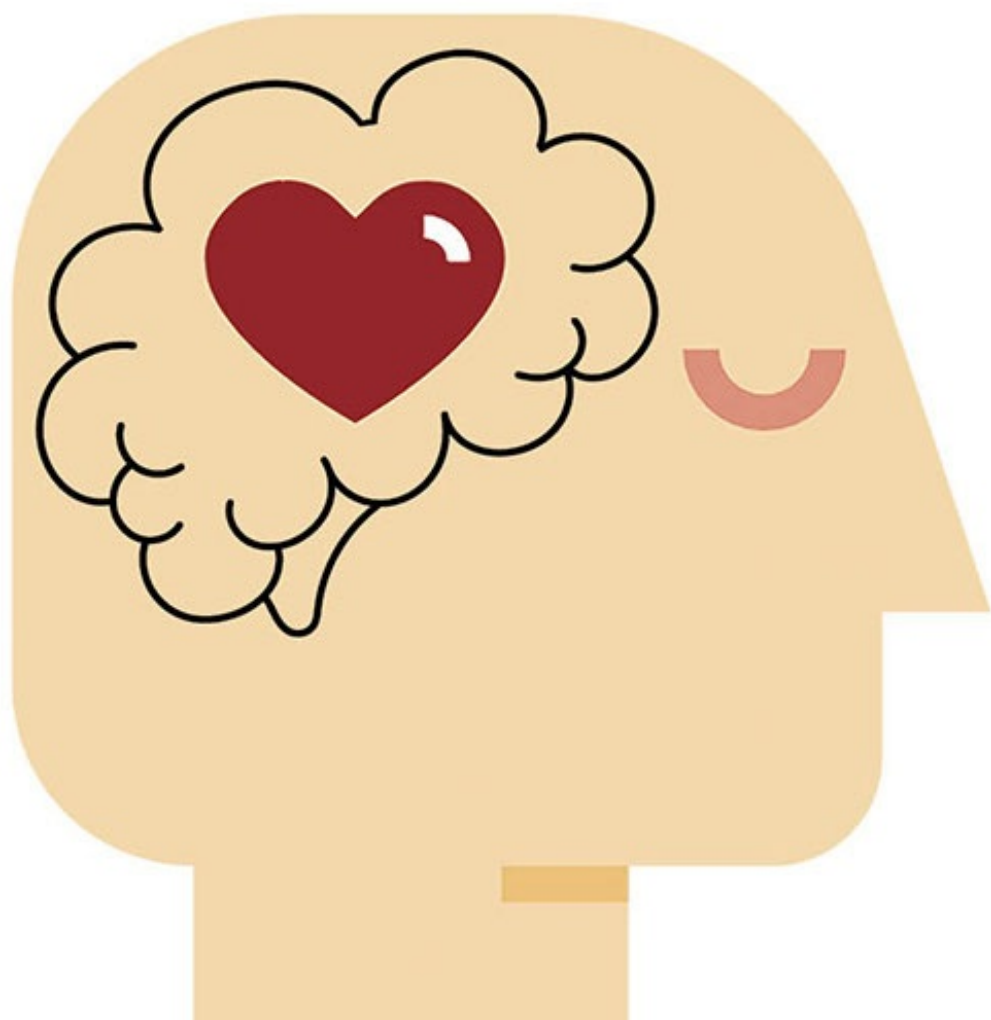


Andrea Orlando
Claudio Dubersarsky

SALUD MENTAL Y CÁNCER

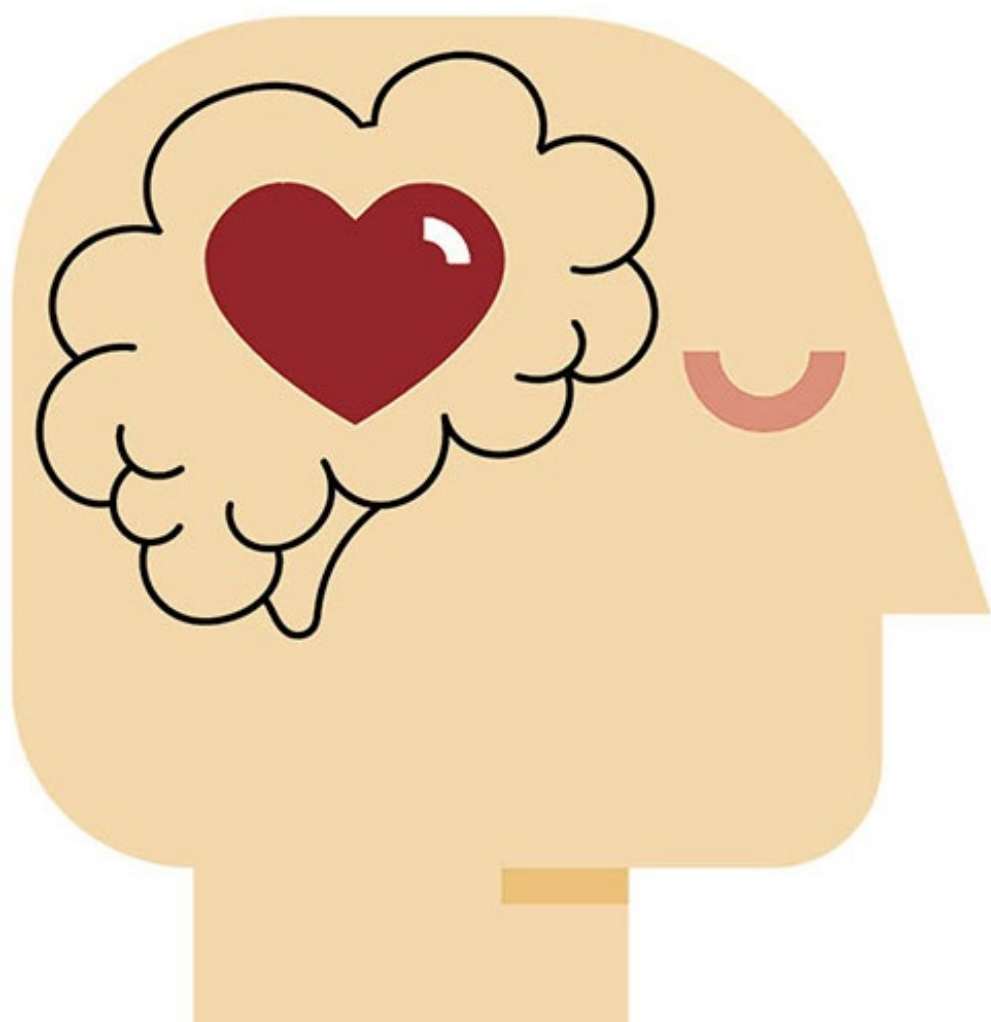
¿Causa o consecuencia?



Andrea Orlando
Claudio Dubersarsky

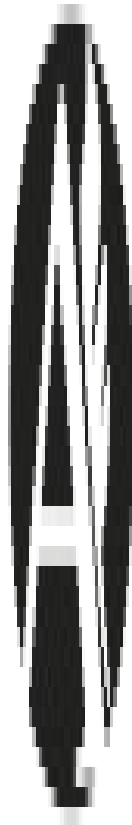
SALUD MENTAL Y CÁNCER

¿Causa o consecuencia?



Andrea Orlando y Claudio Dubersarsky

**Salud mental y cáncer:
¿Causa o consecuencia?**



EDITORIAL AUTORES DE ARGENTINA

▪

Orlando, Andrea

Salud mental y cáncer : ¿Causa o consecuencia? / Andrea Orlando ; Claudio Dubersarsky. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Autores de Argentina, 2022.

Libro digital, EPUB

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-87-2491-1

1. Ensayo. I. Dubersarsky, Claudio II. Título

CDD 362.104

▪

EDITORIAL AUTORES DE ARGENTINA

www.autoresdeargentina.com

info@autoresdeargentina.com

Índice

[Introducción](#)

[Objetivo general](#)

[Marco teórico](#)

[Estrés](#)

[Ansiedad](#)

[Suicidio](#)

[Recursos interpersonales](#)

[Negación](#)

[Conclusiones](#)

[Consideraciones finales](#)

[Resumen](#)

[Bibliografía](#)

A nuestros hijos David, Nico y Sofi.

A nuestras familias.

*A nuestros pacientes que nos eligieron y confiaron en nosotros
para acompañarlos en el afrontamiento de la enfermedad.*

INTRODUCCIÓN

Referirse al tema de los trastornos psiquiátricos más comúnmente padecidos por los enfermos de cáncer; obliga a mencionar al PSYCOG (Psychosocial Collaborative Oncology Group), que auspició un importantísimo estudio randomizado realizado en tres centros oncológicos norteamericanos y publicado por Derogatis y colaboradores en 1983.¹

Se estudiaron 215 pacientes adultos en tratamiento oncológico, con neoplasias primitivas.

Se encontró que:

- El 47% de los pacientes presentaba trastornos psiquiátricos evidenciables clínicamente (la prevalencia en la población general era del 15%).
- Los trastornos adaptativos constituían el 68% de todos los diagnósticos, lo que corresponde a una prevalencia del 32% y predominaban los cuadros en estado depresivo.
- No se diagnosticó ningún caso de esquizofrenia (la prevalencia en la población general es del 1%).
- El 6% de todos los pacientes padecían depresión mayor, generalmente unipolar. Esta cifra correspondía al 13% de los pacientes con trastornos psiquiátricos.
- No se detectaron pacientes maníacos ni bipolares.
- A estos diagnósticos se sumaron en orden descendente de prevalencia: trastornos mentales orgánicos (4%), trastornos de personalidad (3%) y trastornos ansiosos (2%).
- La prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes de este estudio fue del doble de lo que aparece en las comunicaciones de trabajos con pacientes somáticos no oncológicos y del triple de las cifras que se mencionan para la

población en general.

El diagnóstico de un cáncer supone un importante impacto psíquico en la persona que lo recibe. Es una enfermedad muy temida por la gravedad que puede suponer y porque se asocia en el imaginario colectivo a muerte y deterioro físico importante. Además de los condicionantes socioculturales, hay una serie de condicionantes individuales (personalidad previa, experiencias de personas cercanas con el cáncer, atribuciones que se dan a la propia situación, creencias religiosas, etc.) que también influyen en la reacción psicológica de la persona ante el diagnóstico.

La crisis que genera el diagnóstico de cáncer requiere adaptación rápida. El sujeto debe intentar controlar su nivel de perturbación emocional mientras toma decisiones terapéuticas cruciales. Las principales preocupaciones comprenden temor a la muerte, dependencia, desfiguración, incapacidad, abandono y problemas en sus relaciones interpersonales, rol social y mantenimiento económico.²

Sus respuestas están moduladas por factores médicos, psicológicos e interpersonales.

Los factores psicológicos incluyen el estilo de personalidad premórbido, capacidad de afrontamiento, fortaleza del yo y estadio de desarrollo de la personalidad.

Los factores interpersonales se relacionan con el apoyo social y familiar,

incluyendo el equipo médico.

Todas las dificultades imaginarias o reales ante el diagnóstico de un cáncer pueden suponer fuentes importantes de estrés para los pacientes y puede desencadenar una serie de alteraciones psicopatológicas. Ante dicho estrés se ponen en funcionamiento las reacciones de afrontamiento para intentar manejar la situación y atenuar su impacto emocional; es decir, el afrontamiento podría mediar el impacto del estrés en la psiquis del enfermo y por lo tanto mediar el efecto del diagnóstico en la aparición de alteraciones psicopatológicas.^{3, 4, 5, 6, 7}

OBJETIVO GENERAL

- **Realizar una revisión y actualización bibliográfica sistematizada sobre los trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Investigar la relación existente entre el padecimiento de cáncer y la incidencia de depresión, ansiedad y estrés.**
- **Analizar la tasa de suicidios en pacientes oncológicos.**
- **Determinar la importancia de la intervención del psiquiatra en el tratamiento multidisciplinario que debe recibir el paciente oncológico.**

Enfoque de la investigación

Investigación bibliográfica

Selección de datos

- Fuentes: bibliografía sobre alteraciones psiquiátricas y psicológicas en pacientes con cáncer publicada en cualquier idioma desde el año 1970, utilizando MEDLINE, COCHRANE y EMBASE. Se identificaron otras referencias a partir de la bibliografía de artículos publicados.

- Estrategia de búsqueda: los términos clave de búsqueda en MEDLINE, COCHRANE y EMBASE fueron: cáncer - estrés - depresión - ansiedad - suicidio.

La última actualización de las búsquedas se realizó el 10 de diciembre de 2020.

Selección

La realización de una prolija revisión bibliográfica sistemática ha permitido considerar diversas fuentes que evidencian aportes significativos para el presente trabajo.

Tema

Trastornos psiquiátricos más frecuentes en pacientes con cáncer

MARCO TEÓRICO

Cuando el estrés y el sufrimiento de la situación de padecer un cáncer sobrepasan la capacidad de adaptación o de respuesta del paciente ante la situación pueden llegar a producirse auténticos síndromes que alteran de forma significativa la calidad de vida de estos enfermos.

Las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en enfermos de cáncer tienen que ver, sobre todo, con sintomatología ansiosa y depresiva. Dicha sintomatología puede producirse por el impacto del diagnóstico, por el dolor y otros síntomas físicos, por la angustia ante la posibilidad de una muerte cercana, por las alteraciones generadas por el tratamiento, o ser independientes del proceso oncológico. Además, el cáncer altera numerosos aspectos de la vida de las personas que lo sufren incluyendo las relaciones familiares, el trabajo, el funcionamiento diario, etcétera. A lo que hay que añadir la presión que supone la toma de decisiones ante tratamientos, posibilidades ante el futuro y otras derivadas del diagnóstico. No obstante, no hay que desestimar la influencia de los factores psicológicos preexistentes antes del diagnóstico que influyen en su reacción ante la situación que están pasando.

Los tratamientos oncológicos pueden causar diferentes alteraciones psicopatológicas. La irradiación y la mayoría de los fármacos oncológicos producen efectos adversos.

La quimioterapia puede producir encefalopatía, síndrome cerebeloso agudo y ataxia, mielopatía, neuropatía y ototoxicidad.

En la tabla 1, se describen las causas más frecuentes de trastornos del estado de ánimo en pacientes con cáncer. Y en la tabla 2 se describen a los fármacos quimioterápicos asociados con síntomas psicóticos y anímicos.⁸

**Tabla 1. Causas de trastornos del estado de ánimo
en pacientes con cáncer**

Fármacos:

Agentes quimioterápicos, prednisona, dexametasona, procarbazona, vincristina, vinblastina, L-asparaginasa, tamoxifeno, interferón, opiáceos.

Efectos del tumor:

Tumores secretantes de hormonas

Tumores del sistema nervioso central

Enfermedades médicas asociadas

Uremia

Encefalopatías virales

Desequilibrios electrolíticos

**Tabla 2: Quimioterápicos asociados con síntomas
psicóticos y anímicos**

Dacarbazina: informes de depresión y suicidio, sobre todo cuando se combina con hexametilmelamina.

Vinblastina: depresión reversible frecuente

Vincristina: incidencia de alucinaciones en el 5%; depresión.

L-aparaginasa: depresión reversible.

Procarbazona: IMAO: la administración concurrente de tricíclicos e inhibidores específicos de la recaptación de serotonina está contraindicada; se asocia con manía y depresión; potencia los efectos de alcohol, barbitúricos, fenotiazinas.

Hidroxiurea: informe de alucinaciones.

Interferón: ansiedad, depresión con ideación suicida frecuente con dosis elevadas.

Esteroides: alteraciones frecuentes del estado mental, desde labilidad emocional hasta manía o depresión grave o suicida o psicosis evidente.

Tamoxifeno: depresión, rara vez síndrome delirante.

Según la Escuela Europea de Psiquiatría la intervención del psiquiatra en un servicio de oncología se remite en general a un modelo biopsicosocial. El psiquiatra asume las dificultades provenientes de las distintas áreas, en un entorno institucional que tiende a la especialización, a la separación de las prácticas. El psiquiatra deberá coordinar varios tipos de intervención: médica, social e institucional.

La dimensión psicológica es tratada según dos modelos principales.

Modelo psicodinámico

En la psicoterapia psicodinámica el cambio conductual se produce, principalmente, mediante dos procesos de tratamiento: la comprensión de los

patrones cognitivos y afectivos originados en la infancia (mecanismos de defensa) y la comprensión de las relaciones conflictivas que se han mantenido con las figuras importantes de la propia infancia tal como se vuelven a experimentar en la relación médico-paciente (transferencia). La recuperación y la comprensión de esos sentimientos y percepciones son el objetivo principal del tratamiento. El marco del tratamiento se diseña para facilitar la aparición de estos patrones de una manera que permita analizarlos, en vez de confundirlos con la realidad de la relación médico-paciente o de descartarlos como triviales.

Para el éxito de la psicoterapia con orientación psicoanalítica es fundamental y necesario que el paciente se sienta comprometido en el trabajo, y que confíe en la relación con el terapeuta.⁹

Tabla 3. Psicoterapia psicodinámica

Centro de atención

Efectos de la experiencia pasada sobre las conductas actuales (cogniciones, afectos, fantasías y acciones)

Objetivo

Comprensión de los mecanismos de defensa y de las respuestas de transferencia del paciente, en particular cómo aparecen en la relación médico-paciente.

Técnica

Alianza terapéutica

Asociación libre

Interpretación de la defensa y de la transferencia

Encuentros frecuentes

Duración

De meses a años

Modelo conductista-cognitivista

Una característica de la psicoterapia cognitiva para los trastornos emocionales es el énfasis que pone en la relevancia psicológica del individuo sobre sí mismo, su mundo personal (incluidas las personas que forman parte de su vida) y su futuro, la llamada “tríada cognitiva”. Cuando un individuo experimenta un excesivo malestar emocional desadaptativo, este se vincula a las interpretaciones tendenciosas, problemáticas y estereotipadas que son relevantes para esta tríada cognitiva, compuesta por el yo, el mundo y el futuro. Así, los individuos con

depresión clínica pueden ser propensos a creerse incapaces e inútiles, a considerar a los demás moralistas y críticos, y a ver un futuro desalentador e infructuoso. De forma similar, los pacientes con trastornos de ansiedad pueden verse a sí mismos como muy vulnerables, a los demás como más capaces, y el futuro con una fuerte probabilidad de que traiga asociada otros trastornos personales. Se utiliza en depresión, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de la personalidad y trastornos somatomorfos. El tratamiento suele llevarse a cabo de manera individual, aunque en ocasiones puede ser útil una terapia grupal.

La psicoterapia cognitiva supone que, en general, la percepción y la experiencia son procesos activos que implican el procesamiento de datos tanto observables como introspectivos. Las condiciones del paciente representan una síntesis de los estímulos internos y externos. La manera en que una persona examina una situación resulta evidente en sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales), las cuales representan el grueso de su conciencia o campo fenomenológico, que refleja la configuración de uno mismo, su mundo, su pasado y su futuro.

Las alteraciones en el contenido de las estructuras cognitivas subyacentes afectan el estado afectivo de los pacientes y su patrón conductual; con la psicoterapia llegan a ser conscientes de sus distorsiones cognitivas. La corrección de las construcciones erróneas disfuncionales puede conducir a una mejoría clínica.⁹

Tabla 4 Psicoterapia cognitiva

Objetivo

Identificar y alterar las distorsiones cognitivas que mantienen los síntomas

Criterios de selección

Utilizada fundamentalmente en el trastorno distímico

Trastornos depresivos no endógenos

Los síntomas no son mantenidos por una familia patológica

Duración

Limitada en el tiempo, generalmente de 15 a 25 sesiones, reuniones una vez a la semana.

Técnicas

Empirismo colaborador

Estructurada y dirigida

Asignación de lecturas

Tareas para casa y técnicas conductuales

Identificación de creencias irracionales y pensamientos automáticos

Identificación de actitudes o suposiciones que pueden subyacer en pensamientos sesgados negativamente

ESTRÉS

En 1932 Walter Cannon desarrolló el concepto de “homeostasis” como la capacidad de un organismo para mantener constante el equilibrio interno, y empleó el término de estrés, extrapolado de la física, como “niveles críticos del estrés” para definir una situación que podría provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos.

Hans Selye fue quien creó este concepto y lo definió como un síndrome causado por distintos agentes nocivos que son capaces de producir una respuesta inespecífica del organismo, lo que denominó síndrome general de adaptación (Bonet, 2013).¹²

Selye hacía hincapié en la respuesta frente a un evento, y no en el estímulo propiamente dicho. Consideraba al estrés como el resultado no específico de cualquier demanda sobre el cuerpo que generaba un cambio físico o mental.

Endler y Eduards postularon que el estrés puede ser considerado como estímulo, como respuesta y como un estado del individuo que intermedia a los anteriores (concepto interaccional), ya que la respuesta incluye el estímulo.¹³

Kaplan define como estresante aquellas situaciones en las cuales existe una marcada discrepancia entre las demandas que actúan sobre el organismo y la capacidad de respuesta de este.¹⁴

Hamilton, Lazarus y Folkman definen a la circunstancia o acontecimiento capaz de producir estrés (estresor) como el o los acontecimientos o condiciones externas al sujeto (estímulo), que actúan como sus agresores o son evaluados por él como tales, y son la respuesta del estrés las reacciones de los individuos a los estresores.¹⁵

Proponen llamar trauma a la situación estresante cuando tuvo lugar en el pasado y amenaza a la situación estresante anticipada.

Este concepto ha ido cambiando a lo largo del tiempo y hoy en día se cree que el estrés es el responsable de diferentes patologías, tanto fisiológicas como psicológicas. Se le atribuye al estrés la responsabilidad en episodios depresivos, deterioro del rendimiento laboral, disfunción en las relaciones sexuales, problemas del sueño, hipertensión, entre otras.

A lo largo de los años ha aumentado la cantidad de estudios donde plantean que el estrés también es responsable de alteraciones producidas como consecuencia de una afectación del sistema inmune, como son las enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes y cáncer.

El término estrés es sumamente ambiguo. Este presenta distintas connotaciones y tiene poca utilidad para entender cómo el organismo se adapta a las diferentes demandas de la vida diaria y a situaciones catastróficas que ocurren esporádicamente.

Según Vales, el estrés es una reacción del ser humano ante determinadas situaciones amenazantes. Dentro de este concepto podemos encontrar el eustrés y el distrés. El primero alude a respuestas eficaces y controladas del sujeto, que le permiten una mejor adaptación. El segundo se refiere a respuestas del sujeto frente a determinados estilos y circunstancias de la vida en las cuales hay una inadecuada adaptación. Estas reacciones se pueden mantener en el tiempo, creando una sobrecarga en el organismo que puede desencadenar problemas de salud.

La respuesta emocional del individuo frente al estrés tiene síntomas de ansiedad, ira, cólera, irritabilidad, tristeza, pánico y sensación de desesperanza. Estos síntomas son de naturaleza transitoria.

El estrés activa diferentes reacciones que generan respuestas conductuales y fisiológicas. Estas respuestas neuronales, metabólicas y neuroendocrinas le permiten al organismo actuar frente al estresor de manera adaptada.

Se plantea que el análisis del estresor se divide en tres etapas. La primera etapa es la recepción del estresor y el filtro de las informaciones sensoriales. Luego encontramos la reacción al estrés. Aquí entran en juego el córtex prefrontal y el sistema límbico, y la respuesta se hará en función de la experiencia de la persona. La tercera y última etapa es la activación de la respuesta del organismo frente al estresor. Esta respuesta pone en juego el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA).

Se considera al eje hipotálamo-hipófisis-adrenal como el de mayor relevancia en la respuesta al estrés. En el hipotálamo se encuentran neuronas que están involucradas en la respuesta al estrés. Éstas son responsables de la regulación

neuroendocrina, autonómica y conductual.

Las neuronas mencionadas proyectan a los sitios de control de la respuesta autonómica y al sistema límbico, generando así la respuesta de ansiedad. Asimismo, estas neuronas liberan neurohormonas, específicamente corticotropinas (CRF), al sistema que conecta el hipotálamo con la adenohipófisis, lo cual genera la liberación de hormonas ACTH al torrente sanguíneo. Esto genera la formación de glucocorticoides en la corteza suprarrenal, y queda establecido así el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal.

Las proyecciones del hipotálamo sobre el sistema nervioso autónomo simpático generan un aumento en la frecuencia cardíaca y en la respiración, dilatación de las pupilas y aumento en la sudoración.

También inhibe la motilidad digestiva, como también la liberación hacia el torrente sanguíneo de catecolaminas, adrenalina y noradrenalina. Estas hormonas refuerzan la acción del SNA simpático y los glucocorticoides mantienen la glucosa en sangre, la cual será utilizada en respuesta ante una situación de emergencia.¹⁶

Vales plantea tres instancias en respuesta al estrés, la ultrarrápida, la cual se produce en segundos y conlleva la liberación de catecolaminas y corticotropinas. Luego encontramos la rápida, que implica la liberación de ACTH, endorfinas y hay un aumento del flujo cerebral sanguíneo, como también la utilización de glucosa, la pérdida del apetito y disminución de los sistemas gonadotrópicos. La tercera y última instancia es la mediata, la cual es necesaria para mantener los niveles de actividad y el funcionamiento de las etapas anteriormente nombradas. Esta etapa implica principalmente la liberación de glucocorticoides.

Podemos diferenciar lo que es el estrés agudo de lo que es el estrés crónico. Dentro del estrés agudo se encuentra una diferencia entre el hombre y la mujer. En la respuesta al estresor, en el hombre se activa el córtex prefrontal, a diferencia de la mujer que activa preferentemente el sistema límbico.

Por otra parte, el estrés crónico se desencadena cuando la respuesta al estrés es repetitiva, entra en lo que se denomina fase de agotamiento o hipercortisolemia crónica.

A lo largo de los años y a través de diferentes enfoques de la ciencia, la medicina y la psicología, se ha estudiado la posible influencia que tienen los factores psicológicos en el funcionamiento corporal. Se ha establecido que el estrés genera fallas inmunológicas y por lo tanto puede incidir en el inicio y curso del cáncer, ya que este último pertenece a las denominadas enfermedades inmunosupresoras.

Según Ray, los factores mediadores entre la mente y el cuerpo, entre ellos la interacción social del individuo, favorecen en la preservación o el deterioro de la salud. Plantea que una situación estresante que es capaz de alterar el funcionamiento de uno de los sistemas del organismo afectará el funcionamiento de los demás sistemas, debido a que se encuentran interconectados.

Kiecolt-Glaser, McGuire & Robles nos plantean que tanto nuestra forma de pensar, nuestras creencias y nuestros sentimientos son una actividad bioquímica que se desarrolla en nuestro cerebro. Esto a su vez se expresa en nuestros sistemas endocrino e inmune y es lo que determina nuestra salud. Actualmente

se puede establecer que nuestros pensamientos modifican nuestra biología. Por ende, no es solamente la influencia de los actores psicológicos, sino que los pensamientos, los recuerdos, las emociones y las conductas son partícipes en los estados globales de adaptación.¹⁶

Distintas situaciones estresantes que son procesadas por el sistema de creencias de cada individuo son capaces de generar emociones negativas, enojo, ira, miedo, depresión, desesperanza. Activan mecanismos bioquímicos a nivel del hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales que tienden a disminuir o suprimir la respuesta inmune. Esto hace posible el desarrollo de distintas patologías, entre ellas el cáncer.

En 2005 Glaser y Kiecolt realizaron una investigación donde establecieron que los factores psicológicos están asociados a disfunciones inmunes y el desarrollo de células cancerígenas. Fue en este mismo estudio en que se logró establecer evidencias de que el estrés psicológico puede influir en el aumento del riesgo de contraer cáncer.¹⁶

Por otra parte, Lutgendorf y Sood plantean que el comportamiento de las personas tiene un rol importante como factor de riesgo para la progresión del cáncer. Dentro de los factores que promueven esta enfermedad, encontramos la adversidad social, la depresión y el estrés.¹⁷

Bryla en 1996, realizó una investigación donde relacionó el estrés con el cáncer de mama y los efectos mediadores del sistema inmune. Los estudios demostraron una relación positiva entre ambos, aunque el mecanismo exacto no está del todo claro. Los investigadores caracterizaron a las mujeres que sufrían cáncer de mama con ciertos rasgos de personalidad y establecieron que eran más receptivas al estrés emocional. Dentro de estos rasgos de personalidad se

encontraban: la supresión emocional, la depresión, estilos de afrontamiento represivos, evitación de conflictos, incertidumbre, inhibición sexual.

Hulka y Moorman (2001) & Peled, et al. (2008) sugirieron que la respuesta fisiológica del estrés es capaz de influenciar en el sistema inmune, y contribuir al desarrollo del cáncer de mama.¹⁸

Vitaliano, Scanlan, Ochs, Siegler & Snyder establecieron que dentro de las alteraciones del sistema inmune se pueden encontrar: linfocitopenia, involución del timo, disminución de monocitos, macrófagos y mastocitos y células T. También disminuyen los anticuerpos, se inhiben las células NK y existe pérdida de masa del tejido del bazo y los ganglios linfáticos periféricos.¹⁹

Peled et al. remarcaron en su estudio que las investigaciones que intentan dar cuenta de la influencia que tienen los factores estresantes en la iniciación o progresión del cáncer son difíciles de realizar, y plantean que el problema principal está en la naturaleza retrospectiva de dichos estudios. Asimismo, plantean que el estrés es capaz de contribuir al aumento del riesgo del cáncer modificando las respuestas celulares frente a factores ambientales. Además, modifica el mecanismo mediante el cual el sistema nervioso central, el sistema endocrino y el sistema inmune interactúan y cómo el comportamiento y/o eventos externos modulan estos tres sistemas.

Si bien actualmente podemos establecer que el estrés psicológico y determinados estados emocionales alteran la función del sistema inmune, es importante destacar que no todos los eventos estresantes son inmunosupresores, algunos son de activación.

Desde la psiconeuroinmunoendocrinología se ha intentado demostrar que, cuando la respuesta al estrés percibido deviene en un proceso crónico, facilita el comienzo de un estado de distrés emocional. En este estado de distrés emocional se puede observar una gran utilización y mal manejo de hormonas, corticosteroides y catecolaminas por parte de los ejes neuroendocrinos.

Richard Lazarus y Susan Folkman describieron tres tipos de valoraciones que realizan las personas frente a una situación estresante:

- **Daño o pérdida**
- **Amenaza**
- **Desafío**

Refiriéndonos al cáncer, frente al padecimiento de la enfermedad, los pacientes pueden sentirse dañados, amenazados, o percibir un desafío en su situación y encararlo como tal.

Por lo tanto, desde esta visión, podríamos plantear que no es el hecho en sí lo estresante, sino la interpretación de este, que cada sujeto realiza individualmente.^{20, 21}

ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad están asociados con una morbilidad significativa y a menudo son crónicos y refractarios al tratamiento. Los trastornos de ansiedad pueden considerarse una familia de trastornos mentales distintos, pero relacionados, que incluyen los siguientes: 1) trastornos de pánico; 2) agorafobia; 3) fobia específica; 4) trastorno de ansiedad o fobias sociales; 5) trastorno de ansiedad generalizado.

La experiencia de la ansiedad tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas (por ejemplo, palpitaciones y diaforesis) y la de estar nervioso o asustado.

Además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta el pensamiento, la percepción y el aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción, no solo del tiempo y del espacio, sino también de los individuos y del significado de los acontecimientos. Estas distorsiones pueden interferir con el aprendizaje y deteriorar la concentración y la memoria, así como la capacidad para relacionar un ítem con otro (es decir, para establecer asociaciones).

El diagnóstico de trastorno de ansiedad en enfermos con cáncer es complicado porque los síntomas de la ansiedad pueden deberse a alteraciones emocionales previas o a la repercusión psíquica de la enfermedad, al propio cáncer o al tratamiento antineoplásico, e incluso se pueden producir por una interacción de todas ellas.²²

La ansiedad en enfermos oncológicos puede ser de varios tipos según Meseguer:

1) Ansiedad confusional: tiene que ver con el no entender todas las dimensiones de lo que está pasando y el no saber hacia dónde va; lo que genera la sensación de peligro de desestructuración de la personalidad. El paciente pregunta mucho e incluso busca segundas opiniones, pues busca control mediante la información.

2) Ansiedad paranoide: por la vivencia de un ataque a la propia integridad y por el miedo a la desestructuración de la personalidad.

Esta ansiedad se aumenta por procedimientos médicos que sean invasivos o agresivos, entrevistas con familiares sin la presencia del enfermo, la actitud autoritaria del médico o de otros profesionales y las medidas de inmovilización que se usan en la radioterapia.

3) Ansiedad depresógena: es la que tiene que ver con sentimientos de desesperanza, el temor a las pérdidas múltiples a las que se está exponiendo, la falta de motivación, la tristeza o el aburrimiento.

4) Ansiedad existencial: se da en personas que expresan sentimientos de vacío (en los que se pierde el valor de la experiencia presente) y pérdida de sentido de su existencia a raíz del diagnóstico y circunstancias de la enfermedad.

Es frecuente que se asocie con la toma de conciencia de la posibilidad de la muerte que genera sentimientos de soledad insoslayable y de desvalimiento.

Otra posibilidad de clasificar la ansiedad en pacientes oncológicos es la que se muestra a continuación:

1) Ansiedad reactiva o situacional: relacionada con diferentes momentos de crisis.

2) Ansiedad relacionada con una influencia médica: por mal control del

dolor, alteraciones metabólicas, secreción hormonal tumoral (como sucede en algunos tumores pulmonares) y fármacos.

3) Ansiedad relacionada con un trastorno de ansiedad preexistente: que se reactiva por el estrés que suponen todas las angustias asociadas a la enfermedad.

4) Ansiedad durante el tratamiento del cáncer: relacionada con la cirugía mutilante, la radioterapia, alopecia, emesis anticipatoria, etc.

Las diferentes situaciones ya citadas que generan estrés y sufrimiento en el paciente con cáncer pueden desencadenar diferentes tipos de síndromes depresivos como depresión mayor, distimia, depresión atípica o trastornos adaptativos con sintomatología depresiva.

Tratamiento de la ansiedad en pacientes

con cáncer

Los tratamientos recomendados para el tratamiento de la ansiedad engloban medidas farmacológicas (basadas en la administración de ansiolíticos, especialmente los benzodiazepinas, cuya elección debe realizarse en función de su vida media y su potencia ansiolítica) y no farmacológicas (basadas en la psicoterapia de soporte emocional y las técnicas cognitivo-conductuales).

Tratamiento psicológico

El tratamiento psicológico es considerado como tratamiento intermedio a la intervención terapéutica propia del cáncer. Fawzy et al. señalan que el objetivo de las intervenciones psicológicas es ayudar a los pacientes de cáncer a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento, disminuir los sentimientos de alienación, aislamiento, indefensión, y abandono; reducir la ansiedad en relación con los tratamientos y clarificar percepciones e informaciones erróneas. Estas intervenciones que se diseñan para disminuir la indefensión y desesperanza tienen además la ventaja de que animan a la persona para que adopte más responsabilidad en volver a estar bien y en colaborar con los tratamientos médicos. ²³

Tratamiento farmacológico

Si las intervenciones psicoeducativas y psicosociales no son suficientes para tratar la ansiedad de los pacientes, puede ser necesario utilizar tratamientos farmacológicos. Desde 1980, los estudios han evaluado gran variedad de fármacos. Tras revisar la evidencia en la literatura, aquellos que probablemente sean efectivos en combinación con intervenciones psicosociales son los ansiolíticos, los antidepresivos, los antihistamínicos y los neurolépticos atípicos.

Los antidepresivos son útiles en el tratamiento de la depresión en general y de aquella en contexto de un cáncer. Su utilidad es disminuir los síntomas depresivos (aunque puede administrarse en personas sin amplio rango de síntomas depresivos), mejorar la capacidad funcional, reducir la caquexia, aminorar los síntomas menopáusicos y reducir el dolor. Algunos de ellos tienen también propiedades ansiolíticas y pueden usarse eficazmente en trastornos ansioso-depresivos o como tratamiento adyuvante para el dolor, náuseas y vómitos asociados al cáncer. ²⁴

Varios investigadores han encontrado significativa mejoría con mirtazapina,

fluvoxamina o duloxetina. En el caso de pacientes con insomnio también pueden beneficiarse de antidepresivos como la mirtazapina, amitriptilina o la trazodona. Por otro lado, los benzodiazepinas pueden producir alivio a corto plazo de los síntomas ansiosos, pero no es una buena estrategia en tratamientos a largo plazo dada la elevada probabilidad de habituación o dependencia. Los benzodiazepinas tienen efecto ansiolítico, sedativo y relajante muscular. Las más usadas en el paciente oncológico son el alprazolam, lorazepam y clonazepam. Su elección debe realizarse en función de su vida media y su potencia ansiolítica. El efecto secundario más común es la sedación y la somnolencia, así como también en personas mayores o con estados somáticos comprometidos, puede asociarse a ataxia, disartria, inestabilidad, confusión, dificultades de concentración y torpeza. Los antipsicóticos de perfil sedativo a bajas dosis, como la olanzapina o la quetiapina son efectivos en pacientes con ansiedad severa no controlada con benzodiazepinas o que no pueden tomarlas. También son útiles para pacientes con complicaciones respiratorias sin producir los efectos de depresión respiratoria que producen los benzodiazepinas.²⁵

DEPRESIÓN

El National Cancer Institute (NCI, 2016) estima que la depresión afecta a una proporción de entre un 15% a un 25% de los pacientes con esta enfermedad. En un alto porcentaje aparecen síntomas depresivos en las primeras semanas tras el diagnóstico inicial.^{25 26}

Entre los factores de riesgo con mayor peso para el desarrollo de depresión en pacientes con cáncer se destacan los siguientes:

- Tipo de cáncer: cánceres paraneoplásicos y cánceres con liberación de citoquinas.

- **Estadio del cáncer: en los pacientes más sintomáticos se observa una mayor presencia de trastorno mental.**^{27 28}
- **Tratamiento oncológico en curso**
- **Antecedentes de depresión**
- **Dolor**
- **Limitada red social**
- **Pobre estado funcional**
- **Pacientes jóvenes**

La incidencia de sintomatología depresiva es diferente en función del tipo de cáncer^{15 16}

- **Tumor cerebral: entre 41 y 93%**
- **Páncreas: 17%**
- **Cabeza y cuello: 15%**
- **Mama: entre 4,5 y 37%**
- **Ginecológico: 23%**
- **Pulmón: 14%**
- **Estómago 20%**

Neurobiología de la depresión

El interés en la búsqueda de marcadores biológicos de la depresión y otras entidades psiquiátricas ha crecido mucho en las últimas décadas. En un primer momento, el estudio de las características biológicas en los trastornos mentales se centraba en el nivel de concentración de neurotransmisores y sus metabolitos o precursores. Más tarde, la atención se desplazó a los sistemas de receptores. Actualmente, el interés se dirige a los procesos intracelulares y los cambios relacionados con el curso de la enfermedad y el tratamiento psicofarmacológico.

Hipótesis de los neurotransmisores

Desde los modelos de vulnerabilidad y estrés se ha demostrado que la causa de la depresión no es unifactorial, sino que depende de la combinación de factores genéticos y ambientales. Como componentes genéticos, los que cuentan con mayor apoyo son aquellos relacionados con la hipótesis monoaminérgica.

Se han localizado varios neurotransmisores relacionados con la aparición y mantenimiento de la depresión, vinculándose cada uno de ellos con un patrón de síntomas. La serotonina juega un papel importante en los síntomas de ansiedad, obsesiones y compulsiones. La pérdida de motivación, la disminución del placer y las deficiencias en el sistema de recompensas serían consecuencia de una mala regulación en la transmisión de dopamina. Y la noradrenalina sería el neurotransmisor implicado en aspectos como el mantenimiento de la atención o la motivación.

Neurobiología de la depresión en pacientes con cáncer

El modelo que acaba de describirse sobre factores implicados en la aparición de la depresión es válido para la población general. Sin embargo, en pacientes con cáncer existen además factores específicos de la enfermedad que influyen en la aparición de psicopatología. Se cree que en estos casos la depresión está mediada por citoquinas proinflamatorias y por un eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) hiperactivo.

Mecanismo de las citoquinas en la depresión

Las citoquinas proinflamatorias incluyen el factor de necrosis tumoral-alfa (TNF alfa), el interferón-alfa (IFN-alfa), IL-1, IL-2 y el IL-6-18. Estas citoquinas proinflamatorias son liberadas por las células neoplásicas, por reacciones agresivas inflamatorias y por el extenso daño o destrucción tisular secundaria al tratamiento oncológico (cirugías, radioterapia, quimioterapia).

A nivel comportamental, el TNF-alfa, el IL-1 y el IL-6 inducen una serie de signos y síntomas que comparten muchas características con la depresión mayor, como son: anhedonia, disfunción cognitiva, ansiedad, irritabilidad, enlentecimiento psicomotor, anergia, fatiga, anorexia, alteraciones del sueño e incremento de la sensibilidad al dolor.

El efecto estimulador de las citoquinas en el eje HPA se efectúa a través de la hormona liberadora de corticotropina (CRH). El exceso de secreción crónica de CRH que conduce a la elevación del cortisol está implicado en la aparición y el mantenimiento de los síntomas de la depresión. Se sabe también que numerosas citoquinas alteran el metabolismo de la noradrenalina, serotonina y dopamina. Asimismo, el IFN-alfa puede influir en el metabolismo de la serotonina a través de la inducción de la proteína quinasa mitógeno activada por mitógenos

(MAPK).

Por otro lado, las citoquinas proinflamatorias producen el síndrome de eutiroides enfermo (SEE), que se desarrolla en las siguientes etapas:

- Primeras etapas: hormona estimulante de la tiroides (TSH) y T4 normal, pero T3 reducida.
- Etapas posteriores: TSH normal, pero T3 y T4 reducidas.

Mecanismos de acción: el SEE se produce tanto por los efectos directos de las citoquinas en la función de la glándula tiroidea como por la inhibición de las enzimas metabólicas (5 α -desyodación) que convierten en el hígado la T4 periférica en T3 (la forma biológicamente más activa de la hormona tiroidea).

Importancia de la detección y tratamiento de la depresión en pacientes oncológicos

Además del malestar que puede experimentar una persona con depresión, padecer un trastorno depresivo parece afectar la evolución de una enfermedad oncológica. En un estudio con 103 pacientes, el estilo de afrontamiento depresivo se correlacionó con una disminución del tiempo de supervivencia, incluso cuando se tuvieron en cuenta otros factores de riesgo biomédicos como el grado tumoral y la clasificación histológica.

La depresión disminuye el cumplimiento de la terapia, incrementa la duración de la estancia hospitalaria, disminuye la calidad de vida y limita la posibilidad de cuidar de uno mismo. Es también un predictor independiente de una pobre supervivencia en cánceres avanzados.

Teniendo en cuenta la influencia de depresión en la evolución de la enfermedad, y el hecho de que es una entidad con tratamiento eficaz, se hace incuestionable la necesidad de abordarla en la población oncológica.

Herramientas para el diagnóstico

Como herramienta principal para la detección y el acercamiento a la clínica depresiva de los pacientes oncológicos contamos con la entrevista clínica psiquiátrica.

Sin embargo, la puesta en marcha de esta evaluación supone en muchas ocasiones un reto doble; por un lado, que en el paciente oncológico se detecte la necesidad de ser derivado al especialista y, por otro lado, separar y diferenciar la clínica propia de la enfermedad oncológica de la clínica depresiva.²⁹

A pesar de esta dificultad para diagnosticar la presencia de depresión, se cuenta con un amplio abanico de instrumentos de evaluación psicológica, que pueden complementar la evaluación clínica psiquiátrica o, en otros casos, ser la vía de acceso al especialista.

- Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS): es la más extensamente estudiada y validada en todo tipo de enfermedades médicas, idiomas y culturas.

- Cuestionario de salud general (GHQ-28): cuenta con alta sensibilidad y especificidad para detectar pacientes oncológicos con síntomas psiquiátricos.

- Screening psicosocial para el cáncer (PSCAN, ahora PPSCAN): compuesta por 21 ítems que evalúan 6 dimensiones relevantes en la depresión (et al. percepción de apoyo social, apoyo social deseado, salud relacionada con la calidad de vida, ansiedad y estado de ánimo deprimido).

Existen instrumentos diseñados y dirigidos para la identificación precoz de síntomas de ansiedad y/o depresión, lo que facilita la decisión sobre una eventual derivación a un profesional de salud mental.³⁰

Tratamiento de la depresión

Los tratamientos de la depresión en pacientes oncológicos pueden dividirse en dos tipos biológicos: a) psicofarmacológico; b) terapia electroconvulsiva.

La terapia electroconvulsiva se considera como último recurso en pacientes que precisan de hospitalización por ser resistentes al tratamiento antidepresivo o por la severidad del síndrome depresivo. Se induce un ataque de gran mal que libera noradrenalina y dopamina y esto mejora notablemente el funcionamiento del sistema de aminas. Es un tratamiento de primera línea cuando el riesgo de la medicación antidepresiva es superior al de la terapia electroconvulsiva, cuando se precisa de una respuesta rápida al tratamiento, cuando hay historia previa de respuesta positiva a este tratamiento o historia previa de mala respuesta a los

antidepresivos. Si la depresión se acompaña de síntomas psicóticos o de estupor o marcado retardo psicomotor es especialmente efectiva.³¹

Cuando la sintomatología depresiva está interfiriendo en el adecuado funcionamiento del paciente oncológico los antidepresivos son el tratamiento de primera línea, debiendo evitar el uso de benzodiazepinas como única estrategia farmacológica. En este tipo de paciente el mayor riesgo de no adherencia terapéutica es en la primera semana de tratamiento, cuando los efectos adversos son superiores a la respuesta terapéutica. En este periodo es esencial dar adecuada información, aporte psicosocial y cuando sea necesario manejo farmacológico de estos efectos secundarios.³²

Elección del antidepresivo

Esta debe basarse en la tolerancia y la dosis adecuada. En la elección de antidepresivo ha de considerarse: si ha habido respuesta previa a un antidepresivo, el conocimiento del medicamento por el médico, la preferencia del paciente y el costo. La elección del antidepresivo en un paciente oncológico con depresión debe hacerse con cuidado debido a diversos factores. Uno de ellos son los efectos indeseables y otro la posible interacción de otros fármacos que toma el paciente con los antidepresivos.

Es importante destacar que hay una mayor proporción de artículos que analizan la eficacia de fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS). Según las guías de tratamiento de la depresión, es recomendable iniciar con un fármaco teniendo en cuenta su perfil de tolerabilidad y eficacia. La paroxetina es el ISRS más analizado, y es estudiada en nueve de los 35 artículos. De todos ellos, podemos destacar que en dosis diarias de 20-40 mg en pacientes con cáncer y depresión mayor se producen mejoría de síntomas, al igual que en

pacientes que manifiestan problemas de sueño. En uno de ellos se vio que el consumo del fármaco (a dosis de 20 mg/día) durante la aplicación de quimioterapia aumentaba el estado de ánimo, pero no influía en la fatiga. Además, este es apoyado por otro estudio en el que se encuentra una mejora de la depresión en aquellas pacientes con cáncer de mama, además de ser útil para la prevención de los sofocos asociados a la fatiga. También hay que destacar que, en pacientes con cáncer unido a depresión mayor, distimia o trastorno adaptativo se producen mejoras en los síntomas depresivos, la ansiedad y los problemas de sueño en 2-3 semanas. Ahora bien, si observamos el trabajo de Musselaman et al., en el que se prueba la eficacia de la paroxetina (dosis máxima de 40 mg/día) vs desipramina (dosis máxima de 200 mg/día) en pacientes con cáncer y depresión mayor o trastorno adaptativo con depresión, se concluye que no existe una gran diferencia entre ambas. No obstante, la paroxetina mejora la calidad de vida mientras que la desipramina mejora los síntomas de ansiedad. Por otra parte, en otro estudio Fisch se muestra que la fluoxetina a dosis de 20 mg/día mejora la calidad de vida de los pacientes con cáncer avanzado. Holland encontraron beneficios en el uso de fluoxetina frente al uso de desipramina dado su mejor perfil de tolerancia siendo ambos antidepressivos útiles para reducir los síntomas ansiosos y depresivos. Respecto al citalopram (uso de dosis de 10-40 mg/día) abordado en tres de los artículos revisados supone una alternativa no hormonal eficaz para la gestión de los sofocos y la disminución de la depresión y la angustia en pacientes con cáncer de mama y con menopausia. El citalopram produce mejoras en la segunda semana de tratamiento en pacientes con cáncer sólido o hematológico y depresión mayor. Sin embargo, con el escitalopram encontramos datos contradictorios. En un estudio no se encontraron diferencias entre el fármaco y su placebo al evaluar su eficacia en el ánimo y en otro se encontró que mejoraba los síntomas depresivos rápidamente. La sertralina en dosis de 50-75 mg/día mejoraba la función ejecutiva en personas con cáncer en estadios III y IV, los síntomas depresivos, ansiedad y trastorno adaptativo. Sin embargo, en dosis menores y en pacientes con depresión y cáncer avanzado no reduce significativamente la depresión, la ansiedad o el bienestar general. Por último, la fluvoxamina se ha encontrado que mejora el nivel de estrés y el trastorno psicológico en pacientes adultos oncológicos después de 6-8 semanas de tratamiento y en pacientes pediátricos con cáncer hematológico es un fármaco bien tolerado. Analizando los resultados encontrados respecto a los fármacos de perfil dual (aquellos que actúan en serotonina y noradrenalina), vemos que la venlafaxina tiene un efecto de respuesta temprano, mejora el bienestar general y disminuye los síntomas vasomotores en mujeres perimenopáusicas deprimidas. No obstante, la clonidina, aunque es más tardía en reaccionar da mayor respuesta

que la anterior en ansiedad y depresión a partir de la 12.^a semana. Por su parte, La duloxetina en pacientes con oncológicos que presentan dolor y depresión mayor es muy útil, específicamente en dosis de 60-120 mg/día. Estos resultados nos permiten concluir respecto a los antidepresivos duales que son eficaces en depresión, por su rapidez de acción y por su utilidad en síntomas colaterales secundarios a ciertos cánceres. El bupropion es un antidepresivo que actúa en noradrenalina y dopamina. Hemos encontrado un estudio que encuentra mejoría de los niveles de fatiga en pacientes con cáncer de mama y depresión, pero después de 4 semanas de estudios aún quedan muestras de depresión residual. La mirtazapina, sin embargo, es otro fármaco bastante estudiado en proporción al resto de antidepresivos (de hecho, es analizada en 3 de los ensayos clínicos). Se ha encontrado que en pacientes con diagnóstico de depresión mayor mejora los síntomas de dolor, náuseas, apetito, insomnio y ansiedad, por lo que aumenta la calidad de vida en 6 semanas. Además, si se le añade al tratamiento metilfenidato aumenta la rapidez en la mejoría en los pacientes, por lo que es muy útil en aquellos que se encuentran en la fase terminal de sus cánceres. La amitriptilina y la desipramina son fármacos de la familia de los antidepresivos tricíclicos, que como es sabido actúan en los receptores de serotonina, noradrenalina y dopamina (lo que le confiere una elevada potencia antidepresiva). Además, es capaz de actuar en otros receptores, lo que incrementa los efectos secundarios y disminuye en gran medida su tolerabilidad. Por ello, no es un perfil de antidepresivo utilizado de primera línea de tratamiento. Atendiendo a los estudios de Kautio et al. y Pezzella et al. y Holland et al., ellos encontraron que proporciona mejoría en la calidad de vida en los pacientes, aunque contiene demasiados efectos secundarios anticolinérgicos y tampoco mejora los síntomas neuropáticos sensoriales (entumecimiento, hormigueo y dolor).^{32 33 34 35 36}

Por último, hay que destacar que se ha realizado alguna publicación con otros fármacos que no son estrictamente antidepresivos, pero que pueden ayudar a mejorar síntomas que acompañan a la depresión. En uno de los artículos analizados en el presente trabajo se ha encontrado que la melatonina (dosis de 6 mg/día durante tres meses) reduce los síntomas de depresión mayor en las pacientes con cáncer de mama³⁷.

SUICIDIO

Algunos autores indican que las tasas de suicidio y riesgo suicida son las mismas en las personas con cáncer que en la población general, aunque una significativa proporción de publicaciones indica que son mayores.

Al respecto, en un estudio realizado por Akechi et al. se encontró que de 362 pacientes con cáncer que fueron remitidos a la División de Psiquiatría del National Cancer Center Hospital East, entre julio de 1996 y marzo de 1998, 3,9% tenía riesgo de suicidio e intento suicida, 28,6% estaba allí por intentos suicidas y 10% por pensamientos suicidas y solicitud de eutanasia.

En otro estudio realizado en Escocia entre 1981 y 2000 se reportaron 58 suicidios y muertes de intención no determinada, 315 más muertes accidentales de lo esperado y, entre las personas diagnosticadas con cáncer, 7666 más ingresos hospitalarios de los esperados, por daño accidental.

De hecho, los pacientes con cáncer presentan una tasa de 31,4 suicidios por 100.000 personas al año, mientras que en la población general la tasa es de 16,7. Pero aunque existe evidencia de un aumento del riesgo de suicidio entre las personas diagnosticadas con cáncer (ya sea cuando se codifica como autolesión deliberada o cuando los acontecimientos de autolesión deliberada se evalúan en combinación con eventos de intención no determinada), no hay estudios de la tasa real de suicidio o de muerte accidental.

Así lo demuestran Akechi et al., haciendo referencia a un estudio realizado en el Reino Unido, en el que se encontró que en el 38% de las unidades de cuidados paliativos ha habido suicidios consumados y en el 71%, intentos de suicidio. Sin embargo, no se especifican las cifras exactas en pacientes con cáncer.^{37 38}

Los estudios realizados en Latinoamérica en relación con el suicidio en personas con cáncer son escasos. De hecho, no hay datos disponibles que permitan establecer la prevalencia poblacional de tal fenómeno en esta región del mundo.

Se ha encontrado que la incidencia de suicidios completados en pacientes con cáncer tiene una tasa de mortalidad de 1 a 11, y que mientras los porcentajes de ideación suicida en población oncológica no psiquiátrica oscilan entre 0,8% y 71,4%, en la población general oscilan entre 1,1% y 19,8%.^{39 40}

Con respecto a la prevalencia de suicidio en pacientes con cáncer según el sexo, se ha encontrado un mayor predominio entre los hombres.

Si bien las tasas de suicidio son más altas en los hombres, las de intentos de suicidio son mayores en las mujeres. Así lo demuestra la investigación de Camidge et al., según la cual el riesgo relativo de suicidio entre los hombres fue de 1,38 (95% CI: 1,12-1,68) y entre las mujeres de 1,74 (95% CI: 1,36-2,19).²²

Sin embargo, el diagnóstico de cáncer es un factor de riesgo para suicidio en ambos sexos.

En lo que respecta a la edad, se ha encontrado que los adultos mayores con cáncer tienen mayor riesgo de cometer suicidio.^{41 42}

Así lo demostraron Hietanen et al., quienes encontraron que la incidencia de suicidio en pacientes con cáncer aumenta con la edad, sobre todo a partir de los 50 años, con un pico a los 45 años y otro a partir de los 69 años. Sin embargo, la ideación suicida es mayor en pacientes con cáncer cuyas edades oscilan entre 55 y 74 años. Akechi et al. agregan que la edad mediana para cometer el suicidio es de 58 años y una década después, Fall et al. indican que el riesgo de suicidio tras el diagnóstico es de 4,6 entre hombres de 54 años o menores, y es aproximadamente el doble de los grupos de adultos mayores. Aunque Akechi et al. y Quan et al. establecen que los mayores de 60 años son más vulnerables al pensamiento suicida en relación con otros grupos de edad, Owen et al. encontraron que los jóvenes estaban más interesados en el suicidio.⁴³

Sin embargo, parece que, si el diagnóstico de cáncer se realiza entre los 50 y los 79 años, el riesgo de suicidio es mayor.⁴⁴

Cabe aclarar que la mayoría de los estudios sobre el suicidio en personas con cáncer se ha efectuado en general con población oncológica adulta, posiblemente porque se considera que en la población oncológica infantil el suicidio y el intento de suicidio son raros.

Los tipos de cáncer que con mayor frecuencia se han asociado al suicidio son el de pulmón, cabeza y cuello, tracto gastrointestinal y próstata. De hecho, los tumores del sistema respiratorio y del tracto digestivo se asocian con un riesgo relativo mayor estadísticamente significativo de suicidios. Chung y Lin encontraron en su estudio que los pacientes con tumores del tracto respiratorio utilizan métodos de suicidio francamente más violentos que otros pacientes, por

ejemplo, aquellos con cáncer genitourinario. Por otra parte, los tumores de cabeza y cuello se asocian con ingresos hospitalarios por autoagresión deliberada y eventos de intención autolesiva no determinada.⁴⁵

Los riesgos específicos del tipo de tumor son aparentemente inevitables pues están mediados por una serie de variables potencialmente asociadas con predisposición a accidentes o a autoagresión deliberada, como el abuso de alcohol o de tabaco. Sin embargo, algunos tumores específicos (especialmente respiratorios y de cabeza y cuello) se han asociado con eventos relacionados con la autoagresión deliberada, la muerte y los ingresos hospitalarios relacionados con el envenenamiento accidental.

En lo que respecta al momento del curso de la enfermedad (impacto del diagnóstico, toma de decisiones con respecto al tratamiento, pronóstico, recaída, recidiva, etc.), se ha encontrado que es también un factor de riesgo para que la persona con cáncer considere el suicidio o lo cometa. Así lo indicó el estudio de Hietanen et al., realizado en Finlandia durante un año, en el que se encontró que la mortalidad por suicidio en 1987 fue de 27,6 por cada 100.000 habitantes y se demostró que los factores relacionados en un grupo heterogéneo de pacientes con cáncer fueron diferentes de acuerdo con el momento del curso de la enfermedad (en estado terminal o en remisión).

Varios estudios han mostrado que en el primer año posterior al diagnóstico de cáncer el riesgo de suicidio es mayor.^{46 47}

De hecho, al parecer existe un periodo crítico inmediatamente después del diagnóstico en el cual el riesgo de suicidio es particularmente alto.

Otra evidencia al respecto es el estudio de Fall et al., en el que se encontró que hombres recientemente diagnosticados con cáncer de próstata tenían un riesgo mayor de eventos cardiovasculares y de suicidio. De hecho, un total de 136 pacientes (0,08%) con cáncer de próstata cometieron suicidio en el primer año después del diagnóstico.⁴⁸

Hay una tendencia hacia el aumento del número de suicidios tras el diagnóstico de cáncer, que cae con el paso del tiempo. Patrones similares han sido reportados en muchos de los estudios fuera del Reino Unido en los que se demuestra que el suicidio y la morbilidad psicológica en los pacientes con cáncer tienen lugar en la fase del impacto diagnóstico.

El riesgo relativo de suicidio (autolesión deliberada y eventos de intención no determinados) en los cinco años sucesivos al diagnóstico de cáncer fue de 1,51 (CI 95%: 1,29 a 1,76).^{49 50}

También se han relacionado con esta patología otros factores a menudo asociados con el suicidio en la población general, como los cuadros depresivos, la ansiedad, la desesperanza, los eventos estresantes en la familia, la impotencia, el aislamiento interpersonal o alienación, el bajo soporte social y la enfermedad psiquiátrica (toxicomanía, trastornos de la personalidad, paranoia, suicidio familiar y duelo reciente) o la historia de suicidio en la familia. También están relacionados con el suicidio en los pacientes con cáncer la sensación de pérdida de control, la viudez o la separación marital, la soltería, la psicopatología preexistente, el abuso de sustancias, la pérdida de control, la historia previa de intento de suicidio, la ideación suicida, el agotamiento, el aislamiento familiar y el distrés severo.

Aproximadamente un tercio de los pacientes con cáncer que cometieron suicidio sufrían depresión mayor, la mitad había sido diagnosticado en algún momento de su vida con trastorno adaptativo con ánimo deprimido, un quinto de ellos tuvo síndrome cerebral orgánico y la mitad trastornos de personalidad.

Se estima que el 80% de los pacientes con cáncer que cometieron suicidio sufrían de depresión y que, en los hombres, el compromiso de la funcionalidad física fue un factor determinante principal del suicidio, contrario a lo observado en las mujeres.

El riesgo de suicidio se aumenta con los corticoides que reciben los pacientes con cáncer, bien sea por la ansiedad, por la euforia o por la excitación que inducen. Además, la inmunoterapia (interleuquina e interferón) puede provocar delirio, confusión, agitación, depresión y paso al acto suicida. Igualmente, indican que se ha encontrado relación entre el suicidio y los agentes quimioterapéuticos como la ifosfamida y el tamoxifeno y entre el suicidio y el consumo de psicotrópicos.

De hecho, se ha encontrado mayor riesgo de suicidio en aquellos pacientes que no tienen tratamiento oncológico o que reciben quimioterapia que en aquellos que no están sujetos a este tipo de tratamiento.⁵¹

Otros factores de riesgo para el suicidio asociados con los aspectos biomédicos de la enfermedad son: las náuseas, el vómito, la disnea, la disminución de las capacidades, la pérdida de autonomía y de independencia, la modificación de la imagen corporal como por ejemplo amputaciones quirúrgicas, especialmente si

son visibles como en el cáncer de cabeza y cuello y en las mastectomías, y otras que afectan la calidad de vida de los pacientes como la alopecia, las lesiones dermatológicas y los problemas sexuales.^{52 53}

Recursos interpersonales

Afrontamiento

El concepto de afrontamiento se basa fundamentalmente en la teoría de Lazarus y Folkman (1986) sobre el estrés psicológico y el proceso de afrontamiento. Según estos autores, el afrontamiento consistiría en los esfuerzos cognitivos y conductuales, que son constantemente cambiantes, que lleva a cabo la persona para manejar las demandas específicas internas y/o externas que al ser evaluadas resultan estresantes.

Las reacciones psicológicas del enfermo ante la situación de padecer un cáncer son complejas y pueden verse influenciadas por diferentes factores como: el tipo de enfermedad, el nivel previo de adaptación, la amenaza que supone sobre los objetivos de vida (en relación con el sentido de su vida), las actitudes culturales y religiosas, el apoyo afectivo del que se dispone, las potencialidades para la rehabilitación psíquica y psicológica, personalidad previa y estilos de afrontamiento.

Afrontar un diagnóstico de cáncer supone tener que afrontar una multitud de estresores potenciales que varían según las circunstancias de cada persona y que están en función de las amenazas percibidas. Dicho afrontamiento es un proceso dinámico que puede ir cambiando a lo largo del tiempo y puede estar condicionado por las creencias previas sobre lo que es la vida, sobre lo que es enfrentarse a ciertas circunstancias estresantes y por los significados que atribuye la persona ante lo que está pasando.

Así que el afrontamiento puede estar condicionado por el sentido que uno encuentra a su vida, que a su vez está influenciado por las creencias existenciales o religiosas de las personas. El sentido es considerado como un factor importante para la vida y para el afrontamiento de situaciones estresantes, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte desde perspectivas teóricas de tipo existencial y cognitivo.

Distintos autores hacen hincapié en que el hallar un sentido influye al afrontamiento. Por lo tanto, el sentido parece ser un factor relevante en la adaptación a la enfermedad y en el afrontamiento de esta, algo que resulta lógico si pensamos que el afrontamiento está condicionado por la evaluación cognitiva que se hace de una situación y por lo tanto del significado o sentido que se le da; algo que a su vez puede estar condicionado por visiones más generales acerca del significado o sentido que tiene la propia existencia.

Por otra parte, el sentido de la vida puede tener que ver con creencias de tipo religioso y/o espiritual que pueden influir en él, a la vez que también pueden influir en los mecanismos de afrontamiento (por condicionar una determinada forma de entender el mundo y los problemas de la vida y de responder ante los mismos) y en la repercusión psíquica del estrés que supone la enfermedad.

Otro factor que puede influir o actuar como mediador en las reacciones psicológicas ante la enfermedad es la percepción de control ante esa situación, ya que dicha percepción de control se puede ver amenazada por la enfermedad. Es posible que las personas que son capaces de mantener una mayor sensación de control ante lo que está sucediendo tengan una mejor adaptación a la enfermedad y que esto a su vez se relacione con el sentido atribuido a lo que está pasando y con el sentido de la propia vida, así como con las estrategias de afrontamiento utilizadas. Por lo que, finalmente, también condicionará la

aparición o no de alteraciones psicopatológicas en estos enfermos.

Para Lipowski, la reacción psicológica ante cualquier enfermedad, y por lo tanto ante el cáncer, tiene que ver con las siguientes variables:

- Personalidad del paciente y aspectos relevantes de su historia personal que condicionan su respuesta en general ante eventos estresantes en forma de percepciones, emociones, ideas y conductas determinadas.
- La situación social y económica del paciente. Sobre todo, por las reacciones de las personas más cercanas ante lo que está sucediendo y las visiones culturales de la enfermedad.
- Características del ambiente físico que lo rodea.
- La naturaleza y características de la enfermedad tal y como son percibidas y evaluadas por el enfermo. Es fundamental el significado subjetivo atribuido a la enfermedad que es un proceso cognitivo, pero no necesariamente racional o consciente. Este significado está condicionado por factores personales y culturales tanto conscientes como no conscientes y tiene que ver con un intento del paciente por reducir la ambigüedad, la incertidumbre y la ansiedad ante lo que está pasando.

Según Bayés,^{4 5 6 7} el cáncer acaba suponiendo con frecuencia una situación de estrés que posee cuatro características:

- Incertidumbre: el paciente se enfrenta a una situación en la que no sabe qué sucederá en el futuro en relación con su enfermedad, su vida y con el tipo de tratamientos utilizados.
- Sentimientos negativos: como miedo, tristeza o ansiedad.

- Pérdida de control: que genera indefensión y sensación de que no puede influir en los tratamientos.
- Amenazas a la autoestima: por cambios en el cuerpo, incapacidad de trabajar, alteraciones de tipo sexual, etc.

Hay que tener en cuenta que el impacto de la enfermedad repercute tanto en el paciente como en su contexto social y familiar, es decir, implica a una dimensión psicosocial que hay que tener en cuenta para apoyar al paciente de una forma adecuada. El descuido de dicha dimensión psicosocial puede generar muchos problemas como ansiedad o depresión, que pueden ser no reconocidas o no tratadas, dificultad en la toma de decisiones por la propia ansiedad o depresión, no seguir un tratamiento adecuado, insatisfacción o decepción con el cuidado recibido que pueden llevar a abandonar el tratamiento, buscar terapias alternativas inadecuadas, estrés sobre los cuidadores, etc.

Desde el ámbito de la psicología se ha usado el término adjustment para referirse a la adaptación o respuesta psíquica más equilibrada ante la situación de padecer un cáncer. Dicha adaptación se ha relacionado con estar casado, tener mayores ingresos económicos y mayor nivel educativo y una percepción positiva del propio estado de salud, así como con un mayor apoyo social y la percepción de un mayor sentido en la vida, así como con menores niveles de afrontamiento de la situación mediante evitación.⁵⁴

Negación

La negación es un estado psicológico habitual. Negamos cada día cuando comemos a pesar de saber que hay hambre en el mundo, cuando teniendo problemas o situaciones negativas en nuestra vida salimos a la calle y hacemos una vida normal. El psicoanálisis habla de negación como un mecanismo de defensa consistente en “no valorar o anular pensamientos, sentimientos o fantasías que pueden generar sufrimiento mental”. Las corrientes teóricas más cognitivo-conductuales la definen como una “estrategia de afrontamiento consistente en omisión de hechos que podrían ser dolorosos si se aceptaran en la conciencia”, así que más o menos estamos hablando de lo mismo. Parece que el ser humano necesita negar para subsistir, para sobrevivir, por lo menos psicológicamente, a los hechos estresantes.

En la enfermedad la negación es frecuente, a veces como una primera reacción al diagnóstico. Pero encontramos la negación en muchas fases de la enfermedad, incluso previas donde puede llevar a descuidar señales o avisos corporales no activando conductas como visitas al médico por miedo. Algunas personas apartan mentalmente la atención a los dolores, molestias o cambios en funciones vitales o dándose alternativas como “no pasa nada”, “ya me pasará” o basándose en experiencias previas (“ya tuve dolor el año pasado y no era nada” o “mi hermana tuvo eso mismo y al final no fue más que un virus”...). En enfermedades como el cáncer se da esta paradoja, a pesar de que el tiempo que pasa en esta situación resta posibilidades de tratamiento por el crecimiento incontrolado del tumor, y por lo tanto de curación.⁵⁵

Ya en el diagnóstico no es infrecuente encontrar enfermos que quedan bloqueados por la información y pasan a una negación basada en la incredulidad (“no puede ser”, “no me está pasando a mí” o “se habrán equivocado, yo me

encuentro bien”).

Este último ejemplo puede ser porque a veces la enfermedad se detecta en estadios muy precoces gracias a los avances actuales, pero entonces la persona no ha tenido pistas de enfermedad y se mantiene en la estrategia negadora, no tiene evidencia de que sea la que le han comunicado y a menudo cuesta más que el paciente lo interiorice.

TIPOS DE NEGACIÓN

La negación puede tomar diversas formas:

TOTAL: es poco habitual hoy en día, ya que hay mucha información mediática sobre la enfermedad oncológica. No obstante, encontramos pacientes que no inician conversaciones sobre lo que les pasa ni preguntan ni expresan ninguna curiosidad por aspectos relacionados. Esta reacción extrema podría suponer un problema si conduce a rechazar el tratamiento. **Antes era más típico:** pacientes que recibían información respecto, por ejemplo, cáncer de mama como bulto benigno o de grasa, o de colon que asumían que tenían úlcera de estómago.

Si estas alternativas usadas con la intención de suavizar el problema llevaban al rechazo de someterse a una intervención quirúrgica, era necesario cambiar la información por una más veraz para asegurar un cumplimiento del tratamiento.

PARCIAL: es bastante más frecuente. Se da en pacientes que admiten el diagnóstico, pero no su totalidad. Pueden asumir un diagnóstico inicial, pero niegan la posibilidad de no curarse, o aceptar un primer cáncer, pero no su reaparición. Lo que están negando es la gravedad cuando existe. El quid de la cuestión es el pronóstico.

NEGACIÓN INTELECTUALIZADA: es un modelo creciente. La tendencia actual es dar mucha información, incluyendo tecnicismos de significado confuso que hacen sentirse tranquilo al profesional que lo ha emitido, pero que no queda claro que tengan un eco emocional coherente con su significado en el receptor. Encontramos, por ejemplo, mujeres con cáncer de mama que responden de forma automática y aprendida expresiones como “carcinoma ductal infiltrante” cuando se les pregunta si tienen información. La forma de responder con una expresión aprendida de memoria nos muestra que no han interiorizado el significado de aquellas palabras. La información debería darse de forma gradual, adaptada a las capacidades de cada paciente, no sólo refiriéndonos a aspectos intelectuales, sino también al perfil psicológico. El procesamiento de la información ante situaciones estresantes se ralentiza y es probable que un exceso y más si se formula demasiado técnicamente no pueda ser realmente absorbida e integrada por la persona que necesita asumirla a su ritmo.

NEGACIÓN DE SUFRIMIENTO EMOCIONAL: hasta ahora nos hemos estado refiriendo a la información de carácter médico, pero hay una forma de negación más compleja: la negación de sufrimiento psicológico ante el cáncer.

Uno de los objetivos de recuperación psicológica del paciente oncológico es ayudarlo a encontrar su estrategia para hacer frente a la enfermedad y sus

consecuencias, intentar que no quede sumergido en la negatividad y en la parada de su vida que todo ha significado. Pero eso no quiere decir que no vaya a haber un proceso adaptativo que significa aceptar e incluir las emociones negativas que conlleva. Algunos pacientes niegan el miedo, la ansiedad y la incertidumbre. Verbalizan en voz alta que no lo pasan mal o que lo han tomado bien. Es cierto que hay pacientes sin niveles de ansiedad o depresión valorables, pero ahora nos referimos a personas que tienen una pose aprendida y artificial rellena de expresiones positivas, que a menudo no se corresponde a la realidad emocional que están viviendo. Aunque no es una actitud de riesgo para la vida, sí que lo es por las consecuencias posteriores de la supresión forzada del sufrimiento psicológico.⁵⁶

EVITACIÓN POSITIVA: cuando una persona responde con negación y eso no la lleva a rechazar los procedimientos médicos, puede sobrevivir psicológicamente a la enfermedad sin perjuicio, es la evitación positiva. Una vez finalizado el tratamiento, prefiere volver a la vida cotidiana sin que el cáncer sea algo presente o implique nada en especial. No hay que confundir con personas que no aceptan lo que les ha pasado, sino aquellas que quieren vivir una vida que les parece normal y corriente. Esto lleva a confusión, ya que en una época donde enfermos y enfermedades salen en la televisión, en Internet y tienen una voz pública, parece que la persona que no sigue este patrón es alguien que esconde o no acepta su experiencia. No siempre es así, en todo caso se debería valorar psicológicamente esta actitud. Mientras mantengan un seguimiento con su rutina médica, nadie puede decidir que es mejor que hablen o se expongan públicamente.

NEGACIÓN Y ANSIEDAD, NEGACIÓN Y DEPRESIÓN: algunas alteraciones del estado de ánimo propias de las reacciones ante un diagnóstico de malignidad pueden provocar conductas y actitudes similares a la negación e incluso mezclarse. Se refiere a aquellas consecuencias más frecuentes ante el sufrimiento de una enfermedad oncológica que son ansiedad y depresión.⁵⁷

En algunos estudios se ha demostrado, como la depresión o actitud resignada pueden llevar a no activar conductas saludables, no cumplir con las visitas de control, no tener interés en introducir una dieta sana, ejercicio o no hacer caso de molestias o síntomas por pensar que igualmente no hay nada que hacer. Por este motivo algunos estudios muestran que las actitudes más negativas pueden llevar a una menor supervivencia por un retraso en acudir al médico ante determinados síntomas.^{58 59}

CONCLUSIONES

- El diagnóstico de un cáncer tiene una importante repercusión psicológica, lo que puede aumentar el riesgo que aparezcan diversas alteraciones psicopatológicas. Por este motivo son cada vez mayores las demandas de estos enfermos de recibir ayuda por parte de los servicios de salud mental. Se debe trabajar en forma interdisciplinaria con los oncólogos, cirujanos, radioterapeutas y enfermeros.
- Se deben atender las necesidades del paciente y de su grupo familiar.
- Un tratamiento psicológico/psiquiátrico adecuado y oportuno mejora la calidad de vida y la adherencia a los tratamientos.

CONSIDERACIONES FINALES

La bibliografía consultada revela que el diagnóstico y tratamiento del cáncer podrían desencadenar sintomatología ansiosa y depresiva como reacciones adaptativas. Si bien existe alta correlación entre el diagnóstico del cáncer y depresión o ansiedad, no necesariamente todas las personas diagnosticadas con cáncer sufren de depresión, ansiedad o trastornos de adaptación incapacitantes.

La intervención psicofarmacológica, así como el abordaje psicoterapéutico, son particularmente diferentes en los pacientes con cáncer.

La primera aproximación clínica es conocer el diagnóstico y el estadio del cáncer en que se encuentra el paciente. Este primer paso marcará la diferencia en cuanto al acercamiento terapéutico. El éxito del abordaje dependerá, de modo sustancial, de un adecuado y temprano diagnóstico. Una vez establecido el diagnóstico, es mandatorio recordar que los pacientes portadores de cáncer tendrán una serie de particularidades, que habrá que tener en cuenta durante todo el proceso terapéutico.

Aspectos como las condiciones fisiopatológicas que pueden agravar y/o perpetuar el cuadro psiquiátrico son de relevancia.

El problema psicológico más frecuente en pacientes con cáncer es la ansiedad: ansiedad reactiva (como trastorno adaptativo), trastorno ansioso leve y ansiedad

mediada por causas médicas o del propio cáncer. Por supuesto los individuos que padecieron un trastorno ansioso anteriormente son susceptibles de su exacerbación durante la enfermedad. Habrá que distinguir la ansiedad reactiva de los miedos habituales en el cáncer por la mayor duración e intensidad de los síntomas, la mayor interferencia en su vida diaria y la interferencia en el seguimiento del tratamiento.

Los síntomas más frecuentes son: nerviosismo, temblor, palpitaciones, disnea, diarrea, diaforesis, entumecimiento de miembros inferiores, sensación de muerte inminente y fobias. La sensación de miedo acompañada por síntomas de ansiedad (como inquietud e insomnio) se considera normal antes de procedimientos (diagnósticos o de tratamiento) que sean dolorosos o estresantes (aspiración de médula ósea, quimioterapia o radioterapia), o antes de una cirugía o mientras se esperan resultados.

Cuando el ánimo de un paciente está intensamente deprimido y se acompaña de sentimientos de desesperanza, abatimiento, culpa e ideas suicidas, el paciente puede estar sufriendo una depresión mayor que requiere tratamiento. La tristeza acerca de la enfermedad es algo comprensible y frecuente en cualquier cáncer, pero no así, la depresión. La incidencia de depresión en los pacientes con cáncer es aproximadamente de un 25%, pero se incrementa cuando aumenta la discapacidad, avanza la enfermedad o aparece el dolor. Los síntomas somáticos de la depresión, como la anorexia, el insomnio, la fatiga y la pérdida de peso, pueden solaparse en el paciente oncológico con los síntomas propios de su enfermedad.

El tratamiento adecuado de la depresión en pacientes oncológicos requiere la combinación de psicoterapia y fármacos antidepressivos.

Generalmente, los oncólogos, como profesionales acostumbrados al trato con la muerte y las angustias que ésta suscita, van a solicitar la interconsulta psiquiátrica ante los casos más complejos que desbordan su capacidad de manejo. Los siguientes son algunos de los casos en los que con más frecuencia se pide interconsulta para pacientes oncológicos.

- Depresión
- Delirium (secundario a medicamentos, metástasis, alteraciones metabólicas, síndrome paraneoplásico)
- Medicaciones con efectos psiquiátricos secundarios: corticosteroides, hormonales (tamoxifeno, aminoglutetimida, 5-fluoracilo)
- Ansiedad: náuseas anticipatorias, fobia simple
- Alcoholismo
- Acatisia, por ejemplo, por neurolepticos utilizados como antieméticos
- Anorexia
- Astenia
- Dolor
- Disfunción sexual
- Duelo anticipatorio
- Riesgo de suicidio: si bien los suicidios consumados son raros, es frecuente la expresión del deseo de morir.
- Manejo del dolor y la sedación.

El equipo médico adquiere una gran significación en este momento de la vida

del paciente y su familia. Los médicos, enfermeros, etc., representan las visitas más regulares para el paciente y son los que conocen en profundidad su situación y la fuente de información sobre un futuro incierto.

Un dato que se repite en varias investigaciones es que la comunicación entre médico y paciente se mantiene fluida solo mientras el pronóstico es bueno o moderadamente bueno. Cuando éste se vuelve desfavorable, con frecuencia la comunicación también se interrumpe.

Con estos datos podemos afirmar la importancia del rol del psiquiatra en la atención integral del paciente, la familia y a los miembros del equipo de oncología tratante.

RESUMEN

El cáncer, por sus características y las connotaciones culturales implicadas, cumple con las condiciones que se requieren para ser considerado un acontecimiento traumático. Desde el momento del diagnóstico impacta en la persona que lo padece, la que implementa todos sus recursos psíquicos para elaborar estrategias de afrontamiento de la situación.

La prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes oncológicos es aproximadamente el doble de lo que aparece en las comunicaciones de trabajos con pacientes somáticos no oncológicos y del triple de las cifras que se mencionan para la población en general.

Las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en enfermos de cáncer son la ansiedad y la depresión.

Aunque existe evidencia de un aumento del riesgo de suicidio entre las personas diagnosticadas con cáncer (ya sea cuando se codifica como autolesión deliberada o cuando los acontecimientos de autolesión deliberada se evalúan en combinación con eventos de intención no determinada), no hay estudios de la tasa real de suicidio o de muerte accidental.

BIBLIOGRAFÍA

1- Derogatis LR, Morrow G, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1984; 46:839-852.

2- Aass M, Fossa SD, Dahl AA, Moe TJ. Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *European Journal of Cancer*. 1997; 33: 1597-1604.

3- Atesci FC, Baltarli B, Oguzhanoglu NK, Karadag F, Ozdel O, Karagoz N. Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness. *Support Care Cancer*. 2004 Mar; Vol. 12 (3): 161-7.

4- Barthe E. *Cáncer: Enfrentarse al reto*. Barcelona: Robin Boom; 1997.

5- Bayés R. *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca; 1991.358.

6- Bayés R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca; 2001.

7- Bayés R. *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza Editorial; 2006.

8- Kaplan H, Sadock B. Tratado de psiquiatría, Sexta edición, Volumen 3,1995;1494-1499.

9- EMC psiquiatría. Trastornos psíquicos en cancerología E-37-675-A10.

10- Bonet, JA. El estrés, la integración central de la respuesta y el sistema de respuestas neuroinmunoendocrinas. En Estrés y procesos de Enfermedad. Editorial Biblos. Cap. 3:65-95.1998.

11- Endler, NS, & Parker, JD. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.

12- KAPLAN H, Sadock B, Tratado de psiquiatría, Sexta edición, Volumen 3,1995;1494-1499.

13- Lazarus, RS y Folkman, S (1984). *Stress, Appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

14- Kiecolt-Glaser, JK, McGuire, L, Robles, TF & Glaser, R. Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annu. Rev. Psychol.* 53, 83-107.

15- Susan K Lutgendorf 1, Anil K Sood, Barrie Anderson, Stephanie McGinn, Heena Maseri, Minh Dao, Joel I Sorosky, Koen De Geest, Justine Ritchie,

David M Lubaroff: Social support, psychological distress, and natural killer cell activity in ovarian cancer. *J Clin Oncol*. 2005 Oct 1;23(28):7105-13.

16- Jonathan U Peled 1, Fei Li Kuang, Maria D Iglesias-Ussel, Sergio Roa, Susan L Kalis, Myron F Goodman, Matthew D Scharff. The biochemistry of somatic hypermutation. *Annu Rev Immunol*. 2008; 26:481-511.

17- Vitaliano, PP, Scanlan, JM, Ochs, H D, Syrjala, K, Siegler, IC & Snyder, E. A. (1998). Psychosocial stress moderates the relationship of cancer history with natural killer cell activity. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(3), 199-208.

18- Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. Chapter 21. *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*, First Edition.

19- Lazarus, RS y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

20- Meseguer Hernández C. La ansiedad. En: Die Trill Maria. *Psicooncología*. Madrid. Ades Ediciones. Capítulo 21. 2003. 338-342.

21- Fawzy FI. Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what does not. *Eur J Cancer* 1999; 31:1559-64.

22- Kennedy Sheldon L, Swanson S, Dolce A, Marsh K, Summers J. Putting evidence into practice: evidence-based interventions for anxiety. *Clin J Oncol*

Nurs 2008; 12:789-97. Doi: 10.1188/08.CJON.789-797.

23- Mehta RD, Roth AJ. Psychiatric considerations in the oncology setting. *CA Cancer J Clin* 2015; 65:300-14.

24- Caruso R, Grassi, Nanni MG, Riba M. Psychopharmacology in Psycho Oncology. *Curr Psychiatry Rep* 2013; 5:393.

25- Arnold SD, Forman LM, Brigidi BD, Carter KE, Schweitzer HA, Quinn HE, et al. Evaluation and characterization of generalized anxiety and depression in patients with primary brain tumors. *Neuro Oncol*. 2008;10(2):171-81.

26- Hopwood P, Stephens RJ. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *J Clin Oncol*. 2000; 18:893-903.

27- Palmer SC, Coyne JC. Screening for depression in medical care: pitfalls, alternatives, and revised priorities. *J Psychosom Res* 2003; 54:279-87.

28- Hart SL, Hoyt MA, Diefenbach M, Anderson DR, Kilbourn KM, Craft LL, et al. Meta-analysis of efficacy of interventions for elevated depressive symptoms in adults diagnosed with cancer. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104:990-10.

29- Caruso R, Grassi, Nanni MG, Riba M. Psychopharmacology in Psycho Oncology. *Curr Psychiatry Rep* 2013; 5:393.

30- Aikens JE, Nease DE Jr, Nau DP, Klinkman MS, Schwenk TL Adherence to maintenance phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Ann Fam Med* 2005;3:23-30.

31- 63- Aikens JE, Nease DE Jr, Nau DP, Klinkman MS, Schwenk TL Adherence to maintenance phase antidepressant medication as a function of patient beliefs about medication. *Ann Fam Med* 2005;3:23-30.

32- Weitzner MA, Moncello J, Jacobsen PB., Minton SA. Pilot trial of paroxetine for the treatment of hot flashes and associated symptoms in women with breast cancer. *J Pain Symptom Manage* 2002;23: 337-45.
Doi:10.1016/S0885-3924(02)00379-2

33- Roscoe JA, Morrow GR, Hickok JT, Mustian KM, Griggs JJ, Matteson SE, et al. Effect of paroxetine hydrochloride (Paxil) on fatigue and depression in breast cancer patients receiving chemotherapy. *Breast Cancer Res Treat* 2005;89: 243-9. Doi: 10.1007/s10549-004-2175-1

34- Palesh OG1, Mustian KM, Peppone LJ, Janelsins M, Sprod LK, Kesler S et al. Impact of paroxetine on sleep problems in 426 cancer patients receiving chemotherapy: A trial from the University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program. *Sleep Med* 2012; 13:1184-90. Doi: 10.1016/j.sleep.2012.06.001

35- Palesh OG1, Mustian KM, Peppone LJ, Janelsins M, Sprod LK, Kesler S et al. Impact of paroxetine on sleep problems in 426 cancer patients receiving chemotherapy: A trial from the University of Rochester Cancer Center Community Clinical Oncology Program. *Sleep Med* 2012; 13:1184-90.

36- Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, UCHITOMI Y. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable non-small-cell lung carcinoma. *Cancer*. 2001; 92: 2609-2622.

37- Akechi T, Okamura H, Kugaya A, Nakano T, Nakanishi T, Akisuki N, et al. Suicidal ideation in cancer patients with major depression. *Jpn J Clin Oncol* 2000; 30 (5): 221-4.

38- Elliott GC, Colangelo MF, Gelles RJ. Mattering and suicide ideation: Establishing and elaborating a relationship. *Soc Psychol Q* 2005; 68 (3): 223-38.

39- Baile WF. Rational suicide or depression: a new dilemma for the C-L Psychiatrist. *Psychooncology* 1993; 2 (1): 67-8.

40- Miller M, Mogun H, Azrael D, Hempstead K, Solomon DH. Cancer and the risk of suicide in older Americans. *J Clin Oncol* 2008; 26 (29): 4720-24.

41- Owen C, Tennant C, Levi J, Jones M. Suicide, and euthanasia: patient attitudes in the context of cancer. *Psychooncology* 1992; 1 (2): 79-88.

42- Gutiérrez-García AG, Contreras CM, Orozco-Rodríguez RC. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Ment* 2006; 29 (5): 66-74.

43- Mingote Adán JC, Jiménez Arriero MA, Osorio Suárez, R. Suicidio:

asistencia clínica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2006.

44- Robinson D, Renshaw C, Okello C, Møller H, Davies EA. Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: A population-based study. *Br J Cancer* 2009; 101 (1): 198-201.

45- Rasic DT, Belik S-L, Bolton JM, Chochinov HM, Sareen J. Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. *Psychooncology* 2008; 17 (7): 660-7.

46- Leeuwen PM, Schröder FH. Increased risk of suicide after prostate cancer diagnosis. *Nature Reviews Urology* 2010; 7: 369-70.

47- Gutiérrez-García AG, Contreras CM, Orozco-Rodríguez RC. El suicidio, conceptos actuales. *Salud Ment* 2006; 29 (5): 66-74.

48- Mingote Adán JC, Jiménez Arriero MA, Osorio Suárez, R. Suicidio: asistencia clínica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2006.

49- Dormer NRC, McCaul KA, Kristjanson LJ. Risk of suicide in cancer patients in Western Australia, 1981-2002. *Med J Aust* 2008; 188 (3): 140-3.

50- Miccinesi G, Crocetti E, Benvenuti A, Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy. *Eur J Cancer* 2004; 40 (7): 1053-57.

51- Louhivuori KA, Hakama M. Risk of suicide among cancer patients. Am J Epidemiol 1979; 109 (1): 59-65.

52- Mechanic, D.: Social Structure and personal adaptation: some neglected dimensions. En Coelho, G.V; Hamburg, D.A y Adams, J.E (Eds): Coping and Adaptation. New York. Basic Books.1974.

53- Lazarus, R.S y Folkman, S.: Stress, Appraisal and Coping. Capítulo 5. The concept of Coping. Springer Publishing Company. New York. 1984.

54- Rowland, J. H.: Intrapersonal Resources: Coping. En: Handbook of psychooncology: Holland, J.C y Rowland, H. Oxford University Press.44-58.1990.

55- Jacobsen, P. By Holland, J.C: The Stress of Cancer: Psychological Responses to Diagnoses and Treatment. En: Cancer and Stress: Psychological, Biological and Coping Studies. Edited by Cooper, L, and Watson Pp 147-167.1991.

56- FOLKMAN S, LAZARUS RS, DUNKEL-SCHETTER C, DELONGIS A, GRUEN RJ. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping.

57- FOLKMAN S, GREER. Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory research and practice inform each other. Psycho-Oncology. 2000;9(1): 11-19.

Sobre el autor



Andrea Orlando

Es médica egresada de la Universidad Nacional de Córdoba. Es psiquiatra. Trabaja en el Servicio de Oncología del Sanatorio Aconcagua de la ciudad de Córdoba, Argentina. También se desempeña como staff de la Clínica Santa María de la ciudad de Alta Gracia y del Hospital Municipal de La Falda. Su labor profesional se centra en el tratamiento de personas con ansiedad, depresión, trastornos de conducta y terapias familiares. Coautora del libro *Cáncer Historia de pacientes*. Editorial Autores Argentinos, año 2019.

Claudio Dubersarsky

Es médico egresado de la Universidad Nacional de Córdoba. Es oncólogo. Es el Jefe del Servicio de Oncología del Sanatorio Aconcagua de la ciudad de Córdoba, Argentina. Jefe de Servicio Clínica Santa María de la ciudad de Alta Gracia y del Hospital Municipal de La Falda. Es profesor Universitario en la Cátedra de Fisiología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

Es autor de los libros: *Cáncer oportunidad y aprendizaje*. Editorial El Emporio año 2010. Autor del libro *Cáncer Historias de pacientes*. Editorial Autores Argentinos, año 2019.

Libro anterior

CLAUDIO DUBERSARSKY
ANDREA ORLANDO
MARCELO A. MAZZEO

CÁNCER



FUNDACIÓN
TODOS CONTRA
EL CÁNCER

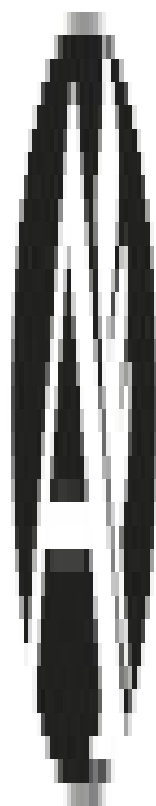


Sinopsis

El diagnóstico y tratamiento del cáncer podrían desencadenar sintomatología ansiosa y depresiva como reacciones adaptativas. Si bien existe alta correlación entre el diagnóstico del cáncer y depresión o ansiedad, no necesariamente todas las personas diagnosticadas con cáncer sufren estos trastornos de adaptación incapacitantes.

La intervención psicofarmacológica, así como el abordaje psicoterapéutico, son particularmente importantes en la terapéutica. El éxito del abordaje dependerá, de modo sustancial, de un adecuado y temprano diagnóstico. El equipo interdisciplinario adquiere una gran significación en este momento de la vida del paciente y su familia. Entonces podemos afirmar la importancia del rol del psiquiatra en la atención integral del paciente y la familia.

LIBRO EDITADO POR



EDITORIAL AUTORES DE ARGENTINA