

Artículo:

Torrico Linares, E., Santín Vilariño, C., López López, M. J., & Andrés Villas, M. (2003). La depresión como reacción adaptativa ante el diagnóstico de cáncer. *Psiquiatría. com*, 7(1).

<https://psiquiatria.com/medicina-psicosomatica/la-depresion-como-reaccion-adaptativa-ante-el-diagnostico-de-cancer>

Introducción

El cáncer aparece como un elemento que rompe la dinámica de vida del individuo que lo padece (1, 2, 3, 4). La persona que lo desarrolla ve amenazada su existencia (aunque medicamente esto no sea real) y siente como posible su propia muerte. Además de los efectos directos del diagnóstico hemos de considerar los efectos colaterales de los tratamientos farmacológicos y las secuelas psicológicas y físicas que pueden implicar las intervenciones quirúrgicas (5, 6), siendo frecuentes las reacciones emocionales de ansiedad y/o depresión entre este tipo de pacientes (3,4,7, 8). Respecto a las intervenciones quirúrgicas (mastectomías, colectomías, etc.) se han reseñado problemas de imagen corporal que pueden inducir problemas afectivos de cierta gravedad y/o disfunciones sexuales (5, 6, 9, 10, 11). Naturalmente, la gravedad de estas alteraciones estará en relación directa con la agresividad de la cirugía y la acción mutilante y deformante de la misma (12, 13). La radioterapia, por otro lado, parece provocar escasos efectos psicológicos a medio y largo plazo, aunque parece provocar alteraciones del humor durante el período de tratamiento (14).

En cuanto a la quimioterapia, decir que sus repercusiones psíquicas específicas y la magnitud de las mismas estarán en función del tipo y dosis del agente citotóxico utilizado. En principio, habría que tener en cuenta la gran cantidad de efectos secundarios que trae consigo (náuseas, vómitos, mareos, alopecia...) (10, 15).

Estos síntomas por sí mismos son una fuente importante de estrés para el paciente y su familia y, a menudo, provocan problemas de continuidad del tratamiento que pueden incluso tornarse en fobias hacia el hospital (16). Los trastornos más característicos de los pacientes sometidos a este tipo de tratamiento son, sin lugar a duda, las náuseas y los vómitos anticipatorios, que son reflejo del cuadro ansioso que se instaura ante la perspectiva de una nueva administración de estos agentes (14). Es decir, el paciente anticipa los efectos que el ciclo le produce debido a la ansiedad e incluso temor que la administración del mismo y sus consecuencias le provoca. Además, hay que resaltar el

hecho de que algunas de estas drogas ejercen una acción directa sobre el sistema nervioso central que puede dar lugar a alteraciones del humor y de las capacidades intelectuales (17), sin olvidar los problemas que pueden acompañar a la alopecia (disminución de la autoestima y distorsión de la imagen corporal) y que pueden repercutir sobre la vida sexual y social del paciente (19). Todo estos cuadros de síntomas psíquicos merecen una especial atención por parte del personal sanitario, sobre todo para que no se cronifiquen y entorpezcan la terapéutica médica.

Aunque, sin lugar a dudas, la reacción emocional que más se ha estudiado y que mayor disparidad de resultados ha ofrecido ha sido la depresión, tal vez porque aún no se ha logrado determinar si estas reacciones deben ser consideradas como normales o al menos justificables o deben entrar dentro del terreno de la psicopatología. Si seguimos los planteamientos de Ibáñez Guerra (3), observamos cómo en la práctica clínica, no se ha tomado en cuenta el factor emocional que lleva implícito todo síntoma o respuesta orgánica, ya que solo atendemos a lo que implica una reacción depresiva desde el punto de vista de la psicopatología. Esto ha hecho que se centre el estudio de lo depresivo (al igual que el de otras manifestaciones emocionales de los pacientes oncológicos) en el estricto campo de lo patológico, separándolo de todo componente emocional reactivo "fisiológico" o normal y adaptativo.

Esto nos lleva a plantearnos que cuando evaluemos a un paciente oncológico, no podemos limitarnos a la enumeración de su sintomatología, sino que debemos detenemos en el factor emocional que lleva implícito dicha sintomatología y analizarla bajo el prisma de una posible reacción normal ante una situación que es vivida por el paciente como desbordante (3, 19, 20).

Este interés por determinar la prevalencia de la depresión como reacción emocional normal y/o psicopatológica fue el objetivo central de nuestra investigación. Para no ver contaminados nuestros resultados por el impacto inicial de la enfermedad y su diagnóstico, decidimos que las pacientes que iban a ser objeto de nuestro estudio llevaran, al menos, seis meses diagnosticadas, así controlábamos las primeras reacciones adaptativas y podíamos detectar las que en un futuro podrían prevalecer e instaurarse como síntomas depresivos.

Objetivos

- A.- Evaluar las reacciones depresivas que se manifiestan en un grupo de mujeres mastectomizadas después de haber transcurrido seis meses desde su diagnóstico.
- B.- Comparar los niveles de depresión existentes entre un grupo de mujeres mastectomizadas después de haber transcurrido seis meses desde su diagnóstico y un grupo de mujeres sanas.
- C.- Establecer que parámetros son los favorecedores para una adecuada adaptación a la enfermedad neoplásica.

Material y Método

A. Muestra: las mujeres seleccionadas poseían características diferenciales específicas, lo cual determinó dos grupos muestrales que pasamos a comentar:

1. Grupo 1: constituido por 30 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, motivo por el que habían sido mastectomizadas en un plazo no inferior a los seis meses anteriores, ni superior a los cinco años.

2. Grupo 2: constituido por 30 mujeres sin ningún tipo de patología orgánica o psicológica conocida. Las características sociodemográficas de ambos grupos son las siguientes:

En el Grupo de Mujeres con Cáncer la edad media es de 51,10 años con una desviación típica de 8,04, presentando unos mínimos y máximos de 30 a 62 años. Respecto al Grupo de Mujeres Sanas, la media se establecía en 50,67 años, con una desviación típica de 5,51, con unos mínimos y máximos de 34 y 62 años (gráfico 1).

El estado civil predominante es el de casada, existiendo un bajo porcentaje de mujeres separadas o divorciadas y viudas (gráfico 2). El número de hijos oscilaba entre ninguno y 6, siendo el más común el de 2 (36,7%). Respecto al nivel de estudios, en su mayoría las mujeres manifestaban saber leer y escribir o poseer certificado de estudios primarios (61.63%), siendo escaso el porcentaje de mujeres que eran analfabetas (solo dos casos). Por otro lado, en general, la mujer ejercía su trabajo como ama de casa (61.7%), siendo el porcentaje de mujeres que trabajaban fuera del hogar menor (38.3 %).

En cuanto a los años de evolución de enfermedad que presentaban las Mujeres con Cáncer, en la mayoría de los casos se agrupaban en torno al año (66,7%), siendo la evolución del cáncer, en el 56,7% de Estadio II y el 76,7% de las mujeres además de la mastectomía habían recibido algún tipo o varios tipos de tratamientos coadyuvantes.

B. Instrumentos: el material psicológico utilizado estuvo compuesto por:

- Dos Inventarios Sociobiográficos, uno para el grupo de mujeres con cáncer y otro para el grupo de mujeres sanas. Ambos fueron creados al efecto para obtener información necesaria sobre distintos aspectos sociodemográficos y actitudinales de nuestro interés.
- El Cuestionario de Ajuste Emocional al Cáncer (C.A.E.C) (21).
- El Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (M.A.C.) (22).
- El Cuestionario de Análisis Clínico (C.A.Q.) (23).

C. Método

1. Criterios de Selección de la Muestra: estos fueron:

- Ser mujer
- Tener una edad comprendida en un intervalo de 25 a 65 años.
- No podían estar o haber estado en tratamiento psiquiátrico y/o psicológico previamente al estudio.

- No estar en bajo medicación psicoactiva.

2. Procedimiento de Aplicación de las Pruebas: el procedimiento que se llevó a cabo con cada grupo fue el siguiente: En el Grupo de mujeres con cáncer se les aplicó la batería en una sola sesión cuando venían a revisión a la Unidad de Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Las instrucciones se les ofrecía a cada mujer de forma verbal y estaban previamente establecidas. En el Grupo de mujeres sanas se realizaron las evaluaciones en sus casas y con el mismo sistema de instrucciones.

4. Resultados: a continuación ofreceremos aquellos resultados que estén vinculados con el objetivo principal de nuestro estudio que es la valoración de los niveles de depresión que las pacientes manifiestan. En primer lugar comentamos los resultados del Cuestionario de Adaptación Emocional al Cáncer. Este instrumento cuenta con un factor específico de depresión, en la Tabla 1 se muestran las Medias de las puntuaciones, así como los resultados de los Análisis de Varianza realizados con dicho factor. Estos resultados vendrían a confirmar el estudio realizado por Andreu e Ibáñez (24) dentro del ámbito nacional, en el que las mujeres con cáncer no se mostraban más deprimidas que las sanas. Aunque hemos de resaltar el hecho de que tanto las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama como las sanas presentan puntuaciones muchos más elevadas a las de la investigación anteriormente citada.

En cuanto a los resultados del Análisis de Varianza realizado a los factores del Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer, vemos como no existen diferencias estadísticamente significativas en los dos factores implicados en la valoración de las reacciones depresivas (Tabla 2).

Para finalizar comentar los resultados obtenidos en el Cuestionario de Análisis Clínico a través del Análisis de Varianza (como se muestra en la Tabla 3) indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguno de los siete factores que valoran las reacciones depresivas. Esto nos podría hacer pensar que tras una primera fase de adaptación a la enfermedad, las mujeres con cáncer consiguen controlar sus reacciones emocionales, razón por la cual nuestro grupo de mujeres con cáncer (dado que como mínimo llevan diagnosticadas más de seis meses), no se muestran especialmente deprimidas, irritables o ansiosas en comparación a las mujeres sanas.

Discusión y conclusiones

Son numerosos los estudios que intentan establecer la posible existencia de una psicopatología determinada en los pacientes que padecen enfermedades neoplásicas (5, 25, 26). Pero el hecho de que existan determinadas reacciones emocionales (estados depresivos de severidad variable y/o estados ansiosos) tras el diagnóstico no implica que estas se tengan que establecer de una manera definitiva como patologías psiquiátricas estables (2,3, 7, 8). Por otro lado, se han sido descrito trastornos en la imagen corporal y alteraciones cognitivas como consecuencia directa de los tratamientos empleados en la terapéutica oncológica (9, 10, 11) pero también se ha de reconocer que tras un tiempo de adaptación y con el apoyo emocional adecuado tienden a mitigarse o desaparecer.

Es por todo ello, que hoy en día se considera que existen ciertas reacciones emocionales que deben ser consideradas dentro del marco de lo "normal" ante el diagnóstico (3, 27, 28, 29), mientras que otras se deben entender como alteraciones psicopatológicas, entre las que cabría destacar: trastornos adaptativos (que abarcarían síntomas emocionales mixtos como ansiedad/depresión), ansiedad vivenciada como una sensación de pérdida de control, depresión como cuadro clínico ya instaurado, trastornos confusionales propios de pacientes en estadios terminales de la enfermedad, así como insomnio (5).

Sin embargo y a la luz de nuestros resultados (Tablas 1, 2 y 3) el que no existan diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en los distintos Factores que hemos valorado, nos hace pensar que tras una primera fase de adaptación a la enfermedad, las mujeres con cáncer consiguen controlar sus reacciones emocionales. Esto confirmaría la opinión de algunos autores (3, 18) que consideran que tras una primera fase, en la que se manifiestan ciertos síntomas emocionales (depresión y/o ansiedad), se tendería a la normalización y desaparición de los mismos. Además, tal y como señala Ibáñez Guerra (3), se suele olvidar, por parte del sector sanitario, que determinados síntomas psíquicos (como puede ser el caso de la depresión), aparecen en los pacientes oncológicos como respuestas emocionales normales ante el conocimiento de su enfermedad y según esta autora como una respuesta socialmente determinada. Nosotros añadiríamos que además este tipo de respuestas son bastante adecuadas. Es decir, es lógico pensar que un diagnóstico de cáncer supone un acontecimiento vital grave y altamente estresante para cualquier persona y que ésta tardará cierto tiempo en poder aceptar y comprender lo que le está pasando, momento en el cual muchos de nuestros pacientes se replantean su vida pasada y sobre todo la futura. La incertidumbre y el miedo ante un mal pronóstico les provoca sentimientos de tristeza, ansiedad, soledad, etc.. Solo una vez que consiguen hacer un afrontamiento de su nueva situación es cuando logran adaptarse a ella y diluir este tipo de emociones. Reprimirlas y/o no afrontarlas puede llegar a ser más perjudicial a medio y largo plazo. Es por ello, que parte del esfuerzo del personal sanitario y de la familia que rodean al enfermo debiera ir dirigido a darle la oportunidad al paciente a expresar como se siente y los miedos que le asaltan, para así poder evitar la cronificación de determinados estados emocionales y la instauración de cuadros clínicos como la depresión.

Por otro lado, todos conocemos la percepción social que se tiene del cáncer como una enfermedad para la que no existe una cura definitiva. A pesar de las campañas realizadas y del esfuerzo invertido para la desmitificación del cáncer esto aún no se ha conseguido, hecho por el cual cuando una persona es diagnosticada, suele automáticamente pensar que va a morir y que no existe posibilidad de □salvación□. Si seguimos los planteamientos del modelo de autorregulación de Nerenz y Leventhal (30), el paciente parte de una representación mental de la enfermedad que se conforma en base al conocimiento objetivo que tiene de ella y en base a las experiencias previas que haya tenido con ella (que terminarán de conformar el conocimiento subjetivo). Ambos conocimientos interaccionarían entre sí dado lugar a una representación mental de lo que la enfermedad significa. Si nos centramos en la enfermedad neoplásica, y tal como señalan Ibáñez Guerra y Durá (31), en situaciones críticas como puede ser el diagnóstico de un cáncer, este modelo propuesto por Nerenz y Leventhal podría quedar invalidado en el sentido de que el procesamiento emocional no sería parte interactuante sino más bien una consecuencia del conocimiento "objetivo" y nosotros añadiríamos que muy posiblemente y sobre todo, del subjetivo. Es decir y siguiendo con los planteamientos de estas autoras, las reacciones emocionales que se producen ante el conocimiento del diagnóstico de cáncer, dependen directamente del tipo de conocimiento o representación previa que el paciente tiene sobre dicho diagnóstico. Si este conocimiento es pesimista respecto al pronóstico, con mayor posibilidad la persona desarrollará reacciones emocionales extremas.

Así pues, en base a estos planteamientos, podríamos pensar que una posible causa de la inexistencia de diferencias estadísticamente significativas en los Factores que hemos

estudiado entre el grupo de mujeres con cáncer y el grupo de mujeres sanas, podría deberse al tiempo que ha transcurrido desde que fueron diagnosticadas las pacientes con cáncer. Este período de tiempo puede que haya posibilitado la adquisición de un conocimiento mucho más objetivo de la enfermedad del que poseían. De este modo el procesamiento en paralelo que proponían Nerenz y Leventhal (30) de la información objetiva y de las emociones se llegaría a dar, una vez superada esa primera fase que Ibáñez Guerra y Durá (31) comentaban de la dependencia del componente emocional del conocimiento y experiencias previas con la enfermedad.

Las conclusiones más directas que podemos sacar de este trabajo serían que el sector sanitario debe orientar su atención hacia dos aspectos:

- El primero, el de facilitar la respuestas emocionales de sus pacientes, haciéndoles ver que sus sentimientos y sus miedos son □ normales □ e instándolos a que los comuniquen sobre todo a sus familias.
- El segundo, el saber que una manera efectiva de evitar dichas reacciones es facilitar al enfermo una información objetiva y real de lo que es la enfermedad oncológica y sus tratamientos, intentando desmitificar la visión social que se tiene de esta enfermedad.

Bibliografía

- 1.- Ibáñez Guerra E. Los procesos de adaptación cognitiva en pacientes con cáncer de mama. Madrid: Memoria de Investigación de la C.A.I.C.Y.T.; 1987.
- 2.- Ibáñez Guerra E. Andreu Vaillo Y. Calidad de vida y psicología oncológica. Anuario de Psicología. 1988; 38 (1): 9-21.
- 3.- Ibáñez Guerra E. Reflexiones sobre la relación entre depresión y cáncer. En Ibáñez Guerra E. Psicología de la salud y estilos de vida. Valencia: Promolibro; 1990.
- 4.- Ibáñez Guerra E. La información como estrategia de dominio del estrés en pacientes aquejados de cáncer. En Ibáñez Guerra E. Psicología de la salud y estilos de vida. Valencia: Promolibro; 1990.
- 5.- Montoya Carrasquilla J. Cáncer avanzado control de síntomas. Madrid: Laboratorios Delagrangé; 1992.
- 6.- Flórez Lozano JA. La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos. Barcelona: Edikamed; 1994.
- 7.- González Barrón R. La mastectomía: ¿altera la personalidad de las personas afectadas?. Revista de Psicología General y Aplicada. 1990; 43 (2): 245-255.
- 8.- Thirlaway K. Fallowfiels L. The psychological consequences of being at risk of developing breast cancer. European Journal of Cancer Prevention. 1993; 2: 467-471.
- 9.- Massie MJ. Depression. En Holland JC. Rowland JH. Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer. Oxford: University Press; 1989.

- 10.- Cull A. Invited review: psychological aspect of cancer and chemotherapy. *Journal of Psychosomatic Research*. 1990; 34 (2): 129-139.
- 11.- Margolis G. Goodman RL. Rubin A. Psychological effect of breast-conserving cancer treatment and mastectomy. *Psychosomatics*.1990; 31 (1): 33-39.
- 12.- Burish TG. Lyles J. Coping with the adverse effects of cancer treatment. En coping with chronic disease. Nueva York: Academic Press; 1983.
- 13.- Cohen RS. Syme SL. Social support and health. Nueva York: Academic Press; 1985.
- 14.- Hughes JE. Psychological and social consequences of cáncer. *Cancer Surveys*. 1987; 6 (3): 455-475.
- 15.- Andrykowski MA. Gregg ME. The role of psychological variables in post-chemotherapy nausea: anxiety and expectation. *Psychosomatic Medicine*. 1992; 54: 48-58.
- 16.- Ferrero Berlanga J. El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer. Promolibro: Valencia; 1993.
- 17.- Silberfarb PM. Philibert D. Levine PM. Psychological aspects of neoplastic disease II. Affective and cognitive effects of chemotherapy in cancer patients. *American Journal of Psychiatry*.1980; 137: 597-601.
- 18.- Maguire P. Tait A. Brooke M. Thomas C. Sellwood R. Effect of counseling on the psychiatric morbidity associated with mastectomy. *British Medical Journal*. 1980; 281: 1454-1456.
- 19.- Torrico Linares E. Blanco Picabia A. Valoración de Conductas en Pacientes Oncológicos. En Blanco Picabia A. *Apuntes de Intervención Psicológica en Medicina*. Valencia: Promolibro; 1994.
- 20.- Torrico Linares E. Actitudes ante la muerte de lo temido a lo vivido (tesis doctoral no publicada). Sevilla. Facultad de Ciencias de la Educación (sección Psicología). Universidad de Sevilla; 1995.
- 21.- Andreu Vaillo Y. Creación de un cuestionario para pacientes con cáncer de mama (tesis doctoral no publicada). Valencia. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia; 1987.
- 22.- Watson M. Greer S. Bliss JM. Mental Adjustment to cancer (MAC) scale. User's manual. Sutton; Cancer Research Campaign. Psychological Medicine Research Group. The Royal Marsden Hospital; 1989.
- 23.- Krug SE. Manual del cuestionario de análisis clínico (Versión española). Madrid: Ediciones TEA; 1986.
- 24.- Andreu Vaillo Y. Ibáñez Guerra E. Un estudio cuasipropectivo sobre la personalidad tipo C. *Boletín de psicología*. 1993; 40: 37-51.

- 25.- Derogatis LR. Morrow GR. Fetting J. Penman D. Piajetski S. Schmale AM. Henrichs M. Carnicke ChL. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA. 1983; 249 (7): 958-968.
- 26.- Lobo A. Pérez Echevarría MJ. Artal J. Validity of the scale version of general health questionnaire (GHQ-28) in a spanish population. Psychological Medicine. 1986; 16: 135-140.
- 27.- Holland J. Psychologic aspect of cancer. En Holland J. Freii E. Cancer and Medicine. Filadelfia: Lea and Febiger;1982.
- 28.- Die Trill M. Dimensiones psicosociales del cáncer en adultos. JANO. 1987; 33: 591-596.
- 29.- Barreto Martín P. Capafons A. Ibáñez Guerra E. ¿Depresión y cáncer o adaptación y cáncer?. En Ibáñez Guerra E. Psicología de la salud y estilos de vida. Valencia: Promolibro; 1990.
- 30.- Nerenz D. Leventhal H. Lure R. Ringler KE. Psychological aspects of cancer chemotherapy. International Review of Applied Psychology. 1984; 33 (4): 521-529.
- 31.- Ibáñez Guerra E. Durá E. La relación medico-paciente en Psicología Oncológica. En Ibáñez Guerra E. Belloch A. Psicología y medicina. Valencia: Promolibro; 1989.

Palabras clave: Psicooncología, Depresión, Adaptación a la enfermedad, Cáncer de mama, Reacciones emocionales.