

# LA RELEVANCIA DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

## RELEVANCE OF PSYCHOSOCIAL INTERVENTION IN BREAST CANCER PATIENT

Marisol Pocino\*, Gissell Luna\*, Pablo Canelones\*, Andreína Mendoza\*, Gabriel Romero\*\*, Luis E. Palacios\*\*, Liliana Rivas\* y Marianela Castés\*

\* Laboratorio de Psiconeuroinmunología. Escuela de Medicina "José María Vargas". Instituto de Biomedicina. Universidad Central de Venezuela (UCV)

\*\* Hospital Oncológico "Luis Razetti". Caracas, Venezuela.

### Resumen

El diagnóstico de cáncer y su progresión, genera altos niveles de estrés que se acompañan en algunos casos con alteraciones psicológicas.

**Objetivos:** Analizar la incidencia de alteraciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama y su posible modificación mediante un tratamiento cognitivo-conductual, que aplica relajación, imaginación guiada y otras técnicas de control del estrés.

**Método:** Se evaluó la presencia de depresión, ansiedad y alexitimia mediante el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo de Spielberger y la Escala de Alexitimia de Toronto, en 26 pacientes con cáncer de mama y 18 controles sin cáncer, con edad promedio de  $48 \pm 11$  años. Ocho pacientes participaron durante 5 días en un programa de intervención psicosocial, y se midió depresión, ansiedad, alexitimia y bienestar físico percibido, antes y una semana después de participar en el programa.

**Resultados:** Las pacientes presentaron mayor frecuencia de depresión, ansiedad estado y rasgo; las mujeres del grupo control presentaron mayor frecuencia de alexitimia. Se observó mayor severidad de depresión y alexitimia en las pacientes. Un mayor porcentaje de pacientes presentó simultáneamente depresión y ansiedad estado/rasgo. La participación en

### Abstract

Cancer diagnosis and disease progression induce high levels of stress that in some people go along with depression and anxiety.

**Objectives:** To analyze the incidence of psychological alterations in breast cancer patients and possible modifications by a cognitive-behavioral treatment, that included relaxation and guided-imagery as well as stress management.

**Methods:** Depression, anxiety and alexithymia were diagnosed by the use of Beck' Depression Inventory, Spielberger' State/Trait Anxiety Inventory and Toronto Alexithymia Scale in 26 breast cancer patients and 18 controls without cancer with mean age  $48 \pm 11$  years. Eight patients attended for 5 days to a psychosocial intervention program. Depression, anxiety, alexithymia and perceived physical well-being were measured before and one week after program attendance.

**Results:** Higher frequency of depression, state and trait anxiety was detected in patients in opposition to controls who showed higher frequency of alexithymia. Patients showed increased severity of depression and alexithymia. Furthermore, a higher percentage of patients showed simultaneous expression of depression and state/trait anxiety. Lower levels of state anxiety levels ( $p < 0.02$ ) and trait anxiety were detected after support program

### Correspondencia:

Marisol Pocino  
Laboratorio de Psiconeuroinmunología,  
Cátedra de Inmunología. Escuela de Medicina "José María Vargas"  
Instituto de Biomedicina, UCV. Edificio Ciencias Básicas II, piso 5  
San Lorenzo a Pirineos, San José, Caracas, Venezuela.  
E-mail: mpocino@yahoo.com

Financiado por FONACIT S1-2001000942

el programa de apoyo psicosocial determinó disminución en los niveles de ansiedad estado ( $p < 0,02$ ) y ansiedad rasgo. Pacientes con diagnóstico previo de depresión no presentaron indicadores de la misma después de la intervención.

**Conclusiones:** Las pacientes con cáncer de mama presentan más alteraciones psicológicas que las personas sin cáncer. La intervención psicosocial puede mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer de mama al disminuir la ansiedad y la depresión que frecuentemente acompañan a la enfermedad.

**Palabras clave:** Cáncer de mama, tratamiento psicológico, calidad de vida.

attendance. Patients with previous depression diagnosis did not showed depression indicators after intervention.

**Conclusion:** Breast cancer patients showed higher incidence of psychological alterations than persons without cancer. Psychosocial Interventions can increase the quality of life in breast cancer patients by decreasing the anxiety and depression they present.

**Key words:** Breast cancer, psychological treatment, quality of life.

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de cáncer así como la evolución de la enfermedad, actúan como estresores altamente amenazantes, que inducen alta respuesta de estrés físico y psíquico en la mayoría de los pacientes, y frecuentemente se complican con alteraciones psicológicas como la depresión, ansiedad y alexitimia, que reducen la calidad de vida. Estos cambios pueden determinar una baja adhesión a los tratamientos médicos, disminución de conductas saludables y de autocuidado, así como alteraciones en las funciones neuroendocrinas e inmunitarias, que pueden contribuir a la progresión de la enfermedad<sup>(1)</sup>.

A lo largo de los años, se han desarrollado diferentes tipos de intervenciones psicosociales para pacientes con cáncer, que han presentado resultados variables<sup>(2)</sup>. Diferentes líneas de investigación han indicado que el apoyo social atenúa la respuesta fisiológica al estrés, y previene la inducción de respuestas biológicas y conductuales que son dañinas a la salud que se ha asociado, con aumento de la función inmune y mantenimiento de la salud<sup>(3)</sup>.

Debido a que en nuestro medio, existen pocos trabajos que caractericen las alteraciones psicológicas más frecuentes en pacientes con cáncer de nuestra población, en el presente trabajo nos propusimos estudiar la presencia de alteraciones psicológicas como la depresión, ansiedad y alexitimia en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que asisten a consulta en el Hospital Oncológico "Luis Razetti", Caracas; así como las posibles modificaciones en estos parámetros después de la participación en un programa de intervención psicosocial.

## MÉTODO

### Muestra

Se estudiaron mujeres que asistieron a la consulta de Medicina Interna Oncológica o a la consulta de Mama en el Hospital Oncológico Luis Razetti y que tienen diagnóstico de cáncer de mama. Asimismo, se estudiaron mujeres sin diagnóstico de cáncer. Los sujetos que conformaron los dos grupos estudiados se seleccionaron mediante un muestreo intencionado, puesto que se escogieron

siguiendo criterios establecidos previamente y de manera deliberada que incluían tener edades no mayores de 65 años y no haber participado con anterioridad en protocolos de investigación sobre tratamientos psicológicos o participado previamente en algún grupo de apoyo o intervención psicosocial.

#### *Grupo de pacientes*

Se estudió una muestra de 26 mujeres con cáncer de mama, con edades comprendidas entre 35 y 60 años (edad promedio:  $50 \pm 8$  años) residenciadas en la ciudad de Caracas y con características socioeconómicas y culturales variables. Este grupo estaba integrado por mujeres con diferentes tipos de diagnóstico que iban desde estadio I hasta recidivas (Ver Tabla 1). Asimismo, en el grupo de pacientes había mujeres que solo habían sido sometidas a cirugía, mientras que otras además habían recibido quimioterapia, pero en este caso, hacía por lo menos 3 meses que no recibían el tratamiento.

Para la selección de la muestra se realizó una exploración de las historias

clínicas, en el centro de historias clínicas del Hospital Oncológico "Luis Razetti". Aquellas que cumplieran con los criterios previamente establecidos, se les convocó telefónicamente a una reunión destinada a brindarles información acerca de los objetivos y características de la investigación, además de comunicarles los beneficios que les aportaría, y se dio espacio para responder las dudas e interrogantes que pudiesen surgir y finalmente se estableció una fecha para dar inicio a las evaluaciones psicológicas.

#### *Grupo Control*

Estuvo conformado por 18 mujeres que para el momento de la evaluación no presentaban patologías oncológicas, con edades comprendidas entre 29 y 63 años (edad promedio:  $47 \pm 12$  años) y con características socioeconómicas y culturales variables.

#### **Consideraciones éticas**

El presente estudio se realizó en el marco de un Proyecto de Investigación el cual fue considerado y aprobado por

Tabla 1. **Características clínicas del grupo integrado por las pacientes con cáncer de mama <sup>a</sup>**

| ESTADIO  | TRATAMIENTO <sup>b</sup> |                                | TOTALES |
|----------|--------------------------|--------------------------------|---------|
|          | SIN QUIMIOTERAPIA        | CON QUIMIOTERAPIA <sup>c</sup> |         |
| I        | 1                        |                                | 1       |
| II       | 10                       | 3                              | 13      |
| III      | 6                        | 4                              | 10      |
| RECIDIVA |                          | 2                              | 2       |
| TOTALES  | 17                       | 9                              | 26      |

<sup>a</sup> Los valores en el cuadro representan el número de pacientes que presentaba la característica mencionada.

<sup>b</sup> Todas las pacientes habían sido sometidas a cirugía

<sup>c</sup> Sin tratamiento por lo menos tres meses antes de participar en el estudio

el Comité de Ética del Hospital Oncológico "Luis Razetti" y el Comité de Bioética del Instituto de Biomedicina, UCV. Caracas, Venezuela. Asimismo, antes de la administración de los instrumentos psicológicos, las participantes recibieron información detallada, acerca de las condiciones y requerimientos de las pruebas, además de notificarles el objetivo del estudio, si estaban de acuerdo debían firmar la carta de Consentimiento Informado. Su participación fue voluntaria y anónima.

### **Evaluación psicológica**

Para la evaluación de las distintas variables psicológicas analizadas en este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos de exploración psicológica

#### *1. Entrevista psicooncológica*

Diseñada para la recolección de datos demográficos, antecedentes patológicos personales y familiares de las participantes. La recolección de estos datos tenía la finalidad de permitir localizar a las pacientes, investigar algunos aspectos significativos relacionados con su historia de vida y definir las características de la población y muestra en estudio. Esta entrevista tenía una duración aproximada de 20 minutos.

#### *2. Aplicación de instrumentos psicológicos*

Luego de entrevistar a cada paciente se procedió a administrar los cuestionarios psicológicos empleados en la investigación. Esta evaluación tenía una duración aproximada de hora y media. La persona que realizó la entrevista psicooncológica y aplicó los instrumentos psicológicos fue siempre la misma, tanto para el grupo experimental como para el grupo control.

### **Instrumentos utilizados para determinar la presencia de alteraciones psicológicas**

#### *Depresión*

El registro y evaluación de la Depresión se realizó por medio del Inventario de Depresión de Beck (BDI)<sup>(4)</sup>. Es un cuestionario autoaplicado que consta de 21 ítems, que se puntúan de 0 a 3. Aporta una información cualitativa y cuantitativa, de muy fácil utilización y requiere de 10 a 15 minutos para ser completado, mide la intensidad de las conductas depresivas en el sujeto. Se consideró depresión leve, el puntaje entre 10 y 19 puntos, depresión moderada, el puntaje ubicado entre 20 y 29 puntos y finalmente depresión severa, el puntaje que oscile entre 30 y 63 puntos.

#### *Ansiedad*

La Ansiedad Estado y Rasgo, se determinó por medio del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), elaborado por Spielberger et al<sup>(5)</sup>. El STAI, constituye un cuestionario autoaplicado, constituido por dos escalas separadas de autoevaluación, las cuales se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: a) La llamada ansiedad-rasgo (A-Rasgo), y b) La llamada ansiedad-estado (A-Estado). Este cuestionario puede ser administrado individual o colectivamente, no tiene establecido un tiempo limitado para ser contestado, aunque por lo general, su aplicación completa suele tomar quince minutos. Una puntuación superior a 50 en la correspondiente escala expresada en percentiles se consideró presencia de ansiedad estado o ansiedad rasgo.

#### *Alexitimia*

Se midió a través de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS 20)<sup>(6)</sup>. Es un

cuestionario autoaplicado, conformado por 20 ítems, cada uno de los cuales se contesta a través de una escala tipo Likert de 5 puntos. Requiere de 5 a 10 minutos para ser completada. Describe el grado de dificultad para identificar y expresar sentimientos y diferenciarlos de los síntomas asociados a la activación emocional. Las puntuaciones entre 51 y 60 puntos determinan la presencia de alexitimia moderada y las puntuaciones entre 61 y 100 puntos expresan la presencia de alexitimia severa.

### **Instrumentos utilizados para la valoración del bienestar físico percibido**

Se utilizaron las sub-escalas del Cuestionario de Calidad de Vida para Cáncer (QLQ-C30) de la EORTC (del inglés *European Organization for Research and Treatment of Cancer*) que evalúan Calidad de Vida, Condición Física General y Salud General. Estas sub-escalas emplean un formato de respuesta tipo Likert, cada una compuesta por una pregunta con un continuo de siete posibles respuestas, donde 1 es deficiente y 7 es excelente. Son de auto administración y miden la visión subjetiva del sujeto en cuanto al correspondiente constructo<sup>(7)</sup>.

### **Intervención Psicosocial**

Consistió en un programa de intervención psicológica en el que se utilizaron técnicas cognitivo-conductuales, para equipar a las pacientes de diferentes herramientas que le permitieran un mejor afrontamiento y manejo de su enfermedad. Incluyó, el entrenamiento en técnicas de relajación y de imaginación guiada, así como la asignación de tareas y ejercicios psicológicos, organizados para cumplirse a través de sesiones de grupo combinado con terapia indivi-

dual, siguiendo el esquema usado por el Dr. Carl Simonton en el Simonton Cancer Center, de California, EEUU<sup>(8)</sup>, modificado. Para la realización del programa, cada paciente debía asistir, acompañada de una persona de apoyo, que es vital para la intervención. Se procesó el miedo a la muerte y a la recurrencia del cáncer, se ayudó a las paciente a construir un plan de salud personal para dos años, con el objetivo de sustituir los hábitos inadecuados en las actividades de la vida cotidiana (nutrición, ejercicio, apoyo social), por hábitos adecuados que aumenten la calidad de vida y contribuyan a la potenciación del sistema inmunológico.

Este programa se re-estructuró para ser desarrollado de manera ambulatoria durante cinco días, desde las 8:30 a.m. hasta las 5 p.m. y se llevó a efecto en las instalaciones de la Cátedra de Inmunología de la Escuela de Medicina "José María Vargas", UCV, Caracas. El equipo de profesionales que dirigió el programa de apoyo estuvo integrado por tres psicoterapeutas, dos inmunólogos y una fisioterapeuta. Para el presente trabajo, se estudió un total de ocho pacientes con cáncer de mama, que participaron en uno de los dos programas de apoyo dictados en momentos diferentes. Cinco pacientes asistieron a uno y 3 pacientes al otro, esto motivado a la imposibilidad de reunir más pacientes para cada programa.

### **Análisis Estadístico**

Se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, en la comparación de los promedios de los puntajes, obtenidos en las diferentes pruebas psicológicas para el grupo de pacientes con cáncer de mama y su grupo control. Se utilizó el Test Exacto de Fisher para comparar la frecuencia de personas con

alteraciones psicológicas entre los dos grupos estudiados.

**RESULTADOS**

**Determinación de la presencia de alteraciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama**

En la Figura 1, se presenta la frecuencia de alteraciones psicológicas en las pacientes con cáncer de mama y su comparación con controles sin cáncer. Se puede observar que la frecuencia de depresión, ansiedad estado y ansiedad rasgo fue mayor en el grupo de pacientes que en el grupo control. Por el contrario, la frecuencia de alexitimia fue mayor en el grupo control.

Cuando se agruparon las personas que tenían depresión, según la severidad de la misma, se observaron diferencias en la distribución de los dos grupos estudiados. A pesar que la frecuencia

tanto de depresión leve como de depresión moderada fue mayor en el grupo de pacientes que en el control, esta diferencia fue más marcada en personas con depresión moderada (Figura 2).

Por otro lado, cuando se agruparon las personas con diagnóstico de alexitimia según la severidad de la misma, se observó mayor frecuencia de alexitimia moderada en el grupo control a diferencia del grupo de pacientes que mostró mayor frecuencia de alexitimia severa (Figura 3).

Con respecto a la frecuencia de ansiedad cabe destacarse que el 53% de las pacientes presentó simultáneamente ansiedad estado y ansiedad rasgo, en comparación con un 28% de las controles. En cuanto a las personas que presentaron solo un tipo de ansiedad, se observó mayor frecuencia de ansiedad estado en las controles (Figura 4).

Cuando se comparó el porcentaje de personas que presentaban simultá-

Figura 1. **Comparación de la frecuencia de alteraciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama y sus controles sin cáncer**

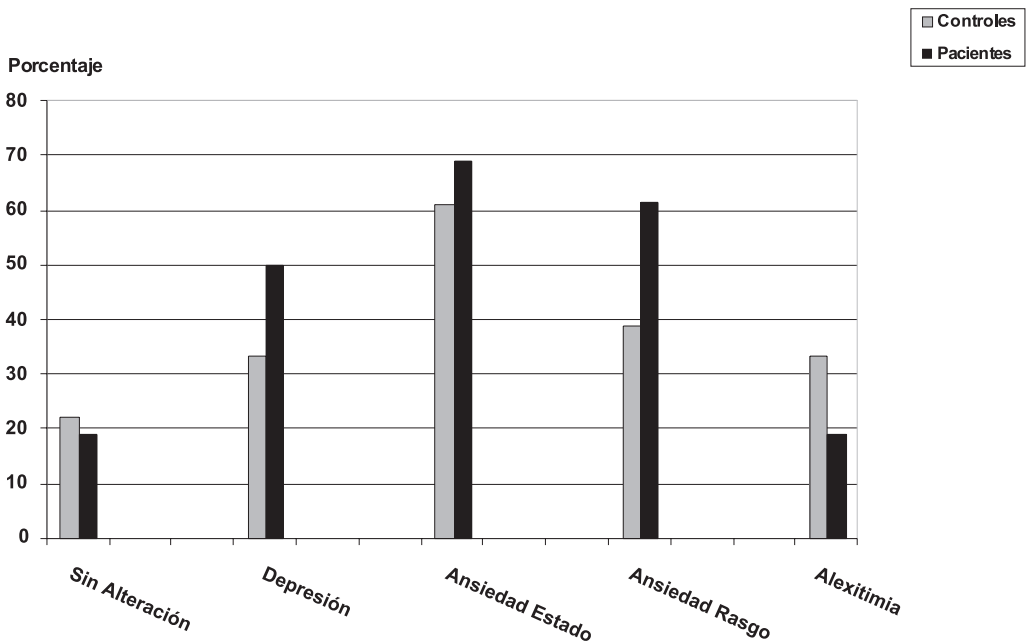


Figura 2. **Depresión en pacientes con cáncer de mama y sus controles sin cáncer**

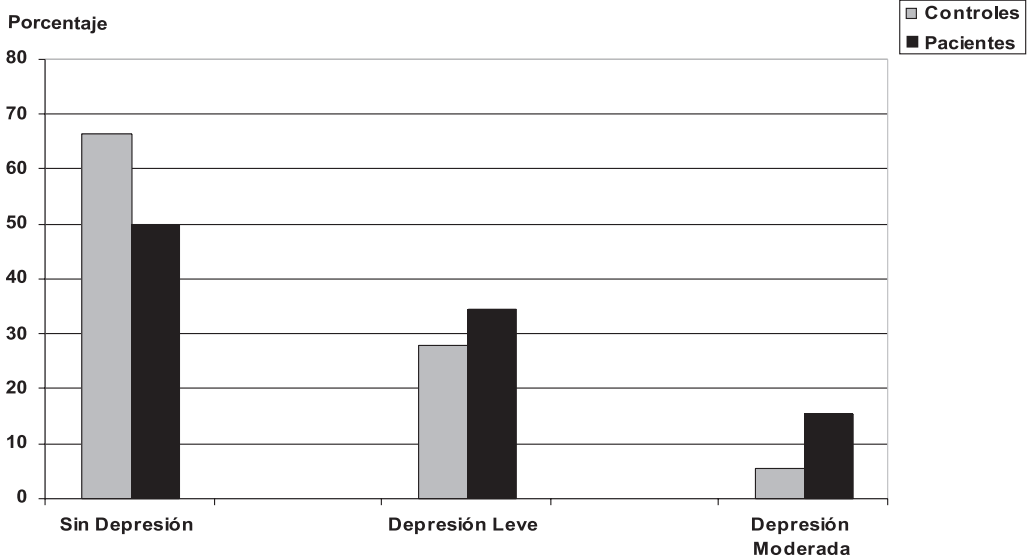


Figura 3. **Alexitimia en pacientes con cáncer de mama y sus controles sin cáncer**

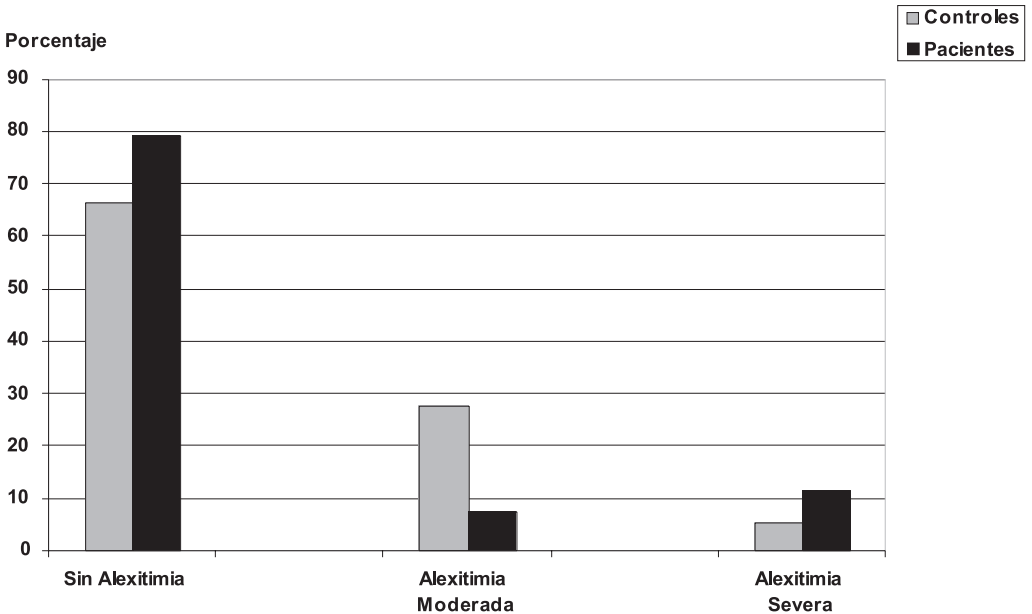
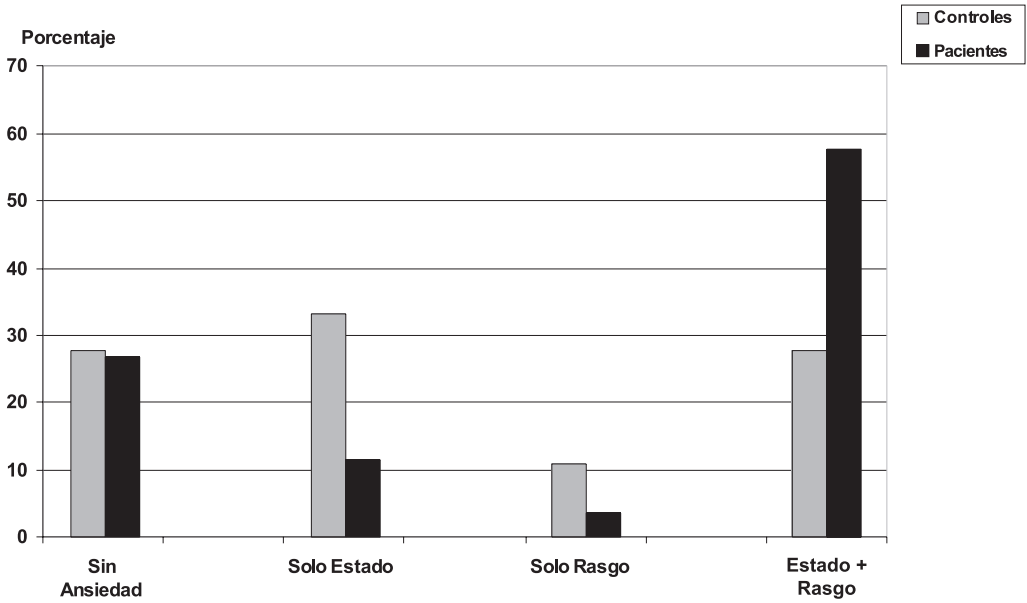


Figura 4. **Ansiedad estado/rasgo en pacientes con cáncer de mama y sus controles sin cáncer**Tabla 2. **Incidencia simultánea de depresión, ansiedad y alexitimia en pacientes con cáncer de mama y sus controles sin cáncer**

| DIAGNÓSTICO               | FRECUENCIA (%) |           |
|---------------------------|----------------|-----------|
|                           | CONTROLES      | PACIENTES |
| SIN ALTERACIONES          | 22,22          | 19,23     |
| SOLO DEP                  | 5,56           | 7,69      |
| SOLO ALEX                 | 0              | 0         |
| SOLO A. ESTADO            | 5,56           | 11,54     |
| SOLO A. RASGO             | 5,56           | 0         |
| A. ESTADO+ A. RASGO       | 5,56           | 15,38     |
| DEP+ALEX                  | 0              | 0         |
| DEP+A. ESTADO             | 16,67          | 0         |
| DEP+A. RASGO              | 0              | 0         |
| DEP+A. ESTADO+A. RASGO    | 5,56           | 26,9      |
| A. ESTADO+ALEX            | 11,11          | 0         |
| A. RASGO+ALEX             | 5,56           | 0         |
| A-ESTADO+A-RASGO+ ALEX    | 11,11          | 3,85      |
| DEP+A-ESTADO+A.RASGO+ALEX | 5,56           | 15,39     |



neamente varias de las alteraciones psicológicas analizadas, se pudo observar que en el grupo de pacientes con cáncer de mama, la incidencia de co-morbilidad entre depresión y ansiedad o de depresión, ansiedad y alexitimia fue mayor que en el grupo control (Tabla 2). Cabe destacarse que en ambos grupos la alexitimia se presentó de manera co-mórbida con la ansiedad y solo se presentó con la depresión cuando también estaba asociada con ansiedad.

**Efectos de la intervención en las variables psicológicas**

Ocho pacientes con cáncer de mama, participaron durante cinco días en el tratamiento descrito en el apartado Métodos, con la finalidad de analizar su posible influencia en los diferentes parámetros psicológicos estudiados. Los diferentes instrumentos psicológicos se administraron previamente al comienzo del tratamiento y siete días después de haber realizado el mismo.

En la tabla 3, se presentan las variables psicológicas evaluadas en estas pacientes. En relación con esto, cabe destacarse que 1 de 3 pacientes tenía

depresión moderada y 2 de 3 tenían depresión leve, dos pacientes presentaron alexitimia moderada.

En la figura 5a se pueden observar los cambios en los puntajes obtenidos en la prueba que mide ansiedad estado, antes y después de la intervención. Las diferencias entre los valores promedios de los puntajes fueron estadísticamente significativas (antes:  $55,63 \pm 9,4$ ; después:  $28,13 \pm 7,5$ ;  $p < 0,02$ ). Seis pacientes mostraron disminuciones en los puntajes de ansiedad estado que variaron entre 40 y 90%.

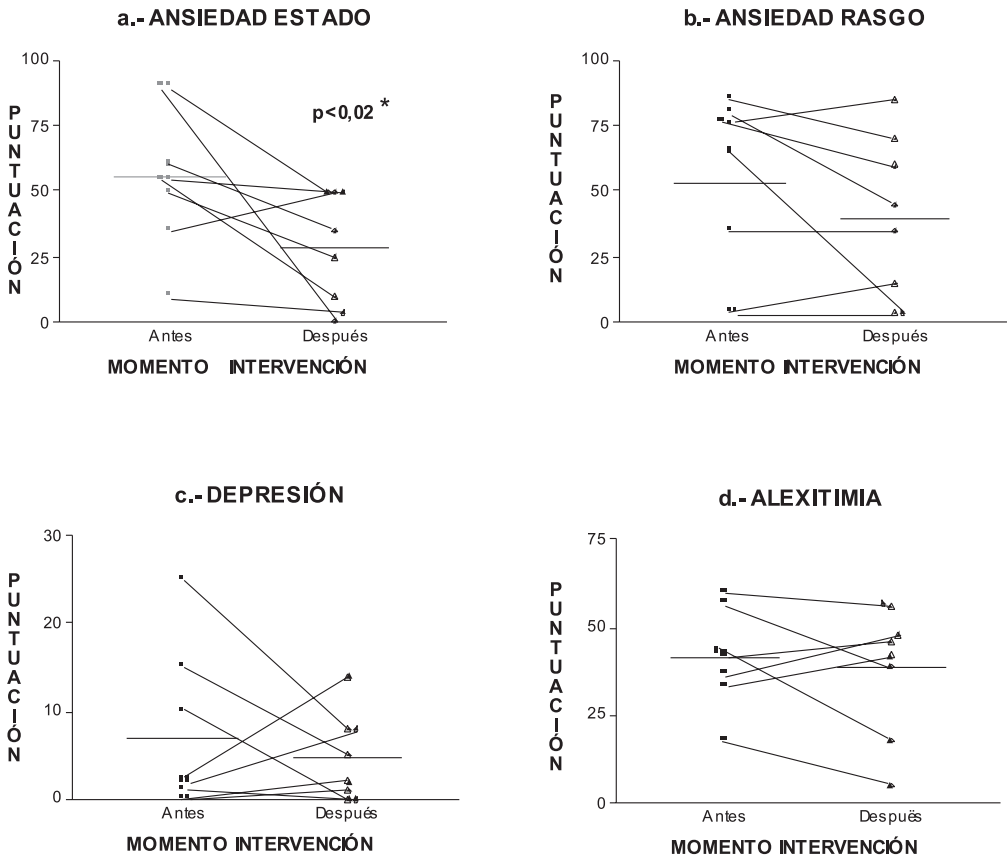
Por otro lado, el promedio de los puntajes de ansiedad rasgo (Figura 5b), obtenidos una semana después de la intervención, a pesar de ser numéricamente menor que el obtenido antes de la misma no alcanzó la significación estadística (antes:  $53,13 \pm 12,01$ ; después:  $39,75 \pm 11$ ; ns).

Con respecto a los niveles de depresión, no se observó diferencia entre el promedio de los puntajes antes o después de la intervención. Sin embargo, cabe señalar, que antes de la intervención en este grupo de pacientes 2 presentaban depresión leve y 1 depresión moderada las cuales no mostraron sín-

**Tabla 3. Alteraciones psicológicas presentes en las pacientes antes de la intervención**

| PACIENTE | DEP | ANS    |       | ALEX |
|----------|-----|--------|-------|------|
|          |     | ESTADO | RASGO |      |
| 1        | -   | +      | +     | -    |
| 2        | -   | +      | +     | +    |
| 3        | -   | +      | -     | -    |
| 4        | +   | +      | +     | +    |
| 5        | +   | +      | +     | -    |
| 6        | -   | -      | -     | -    |
| 7        | +   | +      | +     | -    |
| 8        | -   | -      | -     | -    |

Figura 5. Efecto de la intervención psicosocial sobre la ansiedad, depresión y alexitimia



\* p= Significación de la diferencia entre los promedios de los puntajes obtenidos mediante la Escala de Ansiedad Estado, antes de la Intervención Psicosocial, y una semana después de la misma, utilizando la prueba U de Mann-Whitney. Nivel de significación: p<0,05.

\*\* Las líneas horizontales delgadas corresponden al promedio de la puntuación.

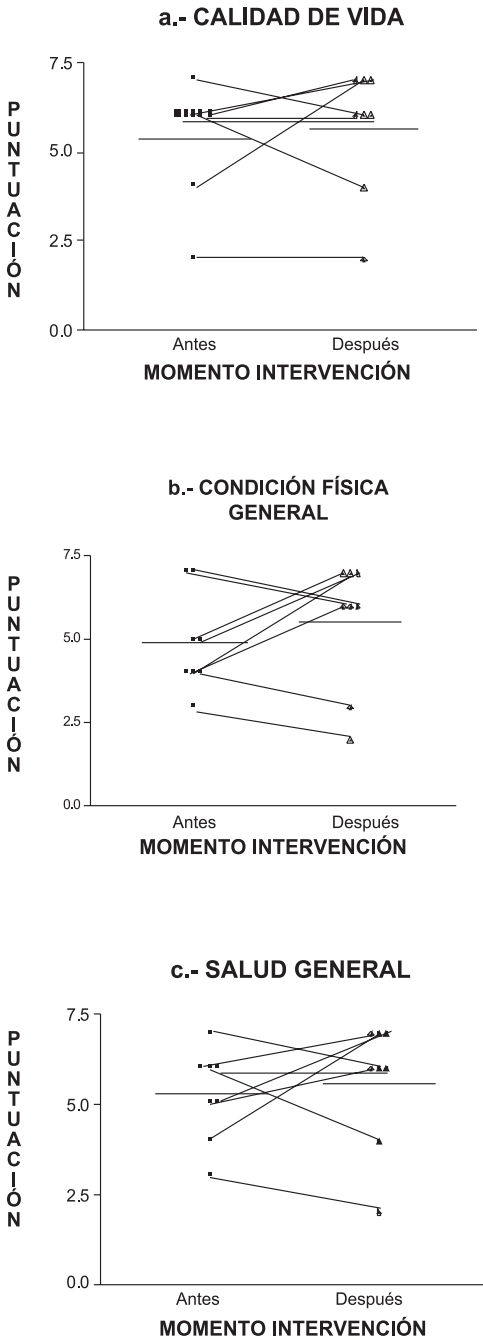
tomas siete días después de la misma. Por el contrario 1 de las pacientes sin depresión mostró índices de depresión leve una semana después del tratamiento (Figura 5c).

El promedio de los puntajes obtenidos para la escala de alexitimia fue similar antes y después de la intervención. Una de las dos pacientes con diagnóstico de alexitimia moderada presente en este grupo modificó su diagnóstico después de la intervención (Figura 5d).

**Efectos de la intervención en la valoración subjetiva del bienestar físico de las pacientes con cáncer de mama**

No se observaron cambios significativos en el promedio de los puntajes obtenidos antes y después de la Intervención Psicosocial, en aquellas pruebas que miden Calidad de Vida, Condición Física General y Salud General (Figura 6 a,b,c). Sin embargo, al analizar de manera individual los valores obte-

Figura 6. **Efecto de la intervención psicosocial sobre la valoración subjetiva del bienestar físico**



\*\* Las líneas horizontales delgadas corresponden al promedio de la puntuación.

nidos antes y después de la intervención, se pudo apreciar que aquellas personas que disminuyeron sus puntajes de ansiedad y dejaron de presentar depresión mostraron tendencias a una mejor valoración subjetiva del bienestar físico.

**DISCUSIÓN**

Diferentes trabajos en revistas internacionales han indicado que la morbilidad psiquiátrica en los pacientes con cáncer es alta<sup>(9)</sup> y probablemente relacionada con dificultades para el ajuste a la enfermedad, angustia, cambios en la calidad de vida<sup>(10,11)</sup>, presencia de estrés y síntomas relacionados con trauma, como son: comportamientos de evitación, pensamientos intrusivos, y activación acentuada<sup>(12,13)</sup>. Además, frecuentemente se ha asociado con trastornos del estado de ánimo y de ansiedad<sup>(14)</sup>. Los reportes en la literatura presentan una gran diversidad de rangos respecto a la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer. Por ejemplo, una revisión reciente reporta una incidencia de depresión que varía entre 6% y 42%<sup>(15)</sup>. De manera similar, una revisión de la literatura ha descrito una frecuencia de ansiedad en rangos que van de 0,9% al 49%<sup>(16)</sup> o entre 10% y 30% en estudios que utilizaron entrevistas psiquiátricas estandarizadas y criterios diagnósticos<sup>(17)</sup>. Un alto porcentaje de estos estudios se han realizado en pacientes con cáncer de mama; sin embargo, a pesar de todos estos reportes, existen pocas publicaciones, que analizan la incidencia de alteraciones psicológicas, en las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que asisten a consulta en nuestros hospitales, de ahí nuestro interés en realizar el presente estudio en una muestra poblacional obtenida a través de las consultas de Medicina Interna y

de Mama del Hospital Oncológico "Luis Razetti", Caracas; Venezuela.

De manera similar a lo descrito previamente, en el presente trabajo se observó mayor frecuencia de depresión y ansiedad en el grupo de pacientes con cáncer de mama que en el grupo control, pero no alcanzó la significación estadística probablemente debido al pequeño tamaño de la muestra. La principal limitación que tuvimos en nuestro trabajo, fue la obtención de la muestra poblacional, debido a una baja receptividad por parte de las pacientes a participar en este tipo de estudios, lo cual fue más complicado al tratar de reunir un grupo adecuado para recibir la intervención psicosocial (mínimo 5, máximo 7 pacientes por programa de apoyo), donde se requería que las pacientes acudieran cinco días seguidos durante ocho horas diarias. Esto pudiera estar relacionado con la falta de tradición cultural en nuestro medio, que se expresa en la falta de reconocimiento de la necesidad de que los pacientes asistan a grupos que apoyo institucionales, y en los empleadores en no tener tipificado el otorgar permiso laboral a sus trabajadores, a fin de que asistan a estas actividades relacionadas con su salud.

Algunas veces, la depresión se confunde con los efectos secundarios de los tratamientos para el cáncer, otras veces los síntomas depresivos se pueden atribuir erróneamente al cáncer mismo que también causa pérdida del apetito, de peso, insomnio y pérdida de la energía, lo que resulta en el tratamiento de los síntomas pero no de la depresión subyacente<sup>(18)</sup>. Esto, puede conducir a una depresión severa y convertirse de una complicación esperada en el cáncer, en una enfermedad co-mórbida con impacto sobre variables como la calidad de vida, el seguimiento del tratamiento y aún la supervivencia, de ahí que se

considere crítico el tratamiento efectivo de la misma<sup>(19)</sup>.

Se ha sugerido que la liberación de citoquinas pro-inflamatorias en respuesta a la enfermedad o al tratamiento, puede determinar algunos síntomas y cambios cognitivos y conductuales que acompañan a la enfermedad<sup>(13)</sup>. Capuron y Dantzer<sup>(20)</sup>, han propuesto que la mayor frecuencia de depresión en pacientes con cáncer estaría relacionada con aumento en los niveles de citoquinas pro-inflamatorias en estos pacientes, debida no solo a la producción de citoquinas por las células tumorales y las células inflamatorias que infiltran y rodean al tumor, sino también por los tratamientos médicos como la radioterapia, la cirugía y algunas quimioterapias. También se han relacionado con el desarrollo de otros trastornos psiquiátricos además de la depresión<sup>(20)</sup>.

A pesar de que en general se habla de la importancia del tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer, también los trastornos de ansiedad representan por sí mismos un problema sustancial en estos pacientes. Aproximadamente la cuarta parte de nuestras pacientes presentaron ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión de manera conjunta en comparación con un 5% de los controles. Stark et al<sup>(17)</sup> han reportado que un 38% de pacientes con diferentes tipos de cáncer, presentan co-expresión de trastornos de ansiedad con depresión, de hecho en ese grupo, una mayoría de los sujetos expresaban varios tipos de ansiedad de manera conjunta. En comparación, se ha reportado un 26% de co-morbilidad de ansiedad y depresión en la población general, y un 45% en sujetos en cuidado primario.

En las últimas tres décadas se han desarrollado una gran variedad de intervenciones para el manejo del impacto emocional de la enfermedad<sup>(21)</sup>. Una cre-

ciente bibliografía demuestra que diferentes tipos de intervención psicosocial, como la terapia cognitivo-conductual, grupos de apoyo, relajación-visualización, hipnoterapia o el "biofeedback," entre otras, puede mejorar la calidad de vida, el ajuste psicosocial y la supervivencia de los pacientes con cáncer<sup>(2, 22-,24)</sup>. Asimismo, pueden modificar algunas variables inmunitarias, como la utilización de técnicas de relajación y visualización guiada en mujeres con cáncer de mama avanzado, que determina aumento en el número de células T activadas, disminución del nivel de TNF- $\alpha$  circulante y aumento en la actividad citotóxica de células NK estimulada por citoquinas, donde la citotoxicidad correlaciona con la frecuencia en la práctica de la relajación y de la visualización<sup>(25)</sup>. Meyer y Mark<sup>(26)</sup> condujeron un meta-análisis que fue el primero que explícitamente examinó los supuestos beneficios de las intervenciones psicosociales en adultos con cáncer y se concluyó, que la intervención psicosocial debería ser una parte integral del plan de manejo de la enfermedad en cada paciente de cáncer y no algo opcional o extra. Más aún, en el año 1999 el Instituto de Medicina y el Consejo Nacional de Investigaciones en Cáncer (*Institute of Medicine and National Research Council of Cancer*) de Estados Unidos, en su reporte "Asegurando un cuidado de Calidad para el Cáncer" (*Ensuring Quality Cancer Care*) concluyó que los servicios de apoyo psicosocial son un componente esencial en un cuidado de calidad en el cáncer<sup>(2)</sup>. Sin embargo, todavía hay países en los cuales no se le da adecuada importancia a la intervención psicológica del paciente con cáncer en sus sistemas sanitarios.

El programa de intervención que se aplica en el presente trabajo esta basado en una terapia cognitivo-conductual dirigida a la recuperación y el mante-

nimiento de la salud de pacientes con cáncer, al mejorar las condiciones fisiológicas mediante el fortalecimiento de sus creencias sobre la efectividad del tratamiento y sobre la potencia de sus defensas naturales. Las técnicas que se aplican en este programa de apoyo constituyen un acercamiento integral al tratamiento del cáncer, trabajando con los síntomas físicos del individuo, con su orientación emocional, y con sus creencias. Este programa de tratamiento se basa en las experiencias de Simonton et al<sup>(8)</sup>, aunque se introdujeron algunas modificaciones entre ellas, la realización en la modalidad ambulatorio en vez de internado, durante los cinco días de intervención.

A pesar del pequeño tamaño de la muestra estudiada, nuestros resultados mostraron una disminución significativa en los niveles de ansiedad estado en las pacientes que asistieron al programa y la desaparición de los indicadores de depresión en aquellas pacientes que presentaban depresión previa a la intervención.

Todo lo antes expuesto permite afirmar que el cáncer no es solo asunto exclusivo de las ciencias biomédicas, sino que por el contrario, se considera que esta enfermedad despierta una serie de creencias, pensamientos y emociones que pueden repercutir, en la evolución y curación de la misma. Es por ello que su tratamiento debe incluir una atención multidisciplinaria, en la que se atiendan las necesidades físicas, sociales y psicológicas del paciente.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren expresar su agradecimiento al Hospital Oncológico "Luis Razetti", por permitirnos revisar las historias de las pacientes. A la Dra. Teresita Casati por su desinteresada colabo-

ración y su participación en el Programa de Apoyo Psicosocial. Al equipo de Fundasinein. Este trabajo fue financiado a través del Proyecto S1-2001000942 de FONACIT.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antoni, MH. Psychoneuroendocrinology and psychoneuroimmunology of cancer: Plausible mechanisms worth pursuing? *Brain Behav Immun* 2003; 17:S84-91.
2. Hewitt M; Herdman R, Holland J, editores. Meeting Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer. National Cancer Policy Board and Institute of Medicine. The National Academies Press, Washington, DC; 2004. Disponible en: <http://newton.nap.edu/books/0309091292/html/R1.html>
3. Turner-Cobb JM, Sephton SE, Spiegel D. Psychosocial effects on immune function and disease progression in cancer: Human studies. En: Ader R, Felten DL y Cohen N, editors. *Psychoneuroimmunology*. 3ª ed. New York: Academic Press, 2001; pp 565-82.
4. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8(1):77-100.
5. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation Questionnaire). Palo Alto: CA Consulting Psychologists Press, 1970.
6. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38:23-32.
7. Groenvold M, Klee MC, Sprangers MAG. Validation of the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement. *J Clin Epidemiol* 1997; 50:441-50.
8. Matthews-Simonton S, Simonton OC, Creighton JL. *Recuperar la Salud*. Madrid: Editorial Raíces, 1988.
9. Kagaya A, Okamura H, Takebayashi M, Akechi T, Morinobu S, Yamawaki S, Uchitomi Y. Mood disturbance and neurosteroids in women with breast cancer. *Stress Health* 2003; 19:227-31.
10. Redd WH, Silberfarb PM, Andersen BL, Andrykowski MA, Bovbjerg DH, Burish TG et al. Physiologic and psychobehavioral research in oncology. *Cancer* 1991; 67:813-22.
11. Spiegel D. Psychosocial aspects of breast cancer treatment. *Semin Oncol* 1997; 24:36-47.
12. Yehuda, R. Hypothalamic-pituitary-adrenal alterations in PTSD: Are they relevant to understanding cortisol alterations in cancer? *Brain Behav Immun* 2003; 17: S73-83.
13. Holland JC, Reznik, I. Pathways for psychosocial care of cancer survivors. *Cancer* 2005; 104(11):2624-37.
14. Cohen L, De Moor C, Devine D, Baum A, Amato RJ. Endocrine levels at the start of treatment are associated with subsequent psychological adjustment in cancer patients With Metastatic Disease. *Psychosom Med* 2001; 63:951-8.
15. Massie MJ, Popkin MK. Depressive disorders. En: Holland JC, editor. *Psychooncology*. New York: Oxford University Press, 1998; p. 518-40.
16. Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* 1997; 59:280-93.
17. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *J Clin Oncol* 2002; 20(14): 3137-48.
18. National Institute of Mental Health. Co-occurrence of Depression with Cancer. Acceso en Julio 1999; Disponible en:

- [http://www.nimh.nih.gov/depression/co\\_occur/cancer.htm](http://www.nimh.nih.gov/depression/co_occur/cancer.htm)
19. Mc Daniel S, Musselman DL, Nemeroff CB. Cancer and Depression: Theory and Treatment. *Psychiatr Ann* 1997; 27:360-4.
  20. Capuron L, Dantzer R. Cytokines and depression: The need for a new paradigm. *Brain Behav Immun* 2003; 17:S119-24.
  21. Kemeny ME, Miller G. Effects of Psychosocial interventions on the immune system. En: Schedlowski M y Tewes U, editors. *Psychoneuroimmunology: An Interdisciplinary Introduction*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 1999; p.373-415.
  22. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2(8668):888-91.
  23. Fawzy FI, Kemeny ME, Fawzy NW, Elashoff R, Morton D, Cousins N et al. A structured psychiatric intervention for cancer patients: I. Changes over time in immunological measures. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:729-35.
  24. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS, Guthrie D, Fahey JL, Morton D. Malignant melanoma: effects of a structured psychiatric intervention, coping and affective state on recurrence and survival six years later. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:681-9.
  25. Gruzelier J, Clow A, Evans P, Lazar I, Walker L. Mind-body influences on immunity: Lateralized control, stress, individual difference predictors, and prophylaxis. *Ann NY Acad Sci* 1998; 851:487-94.
  26. Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 1995; 14:101-8.

