiales) o «una cosa mala» (en el habla coloquial de ciertas regiones, como Andalucía y Extremadura, sobre todo en zonas rurales), lo que parece revelar una actitud a medias entre la superstición, el pensamiento mágico y la *carcinofobia*.

Ciertamente, el cáncer se ha convertido en una especie de enfermedad innombrable, dado el tremendo impacto psicológico que provoca en la población general. Pero, ¿está justificado, en realidad, ese miedo? Aparentemente sí, sobre todo si manejamos cifras. Y de ellas se desprende que la tasa de mortalidad por cáncer en nuestro país, como en el resto del mundo, sigue aumentando cada año. Si dicha tasa representaba un 1,5% en hombres y un 2% en mujeres en 1903, y un 19,4% y 16%, respectivamente en 1976 (Bosch, 1980), puede preverse que para 1986 representará, aproximadamente, del 23 al 24% en hombres y del 18 al 19% en mujeres. Estas cifras coinciden, proporcionalmente, con la de otros países, calculándose que cada año aparecen en todo el mundo 9 millones de nuevos casos (con mayor incidencia en los países desarrollados) y que el número de personas que padecen cáncer -sumando el total de nuevos casos y de los ya diagnosticados con anterioridad- es de unos 34 a 37 millones, o sea, casi el equivalente a toda la población española (Stjernswärd, 1981; cfr. Bayés, 1985). La tasa de mortalidad del

cáncer de pulmón, por ejemplo, ha experimentado en España un notable incremento durante los últimos treinta años, Garrido *et al.* (1984) han comunicado que dicha tasa ha pasado del 7,8 por 100.000 en 1951 al 38,9 por 100.000 en 1979, con un crecimiento del 389% en los hombres; en las mujeres, el incremento ha sido menor, pero no deja de ser igualmente preocupante: representa el 83,3%, habiendo pasado del 3 por 100.000 en 1951 al 5,5 por 100.000 en 1979. Ni que decir tiene que el consumo de cigarrillos es el factor más directamente relacionado con dicho incremento.

Sin embargo, y pese a lo impresionante de las estadísticas (de las que se refleja aquí un mínimo exponente), la probabilidad de que una persona desarrolle un cáncer en un momento concreto de su vida es pequeña. En realidad, la etiología del cáncer es multifactorial, necesitándose la interacción de diversos factores y su mutua potenciación para que aquél se produzca. Así, el tabaco, que es un poderoso factor carcinógeno, difícilmente podrá, por sí solo, desencadenar una neoplasia; ahora bien, su acción puede verse potenciada por la contaminación ambiental, la exposición a productos industriales nocivos, o un sistema inmunológico deficiente, o, incluso, por todos estos factores a la vez.

Pero, aun admitiendo todo esto, la realidad que la gente suele percibir del cáncer es la de los números. Y ante ellos es difícil que se la pueda convencer de que el cáncer es una enfermedad crónica como otras muchas (aunque esto sería lo deseable); pero sí aconsejarles debidamente para que modifique drásticamente muchos de sus hábitos y comportamientos que son potencialmente cancerígenos, pues resulta evidente que si lo hicieran ganarían bastante en calidad y cantidad de vida.

2. Cáncer, conducta y justificación de la psicología oncológica

Es ya un hecho conocido que la investigación biomédica sobre el cáncer -a pesar de sus notables progresos en las últimas décadas- no puede explicar satisfactoriamente ni su etiología ni su alarmante progresión en todo el mundo, sólo en función de variables biológicas. Veamos un ejemplo ilustrativo: los estudios comparados en diversos países muestran que la incidencia de diferentes tipos de cáncer varía con las áreas geográficas y las épocas, manteniendo cierta estabilidad para un área y tiempo determinados, y que los inmigrantes procedentes de un área geográfica concreta adquieren los tipos de cáncer propios de las nuevas regiones en las que se instalan, al cambiar sus estilos de vida y encontrarse sometidos a nuevas condiciones ambientales (Bayés, 1985).

El tan debatido campo de los tumores experimentales desarrollados en cepas de ratones, a partir de los famosos estudios de C. Little en el laboratorio Jackson (1929), parece confirmar las hipótesis sobre la relación entre el cáncer, la zona geográfica, la conducta o estilos de vida y los factores ambientales. Sabine (1973) estudió dos razas consanguíneas de ratones que sufrían cáncer de hígado y mama encasi un 100% de casos. Pero la investigación reveló que esto sólo ocurría en Estados Unidos, pues cuando se les criaba en Australia no aparecía casi ningún cáncer. Si se les alimentaba con productos que venían de Estados Unidos volvía a aparecer cáncer en el 100% de los casos. Si la primera generación

de estos animales era criada en Australia, pero ya sin alimento norteamericano, volvían a sufrir de neoplasias en un 100%. Estos resultados fueron atribuidos al aporte de parásitos (cfr. Rof Carballo, 1984). Por otra parte Riley (1975) logró modificar la incidencia de los tumores de mama de una cepa especial de ratones que desarrollan, curiosamente, neoplasias entre los 8 y los 18 meses después del nacimiento, criándolas en situaciones diferenciales de estrés. El grupo protegido desarrolló un 85% menos de tumores que el grupo sometido a estrés crónico.

Estos y otros hechos parecidos, no menos interesantes, han logrado convencer a muchos científicos, antaño escépticos, de que la investigación rigurosa e integral sobre el cáncer no podía continuar varada en la perspectiva biomédica unilateral. El mito de la pura y exclusiva «organicidad» de la enfermedad, de cualquier enfermedad, fue superado con creces hace ya años. Son incontables las evidencias acerca de cómo las variables psicológicas inciden *siempre*, en grado variable, en todas las enfermedades, y viceversa. Más recientemente, el cáncer ha logrado ser reinterpretado y explicado según este punto de vista más abierto y razonable, lo cual ha reportado excelentes consecuencias, sobre todo para los pacientes.

Hoy, muy pocos se atreven ya a dudar de que los factores psicológicos y/o ambientales (contaminación física o psicosocial, estilos de vida, estrés, variables de personalidad, hábitos y comportamientos nocivos, etc.) contribuyen, de manera importante, a las génesis, mantenimiento y/o regresión de casi el 80% de todos los tipos de cáncer. El estudio de las relaciones entre psicología y cáncer puede plantearse, básicamente, de dos formas, aunque sus posibilidades y campos de aplicación sean más amplios: la primera se refiere a la influencia que la «estructura» psicológica del individuo y otros factores ambientales tienen sobre sus posibilidades de contraer un cáncer, de influir sobre su localización o sobre su evolución; la segunda, a la influencia o impacto -ya señalado anteriormente- que el cáncer tiene sobre la psicología del público, del paciente (sospecha o no su existencia) y de su familia. En realidad, sólo recientemente se ha empezado a investigar, de manera sistemática, en éstos y otros campos relacionados. No obstante, conviene recordar que los primeros estudios se iniciaron ya en la década de los veinte, aunque fueran mucho más imprecisos y ambiguos, lógicamente, que los que se llevan a cabo en la actualidad. Con todo, cumplieron perfectamente, una vez más, su papel de pioneros, pues abrieron nuevas perspectivas científicas ignoradas o insospechadas hasta entonces.

3. Antecedentes históricos de la psicología oncológica

Resulta fácil aceptar que Galeno (s. III) opinara sobre el concepto humoralista del cáncer y que durante los siglos XVIII y XIX, esta forma de concebir la enfermedad tuviera un gran predicamento. Pero conviene destacar que no sólo Freud se ocupó del cáncer (como médico y como paciente) en aquel tiempo, sino también autores tan relevantes como Walshe (1846) o Paget (1870), entre otros. En este sentido, resulta difícil resistirse a exponer aquí unas palabras del mismo Paget recogidas por Bayés (1985), donde sugiere una clara y estrecha

relación entre los estados psicológicos y el cáncer: *son tan frecuentes los casos en que una profunda ansiedad, la pérdida de la esperanza y la desilusión son rápidamente seguidas por el crecimiento e incremento del cáncer que es difícil poner en duda que la depresión mental constituye una contribución importante a las demás influencias que favorecen el desarrollo de esta enfermedad*¹. Por otra parte, Snow (1893), llegó a la conclusión de que la neurosis era la principal causa del cáncer (cfr. Bayés, 1985). Por último, cabe señalar que algunos autores contemporáneos han recogido, *mutatis mutandis*, la idea de Galeno acerca de que las mujeres depresivas tenían mayor probabilidad de desarrollar un cáncer que las que se mostraban activas y seguras de sí mismas, es decir, las de temperamento «sanguíneo» (Schavelzon et al., 1965). Conviene, quizá, no sonreirse antes de conocer las experiencias de Stern y Dixon (1961) en un estudio psicológico con cinco parámetros de tests y estudios de personalidad de 6.058 mujeres con cáncer. El estudio reveló una mayor incidencia de la enfermedad, con aparición temprana e invasión rápida, en aquellas pacientes con amplio historial de inestabilidad emocional, y prolongados problemas familiares, en especial maritales. Peller (1940) había llegado anteriormente a las mismas conclusiones. Como se ve, ciertas ideas actuales respecto a la influencia de los factores psicológicos en el cáncer, no son nuevas.

Sin embargo, en el primer cuarto de este siglo se encuentran ya algunos estudios serios sobre el tema. Kehren (1922) y Mohr (1925), sostenían que los trastornos hormonales podían influir en la eclosión de un carcinoma, y que estos trastornos hormonales podían producirse, a su vez, por trastornos emocionales. En 1921, W. Meyer, introductor del *radium* en la terapia anticancerosa en los Estados Unidos, defendía el concepto del cáncer como un problema general del organismo. Durante el período 1900-1925, el psicoanálisis fue tomando incremento, y por su influencia, la de sus modificadores e incluso sus opositores, se hizo posible la exploración de nuevos campos de la psicología y la psicopatología humana. En realidad, todos estos estudios son muy discutibles, pues hasta 1930 no fue admitida la práctica de la biopsia para concretar el diagnóstico de cáncer.

E. Evans (1926), discípula de Jung, comunica los resultados obtenidos en una investigación con 100 pacientes cancerosos. Según esta autora, el paciente de cáncer ha perdido una parte importante de sus relaciones emocionales previamente al desarrollo de la neoplasia. En el mismo año, aparece un estudio estadístico de Hoffman (1926), considerando la epidemiología del cáncer, llamando la atención sobre la coincidencia en las cifras de la elevada mortalidad por cáncer en los pacientes con trastornos neuróticos. Por su parte, Erwing (1931), uno de los pioneros de la cancerología científica en los Estados Unidos, destaca también la influencia de los factores psicológicos en la eclosión de un cáncer, en su evolución y en el resultado de algunas terapéuticas. Foque (1931) plantea que, si bien existen numerosos agentes cancerígenos, la célula debe estar «receptiva» y en esta etapa intervendría de forma decisiva el estado psicológico del individuo. Leshan (1959), Lombard y

Potter (1950), Dorn (1943), Miller (1948) y Jones (1948), entre otros, reforzaron la hipótesis de Foque.

Leshan y Worthington (1954), plantearon un trabajo estadístico reuniendo toda la información disponible hasta ese momento sobre la influencia del estrés psíquico en el desarrollo del cáncer. De acuerdo con los datos obtenidos, la incidencia del cáncer en los diferentes grupos sociales variaría en relación con la frecuencia con que se hubiera producido una grave alteración en la vida de relación o una grave pérdida afectiva. En el ejemplo de las diferentes relaciones conyugales, figurarían las viudas en primer lugar, seguidas del grupo de divorciados, a continuación el grupo de casados pero que sólo mantienen forzosamente el vínculo por razones religiosas, financieras u otras, y finalmente, el grupo de los solteros. Los estudios estadísticos realizados con posterioridad, han mantenido esta curva de frecuencia, al menos hasta 1965 (Schavelzon et al. 1965).

En 1951 se incorpora a la investigación del cáncer la figura del psicólogo clínico, que aporta, principalmente, material de psicodiagnóstico a base de tests proyectivos y entrevistas no estructuradas. Tarlan y Smalheiser (1951), fueron los pioneros en este campo, añadiendo a la prueba del Rorschach el test de la figura humana. Si bien en líneas generales, apoyan sus conclusiones dos analistas italianos, Ferracutti y Rizzo (1953), no aceptan sus implicaciones de tipo sexual acerca del cáncer de cuello de útero y de mama. Sthephenson y Grace (1954), en Inglaterra, orientan sus investigaciones en esta misma línea, estudiando la influencia de la personalidad y la ubicación del cáncer en los órganos sexuales o fuera de ellos.

Butler (1954), investigador relevante de la hipnosis como terapéutica antiálgica, defendió la existencia de una personalidad definida en el paciente canceroso. Dicha personalidad consistiría, según la formación psicoanalítica de Butler, en una estructura de carácter masoquista, no disponiendo por ello de posibilidades para descargar su ira directamente o en forma sublimada, presentando por otra parte conflictos de hostilidad familiar no resueltos. Estas hipótesis, como tantas otras provenientes del campo psicoanalítico, no han podido ser confirmadas adecuadamente hasta ahora.

La segunda etapa de la investigación sobre psicología y cáncer se inicia en el año 1965, con la conferencia celebrada en la prestigiosa Academia de Ciencias de Nueva York. Los trabajos presentados, de indudable valor científico, se publicaron en el volumen 125 de los *Annals* de la Academia con el título *Psychophysiological Aspects of Cancer* (1966). Una de las conclusiones más relevantes y que interesa destacar aquí, se refiere a la insatisfacción de la práctica totalidad de los participantes con respecto a los métodos de investigación empleados hasta entonces para estudiar el problema, así como hacia las posiciones teóricas que los sustentaban (el psicoanálisis), y, por otra parte, al escepticismo respecto a los resultados obtenidos.

Uno de los conceptos más criticados fue el de la *pérdida de una objeto significativo*, para el que no se encuentra ningún sustituto, al que muchas investigaciones anteriores atribuían un papel determinante en el desarrollo del cáncer. Como es sabido, esta *pérdida* no

¹ Bayés, R.: *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca, 1985, pág. 57.

siempre es real; puede ser fantaseada, esperada, temida, o simbólica. El componente psicológico asociado es siempre la desesperanza. En virtud de los mecanismos represivos del paciente, que dan por resultado -se dice- una superficialidad de las emociones, falta de ansiedad consciente y relaciones muy pobres con su entorno, se origina una *formación reactiva*. Con este trasfondo y sin otra alternativa que la de caer en un desequilibrio psíquico, hay un rápido crecimiento de tejidos desdiferenciados y un intento de regresión, por parte del organismo, a reemplazar una *pérdida afectiva reciente*.

Pero en el cáncer hay que suponer un largo período de seis meses a un año para que se perciban los primeros síntomas de la enfermedad. La *pérdida de objeto* difícilmente podría ser referida al período inmediato o al momento en que sobrevienen los síntomas de cáncer. En todo caso, y como acertadamente ha señalado Rof Carballo (1984), los signos de depresión, desvalimiento y desesperanza que se observan en muchas personas que posteriormente son diagnosticadas de cáncer, pueden ser *indicadores de sospecha*, por parte del organismo, de padecer una enfermedad grave. Este cuadro ha sido llamado *depresión premonitoria* (Rof Carballo, 1984), y podría considerarse como una especie de equivalente depresivo, observado por otra parte con mucha frecuencia en patología general. Quedaría por aclarar, además, por qué no todas las depresiones acaban en cáncer. En realidad y afortunadamente, la inmensa mayoría no evoluciona hacia un proceso neoplásico.

Kissen y cols. (1967), han investigado a los pacientes con cáncer a través de tests objetivos, principalmente el *Maudsley Personality Inventory* (MPI) de Eysenck, concluyendo que estos enfermos tienen especiales dificultades para dar salida a su mundo emocional. Este grupo de investigadores describe a los cancerosos como sujetos hipercontrolados, angustiosos, que expresan su intimidad preferentemente de modo no verbal. También señalan que aquellos otros cuyas neoplasias evolucionan rápidamente, son más ansiosos y más incontrolados que los pacientes con tumores de crecimiento lento.

Como puede verse, los estudios sobre psicología y cáncer conocieron, a partir de los años sesenta, un rechazo a las hipótesis planteadas en las décadas anteriores tan fuerte como el deseo de realizar investigaciones más rigurosas, apoyadas por pruebas objetivas y evidencia experimental. Más recientemente, a mediados de los años setenta, aparece un nuevo concepto en el campo de la salud: la *medicina comportamental*, a caballo entre la medicina y la psicología clínica y que se entiende desde 1978 (según la definición específica de la *Academy of Behavioral Medicine Research*) como *el área interdisciplinaria que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias comportamental y biomédica que son relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación*². Y es en este nuevo contexto donde surge por primera vez con entidad propia, la *psicología oncológica*, una nueva rama especializada de la psicología científica que, como ha señalado Bayés (1985), ha nacido como una respuesta,

todavía tentativa y provisional, a las numerosas preguntas planteadas sobre las relaciones entre los factores psicológicos y el cáncer. Tres son, al menos, sus presupuestos básicos: 1) todos los tipos de cáncer, sin excepción, se encuentran mediados por la conducta del hombre; 2) dado lo anterior, los cánceres son evitables en su gran mayoría, y 3) esto puede lograrse diseñando programas de prevención (manipulando los presuntos factores de riesgo, conducta y estímulos externos asociados), estrategias terapéuticas eficaces (con objeto de combatir y controlar las sensaciones molestas y dolorosas que padecen estos enfermos), y programas de rehabilitación (para lograr una adecuada reintegración del paciente a una vida normal). Cabe precisar, por último, que estos presupuestos se basan a partir de ahora, en principios, métodos y técnicas basados en el modelo natural de la ciencia, con objeto de sustituir la especulación de tiempos pasados por un mayor grado de objetividad.

4. Estrategias psicológicas en la prevención, tratamiento y rehabilitación del cáncer

La prevención del cáncer debe orientarse hacia los estilos de vida y los hábitos personales del individuo, como la dieta alimenticia, el consumo de drogas, las prácticas estéticas, la conducta sexual, etc., así como a otros factores de riesgo que pueden incrementar la vulnerabilidad de determinadas personas ante el cáncer, caso del estrés, por ejemplo (Pruyn, 1983).

Por el momento, los expertos siguen considerando al tabaco y a las costumbres alimentarias como los factores de riesgo más importantes (Cairns, 1978; Picot, 1982). De hecho, el cáncer de pulmón sigue siendo uno de los más mortíferos -como ya se dijo-, atribuyéndose al tabaco una relación directa de entre el 80 y el 85% de todos los cánceres de este tipo. Por otra parte, Peto (1981) considera que el tipo de dieta es responsable del 35% de todos los cánceres, aumentando el riesgo de contraerlo si los alimentos que habitualmente ingerimos se encuentran contaminados con sustancias nocivas para el organismo, como hormonas, aditivos y conservantes peligrosos (Picot, 1982).

La ingestión excesiva de alcohol, asociada o no al tabaco (Allais y Hatton, 1981); las modas estéticas, como el abuso del bronceado y de sustancias tóxicas, como ciertos tintes del cabello (Sarasin, 1982); el hecho de estar expuesto, por el tipo de trabajo, a la contaminación de sustancias cancerígenas, sobre todo en la industria petroquímica (Peto, 1981), y ciertos comportamientos de orden sexual, como la promiscuidad (Muir, 1981), son otros tantos factores de riesgo a los que se atribuye actualmente una elevada responsabilidad en la evolución de diversos tipos de cáncer. Sin embargo, el acuerdo sobre este punto no es unánime entre los especialistas. Ciertos estudios no parecen confirmar dichas atribuciones, al tiempo que evidencian un profundo desconocimiento acerca de cuáles son los mecanismos que intervienen, y de qué modo, en la producción del cáncer (Epstein y Sawrtz, 1981).

² Bayés, R.: Op. cit. pág. 41.

Dichos factores necesitan como condición para actuar un terreno propicio: el individuo vulnerable. Por ello, resulta evidente que si las personas modificaran sus estilos de vida, eliminando ciertas costumbres y hábitos perjudiciales, disminuirían sus probabilidades de riesgo de padecer un cáncer en el futuro. Esta es, precisamente, la verdadera prevención. Sin embargo, estamos lejos de alcanzar ese ideal. Todo programa preventivo en psicología oncológica, al igual que en otras especialidades, tropieza con varias dificultades, entre las que cabe destacar: la actitud irracional y hasta cierto punto auto-destructiva de muchas personas; la influencia perjudicial de los medios de comunicación, y la desinformación de la población general sobre aquello que es adecuado o no para su salud.

Por lo que se refiere a la primera dificultad, pudiera decirse que entraña una curiosa paradoja. Actualmente, la mayoría de la población está convencida de que no lleva una vida sana: se fuma en exceso (aunque el consumidor habitual de dos paquetes al día reconozca que cada vez se encuentra peor, que respira con más dificultad y que se cansa mucho al subir las escaleras), se consumen multitud de alimentos tan artificiales como nuestros propios automóviles (aunque se diga una y otra vez que no saben a nada y que tienen un color extraño); se abusa de ciertos fármacos que, en muchas ocasiones hacen bueno el refrán «peor fue el remedio que la enfermedad», como las píldoras anticonceptivas (aunque las mujeres y sus ginecólogos conozcan por experiencia propia o ajena sus molestos efectos secundarios), etc.

Sí, la gente reconoce todo esto y mucho más, pero sigue prevaleciendo, en la mayoría, una actitud fatalista y/o conformista. «De algo hay que morir», «algún placer tiene uno que tener en esta vida», «para cuatro días que vamos a vivir...», o «pero cómo voy yo a permitirme el lujo (?) de tener un hijo ahora», son algunas de las frases más comunes que el experto en prevención suele escuchar cuando trata de salvar a los potenciales futuros pacientes de cáncer³. Desde luego, todos han reconocido previamente que no tienen nada que objetar a la evidencia que confirma la peligrosidad de sus estilos de vida. Por supuesto, ellos ya lo sabían. ¿Cómo explicar entonces la paradoja?. En realidad, se necesitaría más de un artículo para responder a esta pregunta tan simple en apariencia. Sin embargo, puede al menos apuntar la solución. En opinión del autor, cualquier posible explicación de ésta debería basarse en lo que pudiéramos llamar la circunstancia personal y psicosocial de cada individuo, y ponerla en relación con su época. Así, cabe afirmar que la calidad de vida ha sufrido un deterioro notable en las últimas décadas (demasiada contaminación, demasiado estrés, demasiados problemas, en general); por otra parte, el estilo existencial contemporáneo se ha orientado hacia el *dominio de las cosas*, que de manera ya automática e involuntaria se concentra en el horizonte reducido de una posición desde la que se puede dominar, al menos en potencia, todo lo que se encuentra. Pero con ello se cierra la apertura existencial

hacia otros horizontes de lo real, quedando la vida esclerosada, estresada, vacía de significado, anodina y sólo soportable en función de los «pequeños placeres» y costumbres insanas que, tarde o temprano, suelen pasar factura.

Ciertamente, la mayoría de los factores potencialmente carcinógenos señalados tienen un carácter placentero, reforzante, real, inmediato. Y el hecho es que la mayoría de las personas, sobre todo en épocas preñadas de confusión y perplejidad como la nuestra, suele escoger las estimulaciones, a pesar de intuir o conocer las negativas consecuencias que su conducta les puede reportar.

Con respecto a la segunda dificultad, lo cierto es que los medios de comunicación social ofrecen constantemente una infinita variedad de modelos deseables (aunque muy difíciles de plasmar en la realidad) que sugieren el consumo de productos poco o nada recomendables, pero con los que se consigue una satisfacción inmediata. Bayés (1985) ha señalado que dichos modelos *implican el consumo indiscriminado de tabaco y alcohol, de suculentos manjares ricos en grasas, así como la práctica de la promiscuidad sexual, etc., y, por si fuera poco, enmarcándolos en un ambiente altamente competitivo y generador de estrés, producido por la necesidad constante de triunfar y de aparecer permanentemente jóvenes, ricos y hermosos*⁴.

Por último, la prevención del cáncer se enfrenta con la deficiente información que poseen los ciudadanos acerca de los principales factores de riesgo, una situación que se evidencia, lamentablemente, incluso entre la población universitaria que cursa estudios directamente relacionados con el tema (Bayés *et al*; 1984). Dado que existe una pobre conciencia del problema en los niveles más cultos y teóricamente mejor informados de nuestra sociedad, ¿cuál será entonces dicho nivel de conciencia e información en la población no universitaria?

Sobre el capítulo de los tratamientos hay que decir que la mayoría se encuentra aún en fase experimental, por lo que difícilmente podríamos evaluar sus resultados con un mínimo de rigor. No obstante, los trabajos de Meares (1981), Simonton y Matthews-Simonton (1981), Hall, Longo y Dixon (1981) e Ibáñez (1984), entre otros, parecen haber obtenido resultados esperanzadores utilizando técnicas psicológicas para combatir los dolores, las náuseas y vómitos anticipatorios, el insomnio y la depresión asociados al cáncer. Hall, Longo y Dixon (1981) han comunicado que varios pacientes tratados por ellos con hipnosis lograron aumentar sus niveles de linfocitos, con lo cual mejoró el funcionamiento general de su sistema inmunitario.

Las estrategias utilizadas son muy diversas, y abarcan desde la psicoterapia al *biofeedback*, pasando por la relajación muscular y otras técnicas más complejas de corte cognitivo, como la visualización imaginada de la acción positiva de las fuerzas naturales del organismo frente a las células cancerosas, utilizada al parecer con éxito por Simonton, Matthews-Simonton y Creighton (1978).

³ En el fondo, esta paradójica actitud esconde un oculto sentimiento de confianza en el pretendido poder sin límites de la ciencia. Así, no hay por qué preocuparse, ni por qué renunciar a los «pequeños placeres» -se dice- pues cuando aparezca la enfermedad, si es que aparece, ya se habrá encontrado el remedio.

⁴ Bayés, R.: Op. cit. pág. 48

Los mismos investigadores se muestran muy prudentes a la hora de valorar sus tratamientos y los resultados, pues quedan aún por explicar ciertas cuestiones importantes, como la influencia del *placebo*, que ciertas estrategias o capacidades inobservables de muchos pacientes (sistema de creencias, fe en la terapia o en la persona del terapeuta, o simples «ganas de vivir») parecen ser capaces de movilizar con éxito, hasta el punto de atribuírsele un notable papel en los discutidos casos de regresión espontánea del cáncer (Stoll, 1979; Bayés, 1984 a y c). Por ahora seguimos sin conocer cuál o cuáles son los mecanismos que subyacen al concepto de *placebo*, aunque se admita que realmente confieren eficacia a muchos tratamientos no psicológicos. Un aspecto muy importante del proceso terapéutico consiste en manejar adecuadamente el impacto psicológico que supone el diagnóstico de un cáncer y las reacciones de los pacientes ante ello. En el caso del paciente, pueden estudiarse sus reacciones en tres momentos claves: cuando sospecha y/o descubre los síntomas y acude o no a la consulta; cuando debe decidir el tratamiento y en el período postratamiento, sea quirúrgico, farmacológico o de cualquier otro tipo.

Desde que el paciente siente que algo extraño sucede en su organismo, que primero le llama la atención y luego le preocupa, se crea en él una serie de pensamientos, actitudes y sensaciones total o parcialmente conscientes. Aquí se plantea el problema decisivo de acudir pronto a la consulta o con retraso. A pesar de los esfuerzos médicos y educativos, siguen llegando gran número de pacientes con retraso a la consulta y al tratamiento, incluso o pese al hecho de presentar lesiones externas difíciles de ignorar. La aparición de síntomas no es sólo interpretada por el paciente como una agresión física, sino también como un elemento capaz de alterar o deshacer su personalidad, edificada en el curso de toda su vida, habitualmente con mucho trabajo y sufrimiento.

Aunque el paciente pueda adoptar varias actitudes en este primer momento, sólo dos se consideran en la práctica: el que busca la consulta de inmediato, al que llamaremos «rápido», y el «demorado». Puede aceptarse que el paciente es responsable del retraso en el 50% de los casos. Descontando el porcentaje de cánceres que no dan síntomas claros o evidentes y que oscila entre el 12 y el 14%, queda un 35% de pacientes que acuden a la consulta de inmediato.

Según la información obtenida de los médicos que trabajan en cáncer en el Departamento de Patología General del Hospital Clínico Universitario de la Facultad de Medicina de Sevilla, consultados por el autor, los «demorados» o «retrasados» constituyen un grupo de gente mayor, de economía baja y sin aspiraciones personales, a diferencia del grupo de los «rápidos», que son más jóvenes, de clase media y media-alta, y que aspiraban a subir en la escala social. Ambos grupos recurren al médico cuando consideran que su enfermedad es «seria» o «grave».

Los «demorados» pretenden explicar su retraso alegando que sus molestias les parecían «cosas propias de

la edad», o bien evidenciando un pensamiento mágico: «creí que si no le hacía caso (al dolor, por ejemplo), acabaría por desaparecer». Por lo general, el paciente «rápido» utiliza el miedo como agente instigador de la consulta, un miedo que tiende a ser inteligente y controlado, aunque a veces se transforme en pánico y no pueda controlarlo. En este último caso, suele hablar con aparente indiferencia de «mi cáncer» o «mi problema». Apareta ser una persona realista, fría y razonable, pero está muy próximo a la desorganización total por el miedo. Por ello, deben ser tratados con mucho tacto, intentando manejar bien su ansiedad para no empeorar su situación.

Los «demorados» suelen evidenciar un miedo más difuso. Suelen negar los hechos y no aceptan con facilidad el diagnóstico, muchos médicos enfermos se incluyen en este grupo: intentan descartar la sensación de peligro, y son pacientes, por lo general, más difíciles de tratar por su misma condición profesional. En un trabajo ya clásico, Robbins, McDonald y Pack (1953), investigaron la responsabilidad del retraso a la consulta comparando un grupo de 229 médicos asistidos por cáncer, con un grupo de 2.000 pacientes no médicos en idéntica situación. La figura 1 recoge esquemáticamente los resultados del estudio, y demuestra que entre ambos grupos no había apenas diferencias en cuanto al modo (lento o rápido) de acceder a la consulta. Y ello a pesar de la favorable posición sanitaria y profesional de los médicos (cfr. Schavelzon, 1965).

Acceso a la 1ª consulta	2.000 pacientes no médicos	229 pacientes médicos
Con retraso	39,5%	39,8%
Sin retraso	22,8%	26,6%

Figura 1. 1ª consulta en pacientes con cáncer en función de su condición de médicos, comparada con una muestra general de pacientes (Robbins, McDonald y Pack, 1953 - Citado por Schavelzon, 1965).

Por otra parte, muchos estudios destacan un hecho común en los pacientes de cáncer y en especial los que acuden tarde a la consulta: reacciones o sentimientos de culpabilidad. Naturalmente, los enfermos necesitan encontrar una causa a su mal. La mayoría se culpan a sí mismos, y en menor porcentaje a factores externos o a los mismos médicos.

Con mucha frecuencia, expresan una profunda perplejidad ante el diagnóstico, y casi siempre con la siguiente frase: «no lo entiendo, yo siempre fui muy sano». Por supuesto, las presuntas causas del cáncer se identifican según el estilo atribucional de cada persona. Así, los internalistas tienden a atribuir la causa a su propia conducta, o al hecho de ser tan débil que su organismo no ha podido frenar la enfermedad; los externalistas, por su parte, suelen atribuirla a factores externos, como «la maldita polución», o «el gobierno, que no hace nada por erradicar el tabaco»⁵. Con menos frecuencia, se atribuye el cáncer a un castigo divino, o a la

⁵ Frase textual oída por el autor a un paciente con cáncer de pulmón y antiguo fumador. Cabe decir que, en parte, no le falta razón, dada la enorme publicidad que se hace de este producto con el beneplácito de los estamentos oficiales.

voluntad de Dios, y esto se hace evidente aun en aquellos que dicen no ser creyentes; entonces se cambia la palabra Dios por providencia, destino, suerte, etc. En cualquier caso, el primer grupo internaliza tanto la causa como la culpabilidad, a diferencia del segundo que suele externalizarlas.

La importancia de considerar estos sentimientos de culpabilidad, reside en que influyen de tres formas posibles, y todas negativas, en la conducta del paciente: 1) provoca una negación de los síntomas y conlleva el retraso en el diagnóstico y el tratamiento; 2) estimula actitudes de inferioridad, dependencia y sentimientos de rechazo, y 3) inhibe a los pacientes para reestructurar sus esquemas corporales y sociales, e impiden la comunicación y la readaptación social. Personalmente, he tenido ocasión de conocer un caso especialmente grave desde el punto de vista psicológico, en el que concurrían varias de estas características. Era una mujer a la que se diagnosticó un cáncer de mama. Se le propuso un tratamiento radiológico, en primera fase, y quirúrgico si fuera necesario, en la segunda. Era una persona muy agradable, vigorosa y activa. Tenía un bajo nivel cultural y unas creencias religiosas muy fuertes. El diagnóstico la desmoronó. Adoptó primero una actitud escéptica, más tarde negativista, y por último, se evidenciaron sentimientos de culpa y depresión. El tiempo que duró el tratamiento -que en este caso resultó efectivo, pues el cáncer se curó- constituyó más un tormento para la familia que para ella misma. Por su condición de profunda creyente y su estilo atribucional (externalista) puso toda su confianza en Dios (*locus* de control externo), se encerró en casa, prohibió que se le dijera a nadie lo que le pasaba, incluso a la familia, cerró las cortinas y exigió que los hijos y el marido permanecieran en casa, todo el tiempo posible, rezando con ella. Naturalmente, las tensiones y discusiones se hicieron habituales y el estrés derivado de la situación se incrementó notablemente.

Por supuesto, las reacciones de los pacientes cancerosos son mucho más variadas de lo que aquí, sumariamente, se ha expuesto. Y tan dispares como una excesiva ansiedad ante el trastorno o incluso una actitud serena, resignada y valiente. Pero, para el psicólogo experto, todas ellas son comprensibles y aceptables, y su trabajo consistirá en manejarlas con todo respeto y cuidado. Además, debe evitar el uso de explicaciones complicadas acerca de la situación y las reacciones del paciente, así como darle la oportunidad de comentar lo que es más importante para él en ese momento. Es muy importante, como demuestra la experiencia clínica, dejar hablar al enfermo, incluso animarle a que exprese su propia interpretación de la enfermedad -permitiéndole así descargar y aliviar su ansiedad- corrigiendo sólo los errores más graves y perjudiciales de su pensamiento.

Con frecuencia se plantea el problema -eterno problema- de decirle o no al paciente la verdad sobre su enfermedad. Actualmente, y a diferencia de otras épocas, prevalece la opinión de comunicar el diagnóstico, al menos en ciertos países, como Estados Unidos. (Novak et al., 1979; cfr. Bayés, 1985). En Italia, Francia y España se prefiere comunicarla a la familia, aunque la situación parece equilibrarse poco a poco. En todo caso, y de acuerdo con Catalán (1979), la cuestión no debería centrarse en el dilema de decir o no decir la verdad al paciente, sino en cómo decirlo, esto es, adaptándola a

las circunstancias y exigencias del momento y de cada paciente (cfr. Bayés, 1985). Cabe añadir, por último, que la conducta familiar es un elemento crucial en todo el proceso terapéutico, y hacia ella debe también dirigirse el clínico para asesorarla y ayudarle a comprender y controlar, en lo posible, las reacciones del enfermo.

La rehabilitación de los pacientes de cáncer se orienta, como ya se dijo, hacia el logro de su más plena reintegración personal y social en la vida cotidiana. Como ha señalado Toro (1983), al elaborar los programas de rehabilitación deben tenerse en cuenta ciertos factores provenientes de la propia psicología del individuo y que amenazan su reintegración. Dichos factores consisten en reacciones desadaptativas alimentadas por pensamientos erróneos o decididamente irracionales que afectan, principalmente, a la autoestima del paciente, en forma de temor a que su enfermedad los devalúe como personas, a que los demás se interesen por él sólo por su enfermedad, a no poder seguir realizando su trabajo habitual, etc., o de rechazo al propio esquema corporal, si se ha sufrido amputación de algún miembro; éste último caso se evidencia especialmente en mujeres mastectomizadas, o histerectomizadas, que además de percibir más o menos conscientemente que las bases de su feminidad están amenazadas, manifiestan con cierta frecuencia expectativas negativas acerca del futuro de sus relaciones sexuales.

Por otra parte, debe prestarse atención a los sentimientos de culpa relacionados con los de constituir una carga inútil y los de autocompasión, que pueden transformar a una persona habitualmente activa, en otra dominada por la inhibición y expuesta al riesgo de padecer alteraciones psicopatológicas (sobre todo de carácter depresivo). De acuerdo con Bayés (1985), es importante proporcionar a los pacientes algunos medios e informaciones objetivas para que puedan darse cuenta del progreso que de otra manera pasaría desapercibido, evitando así el desánimo y otras actitudes negativas. Por otra parte y dada su elevada vulnerabilidad como consecuencia del proceso mórbido, resulta del todo conveniente, según Brewin y Shapiro (1979), que se procure inculcar a los pacientes la idea y el sentimiento de que son ellos los que determinan su propio comportamiento (*locus* de control interno) y no los elementos exteriores (*locus* de control externo), pues constituye un poderoso agente motivador de la rehabilitación (cfr. Bayés, 1985).

Aunque los programas de rehabilitación se aplican todavía de forma limitada -principalmente a causa de su coste económico (aún muy elevado), de la escasez de personal especializado con buena formación, etc.- los resultados obtenidos en las ocasiones que se han aplicado no dejan lugar a dudas acerca de su efectividad. Ciertamente, son un perfecto complemento de las estrategias de tratamiento, pero, sobre todo, contribuyen a mejorar en cantidad y calidad la vida futura del enfermo.

5. Proyección y crecimiento de la psicología oncológica en España

Todos sabemos que la enorme mayoría de nuestros conocimientos sobre el cáncer, en especial el problema de su etiología, de su trasmisibilidad, de su herencia, del

desarrollo de anticuerpos o sustancias similares que actúan como antitumorales, etc., se refieren a estudios biomédicos. Pero en el desarrollo de la ciencia ocurre, con gran frecuencia, que un grupo particular no está al corriente, o no utiliza, los progresos realizados en otros campos. Esta inercia suele deberse al lento reconocimiento, absorción e integración de los progresos obtenidos en ciertos aspectos de la investigación alejados entre sí. Pero el aislamiento sólo contribuye a la consideración unifocal del problema, y cabe afirmar que dicho estado de inercia y desconocimiento ocurre en el manejo de los pacientes en general y de los de cáncer en particular. El considerar ya la influencia del estado psicológico sobre la evolución del cáncer y viceversa; el sólo impacto de su nombre y la agresión física y psicológica que provoca sobre el individuo, tienen un significado muy importante que merece la pena destacar: representa una notable modificación en el clásico enfoque analítico y descriptivo de fenómenos aislados, observados e investigados en el cáncer, y una tentativa por considerar la enfermedad neoplásica desde una concepción global, es decir, como problema general del organismo.

Ahora bien, sería erróneo pensar que los profesionales de la medicina, y en particular los especialistas en cáncer, minusvaloran o rechazan las explicaciones psicológicas al respecto. Muy al contrario. Al menos mi experiencia personal ha sido positiva, pues he mantenido un fructífero intercambio de información con muchos médicos que trabajan diariamente, y desde hace años, con estos pacientes, y todos, sin excepción, han coincidido en su deseo de colaborar con personal entrenado en psicología del cáncer, así como de enriquecer sus conocimientos sobre el tema. Todo esto es muy alentador, pero puede, desde luego, mejorarse. Por ejemplo, incrementando las publicaciones sobre psicología oncológica tanto en revistas médicas especializadas como en revistas de psicología. Y sobre todo en éstas últimas, pues resulta llamativo que en su gran mayoría se publique, paradójicamente, en aquéllas.

La psicología española se ha incorporado con cierto retraso a la investigación sobre cáncer, y ello ha motivado un enorme desequilibrio entre las publicaciones extranjeras y las nuestras (como se evidencia en este mismo artículo). Afortunadamente, la situación ha cambiado notablemente en los últimos años. Entre 1979 y 1983 se habían publicado ya algunos trabajos interesantes, entre los cuales pueden citarse los de Catalán (1979), Catalán y Viladiu (1983), Flórez-Lozano et al. (1981), Bayés (1983), Freixa Y Salvador (1983). Pero en sólo dos años, se ha duplicado el número: Bayés (1984a; 1984b; 1984c), Bayés (1985), Bayés et al. (1985a; 1985b), Font (1984), Ibáñez (1984), Barreto (1984a; 1984b), Forner (1984a; 1984b), Hernández (1984), Andreu et al. (1985), Barreto y Forner (1985), Forner (1985), Mira et al. (1985), Andreu (1985)⁶.

Esto indica, sin lugar a dudas, que la psicología oncológica empieza a ser ya una realidad en nuestro país.

Realidad que se verá enriquecida en los próximos años, merced a las numerosas investigaciones que se están realizando en la actualidad -principalmente tesis doctorales y de licenciatura- en diversos departamentos universitarios de psicología, como los de Barcelona (Autónoma), Valencia y Sevilla, entre otros.

La evidencia acumulada en todos estos años sobre las mutuas relaciones entre psicología y cáncer, justifican plenamente el que se profundice aún más en ellos. Sobre todo por dos razones fundamentales: en primer lugar, porque estamos necesitados de obtener respuestas a la enorme cantidad de preguntas con respecto al cáncer; en realidad, reaccionamos tan pobremente al impacto de nuestra frecuente impotencia, que sería anti-científico desechar determinados estudios solamente porque, según se dice, son muy audaces y atentan contra una mal entendida actitud intelectual. En segundo lugar -y ésta es la razón más inmediata- por los propios pacientes, que tienen todo el derecho a recibir toda la ayuda que la ciencia pueda prestarles. Es una obligación atender a sus defectos físicos y psicológicos; este punto es obvio, y sólo pueden aceptarse diferencias de opinión sobre cómo afrontarlos.

Sin embargo, la hipótesis acerca de cómo intervienen las variables de personalidad en la evolución de las neoplasias, o sobre cuáles son los mecanismos que ayudan a las terapias médicas y psicológicas y cómo les otorgan eficacia, distan mucho de estar confirmadas todavía. Es posible que algún día logre demostrarse que ciertos tipos de conducta, como una existencia empobrecida, restringida a pauta estereotipada de comportamiento, sentimientos, fantasía e inteligencia, son más vulnerables al cáncer, como este tipo lo es, de hecho, a la depresión y al envejecimiento. En cualquier caso, y como recientemente señalaba un autor⁷, si tras todo ello hay tan sólo un «vicio de observación» o una realidad, es cosa que habrá de dilucidar, tras un minucioso análisis, en el inmediato futuro.

Referencias

- ALLAIS, C. y HATTON, F. (1981): Morbidité et mortalité en France et dans le monde. En C. Allais (ed): *La recherche sur les grandes maladies*. Du Seuil, París.
- ANDREU, Y. (1985): *Reacciones emocionales en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de licenciatura, Universidad de Valencia.
- ANDREU, Y., FORNER, E. y MIRA, J.M. (1985): Respuestas emocionales en pacientes con cáncer de mama. Comunicación presentada al VI Symposium Internacional, EUPSYCA, Zaragoza.
- BARRETO, P. (1984 a): *Factores psicológicos en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral no publicada. Universidad de Valencia.
- BARRETO, P. (1984 b): Variables de vulnerabilidad al stress y depresión en pacientes con cáncer de mama. *Primeras Jornadas de Psicología Oncológica*, Barcelona.
- BARRETO, P. Y FORNER, E. (1985): Introducción a la psicología oncológica. En E. Ibáñez (ed.): *Temas de Psicología Clínica*. Promolibro, Valencia.

⁶ El autor desea expresar su agradecimiento a los profesores Ramón Bayés (Universidad Autónoma de Barcelona) y Elena Ibáñez (Universidad de Valencia), que amablemente le proporcionaron información sobre los trabajos que se habían realizado en sus respectivos departamentos sobre psicología y cáncer. Seguramente, la lista de autores citados es incompleta, pues sabemos de otras universidades donde también se está investigando el tema, como es el caso de Alicante. Ahora bien, tanto ésta como otras universidades, no respondieron a la petición de información que se les había remitido. Este es, pues, el motivo de que no aparezcan sus referencias en este artículo, como era nuestro deseo.

⁷ Rof Carballo, J.: *Teoría y práctica psicósomática*. Desclée de Brouwer, Bilbao 1984, pág.301.

- BAYERS, R. (1983): Psicología; cáncer. En: *Psicología i salut*. Barcelona, Fundació Caixa de Pensions.
- BAYES, R. (1984 a): Papel de la psicología en un nuevo modelo de actuación interdisciplinaria en el campo de la salud. En C. Leal y J. I. Navarro (eds): *Terapias del comportamiento. Aspectos clínicos y experimentales* Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- BAYES, R. (1984 b): Psicología, estreñimiento y cáncer. En *Revista de Enfermería*, 70, 66.
- BAYES, R. (1984 c): Cognición y salud en J. Mayor (ed): *Actividad humana y procesos cognitivos*, Alhambra, Madrid.
- BAYER, R. (1985): *Psicología Oncológica*, Martínez Roça, Barcelona.
- BAYES, R., ELVIRA, J., MAÑOSA, A. y VILADRICH, C. (1985): Factores cancerígenos: nivel de información en una población universitaria. *Oncología*. En prensa.
- BOSCH, F.X. (1980): Les xifres del cáncer a Catalunya. *Ciencia*, 4, 20-23.
- BREWIN, C.R. y SHAPIRO, D.A. (1979): Beliefs about the self and their importance for motivation in rehabilitation. En J. Osborne, M.M. Gruneberg y J.R. Eisler (eds.): *Research in psychology and medicine*. (Tomo II), Academic Press, Londres.
- BUTLER, B. (1954): The use of hypnosis in the care of the cancer patient. *Cancer*, 7, 1-8.
- CAIRNS, J. (1978): *Cancer, Science and Society*. Freeman, San Francisco.
- CATALAN, J.G. (1979): La información del hombre con cáncer. *Oncología*, 3, 15-20.
- EPSTEIN, S.S. y SWARTZ, G.B. (1981): Fallacies of lifestyle cancer theories. *Nature*, 289, 127-130.
- EVANS, E. (1926): *A psychological study of cancer*. Dodd, Mead and Co. Inc., Nueva York.
- FERRACUTTI, F. y RIZZO, G. (1953): Contributo allo studio della psicología del canceroso terminale. *Bolletino di Oncologia*, 27, 3-9.
- FONT, A. (1984): Problemas psicológicos en enfermos de cáncer. *Primeras Jornadas de Psicología Oncológica*. Barcelona.
- FOQUE, E. (1931): Le problem du cancer dans les aspects psychiques. *Gazette Hospitalaire*, 10h, 827-836.
- FORNER, E. (1984 a): *Memoria, pensamiento y valores en pacientes cancerosas*. Tesis de Licenciatura, Universidad de Valencia.
- FORNER, E. (1984 b): Ideas irracionales: su incidencia en el estilo de vida de las pacientes de cáncer. *Revista Rol de Enfermería*, 70, 68-69.
- FORNER, E. (1985): Sistema de valores: su incidencia en el estilo de vida de las pacientes cancerosas. *Boletín de Psicología*, 6, 121-131.
- GARRIDO, P., NAVAS, E.; SALLERAS, L.; PARDELL, H. y CANELA, J. (1984): Niveles y tendencias de la mortalidad por cáncer de pulmón en España. *Symposium on smoking and health in the southeuropean countries*. Barcelona.
- HALL, H.; LONGO, S. y DIXON, R. (1981): Hypnosis and immune system: the effect of hypnosis on T and B cell function. 33rd. *Annual Meeting of the Society for Clinical and Experimental Hypnosis*. Portland.
- HERNANDEZ, P. (1984): *Personalidad y cognición en enfermas cancerosas*. Tesis de Licenciatura, Universidad de Valencia.
- HOFFMAN, J. (1926): *Some observations on psychological factors with patients with neoplastic disease*. Saunders, Nueva York.
- IBÁÑEZ, E. (1984): Reflexiones sobre las relaciones entre depresión y cáncer. *Boletín de Psicología*, 4, 99-117.
- KEHREN, FL. (1922): *Vraschen und Behandlung der Unfruchtbarkeit nach modernen Gesichtspunkten*. Dresden.
- KISSEN, D.M. (1967): Psychosocial factors, personality and lung cancer in men aged. *British Journal of Medicine and Psychology*, 40, 55-64.
- LESHAN, L. (1959): Psychological status as factors in the development of malignant disease. A critical review. *Journal of National Institute*, 22, 31-45.
- LESHAN, L. y WORTHINGTON, R.E. (1954): Loss on cathexes as a common psychodynamic characteristic of cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 183, 19-26.
- LOMBARD, H.L. y POTTER, E.A. (1950): Epidemiological aspects of cancer of the cervix. Hereditary and environmental factors. *Cancer*, 3, 59-71.
- MEARES, A. (1981): Cancer, psychosomatic illness and hysteria. *The Lancet*. Noviembre, 1037-1038.
- MIRA, J.M.; ANDREU, Y. y FORNER, E. (1985): Tasas de cáncer entre la población psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. *VI Symposium internacional EUPSYCA*, Zaragoza.
- MILLER, F.R. y JONES, H.W. (1948): The possibility of precipitating the leukemic states by emotional factors. *Blood*, 8, 23-29.
- MOHR, F. (1925): *Psychophysische Behandlungs-methoden*. Hirzel, Leipzig.
- MUIR, C.S. (1981): Comme un Kaléidoscope. *Santé du Monde*. Septiembre-octubre, 8-11.
- NOVAK, D.H.; PLUMER, R.; SMITH, R.; OCHITILL, H.; MOROW, G.R. y BENNETT, J.M. (1979): Changes in psycian's attitudes toward telling the cancer patient. *Journal of the American Medical Association*, 241, 897-900.
- PAGET, J. (1870): *Surgical pathology*. Longman's Green, Londres.
- PELLER, L.S. (1940): Cancer and its relations to pregnancy, to delivery and to marital and social status. Cancer of the breast and genital organs. *Surgical Gynecology and Obstetrics*, 7, 174-181.
- PICOT, A. (1982): Le veau aux hormones, est-il toxique?. En *La recherche sur le cancer*. Du Seuil, Paris.
- PRUYN, J.F. (1984): Coping with stress in cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 5, 57-62.
- RILEY, V. (1981): Biobehavioral factors in animal work on tumorigenesis. En S.M. Weiss. J.A.; Herd y B.H. Fox (eds.): *Perspectives on behavioral medicine*. Academic Press, Nueva York.
- ROBBINS, G.F.; McDONALD, M. y PACK, G.T. (1953): Delay in the diagnosis and treatment of physicians with cancer. *Cancer*, 6, 624-631.
- ROF CARBALLO, J. (1984): *Teoría y práctica psicósomática*. Desclée du Brouwer, Bilbao.
- SARASIN, A. (1982): Des tests simples et rapides pour détecter les cancérógènes. en *La recherche sur le cancer*. Du Seuil, Paris.
- SCHAVELZON, J. y otros (1965): *Psicología y cáncer*. Hormé, Buenos Aires.
- SIMONTON, O.C.; MATTHEWS-SIMONTON, S. y CREIGHTON, J.L. (1978): *Getting well again*. Bantam, Nueva York.
- SIMONTON, O.C. y MATTHEWS-SIMONTON, S. (1981): Cancer and stress. Counseling the cancer patient. *The medical Journal of Australia*, 1, 679-683.
- SNOW, H. (1983): *Cancer and the cancer process*. Churchill, Londres.
- STEPHENSON, J.H. y GRACE, W.J. (1954): Life stress and cancer of the cervix. *Psychosomatic medicine*, 16, 287-296.
- STERN, E. y DIXON, W.J. (1961): Cancer of the cervix. A biometric approach to etiology. *Cancer*, 14, 153-159.
- STJERNSWARD, J. (1981): Cancer: la lutte continue. *Santé du monde*. Septiembre-octubre, 2-7.
- STOLL, B.A. (1979): Restraint of growth and spontaneous regression of cancer. En B.A. Stoll (ed.): *Mind and cancer prognosis*. Wiley, Chischester.
- TARLAU, M. y SMALHEISER, I. (1954): Personality patterns in patients with malignant tumors of the breast and cervix. *Exploratory. Psychosomatic medicine*, 13, 117-124.
- TORO, J. (1983): Stress y enfermedad en C. Ballús (ed.): *Psicobiología*. Herder, Barcelona.