

SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.

GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA

VOLUMEN 10, NÚM. 3, MAYO - JUNIO 2011

ISSN: 1665-9201

EDITORIAL

La Psicooncología sumando esfuerzos; un compromiso

ARTÍCULO ORIGINAL

Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan)

Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; una revisión

Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (Perspectiva del Oncólogo)

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Aspectos neuropsicológicos de los pacientes con tumores cerebrales

Avances hacia una psicología científica en oncología

Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes

CASOS CLÍNICOS

Modelo de resolución de problemas

Revisión de los factores pronóstico en angiosarcoma de cabeza y cuello; a propósito de un caso

Cáncer papilar de tiroides progresivo a SNC tratado en el INCan; informe de un caso



SM_eO

Sociedad Mexicana de Oncología, A.C.

www.smeo.org.mx

PERIODICA-UNAM • IMBIOMED • ARTEMISA • LILACS



ELSEVIER
www.elsevier.es



GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA

Publicación Oficial de la Sociedad Mexicana de Oncología

Editor en Jefe

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo

Coeditora

Dra. Guadalupe Cervantes Sánchez

Coeditor

Dr. Adolfo Fuentes Alburo

Mesa directiva 2010 - 2011

Dr. Rogelio Martínez Macías

Presidente

Dr. Jorge Martínez Cedillo

Vicepresidente

Dr. Gregorio Quintero Beuló

Secretario

Dra. Sandra Sánchez Félix

Tesorera

Vocales

Dra. Aída Mota García

Dra. Laura Torrecillas Torres

Dra. Michelle Villavicencio Queijeiro

Coordinador de capítulos

Dr. Rafael Medrano Guzmán

Consejeros

Dr. Pedro M. Escudero de los Ríos

Dr. Rolando Ocampo Le Royal

Asistentes editoriales

Yessica Pérez Montes de Oca

Guadalupe Palacios Viveros

Sociedad Mexicana de Oncología, A.C.

Tuxpan 59 PH, Col. Roma, México,

D.F., C.P. 06760

Tel. 55 74 14 54 /

Fax 55 84 12 73

smeo@prodigy.net.mx

www.smeo.org.mx

Dirigida a: Especialistas en oncología y miembros de la Sociedad Mexicana de Oncología

La SMeO no garantiza, ni directa ni indirectamente, la calidad ni eficacia de ninguno de los productos o servicios descritos en los anuncios u otro material de carácter comercial contenido en este número.



ELSEVIER

Editado por:

Masson Doyma México, S.A.

Av. Insurgentes Sur 1388 Piso 8,

Col. Actipan, C.P. 03230,

Del. Benito Juárez, México D.F.

Tels. 55 24 10 69, 55 24 49 20

Director General:

Pedro Turbay Garrido

Mayo - Junio 2011, Vol. 10, Núm. 3

Editores asociados

DRA. AURA A. ERAZO VALLE SOLÍS

Jefe de División de Padecimientos Neoplásicos y Proliferativos CMN "20 de Noviembre" ISSSTE

DR. PEDRO M. ESCUDERO DE LOS RÍOS

Director del Hospital de Oncología, CMN "Siglo XXI", IMSS

DR. ENRIQUE LOPEZ AGUILAR

Jefe del Servicio de Oncología, Hospital de Pediatría, CMN "Siglo XXI", IMSS

DR. ÉDGAR ROMÁN BASSAURE

Jefe del Servicio de Oncología, Hospital General de México, OD

DRA. AURORA MEDINA SANSÓN

Jefe de la Unidad de Oncología, Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Comité editorial

DRA. MARICRUZ PEREZ AMADOR DEL CUETO

Bioética

DR. JAIME BERUMEN CAMPOS

Biología molecular

DR. HÉCTOR ARIAS CEBALLOS

Cabeza y cuello

DR. DAVID FRANCISCO CANTÚ DE LEÓN

Casos clínicos Hemato-Oncológicos

DR. RAFAEL GUTIÉRREZ VEGA

Casos de Arbitraje Médico

DR. ERICK SANTAMARÍA LINARES

Cirugía reconstructiva y oncológica

DR. PEDRO LUNA PÉREZ

Colon, recto y ano

DR. CARLOS EDUARDO ARANDA FLORES

Colposcopia

DR. ARMANDO FERNÁNDEZ OROZCO

Coordinador Científico

DR. PEDRO M. ESCUDERO DE LOS RÍOS

Coordinador de Consensos

DRA. ARGELIA LARA SOLARES

Cuidados paliativos

DRA. MICHELLE VILLAVICENCIO QUEJEIRO

Editora Boletín

DR. GREGORIO QUINTERO BEULÓ

Editor Revista AIO

DRA. ANGELICA HERNÁNDEZ GUERRERO

Endoscopia

DR. PEDRO RIZO RÍOS

Epidemiología

DRA. DOLORES GALLARDO RINCÓN

Fármaco-economía

DR. JESÚS MIGUEL LÁZARO LEÓN

Fármaco-vigilancia

DRA. SILVIA VIDAL

Genética

DR. GILBERTO SOLORZA LUNA

Ginecología

DR. ANTONIO MAFFUZ AZIZ

Innovación tecnológica

DR. ALEJANDRO BRAVO CUÉLLAR

Inmunología

DR. LUIS MEILLON

Leucemias agudas y crónicas

DR. PEDRO DE JESÚS SOBREVILLA CALVO

Linfomas

DR. HORACIO ASTUDILLO DE LA VEGA

Marcadores moleculares

DRA. YOLANDA VILLASEÑOR NAVARRO

Mastografía

DR. ENRIQUE ESTRADA LOBATO

Medicina Nuclear

DR. LUIS OÑATE OCAÑA

Metodología y estadística

DR. JORGE VELA

Mieloma Múltiple

DRA. VANESA FUCHS

Nutrición

DRA. FLAVIA MORALES VÁSQUEZ

Oncología Médica

DRA. ROCÍO CÁRDENAS CARDOS

Oncología Pediátrica

DR. EMILIO JOSÉ OLAYA GUZMÁN

Página Web

DRA. ISABEL ALVARADO CABRERO

Patología

DRA. ROCÍO CÁRDENAS CARDOS

Jefe de la Unidad de Oncología, Instituto Nacional de Pediatría

DR. ALEJANDRO MOHAR BETANCOURT

Director General del Instituto Nacional de Cancerología

DR. EUCARIO LEÓN RODRÍGUEZ

Coordinador del departamento de Hematología y Oncología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

DR. FRANCISCO MARIO GARCÍA RODRÍGUEZ

Jefe de la Unidad de Oncología, Hospital Juárez de México

DR. JOSÉ ANTONIO OCEGUERA VILLANUEVA

Profesor Titular del Curso de Cirugía Oncológica, Hospital Civil de Guadalajara

DRA. ROSALVA BARRA MARTÍNEZ

Piel y melanoma

DRA. MARÍA ELENA CRUZ RAMOS

Prótesis Maxilofacial

PSIC. ONCOL. HUMBERTO BAUTISTA RODRÍGUEZ

Psico-Oncología

DRA. GUADALUPE GUERRERO AVENDAÑO

Radiología Intervencionista

DR. HEYNAR DE JESUS PÉREZ VILLANUEVA

Radio-oncología Pediátrica

DR. CUAUHEMOC DE LA PEÑA HINOJOSA

Radioterapia

DR. JUAN MANUEL GUZMÁN GONZÁLEZ

Rehabilitación

DR. ADOLFO FUENTES ALBURO

Relaciones Públicas

DR. JOSE LUIS CRIALES CORTES

Resonancia Magnética

DR. MARIO CUELLAR HUBBE

Sarcomas y partes blandas y óseas

DR. HÉCTOR GURROLA MACHUCA

Sesiones académicas

DR. OSCAR QUIROZ CASTRO

Tomografía computarizada

DR. JAVIER KELLY GARCÍA

Tórax y mediastino

DR. ADRIAN CRAVIOTO VILLANUEVA

Tubo digestivo alto y hepato-bilio pancreático

DRA. PATRICIA CORTÉS ESTEBAN

Tumores mamarios

DR. RAFAEL MEDRANO GUZMAN

Tumores neuroendocrinos

DR. NARCISO HERNÁNDEZ TORIZ

Tumores urológicos

GACETA MEXICANA DE ONCOLOGÍA

Contents

Editorial

- Psychooncology joining forces: a commitment 121
Salvador Alvarado-Aguilar, *et al.*

Original articles

- Coping styles in patients with testicular cancer treatment and follow-up: INCAN Mexico experience 123
Oscar Galindo-Vázquez, *et al.*

- Anxiety and depression in patients with testicular cancer treatment and follow up: a review 129
Leonor Valadez-Téllez, *et al.*

- Patient adherence to cancer; some factors: (Oncologist Perspective) 136
Salvador Alvarado-Aguilar, *et al.*

Review article

- Neuropsychological bearings of patients with cerebral tumors 143
Eduardo Olvera-Manzanilla, *et al.*

- Progress towards a scientific psychology in oncology 150
Jessica Mejía-Castrejón, *et al.*

Contenido

Editorial

- La Psicooncología sumando esfuerzos; un compromiso 121
Salvador Alvarado-Aguilar, *et al.*

Artículo original

- Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan) 123
Oscar Galindo-Vázquez, *et al.*

- Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; una revisión 129
Leonor Valadez-Téllez, *et al.*

- Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (Perspectiva del Oncólogo) 136
Salvador Alvarado-Aguilar, *et al.*

Artículo de revisión

- Aspectos neuropsicológicos de los pacientes con tumores cerebrales 143
Eduardo Olvera-Manzanilla, *et al.*

- Avances hacia una psicología científica en oncología 150
Jessica Mejía-Castrejón, *et al.*

Contents

- Psychological impact on body image in patients with head and neck cancer undergoing disfiguring surgery **156**
Andrea Lozano-Arrazola, et al.

Clinical case

- Problem solving model **162**
Carolina Núñez-Valencia, et al.
- Reviewing prognostic factors in head and neck angiosarcoma: A case report **167**
Fabio José Luis Rico-Morlán, et al.
- Papillary thyroid cancer progressive to CNS treatment at INCa: a case report **172**
Eduardo Olvera-Manzanilla, et al.

Contenido

- Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes **156**
Andrea Lozano-Arrazola, et al.

Caso clínico

- Modelo de resolución de problemas **162**
Carolina Núñez-Valencia, et al.
- Revisión de los factores pronóstico en angiosarcoma de cabeza y cuello; a propósito de un caso **167**
Fabio José Luis Rico-Morlán, et al.
- Cáncer papilar de tiroides progresivo a SNC tratado en el INCa; informe de un caso **172**
Eduardo Olvera-Manzanilla, et al.

La Psicooncología sumando esfuerzos; un compromiso

Psycooncology joining forces: a commitment

Salvador Alvarado-Aguilar,¹ Francisco Javier Ochoa-Carrillo²

La Psicooncología a nivel mundial surgió por los años cincuenta del siglo pasado, en la Unidad de Psiquiatría del *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* (MSKCC) de Nueva York, con A. Sutherland; en la década siguiente, Mastrovito se hizo cargo de la Unidad hasta 1977, cuando Jimmie Holland C tomó la dirección del Servicio de Psiquiatría del (MSKCC). Fue ella quien definió los aspectos psicológicos, psiquiátricos, sociales y comportamentales del cáncer; de ahí que su figura sea crucial en el desarrollo de la Psicooncología como una subespecialidad clínica que cada vez tiene mayor resonancia en el mundo entero.

En 1984 se formó la Sociedad Internacional de Psico-Oncología (IPOS).¹⁻⁴

En México, la Psico-oncología surgió en los años ochenta del siglo pasado, en el Instituto Nacional de Cancerología; es ahí donde, a partir de los esfuerzos de profesionales de la oncología mexicana interesados en la Psicooncología, se logró dar mayor importancia en el reconocimiento de los aspectos psicológicos, sociales, culturales, antropológicos, ético-espirituales y de la sexualidad de esta población; con la apertura e impulso de destacados especialistas de la Oncología en México, dan pauta al surgimiento de esta especialidad apoyando a la iniciativa del Dr. Juan Ignacio Romero Romo médico psiquiatra, quien como voluntario, estableció los cimientos de la Psicooncología en nuestro país.^{5,6}

Ahí mismo, en el INCan, con el reconocimiento de las reacciones y secuelas de los tratamientos oncológicos, así como sus repercusiones en la familia o pareja, además con la fundación en 1987 de la Sociedad Mexicana de Psico-oncología, se argumentó la importancia de difundir estos avances, por lo que se impulsó la organización de congresos, cursos, talleres, simposios y diplomados

nacionales e internacionales con la participación de autoridades de reconocimiento internacional como Jimmie Holland, Lea Baider, María Die Trill, David Wellish, Ned Cassem, William Breibart, entre otros.⁷

Durante la última década, se ha incrementado el interés y la apertura con la formación del Comité de Psicooncología en la Sociedad Mexicana de Oncología (SMeO) bajo la presidencia del Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo, quien favoreció un mayor impulso con la participación en el programa académico del congreso anual de dicha sociedad, así como el acceso a la publicación de resultados de investigaciones llevadas a cabo en diferentes centros de atención psicooncológica de nuestro país.^{8,9}

Otro de los aspectos fundamentales en Psicooncología y en el INCan es la formación de recursos humanos, dando inicio la primera generación de la especialidad en 1989, para el año 2000 se retoma la formación de personal entrenado en esta disciplina, con el Curso de Entrenamiento en Psicooncología con duración de un año, de tiempo completo; hasta la fecha se lleva a cabo la onceava generación.

Sustentada en los modelos inter-multi y transdisciplinarios, la Oncología requiere para su estudio y desarrollo estrategias de vinculación de esfuerzos, en el caso el cirujano oncólogo requiere del apoyo directo e indiscutible del patólogo, del oncólogo médico como del radio-oncólogo y a la inversa, todos ellos necesitan del médico internista, médico en radiología, odontólogo, nutriólogo, enfermera oncóloga, trabajador social, etc. por mencionar algunos, luego entonces como el paciente a quien se dirigen los esfuerzos de estos profesionales, además de cáncer, tienen una serie de necesidades que requieren atención profesional, permite retomar lo planteado por Basarab Nicolescu,

la transdisciplinariedad, cuyo objetivo es conocer lo que sucede entre las disciplinas, a través de las disciplinas y más allá de las disciplinas.¹⁰

En ese sentido, el psicooncólogo suma esfuerzos clínicos, docentes y metodológicos, para brindar una atención integral a los pacientes con cáncer; desde la evaluación, tratamiento, seguimiento, como en la fase terminal, dado que en cada una de las fases referidas, las necesidades psicológicas-emocionales son constantes. Sobre esta base el contenido del presente número de la revista es una muestra del compromiso de fortalecer el trabajo transdisciplinario.¹¹

1. *Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: Perspectiva del Oncólogo.* Artículo original. Se ha podido demostrar en múltiples estudios de la literatura mundial que la adherencia terapéutica, está determinada por factores: médicos, de la personalidad del paciente, institucionales, socioculturales y de la relación en la triada: médico-paciente-familia, desde la perspectiva de la conceptualización de la salud-enfermedad. Por lo tanto en nuestro trabajo se encontró que 77% de los pacientes que reciben atención psicooncológica se adhieren mejor a los tratamientos médicos.

2. *Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento: Experiencia del INCan.* Artículo original. En principio los estudios sobre los estilos de afrontamiento en esta población han sido pocos a nivel mundial; sin embargo, en el presente estudio se encontró que los estilos de afrontamiento activos, están dirigidos al problema y revaloración positiva, y resultaron más significativos en el grupo de seguimiento.

3. *Avances hacia una psicología científica en oncología.* Artículo de revisión. La psicología científica favorece el desarrollo y al mismo tiempo promueve el uso de guías clínicas. En la actualidad la terapia cognitivo-conductual ha proporcionado mayor evidencia y demostrado efectividad en una gran diversidad de trastornos psicológicos-psiquiátricos, en base a la psicología basada en evidencia.

4. *Impacto psicológico en la imagen corporal del paciente con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes.* Artículo de revisión. El proceso de adaptación a las deformaciones que involucra el rostro, es un reto que requiere del desarrollo de habilidades para sobrellevar el impacto psicológico.

5. *Aspectos neuropsicológicos de los pacientes con tumores cerebrales.* Artículo de revisión. La experiencia demuestra que los pacientes con tumores cerebrales, sufren de alteraciones cognitivas, donde se destaca la importancia de la rehabilitación la cual incrementa la calidad de vida de estos pacientes, aunado al soporte de su familia.

6. *Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento.* Artículo de revisión. Según la literatura sabemos que los pacientes con cáncer testicular cursan con trastornos de ansiedad y depresión los cuales van cambiando durante el proceso de la enfermedad y tratamiento, además se hace evidente que los pacientes más jóvenes tienen más riesgo de presentar estos trastornos.

7. *Cáncer papilar de tiroides progresivo de SNC, tratado en el INCan.* Presentación de caso clínico. Considerando que el cáncer papilar de tiroides es poco probable que progrese al SNC; sin embargo, la valoración y tratamiento psicológico son recursos, para favorecer la calidad de vida.

8. *Modelo de resolución de problemas.* Presentación de caso clínico; el objetivo de la presentación del caso, es demostrar la aplicación de un modelo cognitivo-conductual con un paciente oncológico hospitalizado, lo cual favorece la adherencia terapéutica a los tratamientos oncológicos.

REFERENCIAS

1. Holland JC. Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psychooncology* 1992;1:1-13.
2. Hollenstein Prat MF, Maté Méndez J, Gil Moncayo F. Programa de formación en psico-oncología para residentes de psiquiatría y psicología: modelo de interconsulta. *Rev Oncol* 2003;5:443-9.
3. Sanz J, Elizabeth Modolell. Oncología y psicología: un modelo de interacción. *Psicooncología* 2004;1:3-12.
4. Gil F, Novellas A, Barbero E, et al. Modelos de interacción psico-social en oncología (standards). *Psicooncología* 2004;1:179-184.
5. Salvador Alvarado Aguilar. Importancia de la Psico-Oncología en el INCan. *BOLETINCan* 2005;1:18-19.
6. Rebolledo García ML, Alvarado Aguilar S. Distrés y cáncer. *Rev Neurol Neurocir Psiquiat* 2006;39:52-58.
7. Salvador Alvarado Aguilar. El psicólogo y su contribución en la oncología. *GAMO* 2008;7:27-28.
8. José de Jesús Almanza Muñoz, Jimmie C. Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Holland Cancerología* 2000;46:196-206.
9. Alvarado Aguilar S. La Psicooncología y el oncólogo (un trabajo transdisciplinario) *GAMO* 2007;6:85.
10. Nicolescu Basarab. La transdisciplinariedad; Una nueva visión del mundo. Extracto del libro: *La transdisciplinariedad. Manifiesto.* Editions Du Rocher-Collection "Transdisciplinarite", Mónaco, 1996;pp:1-3.
11. Alvarado S, Genovés S, Zapata MR. La Psicooncología: Un trabajo transdisciplinario. *Cancerología* 2009;4:47-53.

¹Servicio de Psicooncología. Profesor titular del Curso de Entrenamiento en Psicooncología. Miembro del Depto. de Psicooncología y Psiquiatría del Centro Oncológico Médica Sur.

²Cirujano Oncólogo
Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan).

Correspondencia: Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo.
Av. San Fernando N° 22, Col. Sección XVI,
Tlalpan, 14080, México, D. F.
Correo electrónico: alv_agui@yahoo.com.mx,
ochoacarrillo@prodigy.net.mx

Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan)

Coping styles in patients with testicular cancer treatment and follow-up: INCAN Mexico experience

Oscar Galindo-Vázquez,¹ Leonor Valadez-Téllez,² Miguel Ángel Álvarez-Avitia,³ Catalina González-For-
teza,⁴ Rebeca Robles-García,⁴ Salvador Alvarado-Aguilar³

▷ RESUMEN

Introducción: El cáncer es uno de los principales problemas de salud pública en México. El afrontamiento ante esta enfermedad representa un mecanismo de adaptación o mayor disfunción en el paciente que lo padece. El estudio de los estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer testicular ha sido poco estudiado, más aún en México.

Objetivo: Identificar y comparar los estilos de afrontamiento activos y positivos empleados en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento.

Métodos: Treinta y tres pacientes en tratamiento y 28 en seguimiento del servicio de Oncología Médica del Instituto Nacional de Cancerología. Es un estudio transversal, retrospectivo, no experimental y ex-post-facto. Se utilizó el instrumento de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman (1985), traducido y adaptado para población mexicana.

Resultados: En ambos grupos de pacientes no se identificaron diferencias en los estilos de afrontamiento pasivos

▷ ABSTRACT

Introduction: Cancer is one of the main problems of public health in Mexico. Coping with this disease represents an adaptation mechanism or greater dysfunction in the patient who suffer it. The study of testicular cancer patients coping styles has been little studied, even less in Mexico.

Objective: Identify and compare coping styles assets and positive employees in patients with testicular cancer in treatment and follow-up period.

Methods: Thirty three patients in treatment and 28 in follow-up, both groups in charge of the service of Medical Oncology of the National Institute of Cancer. It is a cross-sectional retrospective, not experimental, ex-post-facto study. Using the instrument of Lazarus and Folkman (1985) for coping with the stress, translated and adapted for Mexican population.

Results: It was not identified differences in coping styles employed liabilities in both groups of patients. And it was identified statistically significant differences between groups to active styles: targeting the problem and positive reevaluation, been higher in the follow-up group.

1Doctorado en Psicología y Salud. Facultad de Psicología, UNAM.

2Universidad Intercontinental.

3Instituto Nacional de Cancerología.

4Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correspondencia: Oscar Galindo Vázquez. Av. San Fernando No. 22. Col. Sección XVI. Tlalpan, México, D. F. 14080. Correo electrónico: psigalindo@yahoo.com.mx

empleados. Sin embargo, se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a los estilos activos: dirigido al problema y revaloración positiva, siendo mayores en el grupo de seguimiento.

Conclusiones: Los pacientes en seguimiento muestran conductas de evitación, alternadas con conductas de solución de problemas ante el periodo de seguimiento de la enfermedad. En el grupo de tratamiento se identificó mayor uso de afrontamientos pasivos asociados a aminorar el malestar emocional y no a la resolución del problema. Se requieren estrategias que promuevan estilos de afrontamiento activos ante la enfermedad, en específico en el grupo de pacientes en tratamiento.

Palabras clave: Estilos de afrontamiento, cáncer testicular, tratamiento, seguimiento, México.

Conclusions: Follow-up patients show avoidance, alternating with troubleshooting behavior before the period of monitoring the disease. The treatment group identifies increased use of associated coping styles liabilities to minimize emotional distress and not solving the problem. Asset strategies that promote active coping styles are required in the specific group of patients in treatment.

Keywords: Coping styles, testicular cancer, treatment, survivors, Mexico.

▷ INTRODUCCIÓN

El cáncer es uno de los principales problemas de salud pública en México, por lo que la atención al proceso de afrontamiento ante esta enfermedad es de suma importancia para esta población. De acuerdo con Moss (1977),¹ vivir con una enfermedad crónica como el cáncer exige control en muchas áreas, como los regímenes terapéuticos, cambios en los estilos de vida, reorganización de tiempo, sentimientos y emociones, mantenimiento de relaciones adecuadas con otras personas significativas y de un equilibrio entre la necesidad de pedir ayuda y autosuficiencia.

En relación al proceso de afrontamiento del cáncer Frumin y Greenberg (2005)² mencionan que los pacientes pueden inicialmente rechazar la enfermedad, no creer el diagnóstico o minimizar su gravedad.

El cáncer testicular afecta mayormente a varones jóvenes, teniendo un fuerte impacto psicológico y emocional en el paciente que lo padece, lo que repercute en un cúmulo de aspectos psico-afectivos. El afrontamiento ante el cáncer es un proceso dirigido a manejar las demandas que implica el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la enfermedad. En este sentido, los estilos de afrontamiento ante el cáncer fungen como un mecanismo que determinará la adaptación y la procuración de solución de problemas ante el proceso oncológico; y en dirección contraria, como un mecanismo psicológico desadaptativo asociado con una endeble funcionalidad.

Cáncer testicular: Constituye 1% de la totalidad de las neoplasias en los hombres, siendo la neoplasia más común en los varones de entre 15 y 35 años.³ A pesar de la edad de presentación, las expectativas de curación son altas, siendo globalmente de 80% a 90%.³

En México no existen registros fidedignos de la verdadera incidencia, el registro histopatológico de las neoplasias malignas de 2001 documentó 1186 casos, que representan 2.4% de las neoplasias en hombres y a pesar de la alta probabilidad de curación, en México se registraron 299 muertes en 2001.⁴

Datos del Instituto Nacional de Cancerología (IN-Can, 2004) señalan que la neoplasia de testículo ocupó el cuarto lugar a nivel general en cuanto al diagnóstico de ingreso y el primer lugar en tumores en el sexo masculino (3.9% con 757 casos), conformando 55.9% dentro de las neoplasias de este grupo. Su importancia radica en que esta neoplasia es diagnosticada en hombres jóvenes (menores de 19 años) y ocupó el primer lugar en varones menores de 19 años, de 20 a 29 y entre los 20 y 39 años.⁵

Los factores de riesgo para desarrollar cáncer testicular son: el grupo étnico con una relación de 4:1 entre hombres caucásicos *vs.* afroamericanos, trauma testicular y criptorquidia, siendo este último el factor de riesgo más importante.^{6,7}

El tratamiento de cáncer testicular es multimodal y dependiendo del estadio de la enfermedad, requiere de cirugía en la totalidad de los casos asociado a quimioterapia o radioterapia.⁸

Estilos de afrontamiento: De acuerdo con Lazarus y Folkman (1991),⁹ los estilos de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas. El afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja, controla o reduce las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello le generan.¹⁰⁻¹² Wade y Tavris (2003),¹³ señalan que el afrontamiento implica que las personas actúen de manera que les ayude a sobrevivir al estrés; pero otras afrontan sus problemas de una forma tal, que no sólo les ayuda a resistir la adversidad, sino que de hecho les ayuda a progresar, aprendiendo de sus experiencias. La utilización de unos u otros mecanismos dependerá de los recursos psicológicos, familiares o sociales de que dispongan los pacientes y de su nivel previo de adaptación.¹⁴ Es necesario distinguir la diferencia entre dos estilos de afrontamiento principales: el afrontamiento activo está dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento pasivo está caracterizado por regular la respuesta emocional que el problema da lugar. Este planteamiento es muy importante ya que permite explicar las diferencias individuales que manifiestan las personas al responder a sucesos o a condiciones semejantes. Lazarus y Folkman (1991),⁹ mencionan que los estilos de afrontamiento pasivos se emplean cuando el individuo evalúa que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. El afrontamiento pasivo incluye estrategias de tipo cognitivo tendientes a aminorar el malestar emocional (evitación cognitiva, distanciamiento y atención selectiva), así como estrategias conductuales de huida o evitación, que pueden interferir en la solución del evento estresante.¹⁵ Shapiro y colaboradores (1997),¹⁶ señalan que los pacientes que utilizan la estrategia de evitación son menos propensos a usar estrategias activas de afrontamiento que fomenten un sentido de significado, toma de decisiones, búsqueda de información y expresión de emociones. Este tipo de afrontamiento pasivo juega un papel importante en la presencia del malestar psicológico y la angustia, en pacientes con cáncer.¹⁷

En relación a los estilos de afrontamiento activos Folkman y colaboradores (1986),¹⁸ mencionan que éstos son susceptibles de emplearse cuando las condiciones amenazantes o desafiantes, son evaluadas como susceptibles de cambio o modificación. El afrontamiento activo toma la forma de estrategias de solución de problemas (definir el problema, generar alternativas, sopesarlas en términos de costo-beneficio y ponerlas en práctica).¹⁹ Este estilo de afrontamiento activo, está dirigido a la modificación, solución o eliminación de la situación o acontecimientos

percibidos como estresantes, y donde tendrían cabida todos aquellos intentos de manipulación o alteración de las condiciones del entorno, esto implica la definición no distorsionada del problema, la búsqueda de soluciones, la consideración de tales alternativas con base a su costo, beneficio, elección y aplicación.^{20,21} Asimismo puede coadyuvar a un mayor sentido de autoeficacia y control personal ante el evento estresante.²²

De manera general el afrontamiento se entiende como un proceso, más que como un rasgo, lo cual refleja un continuo cambio ante demandas, contextos y adversidades.

Afrontamiento al cáncer: Las personas que adquieren una condición o enfermedad crónica presentan un buen número de cambios significativos y profundos cuando afrontan su padecimiento, ante la permanencia y efectos del mismo.²³ El proceso de hacer frente a la incertidumbre de una enfermedad comienza cuando las personas se dan cuenta del cambio en su salud, asociada al recibir un diagnóstico o conocimiento de la progresión de una condición establecida.²⁴

Massie y Greenberg (2006)²⁵ mencionan que la capacidad de una persona para afrontar el diagnóstico y tratamiento del cáncer suele variar a lo largo de la evolución de la enfermedad y depende de factores médicos, psicológicos y sociales como: la propia enfermedad, el nivel previo de adaptación, la presencia de apoyo emocional, la personalidad, la posibilidad de rehabilitación física y psicológica, y las actitudes culturales, espirituales y religiosas.

Los estilos de afrontamiento activos ante el cáncer se asocian con un mejor ajuste a la enfermedad, adherencia terapéutica y calidad de vida, incrementando el sentimiento de autoeficacia y control personal del paciente.²⁶

Backer y colaboradores (2000),²⁷ señalan que la combinación de los estilos de afrontamiento activos y de soporte social representan recursos que pueden influir en situaciones estresantes como las enfermedades crónicas.

Taylor (2007)²⁰ señala que, debido a la diversidad de problemas alrededor de los padecimientos oncológicos, las personas que tienen estilos de afrontamiento flexibles pueden manejar mejor el estrés que genera la enfermedad crónica, en comparación con aquellas personas que sólo utilizan una forma predominante para hacerlo. El afrontamiento evitativo ante el cáncer, se relaciona con un tipo de pensamiento permanentemente estresante, mortificante y negador acerca del problema, sin poder realizar acciones para resolver, asimilar o incidir en el curso de la enfermedad.²⁸

Frumin y Greenberg (2005)² indican que la adaptación y afrontamiento de los pacientes con cáncer deben ser evaluados en el contexto de los siguientes factores: la

fase y la evolución del cáncer, los problemas psicológicos actuales y pasados, las complicaciones habituales del tratamiento y las respuestas de adaptación y mal-adaptación al cáncer. Los desafíos para el paciente pueden variar de acuerdo a las características del diagnóstico, la edad, el acceso a los sistemas de salud y de apoyo social.²⁴

Kaplan y colaboradores (1977)²⁹ mencionan que la función del afrontamiento ante el proceso oncológico ocurre de acuerdo al orden, características y fases de la enfermedad: (diagnóstico, tratamiento, seguimiento o fase terminal).

Los estilos de afrontamiento ante el cáncer representan un proceso mediador ante las repercusiones de la enfermedad, en específico aquellos afrontamientos dirigidos a solucionar los eventos adversos, los cuales se caracterizan por una mejor adaptación y manejo del diagnóstico, tratamiento, pronóstico y seguimiento de la enfermedad.

Aspectos psicológicos asociados a la quimioterapia y al seguimiento: Task y colaboradores (2003)³⁰ mencionan que si bien las tasas de supervivencia en pacientes con cáncer testicular tratados con quimioterapia es elevada, los efectos secundarios del tratamiento representan importantes molestias físicas. Los efectos secundarios durante el curso de la quimioterapia incluyen: náuseas, vómito, alopecia, fatiga, anorexia, diarrea, neuropatía y problemas sexuales (esterilidad y disminución del deseo sexual).⁸

El cáncer de testículo y sus tratamientos no sólo interfieren con la anatomía y fisiología del aparato reproductor, también en la sexualidad, la identidad y la fertilidad.³¹ Además, los resultados de la quimioterapia a menudo se asocian a procesos de ansiedad y depresión.³² Adicionalmente, los problemas que presentan los pacientes se derivan de las creencias erróneas sobre la enfermedad y el curso que tomará, sobre el tratamiento y sus complicaciones.³³

Por lo que durante el tratamiento, es importante la comunicación constante entre el equipo médico, paciente y familiares, así como el promover estrategias de afrontamiento activos que representen un proceso mediador dirigido a un mejor bienestar emocional.

Respecto al periodo de seguimiento Herrera y colaboradores (2010)³⁴ señalan que este término sugiere el control del trastorno, por lo que un plan de seguimiento implica definir la frecuencia de las citas, los estudios a solicitar y la periodicidad de ambos, así como la consideración de factores como la evolución natural de la enfermedad, factores pronósticos particulares y la capacidad para incidir de manera favorable en el pronóstico en caso de recaída. Dado que la recurrencia es una posibilidad

constante en sobrevivientes con cáncer, principalmente durante los primeros años posteriores al tratamiento, el temor a este evento es un fenómeno normal durante el periodo de seguimiento.³⁵

Adicionalmente la disfunción sexual y la posibilidad de esterilidad de manera permanente, durante el periodo de seguimiento representan repercusiones en la salud emocional, principalmente en aquellos más jóvenes y sin hijos. La disfunción sexual e infertilidad son secuelas comunes en los sobrevivientes de cáncer testicular que afecta aproximadamente de 20% a 40%.²⁻⁴

En la actualidad, es imposible predecir qué pacientes recuperaran la función espermatogénica después de este tipo de tratamientos.³²

Finalmente se debe informar adecuadamente al paciente sobre la posibilidad de que las dificultades sexuales causadas por la enfermedad o el tratamiento no siempre sean permanentes y una vez finalizado el tratamiento, la fertilidad pueda regresar.^{31,36}

▷ OBJETIVO

Identificar los estilos de afrontamiento ante el cáncer testicular, distinguiendo aquéllos activos o pasivos, y establecer la relación entre los diferentes tipos de afrontamiento con la condición de tratamiento o periodo de seguimiento de cáncer testicular atendidos en el servicio de Oncología Médica del Instituto Nacional de Cancerología.

▷ MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio transversal, retrospectivo, no experimental y ex-post-facto, durante el periodo comprendido de julio a noviembre de 2010. Se incluyó a 33 pacientes en tratamiento de quimioterapia y a 28 pacientes en periodo de seguimiento en el servicio de Oncología Médica del Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

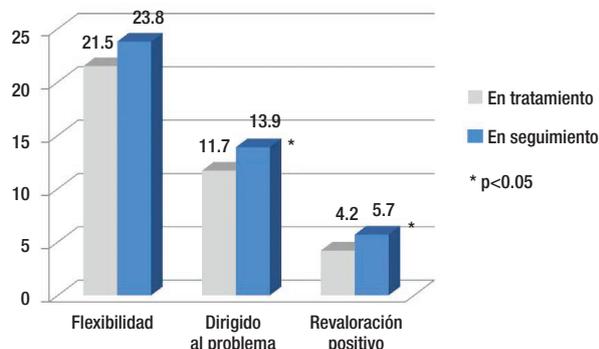
La muestra de participantes se obtuvo al terminar la consulta en el Servicio de Oncología Médica. Los participantes fueron seleccionados de manera no probabilística e intencional a partir de los criterios de inclusión. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del INCan y cada uno de los pacientes aceptó participar en el presente estudio mediante la comprensión y firma del consentimiento informado de investigación.

Criterios de inclusión: Pacientes en tratamiento a base de quimioterapia o en periodo de seguimiento de cáncer testicular, que sepan leer y escribir del servicio de Oncología Médica.

Criterios de exclusión: Enfermedad avanzada metastásica, problemas neurológicos o psiquiátricos severos, que

Figura 1.

Promedios, estilo de afrontamiento activos en pacientes en tratamiento y seguimiento de cáncer testicular. Julio-Noviembre INCan (2010).



el paciente presente fiebre, vómito intenso o algún otro tipo de urgencia médica al momento de la consulta.

Se determinaron las variables sociodemográficas de los pacientes con base en el expediente clínico electrónico IncanNetG2. Asimismo, se revisaron los planes terapéuticos de aplicación de quimioterapia y periodo de seguimiento.

Se efectuó estadística descriptiva para caracterizar a las muestras con base en los datos sociodemográficos. Se realizó análisis de varianza para comparar los diferentes estilos de afrontamiento entre ambos grupos. La significancia estadística se estableció con un nivel de confianza de 95% y error máximo de 5%. Se aplicó el instrumento de Estilos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman (1985), traducido y estandarizado por Sotelo y Maupome (1999) para población mexicana con confiabilidad y validez adecuada. Es un instrumento autoaplicado de 64 reactivos.³⁷

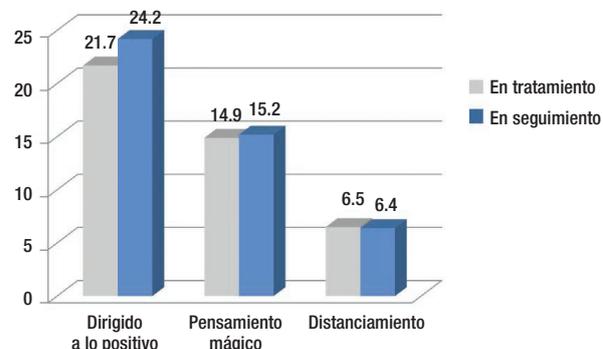
► RESULTADOS

Se incluyeron 33 pacientes en tratamiento de cáncer testicular, con una media de edad de 23.42 ± 6.9 años; y 28 pacientes en periodo de seguimiento con una media de 28.50 ± 7.5 años, con diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p = 0.009$). En relación con el estado civil, 70% de los pacientes en tratamiento eran solteros y 30% casados. En periodo de seguimiento 60% de los pacientes eran casados y el resto solteros. El tiempo promedio de seguimiento fue de 27.5 meses.

Se encontraron diferencias con significancia estadística entre ambos grupos en relación a los estilos de

Figura 2.

Promedios, estilo de afrontamiento pasivos en pacientes en tratamiento y seguimiento de cáncer testicular. Julio-Noviembre INCan (2010).



afrontamiento activos denominados Dirigido al problema y revaloración positiva, no así en el afrontamiento denominado flexibilidad (**Figura 1**).

En relación a los estilos de afrontamiento pasivos: Dirigido a lo positivo, pensamiento mágico y distanciamiento no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (**Figura 2**).

Los estilos de afrontamiento más empleados durante el tratamiento de quimioterapia, al igual que en el seguimiento, fueron: el afrontamiento dirigido a lo positivo, flexibilidad y pensamiento mágico.

Durante el periodo de seguimiento los estilos de afrontamiento más empleados fueron: dirigido a lo positivo, flexibilidad y pensamiento mágico.

► DISCUSIÓN

Con base en los hallazgos del presente estudio, los pacientes en tratamiento y periodo de seguimiento recurren igualmente a los estilos de afrontamientos pasivos caracterizados por evasión del problema de salud y su solución, para reducir la angustia que éste provoca, así como fantasías que realiza el sujeto para afrontar el problema, sin tener una participación activa asociada con evaluaciones de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del entorno. En este grupo la ausencia de afrontamientos positivos, al parecer, evita una mejor asimilación del proceso oncológico.

En relación con los estilos de afrontamiento activos, los pacientes en periodo de seguimiento recurren más a afrontamientos dirigidos al problema y a la revaloración positiva, no así con el afrontamiento denominado flexibilidad. Los dos primeros se caracterizan por acciones

que van dirigidas a confrontar activamente al problema de salud, teniendo efectos positivos en el bienestar de la persona, mejor ajuste a la enfermedad y menor disfuncionalidad. Esto indica que los estilos de afrontamiento orientados a solucionar condiciones adversas durante el periodo de seguimiento, caracterizado por citas periódicas para monitorizar el estado de salud del paciente, pueden coadyuvar a una mejor adaptación a la posibilidad de recidiva por parte de la enfermedad. Por lo que se infiere que en los pacientes en seguimiento, los estilos de afrontamiento se caracterizan por querer olvidar el problema de salud que tienen, pero por otra parte, realizan conductas adaptativas, dirigidas a superar y solucionar las adversidades que viven día con día. Los hallazgos apoyan el planteamiento de que el afrontamiento activo, permite a los pacientes asimilar los sucesos estresantes de su salud, mediante estrategias orientadas a la solución de problemas.

▷ CONCLUSIONES

Existe una diferencia entre ambos grupos en los estilos de afrontamiento activos, en específico el dirigido al problema y la revaloración positiva, sin identificar diferencias estadísticamente significativas respecto al empleo de estilos de afrontamiento pasivos entre ambos grupos.

Los pacientes en tratamiento recurren más a afrontamientos dirigidos a la emoción lo cual implica menores estrategias de solución de problemas, mayor pasividad conductual y evitación respecto a su problema de salud.

Los pacientes en periodo de seguimiento se distinguen por realizar más comportamientos de búsqueda y solución de problemas, asociado a sus citas periódicas de vigilancia.

Se requiere implementar estrategias que promuevan el desarrollo de estilos de afrontamiento activos, principalmente en aquellos pacientes en periodo de tratamiento, que coadyuven a una mejor adaptación y adherencia terapéutica dirigida a recuperar su salud.

REFERENCIAS

- Moss R. Coping with physical illness. New York: Plenum Medical, 1977;pp:45-56.
- Frumin M, Greenberg D. El paciente con cáncer. En: Steren T, Herman JB, Slavin PL, editores. Psiquiatría en la consulta de atención primaria: Guía Práctica. España: McGraw Hill, 2005;pp:359-366.
- Aguilar JL, Morán A, Cruz JC, Martínez J. Cáncer de testículo. En: Herrera A, Granados M, González M, editores. Manual de oncología: Procedimientos médico quirúrgicos. México: McGraw Hill, 2010;pp:883-896.
- Dirección General de Epidemiología. Registro Histopatológico de Neoplasias. 2001 (Consultado en 2010, Noviembre 15). Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>.
- Rizo P, Sierra MI, Vázquez G, et al. Compendio de cáncer 2000-2004. *Cancerología* 2007;2:203-287.
- Møller H, Skakkebaek NE. Risk of testicular cancer in subfertile men: case-control study. *Brit Med J* 1999;318:55962.
- Alcántara Bernal M, Jiménez Ríos MA, Diez Martínez F, Alvarado Aguilar S. Ansiedad asociada a disfunción eréctil en pacientes con cáncer de testículo. Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología México. *Gaceta Mexicana de Oncología* 2008;7:29-34.
- Shaw J. Diagnosis and treatment of testicular cancer. *Am Fam Physician* 2008;77:469-474.
- Lazarus R, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1991;pp:140-162.
- Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology* 2004;55:745-74.
- Aspinwall L, Taylor S. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychol Bull* 1997;121:417-436.
- Lazarus L. Reason and our emotions: A hard sell. *The general psychologist*. 2000;55:665-673.
- Wade C, Tavis C. Psicología. México: Pearson, 2003;pp:435-464.
- Munuera J, Abad M, Albert M, Tejerina M. Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. Madrid: McGraw Hill, 2005;pp:162-188.
- Jim HS, Richardson SA, Golden-Kreutz DM, Andersen BL. Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predict Meaning in Life for Survivors. *Health Psychology* 2006;25:753-761.
- Shapiro DE, Boggs SR, Rodriguez JR, et al. Stage II breast cancer: Differences between four coping patterns in side effects during adjuvant chemotherapy. *J Psychosom Res* 2007;43:143-157.
- Whitaker KL, Watson M, Brewin CR. Intrusive cognitions and their appraisal in anxious cancer Patients. *Psycho-Oncology* 2009;18:1147-1155.
- Folkman S, Lazarus R, Dunkel Shetter C, et al. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol* 1986;50:992-1003.
- Folkman S, Moskowitz JT. Stress, positive emotion, and coping. *Psychol Sci* 2000;9:115-118.
- Taylor S. Psicología de la salud. México: McGraw Hill, 2007;pp:286-312.
- Ridrueja P, Medina A, Rubio J. Psicología Médica. España: McGraw Hill, 1997;pp:136-149.
- Park CL, Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. *Rev Gen Psychol* 1997;1:115-144.
- Oblitas L. Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: Thomson, 2006;pp:419-429.
- Folkman S. Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology* 2010;19:910-908.
- Massie M, Greenberg D. Oncología. En: Levenson J, editor. Tratado de Medicina Psicosomática. Barcelona: Ars Médica, 2006;pp:135-157.
- Clasen C, Koopman C, Angell K, Spiegel D. Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology* 1996;15:434-437.
- Backer J. Stressors, social support, coping, and health dysfunction in individuals with Parkinson's disease. *J Gerontological Nursing* 2000;26:6-16.
- Heather J, Richardson SA, Golden D, Andersen BL. Strategies Used in Coping With a Cancer Diagnosis Predict Meaning in Life for Survivors. *Health Psychology* 2006;25:753-761.
- Kaplan D, Smith A, Grobstein R, Fischman S. Family mediation of stress. En: Moss, R. Coping with physical illness. New York: Plenum Medical, 1977;pp:57-74.
- Trask P, Paterson A, Fardig J, Smith D. Course of distress and quality of life in testicular cancer patients before, during and after chemotherapy. *Psycho-Oncology* 2003;12: 814-820.
- Moore A, Higgins A. Testicular cancer: addressing the psychosexual issues. *British J Nursing* 2009;18:1182-1186.
- Arai Y, Kawakita M, Hida S, et al. Psychosocial aspects in long-term survivors of testicular cancer. *J Urol* 1996;155:574-578.
- Reynoso L, Seligson I. Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. México, Manual Moderno, 2005;pp:105.
- Herrera A, De la garza J, Granados M. Cáncer. En: Granados M, Herrera A, editores. Manual de oncología: Procedimientos médico quirúrgicos. México: McGraw Hill, 2010;pp:1-9.
- Skaali T, Fossa S, Bremnes R, et al. Fear of recurrence in long-term testicular cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2009;18:580-588.
- Tuinman MA, Hoekstra H, Vidrine D, et al. Sexual function, depressive symptoms and marital status in nonseminoma testicular cancer patients: a longitudinal study. *Psycho-Oncology* 2010;19:238-247.
- Sotelo C, Maupome V. Traducción y estandarización del cuestionario Modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para población mexicana. Tesis de licenciatura. 1999; México. Facultad de Psicología, UNAM.

Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y seguimiento; una revisión

Anxiety and depression in patients with testicular cancer treatment and follow up: a review

Leonor Valadez-Téllez,¹ Oscar Galindo-Vázquez,² Miguel Ángel Álvarez-Avitia,³ Catalina González-For-teza,⁴ Rebeca Robles-García,⁴ Salvador Alvarado-Aguilar³

▷ RESUMEN

Introducción: En un entorno denominado de transición epidemiológica, el cáncer se ubica como uno de los principales problemas de salud pública en México. La atención a los aspectos psicológicos asociados a la enfermedad resulta relevante debido a su relación con el curso de la misma y la calidad de vida de quienes la padecen.

Objetivo: Realizar una revisión de los estudios reportados en *MedLine* y *PsycINFO* en el periodo 1990 a 2010 sobre depresión y ansiedad en pacientes con cáncer testicular en tratamiento o en seguimiento. **Métodos:** Los artículos incluidos cubrieron los siguientes criterios: 1). Pacientes entre 15 y 45 años de edad y 2). Evaluación de depresión y ansiedad con base en los criterios diagnósticos vigentes a la fecha (APA y OMS) y por medio de instrumentos válidos y confiables.

Resultados: El número de estudios identificados es escaso en comparación con otros procesos oncológicos, más aún en México. No siendo aún concluyente, la literatura indica que la depresión y la ansiedad son más prevalentes durante el periodo de tratamiento, disminuyendo durante el seguimiento. Los pacientes más jóvenes

▷ ABSTRACT

Introduction: In a so-called epidemiological transition environment, the cancer is one of the main health problems in Mexico. Attention of the psychological aspects associated with the disease is relevant in relationship with the course and the quality of life of those who suffer it. This research aimed to undertake a review of the studies reported in *MedLine* and *PsycINFO* in the period 1990 to 2010 on depression and anxiety in testicular cancer patients in treatment or follow-up period.

Methods: The articles included covered the following criteria: 1) Patients between 15 and 45 years of age, and 2) evaluation of depression and anxiety based in existing diagnostic criteria (APA / WHO) and by valid and reliable instruments.

Results: The number of identified studies is low compared with other oncological processes, even more in Mexico. Not yet conclusive, the literature indicates that depression and anxiety is more prevalent during the treatment and decrease in the follow-up period. Younger patients have an increased risk of presenting anxiety and depression.

Conclusion: It's essential to implement psychological interventions to develop better coping strategies mainly during medical treatment.

1Universidad Intercontinental.

2Doctorado en Psicología y Salud, Facultad de Psicología, UNAM.

3Instituto Nacional de Cancerología.

4Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Correspondencia: Lic. Leonor Valadez Téllez. Calzada de Charrería No. 74, int. 001, Colonia Colinas del Sur, C. P. 01430, México D. F. Correo electrónico: lio8599@hotmail.com

son quienes tienen un riesgo mayor de presentar ansiedad y depresión.

Conclusión: Es indispensable implementar intervenciones psicológicas dirigidas a desarrollar mejores estrategias de afrontamiento principalmente durante el periodo de tratamiento médico.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, cáncer testicular, tratamiento, seguimiento, México.

Keywords: Anxiety, depression, testicular cancer, treatment, follow up, Mexico.

▷ INTRODUCCIÓN

El cáncer y su asociación con la depresión y la ansiedad constituyen problemas de salud pública en el mundo. Además, ambos padecimientos emocionales están estrechamente vinculados entre sí, por lo que los trabajos encaminados a la comprensión y el tratamiento de su comorbilidad resultan de especial relevancia.^{1,2}

El diagnóstico y el tratamiento de cáncer tienen un fuerte impacto psicológico y emocional en el paciente que lo padece, lo que repercute en un cúmulo de aspectos psico-afectivos como la ansiedad y la depresión. En el paciente con cáncer la presencia de ansiedad y depresión representan problemas psicológicos de alta prevalencia.³

En los pacientes con cáncer testicular la presencia de ansiedad y depresión se encuentra asociados con: edad joven, nuliparidad, neuropatía periférica, desempleo, problemas económicos, problemas por el consumo excesivo de alcohol, problemas sexuales y haber sido tratados por problemas mentales previamente.^{4,5}

Por lo tanto, este trabajo tuvo por objetivo realizar una revisión de los estudios reportados sobre ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento.

Se realizó una revisión de artículos reportados en *MedLine* y *PsycINFO* en el periodo de 1990 a 2010, aplicando las siguientes palabras clave: ansiedad, depresión, cáncer testicular, tratamiento, seguimiento. Los criterios de inclusión fueron: 1). Pacientes entre 15 y 45 años de edad, y 2). Evaluación de depresión y ansiedad con base en los criterios diagnósticos vigentes a la fecha (APA y OMS) y por medio de instrumentos válidos y confiables.

▷ EL CÁNCER TESTICULAR

El cáncer de testículo constituye 1% de la totalidad de las neoplasias en el sexo masculino, pero es la neoplasia

más común en los varones de entre 15 y 35 años. Más de 95% corresponde a tumores de origen en las células germinales.⁶

Cabe señalar que en las últimas décadas se ha observado un aumento significativo en la incidencia de cáncer testicular en diversas poblaciones.^{7,8}

En México, el registro histopatológico de las neoplasias malignas durante el año 2001 documentó 1186 casos, que representan 2.4% de las neoplasias en el sexo masculino.⁹

Su importancia radica en que esta neoplasia es diagnosticada en hombres en edades tempranas y laboralmente activas y ocupó el primer lugar en los menores de 19 años y entre los 20 y 39 años.¹⁰

El cáncer testicular se presenta como una masa, indolora o con dolor difuso en el testículo, aumento de volumen.¹¹

Entre los factores de riesgo para desarrollar cáncer testicular se encuentran el grupo étnico con una relación de 4:1 entre caucásicos *vs.* afro-americanos, trauma testicular y criptorquidia, siendo éste último el factor de riesgo identificable más importante.^{12,13}

El tratamiento de cáncer testicular es multimodal y dependiendo del estadio de la enfermedad, requiere en todos los casos cirugía, quimioterapia o radioterapia.⁶

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL CÁNCER

Numerosos estudios han identificado la problemática psicológica que cursan los pacientes con cáncer, principalmente trastornos de ansiedad y del afecto, presentes durante el tratamiento y periodo de seguimiento.^{14,15}

Frumin y Greenberg (2004),¹⁶ mencionan que la capacidad de una persona para afrontar el diagnóstico y tratamiento del cáncer suele variar a lo largo de la evolución de la enfermedad y depende de factores médicos y psicosociales: la propia enfermedad, el nivel previo de

adaptación, la amenaza que plantea el cáncer en cuanto a realizar tareas y cumplir objetivos adecuados a la fase de desarrollo, el apoyo emocional, la personalidad, el estilo de afrontamiento y la posibilidad de rehabilitación física y psicológica.

Nezu y colaboradores (2001)¹⁷ señalan que los pacientes que experimentan episodios ansiosos y depresivos, con frecuencia manifiestan síntomas adicionales, como preocupaciones sobre su salud física, pensamientos obsesivos e irritabilidad.

La depresión y la ansiedad pueden afectar directamente a la evolución de la enfermedad, puesto que tienen como consecuencia un peor control del dolor y menor adherencia terapéutica; incluso persistiendo después de que se ha completado el tratamiento.¹⁸

En relación al cáncer testicular, el descubrimiento de los síntomas en los testículos produce respuestas emocionales que incluyen vergüenza y miedo al cáncer y a la castración.¹⁹

Debido a que este tipo de cáncer ocurre en hombres jóvenes activos en el área laboral, sexual y social, se producen problemas en la adaptación que provocan ansiedad y depresión.⁵

El impacto psicológico de cada modalidad de tratamiento para el cáncer testicular debe ser considerado e informado al paciente desde el inicio de la estrategia de tratamiento.⁴

En este sentido, la información completa y comprensible debe estar disponible para disipar la incertidumbre sobre el tratamiento y el pronóstico, manteniendo una buena comunicación entre el equipo de especialistas y el paciente y sus familiares.²⁰

Ansiedad: Durante el proceso de enfermedad, desde la aparición de los primeros síntomas, en el momento del diagnóstico, los tratamientos oncológicos y aún durante la historia de vida posterior, la presencia de la ansiedad constituye una constante en la vida del paciente con cáncer, lo cual conlleva dificultades adicionales en la calidad de vida y la adherencia terapéutica.^{12,21} La ansiedad es una reacción emocional vivida de manera intrapsíquica, que surge ante las situaciones estresantes externas o internas, de alarma o que se perciben con pocas posibilidades de solución.²² La noticia del diagnóstico de cáncer y su tratamiento con cirugía o quimioterapia, a menudo se percibe como información amenazante para el paciente, por lo que es común que ante dicha amenaza, se comiencen a presentar problemas psicológicos como la ansiedad.²³ La ansiedad se puede manifestar en el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica o de la recidiva, cuando el paciente está esperando el nuevo tratamiento, durante el mismo y en los estadios avanzados o terminales.³ Se ha

visto que mientras más información tenga el paciente sobre su enfermedad y tratamiento más control percibirá al de su situación, lo que reducirá sus niveles de ansiedad.²⁴ Cabe señalar que en los pacientes con cáncer testicular en tratamiento se han identificado niveles de ansiedad clínicamente significativos, en comparación con la población general.²⁰ Durante el tratamiento 40% de los pacientes presentan mayores niveles de ansiedad significativa, el cual disminuye a lo largo de la quimioterapia 25%.^{12,25,26} Estudios de pacientes en periodo de seguimiento de cáncer testicular muestran que la prevalencia de ansiedad es de 18.5% a 19.2% en comparación a la población general, que fue de 13.5%.²⁷⁻³⁰ Por su parte Jones y Payne (2000)³⁰ señalan una prevalencia de 48% de ansiedad en pacientes con cáncer testicular en tratamiento, asociándose con un menor tiempo de diagnóstico. Esto confirma los hallazgos previos de mayores niveles de ansiedad durante la intervención, con un descenso en algunos casos durante el periodo de seguimiento.³¹ Las variables asociadas con la presencia de ansiedad en este tipo de pacientes son: la edad, neuropatía periférica, desempleo, problemas económicos, riesgo de infertilidad, consumo excesivo de alcohol y drogas, problemas sexuales, miedo a la recaída y haber sido tratados por problemas mentales previamente.^{4,28,31,32}

La ansiedad en el paciente con cáncer puede ser situacional; también puede ser producto del dolor físico, por condiciones médicas, medicamentos o por los efectos adversos de los mismos. La incertidumbre y los miedos asociados con el cáncer por una posible muerte, desfiguramiento, dependencia de otras personas, incapacidad y la ruptura de relaciones con otras personas son muy comunes.³³ La mayoría de los sobrevivientes de cáncer testicular informaron la presencia de miedo a la recurrencia del cáncer, siendo propensos a atribuir cualquier tipo de síntoma o malestar físico a la posibilidad de recurrencia de la enfermedad a pesar de conocer su buen pronóstico en la mayoría de los casos.^{13,4,34}

Depresión: Durante el proceso de enfermedad principalmente en el periodo de tratamiento, la presencia de depresión constituye una constante en la vida del paciente con cáncer testicular. La depresión contribuye de forma importante al incumplimiento de los tratamientos del proceso oncológico, incrementando los síntomas y la estancia hospitalaria, afectando las habilidades de autocuidado, deteriorando la calidad de vida y reduciendo la sobrevivencia del paciente.^{35,36} La estrecha relación entre depresión y falta de apego a tratamiento indica que los pacientes, en particular los incumplidores, deberían ser objeto de revisiones sistemáticas y en caso necesario, recibir tratamiento antidepresivo.¹ Los estudios de prevalencia

Tabla 1.

Características de los estudios.

Referencias	N	Características de los participantes	Diseño y tipo de intervención	Instrumentos*	Resultados*	Conclusiones*
Osmánska et al. 2010. Rusia.	111	57 en quimioterapia y 54 en seguimiento.	Estudio transversal.	Inventario de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS).	40% en tratamiento con ansiedad. 18.5% en seguimiento con ansiedad. 14.6% en tratamiento con depresión. 9.3% en seguimiento con depresión.	Los pacientes en quimioterapia presentan mayores niveles de ansiedad y depresión, en comparación con los pacientes en seguimiento.
Blach et al. 2009. Dinamarca	401	Sobrevivientes	Estudio de seguimiento (período 1990-2000).	Inventario de Depresión de Beck (BDI- II).	77.3% sin depresión. 14.0% leve. 4% depresión moderada. 2% depresión severa.	El no tener pareja representa un factor predictor de niveles elevados de depresión durante el seguimiento
Siafaka et al. 2008. Grecia.	100	50 pacientes en seguimiento y 50 sujetos controles.	Diseño transversal.	Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) y escala de ansiedad de Hamilton (HARS)	Se encontraron niveles leves de depresión y ansiedad en el grupo en seguimiento.	Pacientes en seguimiento presentan síntomas leves de ansiedad y depresión.
Alcántara et al. 2008. México.	20	20 pacientes tratados con cirugía.	Estudio exploratorio.	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	25% sin ansiedad. 50% ansiedad leve. 20% ansiedad moderada. 5% ansiedad severa.	Es importante elaborar programas de prevención y tratamiento que logren el control de síntomas como la ansiedad.
Dahl et al. 2005. Noruega	1408	1408 sobrevivientes	Estudio de seguimiento (período 1980-1994).	Inventario de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS).	19.2% de ansiedad en sobrevivientes. El riesgo relativo para la ansiedad fue de 1,49 y para la depresión fue de 0,96 en comparación con la población normal.	La ansiedad se asoció con la edad joven, neuropatía periférica, problemas económicos, adicciones, problemas sexuales y problemas mentales previos. Escuchar Leer fonéticamente
Trask et al. 2003. Estados Unidos.	16	16 pacientes en tratamiento de quimioterapia.	Diseño de seguimiento durante el tratamiento (período 1999-2001).	Inventario de sintomatología breve (BSI).	30% con niveles de moderados a altos de ansiedad al inicio del estudio.	Los niveles elevados de la ansiedad al inicio de la quimioterapia parece ser preventiva, durante el tratamiento disminuye asociado a la mejora de la calidad de vida y reducción de los efectos secundarios.

de depresión durante el tratamiento en pacientes con cáncer testicular reportan entre 14.6% a 27.0%.^{20,27,28,31} En este sentido Alv y colaboradores (2005)²⁷ señalan que básicamente, la depresión es una reacción psicológica a la pérdida, y que es de esperar después de un diagnóstico de cáncer testicular. En relación al periodo de seguimiento entre 6% y 65% presentan niveles de depresión significativos, principalmente aquellos que recibieron combinación de tratamientos.³⁷⁻³⁹ Diversos cambios perjudiciales en los aspectos emocionales, la calidad de vida y la angustia observados en las poblaciones con otros tipos de cáncer no se pueden comprobar en pacientes con cáncer testicular en seguimiento.^{25,38} Sin embargo, Kaasa

y colaboradores (1991)³⁹ señalan evidencia contraria en el sentido de que durante el periodo de seguimiento de cáncer testicular, la frecuencia de los trastornos psicológicos como la depresión es superior a la de la población general. Arai y colaboradores (1996)⁴⁰ mencionan que los pacientes con cáncer testicular en el periodo de seguimiento sufren de leves a moderados niveles de depresión. En este contexto es fundamental el diagnóstico y tratamiento de la depresión en los pacientes oncológicos, ya que puede influir negativamente en aspectos como la duración del ingreso hospitalario, la adherencia terapéutica, la calidad de vida y la supervivencia. Finalmente Siafaka y colaboradores (2008)²⁹ argumentan que el tratamiento

Continuación de Tabla 1.,
Características de los estudios.

Referencias	N	Características de los participantes	Diseño y tipo de intervención	Instrumentos*	Resultados*	Conclusiones*
Fossa et al. 2003. Noruega.	791	791 pacientes en seguimiento.	Diseño de transversal.	Inventario de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS).	La puntuación media de la ansiedad fue superior a la de la población general. La puntuación media de depresión fue inferior a la población general.	La ansiedad es un problema mayor en pacientes en seguimiento de cáncer testicular que la depresión, sobre todo entre los más jóvenes.
Jones et al. 2000. Inglaterra.	43	21 en vigilancia (estadio 1) y 22 en tratamiento (enfermedad avanzada).	Estudio transversal.	Inventario de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS).	27% con ansiedad en vigilancia. 48% con ansiedad en tratamiento. No hubo diferencias en los niveles de depresión entre ambos grupos.	La edad del diagnóstico y el estado civil no se asociaron con niveles elevados de ansiedad y depresión.
Moynihan et al. 1998. Inglaterra.	68	33 en intervención psicológica y 35 controles, ambos recién diagnosticados	Ensayo clínico aleatorizado.	Inventario de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS).	Sin diferencias significativas estadísticamente entre grupos.	Solo un grupo de pacientes requieren tratamiento. Los pacientes tuvieron pocos beneficios de la terapia psicológica adyuvante.
Arai et al. 1996. Japon.	83	Sobrevivientes, 34 habían recibido quimioterapia, 42 radioterapia y 7 en vigilancia.	Estudio trasversal.	Escala de satisfacción de vida.	Quimioterapia: entre 76% y 41% presentaron ansiedad y 21% depresión. Radioterapia: entre 33% y 26% presentaron ansiedad y 24% depresión.	Un número significativo de pacientes presentaron elevada prevalencia de ansiedad y depresión, principalmente aquellos con antecedentes de quimioterapia.
Kaasa et al. 1991. Noruega.	149	Pacientes en seguimiento. 46 recibieron quimioterapia, 32 cirugía, 39 radioterapia y 32 combinación de tratamientos. 6277 controles.	Estudio transversal.	Lista de chequeo de síntomas de Hopkin.	Cirugía: 42% ansiedad y 35% depresión. Radioterapia: 38% ansiedad y 31% depresión. Quimioterapia: 44% ansiedad y 37% depresión. C. de tratamientos: 53% ansiedad y 65% depresión. Seguimiento: 40% ansiedad y 36% depresión. Controles: 16% ansiedad y 14% depresión.	El grupo con antecedentes de combinación de tratamientos presentan mayores niveles de ansiedad y depresión. Los pacientes en seguimiento tienen mayores niveles de depresión y ansiedad que la población normal.

* Sólo se señala lo referido a ansiedad y depresión.

de la depresión y la ansiedad incrementan estilos de afrontamiento positivos durante el tratamiento al cáncer y el periodo de seguimiento, coadyuvando una mejor perspectiva de supervivencia.

▷ RESULTADOS

De acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión se identificaron 11 estudios reportados sobre ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular en tratamiento o seguimiento. De éstos, 90% correspondió a publicaciones extranjeras, 70% de los estudios se realizaron en población europea y 65% de los estudios correspondieron a diseños transversales.

Finalmente la publicación de 70% de los estudios analizados correspondió a la última década (**Tabla 1**).

▷ DISCUSIÓN

La identificación de ansiedad y depresión en el paciente con cáncer testicular conlleva dificultades asociadas con el solapamiento de los síntomas propios del cáncer, el tratamiento y de las emociones.

La literatura científica aún sin ser concluyente señala una mayor prevalencia de ansiedad y depresión durante el tratamiento, disminuyendo sensiblemente durante el periodo de seguimiento.

Es altamente recomendable desarrollar programas que ayuden a los profesionales de salud mental a una mejor detección, evaluación e intervención de pacientes que requieran atención psicológica, dirigida a desarrollar mejores estrategias de afrontamiento principalmente durante el tratamiento médico, para incidir en la disminución de los niveles de depresión y de ansiedad.

Dado las diversas afectaciones que representa el cáncer testicular, se requiere tratamiento y más investigación multidisciplinaria, para proporcionar una mejor comprensión y atención a los pacientes que tienen este problema de salud; de manera integral.

Finalmente, la implementación y la evaluación de las terapias psicológicas dirigidas a pacientes con cáncer testicular que lo requieren son aún recientes en nuestro país; por lo que representa un objetivo indispensable de alcanzar.

► CONCLUSIONES

El número de estudios sobre ansiedad y depresión en pacientes con cáncer testicular es escaso en comparación con otros procesos oncológicos, más aún en México.

La ansiedad es clínicamente significativa durante el periodo de tratamiento, pero no es concluyente su presencia en el periodo de seguimiento; la depresión está presente en el periodo de tratamiento, sin ser concluyente su presencia en el periodo de seguimiento en los estudios revisados.

Los pacientes más jóvenes con cáncer testicular tienen mayor riesgo de presentar ansiedad y depresión, por lo que es esencial identificar aquellos pacientes oncológicos de testículo en riesgo de presentar depresión y ansiedad.

Se han encontrado prevalencias altas durante y después del tratamiento de ansiedad y depresión, identificados en pacientes con otros tipos de cáncer, sin presentarse en pacientes con cáncer testicular.

Es necesario desarrollar más estudios prospectivos para identificar el papel modulador de algunos factores de riesgo en la prevalencia de ansiedad y depresión en el periodo de seguimiento.

REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001. (Consultado en 2010, Noviembre 17). Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
- Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. Series on Global Mental Health. *Lancet* 2008;372:1354-1357.
- Brown L, Kroenke K, Theobald D, et al. The association of depression and anxiety with health related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psycho-Oncology* 2010;19:734-741.
- Groll RJ, Warde P, Jewett MAS. A comprehensive systematic review of testicular germ cell tumor surveillance. *Crit Rev Oncol Hematol* 2007;1-16.

- Fossá SD, Alv AD, Loge JH. Fatigue, Anxiety, and Depression in Long-Term Survivors of Testicular Cancer. *J Clin Oncol* 2003;21:1249-1254.
- Aguilar JL, Martínez J, Solares ME, et al. Cáncer de Testículo. En: Granados M, Herrera A, editores. Manual de oncología: Procedimientos médico quirúrgicos. México: McGrawHill; 2010. pp. 883-896.
- Bergstrom R, Adami HO, Mohner M. Increase in testicular cancer incidence in six European countries: a birth cohort phenomenon. *J Nat Can Institut* 1996;88:727-33.
- Huyghe E, Matsuda T, Thonneau P. Increasing incidence of testicular cancer worldwide: a review. *J Urol* 2003;170:5-11.
- Dirección general de epidemiología. Registro Histopatológico de Neoplasias. 2001 (Consultado en 2010, Noviembre 15). Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>
- Rizo P, Sierra M I, Vázquez G, et al. Compendio de cáncer 2000-2004. *Cancerología* 2007;2:203-287.
- Shaw J. Diagnosis and treatment of testicular cancer. *Am Fam Physic* 2008;77:469-474.
- Alcántara M, Jiménez MA, Diez FF, Alvarado S. Ansiedad asociada a disfunción eréctil en pacientes con cáncer de testículo. Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología México. *Gaceta Mexicana de Oncología* 2008;7:29-34.
- Deamaley DP, Huddart RA, Horwich A. Managing testicular cáncer. *Br Med J* 2001;322:1583-1588.
- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *J Am Med Assoc* 1983;249:751-7.
- Carroll BT, Kathol R, Noyes R. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital anxiety and depression scale. *General Hospital Psychiatry* 1993;15:69-74.
- Frumin M, Greenberg D. El paciente con cáncer. En: Stern T, Herman J, Slavin P, editores. *Psiquiatría en la consulta de atención primaria: Guía práctica*. Madrid: McGraw Hill. 2004;pp:359-366.
- Nezu A. Terapia de solución de problemas para pacientes con cáncer. *Revista Mexicana Psicología* 2001;18:185-192.
- Tross S. Psychological adjustment in testicular cancer. En: Holland JC, Rowland JH, editores. *Handbook of Psychooncology, Psychological care of the patient with cancer*, Oxford Philadelphia: University Press; 2004. pp. 240-245.
- Gascoigne P, Mason MD, Roberts E. Factors affecting presentation and delay in patients with testicular cancer: Results of a qualitative study. *Psycho-Oncology* 1999;8:144-154.
- Tuinman M, Hoekstra H, Vidrine D, et al. Sexual function, depressive symptoms and marital status in nonseminoma testicular cancer patients: a longitudinal study. *Psycho-Oncology* 2010;19:238-247.
- Canon A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psico-oncología* 2005;2:71-80.
- Meseguer H. La ansiedad. En: Die Trill M, editores. *Psico-oncología*. Madrid: Aedes. 2003;pp:338-345.
- Vega ME, García A, López JM, et al. Aspectos psicológicos de la toxicidad de la quimioterapia. *Psicooncología* 2004;1:137-150.
- Velázquez N, Vázquez LG, Alvarado S. Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos. *Cancerología* 2009;4:19-29.
- Trask P, Paterson A, Fardig J, Smith D. Course of distress and quality of life in testicular cancer patients before, during, and after chemotherapy: Results of a pilot study. *Psycho-Oncology* 2003;12:814-820.
- Osmńska M, Borkowska A, Makarewicz R. Evaluation of quality of life, anxiety and depression in testicular cancer patients during chemotherapy and after anticancer treatment. *Psychiatria Polska* 2010;4:543-556.
- Dahl A, Haaland CF, Mykletun A, et al. Study of anxiety disorder and depression in long-term survivors of testicular cancer. *J Clin Oncol* 2005;23:2389-2395.
- Fossá SD, Alv AD, Loge JH. Fatigue, anxiety and depression in long-term survivors of testicular cancer. *J Clin Oncol* 2003;21:1249-1254.
- Siafaka V, Hyphantis T, Alamanos I, et al. Personality factors associated with psychological distress in testicular cancer survivors. *J Pers Assess* 2008;90:348-355.
- Jones GY, Payne S. Searching for safety signals: The experience of medical surveillance amongst men with testicular teratomas. *Psycho Oncology* 2000;9:385-394.
- Tsuang MT, Tohen M. *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. New York, NY, Wiley-Liss. 2002;pp:95-114.
- Joly F, Héron J, Kalusinski L. Quality of life in long-term survivors of testicular cancer: A population-based case-control study. *J Clin Oncol* 2002;20:73-80.
- Massie MJ. Anxiety, Panic and Phobias. En: Holland JC, Rowland JH, editores. *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. Oxford University Press. 1989;pp:123-140.

34. Skaali T, Fossa S, Bremnes R, et al. Fear of recurrence in long-term testicular cancer survivors. *Psycho-Oncology* 2009;18:580-588.
35. DiMatteo MR. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Arch Intern Med* 2000;160:2101-2107.
36. Spiegel D. Cancer and depression. *Br J Psychiatr* 1996;168:109-116.
37. Moynihan C, Bliss JM, Davidson J, et al. Evaluation of adjuvant psychological therapy in patients with testicular cancer: randomised controlled trial. *Brit Med J* 1998;316:429-35.
38. Blach P, Fischer A, Zachariae H. Health-related quality of life in long term survivors of testicular cancer. *J Clin Oncol* 2009;27:5993-5999.
39. Kaasa S, Aass N, Mastekaasa A, et al. Psychosocial well-being in testicular cancer patients. *Eu J Cancer* 1991;27:1091-1095.
40. Arai Y, Kawakita M, Hida S, et al. Psychosocial aspects in long-term survivors of testicular cancer. *J Urol* 1996;155:574-578.

Adherencia terapéutica del paciente con cáncer; algunos factores: (Perspectiva del Oncólogo)

Patient adherence to cancer; some factors: (Oncologist Perspective)

Salvador Alvarado-Aguilar,¹ Francisco Javier Ochoa-Carrillo,¹ Hilda Griselda Guerra-Chávez,² Yared Aram Mulier-Rojas,³ Oscar Galindo-Vázquez,⁴ María del Rocío Zapata-Isidoro¹

▷ RESUMEN

La OMS define a la adherencia terapéutica como: “el grado en el que el comportamiento de una persona favorece: Tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”.

Objetivo: Conocer los factores que repercuten en la adherencia terapéutica desde la perspectiva del equipo médico en oncología del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCan).

Métodos: Se trata de un estudio prospectivo-descriptivo y transversal. Se aplicó una encuesta estructurada ex profeso, en el periodo de septiembre a octubre de 2009. El presente estudio con n = 100 sujetos (especialistas) de las diferentes áreas de atención médica del INCan.

Resultados: Los resultados de la encuesta fueron favorables pues, de 81% que respondió la encuesta, determinaron que 77% de sus pacientes que recibieron atención psicológica; se adhirieron a los tratamientos médicos indicados por ellos.

Conclusiones: La adherencia terapéutica está determinada por factores: médicos, de la personalidad del

▷ ABSTRACT

According to WHO, adherence is defined as “the degree to which a person’s behavior: taking medication, following a diet and implement lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a healthcare provider”.

Objective: To assess factors influencing adherence from the perspective of medical equipment in oncology at the National Cancer Institute of Mexico (INCan).

Methods: This is a prospective, descriptive and transversal study. A survey was structured on purpose. Once performed a trial over 20 subjects in regards to determine whether the statements of it were clear and easy to get the requested information. We applied the poll over an n = 100 subjects (experts) from different areas INCan.

Results: 81% from all inquired persons who responded the poll, 77% answered that those patients whom received psychological attention showed good therapeutic adherence and follow the medical instructions.

Conclusions: Therapeutic adherence is determined by several issues: medical, sociocultural, and those concerning to the physician-patient-family triad from our population’s point of view about health and disease concept.

1Instituto Nacional de Cancerología.

2Hospital Ángeles del Potosí.

3Universidad del Valle de México, Campus Tlalpan.

4Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: Alvarado Aguilar Salvador. Av. San Fernando No. 22. Col. Sección XVI. C.P. 14080 Delegación: Tlalpan, México, D. F. Correo electrónico: alv_agui@yahoo.com.mx

paciente, institucionales, socioculturales y de la relación en la triada: médico-paciente-familia, desde la perspectiva de la conceptualización de salud-enfermedad de nuestra población.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, atención psico-oncológica, perspectiva del oncólogo, México.

Keywords: *Therapeutic adherence, psychooncological attention, oncologist perspective, Mexico.*

▷ INTRODUCCIÓN

La psicooncología es una especialidad que se encarga de la prevención y modificación de los hábitos de riesgo para el cáncer, así como la evaluación y tratamientos de los aspectos psicológicos, sociales, antropológicos, culturales, espirituales, económicos, ético-legales y de la sexualidad del paciente con cáncer, las repercusiones en la familia y el desgaste profesional en el equipo terapéutico en oncología.¹ En ese sentido, la psicooncología nos da la pauta para identificar algunos de los factores que influyen en la adherencia terapéutica dado que incide en la estabilidad de los aspectos mencionados.

Durante los últimos 20 años se han planteado diversos estudios para determinar los motivos y factores que repercuten o determinan la adherencia a los tratamientos en el paciente con cáncer. De inicio, se argumentó que el paciente era el factor más importante en el incumplimiento, posteriormente se sustentó que el personal del equipo terapéutico como otro de los factores. Actualmente se sustenta que la adherencia terapéutica debe ser considerada como un problema multifactorial o de sistemas. Existen múltiples factores que determinan la no adherencia de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas -como el cáncer-; en ese sentido se asocia con la culpa tanto del paciente como del equipo terapéutico, dado los cambios constantes durante la cronicidad de esta patología.

En 2003, la Organización Mundial de la Salud publicó un informe sobre un proyecto de adherencia terapéutica a largo plazo, cuyo objetivo principal es mejorar las tasas mundiales de adherencia a los tratamientos comúnmente usados para tratar procesos crónicos.² A partir de dicha reunión, se adoptó la definición de adherencia al tratamiento prolongado: *el grado en que el comportamiento de una persona: Adopta para: tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.*

Por su parte Almanza y colaboradores (2000)³ plantean la atención de los factores psicosociales, incluyen el manejo de la familia y de los aspectos relativos al equipo médico (dimensión psicosocial), además de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la aparición del cáncer y su progresión (dimensión psicobiológica). En este sentido, los cambios sociales y médicos incrementan el interés en los aspectos psicológicos del cáncer; ahora hay un mayor optimismo en favorecer el diagnóstico oportuno, incentivar la autonomía, especialmente en la toma de decisiones para los tratamientos médicos curativos, así como mejorar los factores pronósticos, demostrándose que la inserción de esta disciplina fortalece un modelo transdisciplinario.

La parte esencial de la psicooncología es aliviar las aflicciones de los pacientes, la familia y del equipo terapéutico, ocasionadas por el sufrimiento adicional de la no adherencia terapéutica, en ese sentido la psicooncología es un servicio de apoyo el cual favorece la atención integral. Sobre esta base, los procesos psicooncológicos tienen como objetivo reducir la morbilidad psicológica-psiquiátrica, disminuir el sufrimiento, mejorar la calidad de vida, disminuir los costos asistenciales tanto del paciente-familia, como de las instituciones de salud y por lo tanto, es muy bien conocido que estos aspectos inciden en la adherencia terapéutica. Algunos de estos aspectos son el motivo principal de la presente investigación para así favorecer y sustentar a futuro el establecimiento de unidades psicooncológicas en las instituciones de salud de atención de los pacientes con cáncer.

Alvarado y colaboradores (2009)⁴ sustentan la importancia del trabajo multi, inter y transdisciplinario de la psicooncología, pues alude a relaciones recíprocas, actividades de cooperación, intercambio e interpretación. En la salud mental, desde la psicología y la psiquiatría, surge el concepto de enlace, referido en los inicios de la década de 1980, determinándose objetivos y fines comunes de

las diferentes disciplinas que participan en la atención del paciente con enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer; en este caso, la psicooncología se refiere a la interacción de la oncología médica, cirugía oncológica, radio-oncología, hormonoterapia e inmunoterapia que son las modalidades de tratamiento específico para el cáncer y su vinculación con otras áreas o disciplinas afines como la psicooncología, clínicas de dolor, unidades de cuidados paliativos; a los procesos y técnicas de rehabilitación física, psicológica, emocional y espiritual del ser humano que padece cáncer, del impacto en la familia y finalmente de las repercusiones en la triada de relación médico-paciente-familia como factores que inciden en la adherencia terapéutica.

Otros factores que repercuten en dicha adherencia son: las fases de interconsulta, diagnóstico, tratamiento oncológico, recaída, terminal, cuidados paliativos y muerte del paciente.

El objetivo principal de las intervenciones psicooncológicas es que el paciente con cáncer mantenga una buena calidad de vida y un bienestar psicológico. En general, las intervenciones son múltiples y están encaminadas a ayudar al paciente a afrontar el diagnóstico y los efectos secundarios y colaterales de los tratamientos oncológicos, reducir la ansiedad, disminuir la incertidumbre, el aislamiento, la indefensión, fomentar una actitud activa en la recuperación posterior a los tratamientos y clarificar las percepciones e informaciones erróneas ante la situación de enfermedad. Fernández (2006)⁵ afirma que las intervenciones psicosociales desarrolladas en pacientes oncológicos en los últimos años han demostrado su eficacia, a pesar de la disparidad de enfoques, estrategias y metodologías utilizadas.

La interconsulta tiene como objetivo la práctica orientada a restaurar la relación terapéutica, en los momentos en que ésta se encuentre con limitantes que no son propias del campo médico. La interconsulta es el principio de posteriores consultas externas ambulatorias y hospitalarias, propiciando un ambiente de confianza. En la petición de una interconsulta al psicooncólogo, el oncólogo debe hacer constar si la demanda es de carácter urgente u ordinario, la edad del paciente, el diagnóstico, estadio clínico y tratamiento oncológico y el motivo de interconsulta.⁶

Los candidatos a interconsulta son aquellos pacientes y familiares que presentan al menos una reacción adaptativa, acompañada de sintomatología ansiosa o depresiva moderada; así mismo, los pacientes con algún trastorno mental según los criterios del DSM-IV-R. Durante la evaluación a través de la entrevista con el psicooncólogo, se redacta un informe en donde se incluye la historia

clínica. Mediante la inclusión de dicho informe, se da a conocer la presencia o ausencia de trastornos mentales, se indica el origen de dicho trastorno (reactivo u orgánico) y se informa la necesidad de tratamiento y el tipo de intervención psicológica.⁷ Se da a conocer la valoración y si el paciente es apto o no está preparado para someterse a determinados procedimientos médicos que pudieran causarle alguna afección psicológica.

Derogatis y colaboradores⁸ afirman que el diagnóstico de cáncer afecta a los pacientes y a sus familiares en múltiples áreas. La palabra cáncer, por sí sola, provoca incertidumbre, genera ansiedad y temor; causa un nivel sufrimiento psicológico-emocional. Desde 1983, Derogatis afirmó que los pacientes ante el diagnóstico cáncer presentan entre 30% a 50% de alteraciones psicológicas-psiquiátricas que ameritan tratamiento especializado. Mientras que Murrillo y colaboradores (2006) plantean que el diagnóstico de cáncer es un evento de crisis vital que mueve tanto sus estructuras psíquicas y morales; al igual que a su familia, pues constituye un hecho de gran impacto negativo, catastrófico para cualquier persona ya que se asocia directamente con sufrimiento y muerte.⁹ Sin embargo, la reacción es personal y única. Algunos sentimientos tienden a repetirse, como el temor a llegar a morir o a sufrir, por ejemplo ante el dolor, se genera una marcada ansiedad, represión reactiva y tendencias al aislamiento.

Alvarado (2004)¹ retoma lo planteado por Kubler Ross hace más de 40 años; el paciente y su familia ante el diagnóstico de cáncer cruzan por un proceso psicológico de afrontamiento y duelo, el cual consiste en cinco fases: negación, depresión, cólera, reajuste y aceptación; hace especial énfasis al mencionar que estas fases no tienen un orden de presentación e incluso se pueden presentar en forma conjunta.

Retomando a Almudena Prieto,¹⁰ quien plantea 15 puntos fundamentales ante el diagnóstico y la lucha contra el cáncer:

1. Ser consciente de que el diagnóstico de cáncer no es necesariamente una sentencia de muerte.
2. Ser consciente de que siempre hay muchas posibilidades de disfrutar de la vida y participar en ella.
3. Hacer planes para el futuro, no renunciar a conseguir nuevas metas.
4. No culparse cuando el curso de la enfermedad no evoluciona como hubiéramos deseado.
5. Seguir los consejos dados por el médico y equipo asistencial.
6. No sentirse solo o desamparado. Recuerde que constituye un elemento importante en su recuperación.

7. Luchar contra el sentimiento de soledad. No permitir que las relaciones entre familiares y amigos sean diferentes a cómo eran antes del diagnóstico.
8. Recordar que es exactamente la misma persona de siempre.
9. Ser consciente de lo que realmente puede y no puede hacer.
10. Procurar no relegar en otras personas aquellas actividades que usted realmente puede realizar.
11. Intentar describir la enfermedad en términos de esperanza. Sentirla como un desafío y no describirse como una víctima.
12. Perseguir la felicidad y evitar las situaciones estresantes.
13. Intentar descargar emociones y sentimientos negativos.
14. Practicar relajación e intentar visualizar la recuperación.
15. Mantener una postura de esperanza.

Es frecuente que el paciente reaccione negando la información que sus médicos les han proporcionado respecto al diagnóstico y buscan otras opiniones con el objetivo de confirmar que la información sea equivocada. Además también se sabe que no existe una forma sencilla de comunicar el diagnóstico y mucho depende del médico, su experiencia, sensibilidad y sentido humanitario. Ante ello, hoy día aún se discute la conveniencia del: qué, cómo, cuándo, dónde, quién y a quién se informa el diagnóstico. Desde estas interrogantes, la experiencia nos demuestra que la información debe ser clara, abierta, real y honesta, con la intención de ser entendida y asimilada, lo cual redundará en una mejor adherencia a los tratamientos médicos requeridos.

Para brindar un tratamiento oncológico integral se requiere de un modelo transdisciplinario en donde se destaque una estrecha comunicación, interrelación y colaboración, entre el paciente, la familia y el equipo médico tratante. La fase de tratamiento médico, es un proceso de difícil manejo, pues en esta fase se depositan las esperanzas de cura.

Barroilhet y colaboradores (2005)¹¹ señalaron que el paciente deposita en el equipo médico su confianza respecto a una óptica asistencial, y al mismo tiempo es sensible a su grado de implicación emocional.

Sobre esta base, es frecuente que la figura del médico sea idealizada y parentalizada, con todo lo que esto significa, en cuanto a las exigencias emocionales y de la incondicionalidad y alta disponibilidad. Así como las atribuciones hacia el médico pueden ser extremas,

también pueden serlo las reacciones de agradecimiento y admiración u hostilidad y rabia de los pacientes o sus familiares ante los distintos resultados de los tratamientos médicos. Frente a esta situación, algunos médicos por definir precozmente los límites, han expresado un interés por solucionar el problema puntual, sin involucrarse personalmente y manteniendo una distancia emocional, lo cual puede ser percibido como malestar por parte del paciente y su familia.¹¹

Sobre esa misma base, Olper (2003)¹² comentó que el oncólogo se enfrenta al paciente y a la familia con sus propias necesidades, con las demandas de la propia enfermedad que en ocasiones son diferentes, de lo que surge el problema de la prioridad. Esto puede causar reacciones de ansiedad y frustración que se traducen en fatiga derivada del desgaste tanto físico, emocional y profesional del equipo terapéutico tratante. Por lo tanto, el oncólogo puede aislarse, intelectualizar o sublimar una serie de emociones y actitudes, de lo cual surge el humor negro e irónico como una forma de defenderse.

El proceso de transmitir la información diagnóstica y pronóstica puede ser muy complicado y al mismo tiempo doloroso para el oncólogo, convirtiéndose en uno de los aspectos más difíciles de su trabajo, debido a la enorme carga afectiva que implica.

Informar a alguien de su enfermedad, la cual es potencialmente mortal, que para ello ha recibido tratamientos radicales y altamente tóxicos es verdaderamente complicado; sin embargo, para comunicar ahora que el cáncer ha regresado, condición conocida como recaída de la enfermedad, es verdaderamente desgastante. Es por ello que la comunicación y no la simple transmisión de información, adquiere una importancia especial, lo cual obliga a los oncólogos a centrar parte de su atención en desarrollar habilidades eficaces de comunicación que les permita transmitir información médica adecuada.

La fase de recaída representa la consecuente vuelta a los tratamientos, pues condiciona una repetición de las reacciones secundarias y colaterales. El significado de la recaída hace sentir al paciente, menos esperanza en términos de curación y al médico no pocas veces experimenta sentimientos de culpa por “haber fallado”, enojo, depresión, ansiedad, estrés y los problemas en la relación médico-paciente-familia, pueden ser prominentes.

El paciente en fase terminal es aquel que cursa con una enfermedad avanzada, cuyo manejo está dirigido por los programas de cuidados paliativos y éstos consideran los parámetros y criterios que definen esta fase como: presencia de una enfermedad avanzada, progresiva o incurable; escasa o nula posibilidad de respuesta a los tratamientos activos; presencia de problemas o síntomas

intensos irreversibles y pronóstico vital limitado, entre otros.

Según Melca (2005),¹³ las reacciones emocionales en esta fase, tanto del paciente como de la familia, son de negación, rabia, depresión, aislamiento, agresividad y miedo a la muerte.

Los tratamientos oncológicos producen una serie de efectos secundarios, los cuales incluso pueden llevar al paciente a abandonar el tratamiento; entre ellos: fatiga, náusea, vómito, alopecia, de la piel, del apetito, del olfato, estreñimiento o diarreas, todas estas reacciones generan en el paciente cambios en la forma de percibir su condición de vivirse enfermo, cambios emocionales y de la conducta. El oncólogo dispone de un especialista de soporte en la atención integral del paciente con cáncer y su familia: el psicooncólogo, quien evalúa, cuantifica, previene y atiende el impacto psicológico y social de esta población incluyendo al equipo terapéutico.

Uno de los objetivos de las alternativas de tratamiento psicooncológico es la educación, intervención y seguimiento, pues busca que los pacientes obtengan herramientas que favorezcan el ajuste a la condición de enfermedad, disminuyendo el impacto psicológico que generan las noticias de saberse con cáncer, obtener la capacidad para identificar las necesidades propias y poder externalizarlas, superar o manejar de forma adecuada las preocupaciones y dificultades que se presenten y fortalecer los recursos con que dispone el paciente para afrontar las reacciones y secuelas de los tratamientos oncológicos, y finalmente las emociones durante todo el proceso de enfermedad como: ansiedad, miedos, angustias, tristezas, depresiones, dolores, vómito, entre otras.

Arranz y colaboradores (2004)¹⁴ afirman de las alternativas útiles para esta población; la educación va encaminada a mantener el estado de salud a través del manejo de información y comunicación con los médicos, desarrollar habilidades de afrontamiento efectivas, tomar conciencia real para favorecer la toma de decisiones, el manejo del estrés y trabajar en la prevención y manejo de las conductas de riesgo para el cáncer.

La mayoría de los enfermos son conocedores de su diagnóstico, pero es frecuente que tengan ideas erróneas sobre los tratamientos oncológicos.¹⁴

Las intervenciones psicológicas tienen como objetivo principal mejorar la calidad de vida, favoreciendo la adherencia al tratamiento médico, motivando al paciente, dándole información real y ajustada sobre la enfermedad, el tratamiento, los efectos secundarios, los beneficios y por tanto consiguiendo así ajustar sus expectativas y reducir el estrés, finalmente promueve un papel activo del

paciente en el tratamiento, aumentando así sus expectativas de autoeficacia y resultado.

La adherencia terapéutica ha sido definida como el grado en el cual la conducta del paciente coincide con la prescripción clínica, seguir las indicaciones del equipo médico tratante, también se ha integrado a ésta el mantenimiento o abandono del tratamiento. Se ha demostrado que es más factible el seguimiento de las indicaciones de tratamiento cuando éste implica la disminución de síntomas como el dolor; la magnitud de la adherencia terapéutica se relaciona con la duración del tratamiento, la complejidad, los efectos secundarios o adversos, costos y beneficios.

La deficiencia en el apego a los tratamientos provoca pérdidas en el paciente y su familia, afecta la calidad de vida del enfermo y de quienes están a su alrededor. El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traen consigo un gran sufrimiento, así como limitaciones incontrolables y progresivas. En lo familiar, provoca alteraciones generando crisis, mientras que en lo social, significa un enorme costo para las instituciones de salud al proporcionar servicios que no son utilizados de manera favorable, prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse.

No menos importante resulta el hecho de que la adhesión al tratamiento depende de la conducta del paciente, pero también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que éste ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de la comprensión por parte de su paciente y dedique a este proceso, el tiempo necesario. Como puede inferirse, estamos ante un fenómeno muy complejo por su carácter multidimensional y multifactorial, lo que constituye un reto cardinal para su estudio.

La adherencia terapéutica no hace referencia a una sola conducta, sino a un conjunto de conductas, entre las que se incluyen: aceptar y participar activamente de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continua las indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida, conductas saludables; estas conductas se desarrollan básicamente a partir de la interacción del enfermo y el grupo médico.

Facilitar la adherencia terapéutica resolvería múltiples problemas de salud en la población y disminuiría importantes repercusiones en el plano médico, personal, familiar, social y económico. Además, merece mayor atención a su abordaje teórico, metodológico para su investigación, en particular desde la psicooncología, al ser ésta la disciplina que se ocupa de investigar y resolver los problemas relacionados con la interrelación

Figura 1.

El equipo médico que considera que sus pacientes requieren apoyo psicooncológico; resultados en porcentaje.

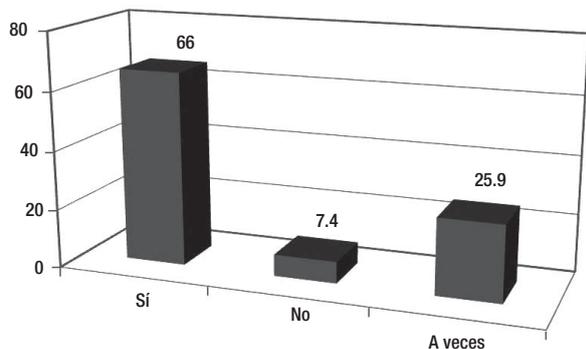
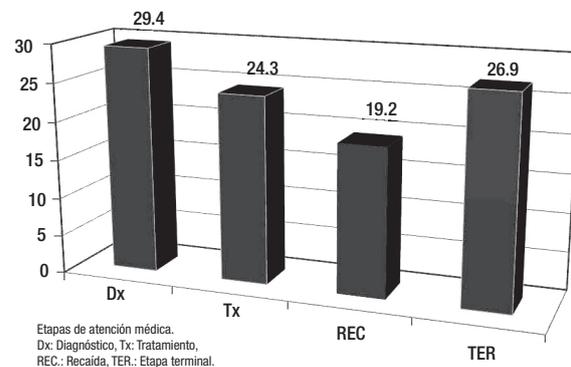


Figura 2.

Apoyo psicooncológico recibido a lo largo de las etapas de atención médica al paciente oncológico. Resultados en porcentaje.



médico-paciente-familia, desde la intersubjetividad, de múltiples disciplinas con un mismo fin: brindar una atención integral desde una perspectiva transdisciplinaria.

▷ MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo-descriptivo y transversal. Se aplicó una encuesta estructurada *ex profeso*, realizándose una prueba piloto con 20 sujetos, para determinar si los enunciados de la misma eran claros y facilitaban obtener la información solicitada. Para el análisis estadístico se utilizó J_i cuadrada, por ser un estudio ordinal para muestras de una aplicación. Con 100 sujetos

(especialistas) de las diferentes áreas de atención médica del INCAN.

▷ OBJETIVO

Conocer los factores que repercuten en la adherencia terapéutica desde la perspectiva del equipo médico en oncología del Instituto Nacional de Cancerología de México (INCAN).

▷ RESULTADOS

El rango edad fue de 27 a 68 años y un promedio de 35.1 años; predominando el sexo masculino 67.9%.

Figura 3.

Causas más frecuentes de solicitudes para apoyo psicooncológico al paciente, por parte del equipo médico. Resultados en porcentajes.

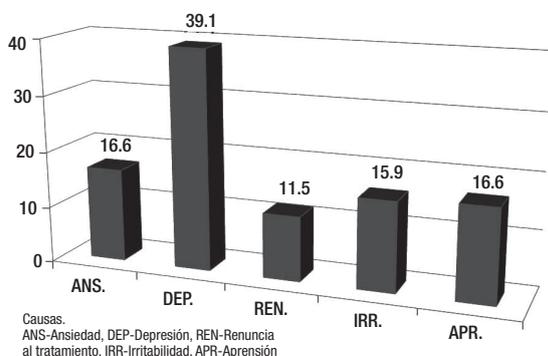
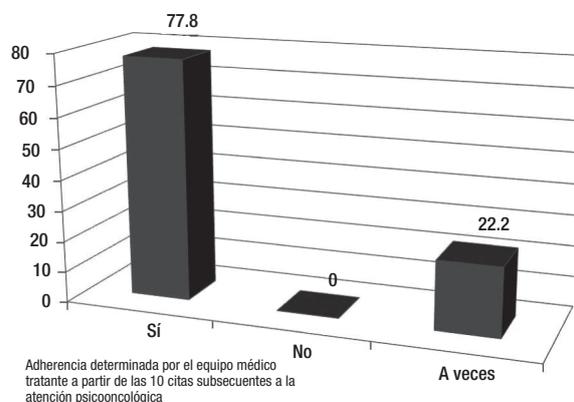


Figura 4.

Adherencia a los tratamientos oncológicos. Resultados en porcentajes.



Dentro de los factores que repercuten en la adherencia y que fueron valorados en el presente trabajo destacan: la interconsulta, las fases del proceso de enfermedad y de tratamiento oncológico, los motivos de solicitud de atención psicooncológica y finalmente determinar el porcentaje de adherencia desde la perspectiva del oncólogo.

Los resultados de la encuesta permitieron identificar algunos de los factores generales que contribuyen de manera significativa en la adherencia terapéutica, de una muestra de 100 sujetos. De 81% que respondió la encuesta respecto a la interconsulta, el médico tratante considera que sus pacientes requieren apoyo psicooncológico, sobre una base del trabajo transdisciplinario, en donde sabemos que la conjunción de esfuerzos con un mismo objetivo y fin de brindar una atención integral; los resultados encontrados se muestran en la **Figura 1**. En cuanto a las etapas del proceso de enfermedad, se observan en la **Figura 2**. Las causas más frecuentes de la atención se muestran en la **Figura 3**. Finalmente, los profesionales determinaron que el nivel de adherencia a sus tratamientos médicos indicados por ellos, fue muy significativo (**Figura 4**).

▷ DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La adherencia terapéutica, es un fenómeno multifactorial, y dado que los tratamientos son multimodales, requiere tomarse en consideración para su estudio, la interconexión de diferentes disciplinas que interactúan en la evaluación y tratamiento integral de los pacientes con cáncer; sin dejar de lado los aspectos socioculturales que

determinan la conceptualización de salud-enfermedad de nuestra población.

Por lo anterior, sería recomendable desglosar todos estos factores y de esa manera realizar estudios prospectivos que faciliten su determinación y así, generar estrategias y alternativas que permitan favorecer una mejor adherencia terapéutica, por una educación para la salud en nuestro medio.

REFERENCIAS

1. Alvarado AS. Psico-oncología en México (perspectiva histórica). *GAMO* 2004;3:82-89.
2. OMS. La OMS alerta del bajo seguimiento de los tratamientos por parte de pacientes con enfermedades crónicas. Madrid: Ediciones Doyma; 2003.
3. Almanza MJ, Holland CJ. Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)* 2000;3:196-206.
4. Alvarado Aguilar S, Genovés Tarazaga S, Zapata Isidoro MR. La Psicooncología: un trabajo transdisciplinario. *Rev Inst Cancerol (Mex)* 2009;4:47-53.
5. Fernández Alonso C. Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico, adaptación e intervención. *Interpsiquis*. España; 2006.
6. Hernández BM, Arana GZ, Sánchez CE, Touza PR. Psicología de enlace en un Servicio de Psiquiatría. La interconsulta con pacientes con cáncer. *Reflexiones desde la Psicopatología*. Cuadernos de medicina psicopatológica y psiquiatría de Enlace, 2008;pp:86-87.
7. Sanz J, Modolell E. Oncología y psicología: Un modelo de interacción. *Psicooncología* 2004;1:3-12.
8. Derogatis LR, Mprrow GR, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983;249:751-763.
9. Murillo M, Alarcón PA. Tratamientos psicopatológicos en el paciente con cáncer. *Rev Colom Psiquiatr (Bogotá)* 2006;35:99-111.
10. Prieto Fernández Almudena. Psicología oncológica. *Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual* 2004;2:107-120.
11. Barroilhet DS, Forjaz MJ, Garrido LE. Conceptos, teorías y factores psicopatológicos en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr Chile* 2005;33:390-397.
12. Olper Palacci R. Temas psicopatológicos del paciente con cáncer. En: *Manual de Oncología, procedimientos médico-quirúrgicos*. Segunda Edición, vol 16. Mc Graw Hill Interamericana; 2003;pp:148-151.
13. Melca SB. Psicooncología: Abordaje emocional en oncología. *Rev Persona y Bioética (Colombia)* 2005;9:64-67.
14. Arranz P, Coca C, Bayés R, et al. Intervención psicológica en pacientes que deben someterse a un trasplante de médula ósea. *Rev Psicooncología* 2004;0:93-105.

Aspectos neuropsicológicos de los pacientes con tumores cerebrales

Neuropsychological bearings of patients with cerebral tumors

Eduardo Olvera-Manzanilla,¹ Daniel Salvador Ruiz-González,² Alejandra Platas-De la Mora,³ Francisco Javier Ochoa-Carrillo,⁴ Salvador Alvarado-Aguilar¹

▷ RESUMEN

La mayoría de los pacientes con tumores cerebrales, sufrirán en algún momento de su enfermedad deterioros cognitivos de diversas magnitudes en función de la localización y tamaño tumoral. Por lo que la caracterización neuropsicológica de estos pacientes es importante para evaluar el éxito terapéutico, diseñar estrategias de intervención y en su caso de rehabilitación. En la presente revisión, se ha encontrado que los aspectos más evaluados son: memoria, *praxias*, lenguaje, funciones ejecutivas, *gnosias* y aprendizaje verbal. Y menos frecuentemente: el coeficiente intelectual (IQ), la calidad de vida y el estado de ánimo. Así mismo, encontramos que se usa una amplia gama de instrumentos, lo que dificulta el establecer correlaciones. Finalmente se plantean algunas recomendaciones sobre la valoración y tamizaje de los pacientes que sufren de tumores cerebrales.

Palabras clave: Aspectos neuropsicológicos, tumores cerebrales, México.

▷ ABSTRACT

Mostly of patients which suffer of brain tumors will develop at some point of their disease cognitive impairments of several magnitudes depending up on location and tumor size. In this way, neuropsychological assessment of these patients is an important issue in order to evaluate therapeutic success, tasks strategies and rehabilitation programs. In this review, we found that the cognitive bearings that are most frequently evaluated are: memory, praxias, language, executive functions, gnosis and verbal learning. And less frequently: IQ, quality of life and mood disorders. In the same way, have founded that it's been used a wide range of instruments, making it difficult to establish correlations. Finally, we make some recommendations in regards to improve assessment and screening on brain tumor patients.

Keywords: Neuropsychological bearings, brain tumors, Mexico.

1Servicio de Psicooncología, Instituto Nacional de Cancerología.

2Departamento de Cirugía, Cabeza y Cuello. Neurocirugía. Instituto Nacional de Cancerología.

3Máster en Neuropsicología y Neurología de la conducta. Hospital del Mar. Barcelona, España

4Servicio de Atención Inmediata, Instituto Nacional de Cancerología.

Correspondencia: Eduardo Olvera M. Ave. San Fernando N°22, Tlalpan, México, D. F. 14080. Teléfono: 044 551339 9862. Correo electrónico: eddolvera@hotmail.com

▷ INTRODUCCIÓN

Los tumores cerebrales constituyen una de las patologías que más impactan de manera negativa tanto en las expectativas como en la calidad de vida de estos pacientes; además significan un enorme desequilibrio de la dinámica familiar.

Los síntomas más notorios son motrices y cognitivos; siendo éstos últimos, los que más atentan contra su autonomía, por lo que su valoración es de vital importancia para el planteamiento de estrategias de rehabilitación cognitiva que, en la práctica, pudieran ir a la par de la rehabilitación motriz y psicosocial.

La evaluación del deterioro cognitivo se efectúa utilizando una amplia gama de herramientas e instrumentos que en su mayoría han sido validados, de tal manera que sus resultados sean confiables y objetivos.

Los diferentes autores han encontrado que las alteraciones más frecuentes se presentan en memoria, *praxias*, lenguaje, funciones ejecutivas, *gnosias* y aprendizaje verbal; alteraciones que impactan de manera significativa la calidad de vida y el estado de ánimo del paciente.

A partir de los hallazgos en la literatura, la evaluación de los aspectos neuropsicológicos permitirá plantear opciones terapéuticas orientadas a la rehabilitación neuropsicológica y psicosocial, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias.

▷ ANTECEDENTES

Características y epidemiología de los tumores cerebrales: Shaphiro (2008)¹ refiere que un tumor cerebral primario, es un crecimiento celular anormal, benigno o maligno, cuyo origen se encuentra en el Sistema Nervioso Central, incluidas las meninges (tumor primario); o bien, ser secundarios, como lo define el *National Cancer Institute*;² que se ha diseminado desde cualquier otra parte del cuerpo al cerebro, formando así un tumor metastásico, el cual contiene células que son como aquellas que le dieron origen en su localización primaria.

Este autor refiere que los tumores malignos primarios más comunes son los gliomas, éstos representan 65% de los tumores primarios cerebrales (**Tabla 1**). Sin embargo, la mayoría de los tumores cerebrales malignos son metastásicos.

Según Inskip (2000)³ y Rizo (2007)⁴ no es claro el origen de los tumores primarios del SNC, se sabe que están implicadas las radiaciones ionizantes en la génesis de sarcomas, meningiomas y más raramente gliomas, lo que ocurre de 10 a 20 años posradiación. El factor hereditario ocupa 10% en astrocitomas en general, y en 15% existe una historia familiar previa de cáncer.

Patchell y Posner, (1987)⁵ plantean que los tumores cerebrales crecen en el espacio confinado de la caja craneana o de la espina, lo que implica difícil acceso y daños colaterales por compresión o destrucción. Los tumores primarios del cerebro, generalmente no generan metástasis, el daño es debido a la destrucción o compresión directa del tejido mismo, los síntomas estarán en función de su localización y el daño ocasionado; a medida que el tumor crece, invade o comprime el tejido sano causando un deterioro progresivo y, debido a lo limitado del espacio existente dentro del cráneo, el tumor puede ocasionar presión en el cerebro; además de la acumulación de líquido cefalorraquídeo por obstrucción en su circulación, lo que se le conoce como hidrocefalia. Ambos pueden desencadenar cefaleas que no son aliviadas con analgésicos comunes (Abramson's, 2001).⁶

La incidencia mundial de tumores primarios del sistema nervioso central en 2008 fue de 3.9 por cada 100 mil hombres y 3.2 por cada 100 mil mujeres al año, para un total de 238,796 individuos (GLOBOCAN, 2008).⁷

En los Estados Unidos, representan 1.3%, con 18 500 nuevos casos detectados cada año de todas las neoplasias. Hay una ligera inclinación al sexo masculino y hacia la población blanca. Se reporta una sobrevivencia a cinco años de 33.1% inversamente proporcional a la edad del paciente. Siendo los gliomas los de mayor prevalencia (Inskip, 2003).³

Entre 2000 y 2004, el cáncer encefálico, incluidas las meninges, representó 1.72% de las neoplasias diagnosticadas en el Instituto Nacional de Cancerología de México con 331 casos, de los cuales 300 corresponden al encéfalo y 31 meníngeos. La población masculina contribuyó con 1.0% mientras que la femenina con el 0.6%. Morfológicamente predominó el oligodendroglioma seguido del astrocitoma (Rizo y colaboradores 2007);⁴ y, como se enunció previamente, los gliomas a nivel mundial representan 65% de los tumores primarios del SNC.

Los tumores intracraneales producen dos categorías de síntomas: aquellos que aparecen como resultado del incremento de la presión intracraneal (ICP, por sus siglas en inglés *Intracranial Pressure*) que dan síntomas específicos en función de su localización, (**Tablas 2 y 3**), y aquellos debidos a funciones o disfunciones fisiológicas o endocrinológicas. La cefalea, es un síntoma frecuente, sobre todo cuando están asociados a edema parenquimal o hidrocefalia, náusea, vómito, alteraciones de la marcha y el equilibrio, cambios en la personalidad, disminución de la función psicomotora o somnolencia como resultado del ICP. En adición, debido existe un ICP con el decúbito y la hipoventilación durante el sueño, es típico que se presente cefalea matutina. A veces, sólo presentan

Tabla 1.
Tipos de tumores cerebrales.

Tipo de Tumor	Origen	Malignidad	% de tumores primarios	Población afectada
Adenoma	Células de la glándula Pituitaria	Mayoría malignos	10%	Adultos
Astrocitoma (tipo de glioma)	Células que soportan a las células nerviosas (Glia)	Malignos y benignos	*	Niños y adultos
Cordoma	Células embrionarias de la espina	Benignos pero invasivos	< 1.0%	Niños al nacimiento y adultos
Craneofaringioma	Células embrionarias de la Pituitaria	La mayoría benignos	< 1.0%	Niños al nacimiento y adultos
Quistes dermoides y tumores epidermoides	Células embrionarias de la piel	Benignos	<1.0%	Niños al nacimiento y adultos
Ependimoma	Células ventriculares	La mayoría benignos	1-9% de los tumores infantiles	Niños
Tumores de células germinales	Células embrionarias cercanas a la glándula pineal	Benignos y malignos	1.0%	Niños
Glioblastoma multiforme	Formas menos diferenciadas de las células gliales y oligodendrocitos	Malignos	40%	Adultos
Hemangioblastoma	Células embrionarias que se desarrollan dentro de los vasos sanguíneos	Benignas	1-2%	Niños y adultos
Meduloblastoma	Células embrionarias del cerebelo	Cancerosas	25% de tumores infantiles	Niños, usualmente pre púberes y rara vez adultos
Meningioma	Células de las meninges	Benignos pero recurrentes	20%	Adultos
Oligodendroglioma	Oligodendrocitos (formadores de mielina)	Usualmente benignos, pero pueden convertirse a oligodendroglioma maligno	5-10% *	Niños y adultos
Osteoma	Huesos del cráneo	Benignos	2%	Niños y adultos
Osteosarcoma	Huesos del cráneo	Malignos	<1.0%	Niños y adultos
Pinealoma y adenoma pituitario	Células de la glándula pineal y pituitaria respectivamente	Benignos	<1.0% y 2% respectivamente	Niños y adultos
Sarcoma	Tejido conectivo	Maligno	1.0%	Niños y adultos

*Astrocitomas, oligodendrogliomas y glioblastoma multiforme, son gliomas que representan 65% de los tumores primarios del SNC . Shapiro, William M.D. Manual Merck, Feb. 2008.¹

cambios en la personalidad, estado de ánimo, capacidad mental o retraso psicomotor; estos cambios son evidentes a la familia y el examinador, pero no para el paciente; tal estado puede ser confundido con depresión, especialmente en pacientes mayores. Ahora bien, aunque menos de 6% de las convulsiones son el resultado de tumores cerebrales, casi la mitad de los pacientes con tumores cerebrales supratentoriales presentan convulsiones. Debido a esto, un adulto con una primera convulsión que ocurre sin un evento precipitante obvio; debe someterse a una resonancia magnética o MRI (Mehta, 2008).⁸

▷ ANTECEDENTES DE LOS ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS

Los pacientes con tumores del Sistema Nervioso Central (SNC) manifiestan diversos síntomas incluido el deterioro cognitivo. Las disfunciones cognitivas ocurren en la mayoría de los pacientes con tumores cerebrales a menudo desde que se presentan, son frecuentemente progresivos aún después de un tratamiento agresivo. Sumado a esto, los avances en la terapia multimodal han incrementado la sobrevivencia de muchos pacientes y con esto la preocupación

Tabla 2.

Síntomas comunes de algunos tumores cerebrales.

Tipo de Tumor	Localización	Síntomas
Gliomas	Lóbulos Frontales	Cambios en la personalidad, pérdida de iniciativa y abulia (pérdida de la capacidad de tomar decisiones independientes). Los tumores frontoposteriores pueden producir debilidad contralateral, al afectar la corteza motora, y afasia expresiva si se involucra al lóbulo frontal dominante. La enfermedad bifrontal debida a gliomas y linfomas, puede causar pérdida de memoria, labilidad emocional e incontinencia urinaria.
	Lóbulos Parietales	Afectan las funciones sensoriales y perceptuales. Los desórdenes sensoriales van desde una leve pérdida sensitiva o estereognosis (detectable solo con pruebas), hasta pérdidas más severas como la hemianestesia. Es común que haya una baja en la propiocepción del miembro afectado y se asocia algunas veces con inestabilidad de la marcha. Puede ocurrir cuadrapnosia homónima inferior, hemianopsia incongruente y falta de atención visual. Los tumores del parietal no dominante, pueden causar negligencia contralateral y en casos severos anosognosis y apraxia. Los tumores del parietal dominante, generan dislexia, digrafía y ciertos tipos de apraxia.
	Lóbulos Temporales	Pueden causar síntomas sólo detectables con una cuidadosa revisión de la percepción y el juicio espacial y afectar incluso la memoria. Los tumores en cualquiera de los lóbulos temporales pueden causar cuadrapnosia homónima superior, alucinaciones auditivas y comportamiento anormal. En el lóbulo no dominante, pueden causar problemas perceptuales y de orientación espacial leves. En el lóbulo temporal dominante, pueden causar disnomia, problemas en la percepción de órdenes verbales y afasia de fluidez verbal. Las crisis son frecuentes con lesiones en esta localización.
	Lóbulos Occipitales	Se puede producir hemianopsia homónima contralateral o aberraciones visuales complejas que afectan la percepción del color, tamaño o localización. Los tumores bilaterales pueden producir ceguera cortical.
	Cuerpo Caloso	Los síndromes de desconexión son raros en estos pacientes. Sin embargo la interrupción del cuerpo caloso anterior, puede causar la falla de la mano izquierda en seguir instrucciones. Las lesiones en el cuerpo caloso posterior interrumpen las fibras visuales que conectan el lóbulo occipital derecho con el giro angular izquierdo, causando inhabilidad para leer o nombrar colores.
	Tálamo	Tumores en esta región pueden causar síntomas locales como hidrocefalia obstructiva. Cefalea causada por hidrocefalia y atrapamiento del cuerno de uno de los ventrículos laterales es común.
	Tallo Cerebral	Afectan nervios craneales, en particular VI y VII, se produce: hemiplejía, ataxia de miembro unilateral, ataxia de la marcha, paraplejía, síndromes hemisensoriales, trastornos oculomotores y ocasionalmente hipo.
	Dentro o cerca del Cerebelo	Los meduloblastomas en niños, pueden causar alteraciones en el movimiento de los ojos, incoordinación, problemas de la marcha, pérdida de la audición y vértigo. Pueden bloquear el drenaje del líquido cefalorraquídeo y causar hidrocefalia, con síntomas de cefalea, náusea, vómito, dificultad para voltear los ojos y letargo. En los niños hay crecimiento cefálico, al aumentar la presión, puede causar hernia cerebral, que conduce al coma y a la muerte.
Meningiomas	Meninges	Confusión o estupor, convulsiones, inadecuado sentido del olfato, cambios en la visión y problemas con las funciones mentales. En población geriátrica pueden ocasionar demencia.
Tumores Pineales		Pueden bloquear el drenaje cerebro espinal. El tipo más común es un tumor de células germinales, se incluye la inhabilidad de mirar arriba y cerrar los párpados.
Tumores Pituitarios		Pueden incrementar o bloquear la producción de hormonas pituitarias y generar patologías en función del exceso o insuficiencia hormonal (acromegalia, síndrome de Cushing, galactorrea, ginecomastia. En general hay cefalea y al aumento de tamaño, pérdida de visión en ambos ojos.

Shapiro 2008,¹ Mehta 2008⁸

sobre el posible daño en la función cognitiva. Más aún, factores como la edad, las características del tumor, progresión, enfermedades médicas concurrentes, medicamentos, quimioterapia, neurocirugía y radioterapia, pueden contribuir con los déficits cognitivos. Por otra parte, debido a que las opciones de tratamiento para los déficits neurocognitivos siguen siendo muy limitadas, la comprensión profunda del impacto de los

tratamientos de los tumores cerebrales en la función cognitiva es necesaria para ayudar a guiar las decisiones terapéuticas. Además, el conocimiento de las funciones neurocognitivas de los pacientes adultos con tumores cerebrales desde el inicio del padecimiento y a través del tiempo, es esencial para hacer recomendaciones de tratamiento y esto requiere evaluaciones neurocognitivas detalladas (Mehta 2008).⁸

Tabla 3.

Síntomas clínicos asociados con los nervios craneales.

Localización	Nervios craneales involucrados	Síndrome eponímico	Causa frecuente
Fisura esfenoidal	III, IV, V oftálmico, VI		Tumores invasivos del esfenoides y Aneurismas
Pared lateral del seno cavernoso	III, IV, V oftálmico, VI	Tolosa-Hunt	Aneurisma del seno cavernoso, trombosis del seno cavernoso, tumores invasivos de los senos y la silla turca
Espacio petrosesfenoidal	II, III, IV, V, VI	Jacob	Tumores grandes de la fosa craneal media
Ápice del hueso petroso	V, VI	Gradenigo	Petrocititis, tumores del hueso petroso
Meato auditivo interno	VII, VIII		Tumores del hueso petroso (dermoides), proceso infecciosos
Ángulo del puente pontocerebelar	V, VII, VIII, ocasionalmente IX		Neuromas acústicos y meningiomas
Foramen yugular	IX, X, XI	Vernet	Tumores y aneurismas
Espacio laterocondilar posterior	IX, X, XI, XII	Collet-Sicard	Tumores de la glándula parótida, cuerpo carotideo y tumores secundarios, de los nódulos linfáticos y adenitis tuberculosa
Espacio retroparotídeo posterior	IX, X, XI, XII y síndrome de Bernard- Horner	Villaret	Igual que el anterior

Adams RD, Victor M: Principles of Neurology, p.455. NY, Mc Graw Hill, 1977. Citado por: De Vita Cancer. Principles and Practice of Oncology. 2th edition. Vol 2. Ed. Lippincott Co. Philadelphia. USA 1985.

El desarrollo de la neuropsicología ha aportado conceptos teóricos y datos conductuales que permiten realizar evaluaciones objetivas de la actividad cognoscitiva. Entre los objetivos de la evaluación neuropsicológica se encuentran: verificar la existencia de trastornos cognoscitivos relacionados con el daño cerebral, determinar la magnitud relativa del daño, establecer la habilidad del paciente para regresar a un estilo de vida previo. Por lo tanto, la evaluación neuropsicológica es indispensable para determinar si existen deficiencias cognoscitivo-conductuales y para enseñar al paciente a adaptarse a éstas, especificando los cambios y ajustes sociales, educativos y ambientales que él mismo deberá efectuar (Ardila 1993).⁹

Cuando se practica un examen neuropsicológico en el paciente que tiene un tumor cerebral, es importante considerar por lo menos cuatro factores que influyen en su sintomatología actual:

1. Localización específica del tumor, debido al daño local que provoca en el tejido cerebral.
2. El tamaño del tumor, que se correlaciona con la cantidad de tejido afectado, con el desplazamiento general de estructuras cerebrales y con la presencia de hipertensión intracraneana.
3. Invasión del tejido cerebral, puesto que el tumor puede hallarse dentro del parénquima cerebral o simplemente estar ejerciendo un efecto de presión sobre la masa encefálica.

4. Velocidad de crecimiento, ya que los tumores que crecen rápidamente presentan una sintomatología mucho más aguda, en tanto que los de crecimiento lento propician la existencia de procesos permanentes de readaptación y re-aprendizaje (Ardila, 1993,⁹ Berger 1999¹⁰).

► HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Se evidenció una diversidad de instrumentos utilizados en la valoración neuropsicológica de los pacientes con tumores cerebrales, lo que dificulta lograr homogeneidad al tratar de analizar y categorizar resultados más allá de la simple descripción de los déficits cognitivos, pues si bien los instrumentos han sido validados, hay pocas referencias en cuanto su confiabilidad y correlaciones entre sí. Esta multiplicidad implica el uso de instrumentos diseñados específicamente para la valoración neuropsicológica, hasta el uso de sub-pruebas o secciones de otros instrumentos con otros fines (evaluación psicológica o psicométrica).

En el proyecto Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica (PIEN), según su autor Peña Casanova y colaboradores (1997),¹¹ se plantea la necesidad de realizar una valoración neuropsicológica “sistemática e integrada” (Peña-Casanova). Dentro de esta aproximación, se destaca la necesidad de considerar e integrar los siguientes datos:

1. Datos aportados por la Historia Clínica como primer paso en la evaluación neuropsicológica.
2. Datos neurológicos y médicos como índices del estado neurológico y médico general y su influencia en las capacidades cognitivas y funcionales de la vida diaria.
3. Datos de observación de la conducta como índice de la adaptación al medio (vida diaria), del estado psicológico y de las capacidades cognitivas.
4. Datos cuantitativos aportados por una batería neuropsicológica, organizando la exploración en fases, desde lo básico o de detección (*screening*), hasta lo más específico.
5. Datos semiológicos cualitativos para ir más allá de las puntuaciones de los tests. La puntuación; por ejemplo, de una prueba de denominación puede ser cero pero la semiología observable puede ser radicalmente distinta en diversos casos.
6. Datos aportados por sub-baterías, escalas complementarias y exploraciones ideográficas.

Todo este conjunto de datos se deben concatenar con los conocimientos neurobiológicos y de la función cognitiva para establecer la definición de los defectos del paciente con una visión más allá de la psicometría o la simple descripción de hallazgos.

En general se establecen los síntomas característicos y sus manifestaciones asociadas, se descartan las manifestaciones alternativas y se realizan consideraciones sobre localización y lateralización de las lesiones (Stringer 1996, citado por Peña Casanova 2005).¹²

También cabe recordar que el individuo es un ser social, y que sus capacidades neuropsicológicas alteradas se reflejan y afectan a su vida diaria. Este hecho tiene especial interés y da lugar a la “neuropsicología de la vida cotidiana” y a los problemas de la calidad de vida relacionada con la cognición (Tupper y Cicerone 1990, citado por Peña Casanova 2005).¹²

Correa y colaboradores, (2007)¹³ propusieron que la estructura de una batería neuropsicológica, útil en estudios clínicos prospectivos debe contar con parámetros que cumplan los siguientes criterios:

1. Evaluar los aspectos más relevantes que le permitan ser altamente sensitivos para el tumor y su tratamiento.
2. Poseer materiales y métodos de aplicación estandarizados.
3. Haber publicado los datos normativos.
4. Tener una confiabilidad de moderada a alta (*test-retest*).

5. Tener formas alternas o ser relativamente insensible a los efectos de la práctica y por lo tanto útil para monitorear cambios en la función cognitiva a lo largo del tiempo.
6. Incluir pruebas que hayan sido traducidas a varios idiomas o que tengan el requerimiento de traducción al menos del instructivo.
7. Que puedan ser administradas por un psicómetra especializado con un sistema estandarizado de entrenamiento.
8. Que sea aplicado en alrededor de 30 a 40 minutos.

Según la literatura, se sustenta incluir: atención, funciones ejecutivas (memoria de trabajo, velocidad de procesamiento, habilidades secuenciales), memoria verbal y velocidad motriz.

▷ INSTRUMENTOS QUE HAN SIDO UTILIZADOS

Encontramos que el único instrumento desarrollado específicamente para pacientes con cáncer es el *Functional Assessment of Cancer Therapy – Brain* (FACT-Br). Usado por Meyers (2000)¹⁴ para evaluar la calidad de vida de pacientes con gliomas. En un estudio para validar el FACT-Br, Nickolov Angel y colaboradores (2005),¹⁵ señalan que la calidad de vida es de las mayores preocupaciones en el tratamiento de pacientes con tumores cerebrales, pues su deterioro está relacionado con la severidad de los síntomas de la enfermedad y los resultados de las terapias tendrán un impacto sobre la calidad de vida. Este *test* se compone de 50 ítems agrupados en cinco sub-escalas: bienestar físico, bienestar social, bienestar emocional, bienestar funcional y cerebral. Nickolov y colaboradores concluyeron que el FACT-Br puede ser útil para la evaluación de las terapias para pacientes con gliomas de alto grado, debido a su confiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios.

En cuanto a la valoración de las diversas categorías cognitivas tales como: memoria, *praxias*, *gnosias*, lenguaje, función ejecutiva y aprendizaje verbal cuyo deterioro impacta de manera importante la calidad de vida de los pacientes con tumores cerebrales, los diferentes autores han usado una constelación de instrumentos como: PIEN / Test de Barcelona, COGNISTAT, *Mini-Mental State Examination*, WAISS, *Shipley Institute of Living Scale*, Prueba Wechsler de Memoria, Figura Compleja de Rey – Osterrieth, Test de Aprendizaje Verbal de Hopkins, *Token Test*, *Trail Making Test*, *Wisconsin Card Sorting Test*, *Stroop Test*, Test de Figuras Superpuestas, FIM y SCL 90-R. Diversidad que arroja una gran heterogeneidad en las metodologías y aproximaciones de valoración y tamizaje.

▷ CONCLUSIONES

1. Para identificar y evaluar el deterioro cognitivo del paciente con tumor cerebral, es necesario conocer los aspectos relevantes de las neoplasias del SNC, tanto primarias como secundarias. De la misma manera se requiere de un amplio conocimiento de los estudios y los tratamientos, en función del impacto que tienen sobre la función cognitiva. En el mismo orden de ideas, se hace necesario el dominio de los aspectos neuro-anatómicos, neuro-fisiológicos, neuro-bioquímicos, neuro-funcionales y neuropsiquiátricos.
2. Conocer la sintomatología asociada a los tumores cerebrales según su tipo y ubicación.
3. Conocer los diferentes instrumentos de evaluación, para esclarecer signos y síntomas asociados efectivamente a los tumores cerebrales para la generación de diagnósticos y diferenciales.

De lo anterior se desprende que se pueda estar en condiciones de plantear estudios prospectivos de manejo y de rehabilitación neuropsicológica.

Con base a todo esto podemos sugerir:

1. Generar estudios prospectivos para la determinación de los instrumentos más viables en la valoración y tamizaje de los pacientes con tumores cerebrales.
2. Generar un estudio prospectivo que permita determinar las estrategias más viables de manejo y/o rehabilitación neuropsicológica.

REFERENCIAS

1. Shapiro, William M.D. Manual Merck. Section: Brain, Spinal Cord, and Nerve Disorders Subject: Tumors of the Nervous System; 2008 [on line] Disponible en: <http://www.merck.com/mmhe/sec06/ch088/ch088b.html>.
2. Dictionary of Cancer Terms. National Cancer Institute. Disponible en: <http://www.cancer.gov/dictionary/?CdrID=46710>.
3. Inskip Peter D, Heineman Ellen F. New malignancies following cancer of the brain and central nervous system. Chapt 14. En: Curtis RE, Freedman DM, Ron E, et al (Eds). New Malignancies Among Cancer Survivors: SEER Cancer Registries, 1973-2000. National Cancer Institute. NIH Publ. No. 05-5302. Bethesda, MD, 2006;pp:363.
4. Rizo R. Pedro, Sierra C. María I, Vázquez P. Gabriela, et al. Registro Hospitalario de Cáncer: Compendio de Cáncer 2000-2004. *Cancerología* 2007;2:211-212.
5. Patchell Roy, Posner Jerome. Cancer and the Nervous System. En: Holland Jimmie, Rowland Julia. Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer. Oxford: Oxford University Press, 1989;pp:327-341.
6. Abramson's Cancer Center of the University of Pennsylvania. Neuro-Oncology Program: About Brain and Central Nervous System Tumors. November 2001 [on line] Disponible en: <http://www.oncolink.org/types/article.cfm?c=2&s=4&ss=30&id=102>.
7. GLOBOCAN 2008 (IARC) Section of Cancer Information (10/10/2010). Fast Stats [on line] Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900>.
8. Mehta Minesh P, Buckner Jan C, Sawaya Ray, Cannon George. Neoplasms of the Central Nervous System, en: De Vita, Hellman & Rosenberg's. Cancer. Principles and Practice of Oncology. 8th edition. Lippincott Williams & Wilkins USA, 2008;pp:1978.
9. Ardila A, Ostrosky F. Diagnóstico del daño cerebral. México, Trillas 1993, Citado por: Alvarán Liliana, Gómez Luz A, Aguirre Daniel C, Ortiz León D. Caracterización Neuropsicológica de Pacientes con Glioma tratados en el Instituto de Cancerología de Medellín. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:13-23.
10. Berger MS, Charles WB. The Gliomas. USA. W.B. Sanders Company 1999 Citado por: Alvarán Liliana, Gómez Luz A, Aguirre Daniel C, Ortiz León D. Caracterización Neuropsicológica de Pacientes con Glioma tratados en el Instituto de Cancerología de Medellín. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:13-23.
11. Peña Casanova J, Guardia J, Bertran-Serra I, et al. Versión abreviada del Test Barcelona (I): subtests y perfiles normales. *Neurología* 1997;12:99-111.
12. Peña Casanova J. Test de Barcelona Revisado. Programa Integrado. *Neurocog.com* 2005 [on line] Disponible en: http://www.neuro-cog.com/testbarcelona/programa_integrado.htm.
13. Correa DD, et al. Cognitive Functions in Primary Central Nervous System Lymphoma: literature review and assessment guidelines. *European Society for Medical Oncology. An Oncology* 2007;18:1145-1151.
14. Meyers Christina A, Hess Kenneth R, Yung Alfred WK, Levin Victor A. Cognitive Function as a Predictor of Survival in Patients with Recurrent Malignant Glioma. *J Clin Oncol* 2000;18:646-650.
15. Nickolov Angel, et al. Validation of Functional Assessment of Cancer Therapy-Brain (FACT-Br) Questionnaire and FACT-Br Symptom Index (FBrSI) in Patients with Recurrent High-Grade Gliomas. [Poster]. Chicago Supportive Oncology Conference, Chicago, Illinois, 2005 [on line] Disponible en: <http://www.supportiveoncology.net/conference/posters/csoc05pa-31.pdf>.

Avances hacia una psicología científica en oncología

Progress towards a scientific psychology in oncology

Jessica Mejía-Castrejón,¹ Edith Rojas-Castillo,² Virginia Balarezo-Jaramillo,³ Carolina Núñez-Valencia,¹ Gina Carrillo-Navarrete¹

▷ RESUMEN

La psicología en sus inicios se caracterizó por su subjetividad, era una rama de la filosofía y su objeto de estudio era el alma. Con el tiempo adquirió un carácter empírico apoyándose en el método científico; fue la terapia conductual la que proporcionó los primeros elementos para impulsar su desarrollo científico. Actualmente la terapia cognitivo conductual ha proporcionado mayor evidencia y ha demostrado efectividad en una variedad de trastornos mentales mediante el uso de criterios que rigen a la psicología basada en evidencia, cuyo objetivo es la aplicación, estudio y difusión de tratamientos psicológicos que hayan sido sometidos a validación científica para apoyar decisiones clínicas. Como parte del avance hacia una psicología científica se promueve el desarrollo y uso de guías clínicas, revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos de acuerdo a los criterios CONSORT. En el área oncológica disciplinas como la medicina conductual desarrollan investigaciones bajo los criterios de la psicología basada en evidencia contribuyendo con tratamientos que mejoran la calidad de vida del paciente. La aportación del psicólogo que labora con pacientes oncológicos seguirá en aumento en la medida que continúe el desarrollo científico en esta área.

Palabras clave: Psicología basada en evidencia, científica, terapia cognitivo conductual, México.

▷ ABSTRACT

Psychology in its beginning, was characterized by subjectivity, was a branch of philosophy and its subject was the soul. Over time it acquired an empirical character based on the scientific method but it was the behavioral therapy that provided the first elements to promote the development of scientific psychology. Today, Cognitive Behavioral Therapy is the most important source of evidence and has demonstrated to be effective in mental illness by using evidence-based psychology whose aim is the implementation, review and promotion of validated psychological treatments. In order to advance scientific psychology it is necessary to make and use clinical guidelines, systematic reviews, meta-analysis and clinical trials according to the CONSORT criteria. In Oncology, disciplines such as cognitive medicine develop investigations under the criteria of evidence-based psychology, contributing with treatments that improve the quality of life of the patient. The contribution of the psychologist that works with oncological patients will grow as scientific development continues in this area.

Keywords: Evidence-based psychology, science, cognitive behavioral therapy, Mexico.

1Universidad Nacional Autónoma de México.

2Instituto Nacional de Cancerología. México.

3Universidad del Azuay. Ecuador.

Correspondencia: Jessica Mejía Castrejón. Residente de la Maestría en Medicina Conductual. Psicooncología. Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI Delegación Tlalpan, 14080. México, D. F. Teléfono: 5628 0400. *Correo electrónico:* j.mejiacastrejon@gmail.com

▷ INTRODUCCIÓN

La palabra “psicología” proviene de dos voces griegas: *psique*, que significa alma o espíritu y *logos*, que significa estudio o tratado, entonces, etimológicamente psicología quiere decir estudio del alma. Durante mucho tiempo, la psicología fue una rama de la filosofía, cuyo objeto de estudio era el alma, pero a partir del renacimiento algunos filósofos encaminaron sus esfuerzos a convertirla en una ciencia empírica; es decir, basada en los hechos y elaborada a partir de ellos.¹

En su afán por adquirir un estatus científico, la psicología se apoyó en el método científico a través del experimento en el laboratorio. Su principal interés fue demostrar que los fenómenos mentales eran susceptibles de ser medidos sistemáticamente, fue así como la psicología científica se distanció de la llamada psicología filosófica. La nueva psicología quería obtener datos empíricos para fundamentar sus teorías, lo que condujo al trabajo en el laboratorio donde podía obtener medidas experimentales. Fue en el experimento donde encontró la mejor forma de recolectar datos y controlar, al máximo, los factores subjetivos y aquellas variables que podían interferir en los resultados. Así, la psicología estableció mayor rigor en el análisis y pudo variar sistemáticamente las condiciones experimentales y replicar sus experimentos, lo que le permitió la generalización de sus resultados y homologarla con otras ciencias. Se coloca así al nacimiento de la psicología como ciencia en 1879, año de la fundación del primer laboratorio de psicología experimental del mundo, fundado por Wundt en Leipzig. Este laboratorio tuvo reconocimiento institucional y contó con instrumentos similares a los utilizados por los laboratorios fisiológicos.²

Posteriormente, en 1912, John B. Watson declaró que la psicología tiene como objeto el estudio de la conducta. Por la misma época el neurólogo ruso Bechterev elaboró una psicología objetiva a partir de su teoría reflexológica y el fisiólogo ruso Pavlov construyó una teoría objetiva basada en reflejos condicionados (condicionamiento clásico). Alrededor de 1938 Skinner propuso una variante del condicionamiento descrito por Pavlov llamado condicionamiento operante.¹ Estos planteamientos formaron las bases de la terapia conductual, que de acuerdo a Yela,³ es el intento más ambicioso y tenaz en la historia de la psicología de construir un sistema científico estrictamente lógico y objetivo.

La terapia conductual comprende una variedad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos (particularmente sobre aprendizaje) para tratar la conducta humana desadaptativa. Algunas de sus premisas básicas son:⁴

1. Se centra en la conducta desadaptativa, más que en alguna supuesta causa subyacente.
2. Asume que las conductas desadaptativas son aprendidas, igual que cualquier conducta.
3. Establece con precisión cómo el ambiente influye en las personas en términos de aprendizaje.
4. Implica la especificación claramente definida de los objetivos de tratamiento y el plazo para cumplirlos (regularmente a corto o mediano plazo).
5. El terapeuta conductual adapta su método de tratamiento al problema del paciente.
6. Asume que las técnicas de tratamiento han sido sometidas a verificaciones empíricas y se ha encontrado que son efectivas.

Posteriormente un nuevo grupo de terapeutas conductuales usó el concepto de cognición para denotar su aproximación a procedimientos de intervención, en los cuales se enfatiza la importancia de los procesos cognitivos (de pensamiento) como mediadores del cambio conductual. A este tipo de terapia se le conoce como terapia cognitivo-conductual (TCC) y se basa en distintos modelos conceptuales cuyo interés se centra en la modificación de las cogniciones del paciente y el uso de procedimientos derivados de la terapia conductual para suscitar el cambio.⁴

La TCC se ha convertido en un elemento clave para el desarrollo de la psicología científica, ya que por medio de varios principios busca especificar y guiar el actuar del psicólogo tanto en la investigación como en la clínica de una manera objetiva y clara.

▷ PSICOLOGÍA BASADA EN EVIDENCIA (PBE)

En esta última década ha aumentado el interés por demostrar la eficacia de los tratamientos psicológicos debido a la creciente demanda de los ciudadanos a los servicios de salud mental y a la alta prevalencia de trastornos mentales que generan gran deterioro social, personal, laboral y familiar conllevando sufrimiento tanto para el paciente como para quienes le rodean. Un ejemplo es el surgimiento de la PBE cuyo objetivo es la aplicación, estudio y difusión de tratamientos psicológicos que hayan sido sometidos a validación científica para apoyar decisiones clínicas.

Para determinar la eficacia de los tratamientos psicológicos en los trastornos mentales y establecer un directorio de terapias de eficacia probada, se creó la *Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedure*, dirigida por Chambless y auspiciada por la *American Psychological Association* (APA). Según el Comité de Expertos de la APA, la eficacia de un tratamiento estaría avalada por tres criterios:^{5,6}

1. La existencia de dos o más estudios rigurosos, realizados por investigadores distintos, con diseños experimentales intergrupales de al menos 30 sujetos por grupo.
2. Contar con un manual que describa claramente el tratamiento.
3. Haberse probado en pacientes diagnosticados según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Y consideran que para que un tratamiento se incluya en las diferentes categorías de apoyo empírico, ha de cumplir las siguientes condiciones:^{5,6}

1. *Tratamiento bien establecido.* Al menos dos estudios con diseño de grupo llevados a cabo por investigadores diferentes deben haber demostrado la eficacia del tratamiento (el tratamiento psicológico es superior a otro tratamiento psicológico, al farmacológico o al placebo). Demostrar su eficacia mediante una amplia serie de estudios de caso único, que tengan buen diseño experimental y en los que se haya comparado la intervención dentro del modelo de caso único con el placebo, la intervención farmacológica o psicológica.
2. *Tratamiento probablemente eficaz.* Dos estudios han mostrado que el tratamiento es más eficaz que un grupo control en lista de espera. En dos estudios se cumplen los criterios de tratamiento bien establecido pero son llevados a cabo por un mismo investigador. Al menos dos estudios demuestran la efectividad del tratamiento pero muestran una gran heterogeneidad en las muestras de clientes. Se demuestra la eficacia usando la metodología de caso único pero la serie de estudios es de menos de tres.
3. *Tratamiento en fase experimental.* No cumplen los requisitos anteriores aunque existen bases experimentales prometedoras de que se pueden alcanzar los niveles de eficacia requeridos.

Por otro lado la PBE tiene varios principios:⁷

1. Las decisiones clínicas deben basarse en la mejor evidencia científica posible.
2. El problema clínico debe determinar el tipo de evidencia que ha de buscarse.
3. Identificar la mejor evidencia significa utilizar estrategias de razonamiento estadísticas, biomédicas y epidemiológicas.
4. Las conclusiones derivadas de identificar y evaluar críticamente la evidencia son útiles solo si se

usan en el manejo de pacientes o en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud.

5. El rendimiento de estas prácticas y decisiones basadas en la evidencia debe ser constantemente evaluado.

Otra parte fundamental de la PBE es el uso de guías clínicas es decir protocolos sistemáticos de intervención psicológica basados en la mejor evidencia disponible que ofrecen información sobre diagnóstico, tratamiento, resultados, recaídas, trastornos, objetivos de tratamiento que permiten controlar los resultados. Estas guías son imprescindibles tanto en la práctica clínica como en la investigación, para evitar el actuar de aquellos psicólogos que manejan técnicas de intervención tomadas de diferentes corrientes teóricas, o inventan las propias, generando variabilidad en el modo de proceder ante un mismo problema, provocando consecuencias negativas en la atención al paciente y aumentando el costo de los sistemas de salud frente a cuidados que no son efectivos, son inadecuados o incluso pueden provocar iatrogenia psicológica.⁷

Para que las guías clínicas puedan ser utilizadas en intervenciones psicológicas deberán:⁷

1. Especificar a qué población clínica está dirigida basándose en distintos criterios (prevalencia, posibilidades de prevención, variabilidad de la práctica, costos del tratamiento, etc.).
2. Identificar la evidencia disponible, evaluar su relevancia clínica y posibles sesgos para lo cual, existen grupos de colaboración que efectúan revisiones sistemáticas.
3. Organizar grupos de expertos de carácter multidisciplinar sobre el tema en cuestión con el objetivo de evitar sesgos en la evaluación de la evidencia disponible.
4. Valorar la viabilidad para extrapolar y generalizar la evidencia disponible a la población a la que está dirigida la guía clínica.
5. Actualizarse periódicamente.

Como parte del avance de la PBE, se promueve el desarrollo de ensayos clínicos controlados, aleatorizados de acuerdo a los criterios propuestos por la *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) para mejorar la calidad de la publicación,⁸ así como la elaboración y uso de revisiones sistemáticas y meta-análisis, que constituyen un modo rápido y seguro de conocer las últimas evidencias y pruebas científicas sobre cualquier tema relacionado con la práctica profesional. Actualmente, éstas son las mejores herramientas para sintetizar las pruebas científicas

respecto a qué tratamientos, intervenciones o programas de prevención deberían aplicarse para un determinado problema psicológico.⁹

▷ HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA

Un elemento importante en el desarrollo científico de la psicología consiste en la medición de los fenómenos psicológicos, pues generalmente hay problemas para encontrar buenas medidas de resultados, ya que el área de psicología es más compleja y con parámetros menos objetivables que en el área de medicina, además las intervenciones psicológicas tienen fuentes de variación mayor que los ensayos clínicos con fármacos.⁷ Las herramientas de evaluación usadas en la TCC buscan recolectar datos que permitan identificar, precisar y medir aspectos pertinentes de los comportamientos valorados como problemáticos, esto con la finalidad de precisar la conducta, seleccionar el programa de tratamiento y determinar claramente si éste ha producido el cambio deseado. Estos instrumentos pueden ser directos, que son los que registran el comportamiento justo cuando se está produciendo o poco tiempo después de haberse producido, por ejemplo el automonitoreo, el autorreporte, medidas análogas, medidas fisiológicas (frecuencia cardíaca, temperatura periférica de la piel, variabilidad de la frecuencia cardíaca, conductancia de la piel, indicadores bioquímicos, etc.) o indirectos, que registran el comportamiento después de haberse emitido, como los inventarios, los cuestionarios y las listas de cotejo, los cuales deben estar bien diseñados, adaptados para la población a la que se va a evaluar, tener validez y confiabilidad. Además está la observación directa (se puede medir su topografía, frecuencia, duración, cantidad, intensidad, control del estímulo, latencia y calidad).^{10,11} En este sentido la TCC y áreas de la psicología como la medicina conductual buscan usar tanto instrumentos como observación directa, datos “duros” que puedan brindar evidencia empírica de la eficacia de sus intervenciones.

▷ PSICOLOGÍA Y CÁNCER

La relación entre la psicología y el cáncer es relativamente reciente; los primeros estudios psicológicos en relación al cáncer se dieron principalmente después de la segunda guerra mundial. Fue hasta la década de 1975 a 1985 que se dio a conocer la psicooncología en la mayoría de los países,¹² en México nace en 1980 y en 1987 se funda la Sociedad Mexicana de Psicooncología.^{13,14}

Actualmente, junto con la psicooncología, distintas disciplinas enmarcadas dentro de la ciencia cognitivo-conductual abordan la problemática oncológica,

por ejemplo la *psiconeuroendocrinoinmunología*, la psicología de la salud y la medicina conductual entre otras. Estas disciplinas hacen un esfuerzo importante por realizar investigaciones empíricas e intervenciones psicológicas basadas en evidencia, usando guías clínicas, métodos de evaluación objetivos o datos “duros” y experimentos en laboratorio y apejándose al código ético del psicólogo.

▷ EJEMPLOS DE INVESTIGACIÓN EN ONCOLOGÍA

Una muestra de una investigación experimental realizada en el campo de la psiconeuroendocrinoinmunología es el estudio de Thaker y colaboradores,¹⁵ quienes trataron de corroborar la hipótesis de que mediadores de estrés del sistema nervioso simpático (SNS) podrían influir en el comportamiento maligno de las células tumorales, independientemente de los efectos sobre el sistema inmunológico. Utilizaron un modelo ortotópico con ratones hembra atímicos (con edad entre 10 y 12 semanas) en el que inocularon células de cáncer de ovario en la cavidad peritoneal, siete días después de inducir estrés en todos los animales. El estrés se provocó experimentalmente con un sistema de inmovilización física periódica que generaba altos niveles de activación del eje HPA y SAM. Los ratones recibieron cero, dos o seis horas de inmovilización al día durante 21 días. Se encontró que el número de nódulos tumorales aumentaron un 259% en el grupo de dos horas ($p = 0.005$) y 356% en el grupo con seis horas de estrés ($p < 0.001$). El peso promedio del tumor aumentó 242% en el grupo de dos horas ($p = 0.01$) y 275% en el grupo de seis horas ($p = 0.005$). En todos los ratones control el crecimiento del tumor se limitó a la cavidad peritoneal, pero se difundió hacia el parénquima del hígado o del bazo en 50% de los ratones estresados ($p = 0.01$). El número y peso de nódulos tumorales no difirió entre los grupos con dos y seis horas de estrés.

En el caso de las investigaciones derivadas de la medicina conductual y de la psicología de la salud se presentan varios ejemplos de evidencia científica de calidad que se apejan a los principios antes mencionados, en este caso Crues y colaboradores¹⁶ realizaron un estudio con mujeres con cáncer de mama en estadio I o II que fueron asignadas aleatoriamente a una intervención CC para manejo de estrés de 10 semanas ($n = 24$) realizada dentro de las ocho semanas después de una cirugía o a un grupo en lista de espera ($n = 10$). Los resultados indican una diferencia significativa de los niveles de cortisol (evaluado por medio de un radioinmunoensayo de muestras de sangre recolectados justo antes del inicio de la intervención y justo después de finalizar) después de la intervención entre el grupo CC (media = 4.66, DS = 2.08) y el grupo en lista de espera (media = 6.15, DS = 2.49), en comparación

con los niveles de cortisol al inicio de la intervención (CBSM: media = 6.14, DS = 3.12; control: media = 6.68, DS = 3.44). Estos resultados sugieren que el empleo de la intervención durante cierto tiempo, puede influenciar en los parámetros fisiológicos como el cortisol en mujeres en estadio temprano de cáncer de mama.

Otro ejemplo de una investigación rigurosa realizada en el campo de la medicina conductual es la de Carlson y Garland¹⁷ quienes realizaron un estudio para examinar el efecto del programa *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) de 90 minutos por ocho semanas en la calidad del sueño, síntomas de estrés, humor y fatiga en una muestra heterogénea de 63 pacientes con cáncer. Se encontró un cambio significativo en la calidad del sueño global después de la intervención ($p < 0.001$) y en todas las sub-escalas (calidad subjetiva del sueño, latencia del sueño, duración del sueño, eficiencia del sueño, alteraciones de sueño, uso de medicación para dormir, disfunción diurna) del índice de calidad del sueño de Pittsburg ($p < 0.05$), hubo una reducción en casi todos los síntomas de estrés ($p < 0.001$) y en todas las sub-escalas (manifestaciones periféricas, neurológico centrales, gastrointestinales, de tensión muscular, patrones habituales, depresión, ansiedad/miedo, irritabilidad emocional, desorganización cognitiva) del inventario de síntomas de estrés ($p < 0.05$), hubo reducción estadísticamente significativa de la perturbación en el estado de ánimo ($p < 0.001$), lo que indica que el programa produce efectos positivos en la calidad de sueño, síntomas de estrés, perturbación de estado de ánimo y niveles de fatiga.

Una muestra más, consiste en la intervención en pacientes con tumores sólidos acudiendo a primera línea de tratamiento ($n = 237$); estos fueron reclutados, entrevistados y asignados aleatoriamente a la intervención experimental CC para reducir severidad de los síntomas ($n = 118$) o al cuidado convencional ($n = 119$). Los pacientes en el grupo experimental con alta severidad de los síntomas (medido por un índice de severidad de síntomas basado en una suma de puntuaciones de severidad de 15 síntomas) reportó reducción significativa de la severidad a las 10 y 20 semanas.¹⁸ Por último, Brotto y colaboradores,¹⁹ en una intervención de tres sesiones (de una hora) realizada con 22 mujeres (con cáncer cervical o endometrial en remisión y con histerectomía previa) que incluía psicoeducación, modificación de creencias sexuales cognitivas poco adaptativas, imagen corporal, dificultades sexuales derivadas del tratamiento, videos y lecturas sobre la técnica y los síntomas de disfunción de excitación sexual en mujeres, *mindfulness*, ejercicios para casa y discusiones sobre intimidad y relación de pareja obtuvieron

como resultado aumento en el deseo sexual, la excitación y la satisfacción de orgasmos; mejora en la calidad de vida, disminución del estrés sexual, de la depresión; y una tendencia a mejorar significativamente la excitación genital fisiológica (medida con un registro psicofisiológico de la amplitud del pulso de la vagina por medio de un pletismógrafo vaginal) y la excitación genital percibida.

De acuerdo con la guía de tratamientos psicológicos eficaces en cáncer desarrollada por Font-Guiteras²⁰ que toma en cuenta el rigor metodológico de las investigaciones revisadas, concluye que las técnicas conductuales de tipo educativo-informativas, individuales y de grupo son las que demuestran un mayor efecto generando aumento de conocimiento de la enfermedad, conductas de autocuidado, ajuste a la enfermedad, calidad de vida y sobrevida. Además provocan mejorías funcionales, de estados afectivos, del afrontamiento al tratamiento, del control de síntomas, estado afectivo, calidad de vida y estado inmunitario. Asimismo disminuyen ansiedad, depresión, tensión, cansancio, confusión, dolor, miedo, indefensión, fatalismo, conductas fóbicas, problemas relacionados con el tratamiento, molestias somáticas, pensamientos intrusivos, síntomas físicos, *distress* y síntomas psicológicos. De acuerdo a Burish,²¹ la ciencia conductual y psicosocial tiene el potencial de contribuir a la eficacia general para reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

▷ CONCLUSIONES

Podemos mencionar que la reciente aplicación de la psicología al tratamiento de pacientes oncológicos, los constantes avances en cuanto a los tratamientos y la necesidad de mejora de los puntos que se mencionaron previamente aumentan quehacer del psicólogo en oncología, por lo cual es responsabilidad de los psicólogos que laboramos en el ámbito clínico con pacientes oncológicos mejorar varios aspectos.

Un primer punto es la actualización constante del psicólogo, es nuestra responsabilidad estar al pendiente de las publicaciones más recientes en revistas de divulgación científica serias, saber hacer lectura crítica de las revisiones sistemáticas, meta-análisis y de otros tipos de estudios que aportan evidencias sobre el trabajo que realiza el psicólogo.²²

Es importante generar posibilidades de investigación, pues es poca la investigación psicológica que se realiza en oncología, por ejemplo, un artículo de Piña²³ presenta una revisión de la psicología de la salud en México en el periodo 2000-2004. El autor estudió revistas en español que contaran con registro ISSN y que estuvieran

indizadas en al menos una base de datos y encontró que de los 81 trabajos publicados sólo siete fueron sobre cáncer.

Es trascendental tomar en cuenta la calidad de las investigaciones, evitando errores metodológicos como el uso de instrumentos inadecuados para evaluar resultados, hacer una adecuada aleatorización de pacientes a las condiciones clínicas, insuficiencia de datos en artículos científicos, discrepancia entre lo prescrito en el diseño y los procedimientos clínicos aplicados, sesgos del investigador, efectos de acarreo, número inadecuado de pacientes, grupos no equivalentes, mala elección del diseño de investigación o de los análisis estadísticos, grupos no equivalentes, efectos de artefactos, etc.

La investigación deberá ser de calidad y apegarse a los parámetros científicos, contar con un estricto control metodológico, un buen uso de los instrumentos de medición, un claro diseño de intervención, una cuidadosa selección de la muestra, y un preciso análisis de los resultados. Deberá observar los principios de la PBE y publicarse en la medida de lo posible de acuerdo a los criterios propuestos por CONSORT.

Es indispensable el uso de guías clínicas (como las promovidas por la *Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Procedure*) o manuales de tratamiento psicológico que han demostrado empíricamente su eficacia en la práctica clínica. Pasar por alto la elaboración de manuales de las técnicas psicológicas usadas en las investigaciones puede ser una falta ética importante pues deja abierta la puerta a intervenciones pseudocientíficas o invalidas.

Por último y no por ello menos importante es el apego al Código Ético de la APA y el Código Deontológico del Psicólogo. Se insta a todo psicólogo serio a promover la actualización y la certificación profesional ya que a diferencia de otras disciplinas, el psicólogo no requiere para su ejercicio la certificación de la calidad de sus conocimientos, habilidades y competencias lo que pone en riesgo la calidad de la profesión.

▷ REFERENCIAS

1. Velázquez JM. Curso elemental de psicología. México: Compañía General de Ediciones; 2001.
2. Sáiz M. Historia de la psicología. España: Editorial UOC; 2009.
3. Yela M. La evolución del conductismo. *Psychothema* 1996;8:165-186.
4. Reynoso L, Seligson I. Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual. México: El Manual Moderno; 2005.
5. Vera-Villaruel PE. Estrategias de intervención en psicología clínica: las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit* 2006;10:4-10.
6. Vázquez C, Nieto M. Psicología (clínica) basada en la evidencia (PBE): Una revisión conceptual y metodológica. En JL Romero, Directores. *Psicópolis: paradigmas actuales y alternativas en la psicología contemporánea*. Barcelona: Kairos, 2003;pp:2-24.
7. Moher D, Schulz KF, Altman D. La declaración CONSORT: Recomendaciones revisadas para mejorar la calidad de los informes de ensayos aleatorizados de grupos parelos. *Revista de Sanidad Militar* 2006;56:23-28.
8. Sánchez-Meca J, Botella J. Revisiones sistemáticas y Meta-análisis: Herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo* 2010;31:7-17.
9. Landa P. El proceso de evaluación conductual: documento inédito de cierre de la unidad II de Psicología Clínica Teórica II, México: FES Iztacala; 2006.
10. Martin G, Pear J. Modificación de conducta; qué es y cómo aplicarla. Madrid: Prentice Hall; 1999.
11. Die trill M. Psicooncología. Madrid: ADES ediciones; 2003.
12. Alvarado S. Psicooncología en México; perspectiva histórica. *Gamo* 2004;3:82-85.
13. Alvarado S. El psicólogo y su contribución en oncología. *Gamo* 2008;7:27-28.
14. Carles MJ. Eficacia de la terapia y modificación de conducta: Una psicología basada en la evidencia. *Rev Asoc Prof Ter Modif Conducta* 2002;1.
15. Thaker PH, Han LY, Kamat AA, et al. Chronic stress promotes tumor growth and angiogenesis in a mouse model of ovarian carcinoma. *Nat Med* 2006;12:939-944.
16. Cruess DG, Antoni MH, McGregor BA, et al. Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Med* 2000;62:304-308.
17. Carlson LE, Garland S. Impact of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *Int J Behavioral Med* 2005;12:278-285.
18. Given C, Given B, Rahbar M, Jeon S, et al. Effect of a cognitive behavioral intervention on reducing symptom severity during chemotherapy. *J Clin Oncol* 2004;22:507-516.
19. Brotto LA, Heiman J, Goff B, et al. A Psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Clin Case Report Series* 2008;37:317-329.
20. Font-Guiteras A. Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En: Pérez M, Fernández J, Amigo I, Eds. *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces II*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2009;pp:57-86.
21. Burish TG. The role of behavioral and psychosocial science in reducing cancer morbidity and mortality. *Oncologist* 2000;5:263-266.
22. Llobell JP, Frías MD, Monterde H. Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo* 2004;87:1-8.
23. Piña JA. Psicología de la salud en México en el periodo 2000-2004: Análisis, investigación y difusión. *Psicología y Salud* 2005;15:157-168.

Impacto psicológico en la imagen corporal de pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes

Psychological impact on body image in patients with head and neck cancer undergoing disfiguring surgery

Andrea Lozano-Arrazola,¹ Aura Lizbet Cupil-Rodríguez,² Salvador Alvarado-Aguilar,³ Martín Granados-García⁴

▷ RESUMEN

La imagen corporal es lo que una persona tiene dibujado en su mente de la figura de su cuerpo, de esta autoimagen depende en muchas formas la autoestima y el autoconcepto. El rostro, se presenta como la carta de presentación de cualquier individuo y las modificaciones que éste sufra, modificará la autoimagen. En la población de pacientes que padecen algún cáncer que involucre el rostro, la mayoría de las veces, el tratamiento a seguir es la cirugía y aunque no se duda de la necesidad de realizarla, las consecuencias psicológicas de estos procedimientos se derivan frecuentemente en depresión, ansiedad, aislamiento social, rechazo social, disfunción de la sexualidad, en algunos casos suicidio. Desde una perspectiva psicológica el proceso de adaptación a la deformidad facial es un reto ya que requiere del paciente, el desarrollo de habilidades que pueden tener consecuencias muy importantes para el resto de su vida. El rostro sirve como un medio de comunicación para con los demás. Adicional, es importante considerar el énfasis social que se le da a los atributos físicos lo cual impone cargas adicionales

▷ ABSTRACT

Body image is what a person has drawn on his mind the figure of his body, this self-image depends in many ways self-esteem and self-concept. The face appears as the letter of any individual, and changes it suffers, amend the self-image. In the patient population suffering from some cancers involving the face, most often, treatment is surgery followed and although no doubt about the need for it, the psychological consequences of these procedures often lead to depression, anxiety, social isolation, social rejection, sexual dysfunction, in some cases suicide. From a psychological perspective the process of adaptation to facial deformity is a challenge because it requires the patient to develop skills that can have major consequences for the rest of his life. The face serves as a means of communication to others. Additional important to consider the social emphasis is given to the physical attributes which imposes additional burdens on people who have some type of facial deformity. The psychologist's work is important in the care of these patients, as it affects the patient's adaptation process has been subjected to crippling or disfiguring surgery, which compromise the structure and function of a body part and even more surgeries head and neck. Due to the above is to know which areas have been

1Universidad Nacional Autónoma de México.

2Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús.

3Servicio de Psicooncología.

4Cirugía Oncológica de Cabeza y Cuello.

Instituto Nacional de Cancerología México

Correspondencia: Andrea Lozano Arrazola. Calle 1 N° 210 Col. Esperanza. Nezahualcóyotl, Edo. de México. 57800. Teléfono: 52(55) 1552 8187. Correo electrónico: andrealozano@poridigy.net.mx.

a las personas que tienen algún tipo de deformidad facial. El trabajo del psicólogo es importante en la atención de estos pacientes, ya que incide en el proceso de adaptación del paciente que ha sido sometido a cirugías mutilantes o deformantes, que comprometan la estructura y funcionalidad de alguna parte del cuerpo y más aún en cirugías de cabeza y cuello. Debido a lo anterior se pretende conocer cuáles han sido las áreas investigadas y de acuerdo con ello, plantear propuestas de intervención, las cuales mejoren significativamente la calidad de vida del paciente con dichas características.

Palabras clave: Cáncer, Cabeza y Cuello, Imagen Corporal, Cirugía, México.

investigated and accordingly, make proposals for action, which significantly improve the quality of life of patients with these characteristics.

Keywords: Cancer, Head and Neck, Body Image; Surgery, Mexico

“Los ojos y los oídos, son malos testigos cuando están a cargo de una mente que no entiende su lenguaje.”
Parménides 500 A.C.

▷ INTRODUCCIÓN

El cáncer es una anomalía que se observa en los seres vivos multicelulares; es decir, los formados por grupos de células que constituyen unidades. El cáncer se desarrolla cuando la célula escapa al control de crecimiento, proliferación y muerte; y como resultado, se divide y prolifera de forma anormal. Esta célula única da lugar a millones de células, también alteradas, que conforman un tumor maligno.¹

El cáncer es la causa líder de muerte a nivel mundial, se estima que 7.4 millones de personas murieron por cáncer en 2004.²

Por lo anterior al día de hoy el cáncer es una enfermedad de salud pública que implica en diferentes ámbitos altos costos tanto económicos a nivel de atención al paciente oncológico, como del individuo que padece esta enfermedad y dado esto es muy importante atender las diferentes necesidades de dicha población.

El Instituto Nacional de Cáncer en Estados Unidos estima que aproximadamente 10.8 millones de americanos con historia de cáncer estuvieron vivos para el año 2004. Algunos de ellos se curaron del cáncer mientras que otros aún tienen evidencia de la enfermedad o siguen en tratamiento. Cerca de 1 437 180 nuevos casos se espera sean diagnosticados.³

En México, el cáncer es una de las enfermedades que ha irrumpido con mayor ímpetu desde fines del siglo XX, según cifras del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas para el año 2002 se registraron 108.064 tumores malignos, de los cuales 35% afectaron a hombres y 65% a mujeres.⁴

Las malignidades en cabeza y cuello representan 17.6% de la totalidad de neoplasias malignas (108 064). Con relación a la mortalidad, las cifras absolutas son relativamente bajas; sin embargo, son muy importantes por la alta letalidad entre los afectados y por las graves secuelas estéticas y funcionales del tratamiento.⁴

A pesar de la relativa rareza de las neoplasias de cabeza y cuello, estas representan un capítulo muy importante de la oncología, ya que la letalidad alcanza 24% en el caso del cáncer de tiroides y hasta 78% entre las neoplasias de las vías aerodigestivas superiores; además de las secuelas estéticas y funcionales las cuales son muy importantes, especialmente si consideramos el cáncer de las vías aerodigestivas superiores que en 65% de los casos se diagnostican en etapas avanzadas; en estas condiciones su tratamiento con frecuencia se traduce en un importante deterioro en la calidad de vida, el cual impide una vida social y laboralmente activa.⁴

▷ IMPACTO PSICOLÓGICO Y CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

La inversión psicológica en el área de cabeza y cuello es mayor que cualquier otra parte del cuerpo porque la interacción social y la expresión emocional dependen en gran

parte de: el grado de la integridad de la cara y especialmente los ojos, de igual forma la comunicación del afecto y la proximidad con el esposo, los niños y los amigos depende en gran parte de la expresividad facial.

El paciente con cáncer de cabeza y cuello no puede ocultar los cambios estructurales y debe ocuparse de su exposición constante de sus propias reacciones, así como otras reacciones. Según Scott y colaboradores en los años de 1980, plantearon que el resultado es un impacto negativo fuerte en el autoconcepto y la confianza.⁵

Bajo ésta denominación se incluyen las siguientes neoplasias malignas: labio, base de la lengua, otras partes y las no específicas de la lengua, encía, piso de boca, paladar, otras partes y las no específicas de la boca, parótida, glándulas salivales mayores y no específicas, amígdala, orofaringe, nasofaringe, seno piriforme, hipofaringe y sitios mal definidos de labio, cavidad bucal y faringe, localizaciones clasificadas en la CIE-07 dentro de las neoplasias de labio, cavidad bucal y faringe.⁶

Van Doorne, Van Waas y Bergsma concluyeron que el proceso de ajuste al desfiguramiento facial es extremadamente difícil desde una perspectiva psicológica. El paciente debe enfrentarse primero con la inminente y, en algunos casos prematura muerte, después debe aceptar el hecho de que su rostro puede ser desfigurado y las personas responderán de una forma diferente.⁷

El desfiguramiento facial es particularmente un reto difícil para la adaptación debido a que el rostro está en un área visiblemente prominente de la anatomía y refleja ánimo, intelecto y emoción, y sirve como un medio de comunicación con los demás.⁷

Desafortunadamente el énfasis social al atractivo físico puede imponer cargas adicionales sobre los individuos que sufren desfiguramiento facial o disfunción después de cirugía.⁷

▷ IMPACTO PSICOLÓGICO Y LA CIRUGÍA

El tratamiento de primera elección para este tipo de cáncer normalmente es la cirugía (extirpación total del tumor), aunque en muchas de las ocasiones, la curación del cáncer significa la deformación del rostro y con esto la alteración de la imagen corporal.⁸

El modo en que un individuo vivencia la experiencia asociada al cáncer ciertamente está ligado a la psico-biografía, al contexto personal y social en que se encuentra el paciente al sobrevivir la enfermedad. Asimismo, la experiencia asociada al cáncer, está condicionada por los tratamientos posibles dentro de los existentes y por las creencias sociales respecto al cáncer en general y al tipo de cáncer en particular.⁹

Según Holland, la psicooncología se centra en el sufrimiento de la mente que ocurre con el cáncer y que incorpora las dimensiones psicológicas, sociales, espirituales y existenciales, buscando ayudar al paciente a encontrar un significado tolerable a la presencia de una enfermedad intrusa y no bienvenida que constituye una amenaza para el futuro y para la vida misma.⁹

Aquellas personas cuya apariencia física es muy importante, tienden a posponer a menudo la intervención quirúrgica o tratan de encontrar opciones extraquirúrgicas. Cuando no existen alternativas disponibles de aceptación y la operación se lleva a cabo, puede producirse una reacción depresiva posoperatoria.⁸

El postoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía por cáncer de cabeza y cuello generalmente es complejo, presentando complicaciones médicas o quirúrgicas 50% de los enfermos operados; la desnutrición es frecuente, considerándose que hasta 50% de los enfermos presenta algún grado de malnutrición.¹⁰

▷ IMPACTO PSICOLÓGICO ANTE LAS ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL

Minear y Lucente señalan que la pérdida de una parte del cuerpo, de sus funciones, tanto en la estructura como de la imagen corporal llevará a una reacción de aflicción. Estas reacciones son generalmente autolimitadas y no requieren atención psicológica específica, más allá de una actitud de apoyo.⁸

Raich en 1996 afirmó que la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.¹¹

White defiende la presencia de un trastorno en la imagen corporal en la población oncológica cuando existe una marcada discrepancia entre la apariencia física objetiva o percibida de una parte del cuerpo, atributo o función corporal y la representación mental (esquema) que el sujeto tiene de ese atributo.¹¹

La imagen corporal es la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo, e incluye tres componentes: perceptual, cognitivo y conductual.¹²

El componente perceptual hace referencia a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración en este componente da lugar a la sobrestimación o a subestimación, bien si el cuerpo se percibe en unas dimensiones superiores o inferiores a las reales

respectivamente. En los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) frecuentemente se encuentra sobrestimación.¹²

El componente subjetivo o cognitivo incluye actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que provoca el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, el peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.¹²

El componente conductual se refiere a las conductas elegidas por la percepción del cuerpo y los sentimientos asociados (por ejemplo, conductas de evitación de situaciones en las que se tenga que exponer el cuerpo, compararse continuamente con los demás, vestir ropa ancha para no marcar la silueta, pesarse compulsivamente, entre otros).¹²

La carga emocional invertida en la zona de cabeza y cuello es mayor que la de cualquier otra parte del cuerpo, debido al valor que la integridad facial tiene en la interacción social y en la comunicación y expresión emocional. Las alteraciones faciales suponen un ataque directo a la propia identidad personal y a la auto-estima.¹¹

Los efectos de algunas cirugías (cicatrices, amputaciones, deformidad, asimetría, linfedema). Algunos afectan únicamente a nivel estético mientras que otros conllevan además una incapacidad funcional. Estos cambios están asociados a una insatisfacción corporal, a un deterioro en la percepción de la imagen corporal.¹¹

La apariencia externa es cómo cada persona se siente en relación a su propio cuerpo. La satisfacción con el cuerpo determina tanto el concepto y la imagen que se tiene de sí mismo, como la forma de relacionarse con el entorno. Numerosos estudios muestran cómo la insatisfacción con la imagen corporal está asociada a una baja autoestima, pobre auto-concepto, problemas en la identidad de género, ansiedad interpersonal, problemas sexuales y trastornos depresivos. A diferencia de lo que sucede con otras alteraciones de la imagen corporal, (tal y como se definen según los criterios diagnósticos del DSM-IV, en el caso de los pacientes oncológicos no se trata de defectos imaginados o anomalías leves, sino que en la mayoría de los casos nos encontramos con una deformidad objetiva, asimetría, pérdidas reales de funciones físicas y discapacidad. Se puede decir que lo "anormal" o excesivo no es la respuesta del enfermo sino la situación a la que debe enfrentarse. Se ha observado que estos cambios están asociados a una insatisfacción corporal, a un deterioro en la percepción de la imagen corporal y suelen ir acompañados de un gran impacto emocional, colocando a la persona en una crisis con una alta vulnerabilidad psicológica. Se ha comprobado que los enfermos con mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos y sociales

son aquellos que presentan una mayor deformidad y disfunción física. Hay evidencias de que los tratamientos quirúrgicos radicales (tanto si van seguidos de reconstrucción como si no) conllevan una mayor morbilidad psicológica y conductual que las cirugías conservadoras.¹¹

La prevalencia de ansiedad emocional en cabeza y cuello es de 35%; las tasas de depresión a lo largo del tiempo es de aproximadamente 22% al diagnóstico, 24% a los tres meses del diagnóstico, menos de 20% a los 12 meses y menos de 10% a los 36 meses (se aplicó la escala HADS) siendo el de cavidad oral el que presenta 60% de depresión postquirúrgica disminuyendo a menos de 30% después de seis meses del diagnóstico. Existe una relación entre el estadio clínico y la calidad de vida, siendo en los estadios tempranos en los que la calidad de vida se recupera. Los pacientes de cabeza y cuello tienen necesidades de diferentes áreas especialmente con: enfrentar la incertidumbre 78%, nutrición 66.3%, autoimagen y preocupaciones sobre su familia 53.1%.¹³

Existen variables con respecto al paciente de cabeza y cuello personales: género, edad, funcionamiento psicológico, estilos de afrontamiento; con respecto al tratamiento, Severidad de la enfermedad y tipo de tratamiento, desfiguramiento.¹³

Las reacciones psicológicas a la enfermedad no son uniformemente estresantes o perturbadoras. Las respuestas favorables o no favorables no están relacionadas de un modo simple a las propiedades físicas de la enfermedad. Entre más breve y menos compleja sea afectada la vinculación de la estructura del cuerpo, el resultado es más predecible.¹³ Existe el desfiguramiento subjetivo, que involucra la medida del cambio en la apariencia y los sentimientos sobre los cambios en la apariencia. El desfiguramiento objetivo, el cual involucra la tasa de procuración basada en el procedimiento quirúrgico y las tasas de observación. La influencia de la enfermedad puede ser facilitadora más que casual. Los factores medio-ambientales son tan importantes como determinantes de las reacciones psicológicas como el estado interno de la persona enferma. La enfermedad por sí misma es un factor que afecta la vida total de la persona viviendo con la enfermedad. Las personas son notoriamente adaptativas.¹³

Según Folkman, cada individuo desarrolla un "significado global", influido por las creencias, valores, metas y auto imagen; que evoluciona y persiste a lo largo de la vida. Los valores globales se ven amenazados por una situación catastrófica, como es el cáncer o como puede ser el caso de una cirugía por un cáncer de cabeza y cuello, situación en que se ven afectados aspectos de diversa significación para los pacientes, tales como el atractivo

físico, la interacción y aceptación social, la autoestima, y en el caso de algunas afecciones faciales, la expresión emocional, presentando dificultades para hablar, tragar, controlar saliva, etc. Para la mayoría de las personas es una cirugía de consecuencias difíciles de afrontar, independientemente de los recursos psicosociales, ya que es un cáncer que no puede ser ocultado.⁹

Es importante hacer notar que los pacientes se tornan socialmente aislados, no sólo por el rechazo de otras personas sino por el miedo al rechazo de su familia y grupo social debido a la preocupación sobre su apariencia y el miedo a la reacción de los demás.¹⁴

Un importante moderador que se ha descuidado hasta la fecha es la auto-eficacia social. La auto-eficacia social es la medida en que los pacientes creen que son capaces de ejercer el control sobre las reacciones y la apertura de otras personas. Los pacientes con graves desfiguraciones faciales, que se sienten auto-eficaces en las interacciones sociales es probable que se sientan más seguros de que pueden controlar y manejar el desagradable comportamiento de los demás y, en consecuencia, se espera que se conviertan en dificultades menos graves que los pacientes con desfiguración facial que no se sienten auto-eficacia en las interacciones sociales. Los pacientes con graves desfiguraciones faciales que se sienten auto-eficaces en las interacciones sociales también estarán probablemente menos dispuestos a retirarse de situaciones sociales y tener más éxito en la integración social mediante, entre otras cosas, el mayor dinamismo de las habilidades sociales. En general, las personas tienden a evitar situaciones que creen superiores a sus capacidades, y la auto-eficacia determina cuánto esfuerzo y persistencia las personas gastan cuando se enfrentan a un obstáculo o al fracaso. La auto-eficacia social modera la relación positiva entre el grado de desfiguración facial y la angustia psicológica. Angustia sobre la reacción al comportamiento desagradable de otros y el aislamiento social. Más concretamente, los pacientes con más desfiguración facial experimentan angustia psicológica severa, más peligro en reacción al comportamiento desagradable de otras personas y más aislamiento social, pero sólo cuando creen que no son muy capaces de ejercer control sobre las reacciones y la apertura de otras personas. Debido a la creencia de que una persona desfigurada es subjetiva y no necesariamente congruente con realidad objetiva.¹⁴

El trabajo del psicólogo en este rubro es de suma importancia ya que su rol ayudará al paciente en el proceso de adaptación a su nueva realidad corporal.

Las intervenciones psicológicas se dividen en cuatro rubros: 1) educativo-informativas dirigidas a los pacientes que cursan en la etapa de diagnóstico; 2) conductuales que

se realizan durante la fase de tratamiento inicial y recidivas; 3) psicoterapia (individual y de grupo) que está enfocada a la etapa de recidiva; 4) psicoterapia de Grupo dirigida a los pacientes que tienen enfermedad avanzada. Los objetivos de las intervenciones son en el primer caso: reducir la ansiedad por la incertidumbre ante estímulos poco familiares e imprevisibles; en el segundo escenario: reducir el estrés y mejorar el control de los efectos secundarios de los tratamientos por medio de diferentes técnicas (relajación, relajación muscular, respiración diafragmática, meditación, imaginación guiada o visualización, planificación de actividades y terapia de solución de problemas); en el tercer escenario el objetivo es realizar acompañamiento del paciente durante la situación estresante que representa el cáncer, a través de proporcionar apoyo emocional, y así disminuir los síntomas de ansiedad, depresión, etc.; por último, el último rubro está dividido en dos categorías: la terapia de grupo guiada por un profesional, en la cual se realizan dinámicas de grupo que se centran en objetivos más concretos y posee una mayor organización y planificación. El segundo tipo es la terapia de grupo guiada por personas afectadas, se caracteriza por contar con menor jerarquía; los objetivos son espontáneos y el apoyo emocional es el principal beneficio.¹¹

Dentro de las técnicas que se pueden ocupar para apoyar a estos pacientes se encuentran: identificación y corrección de distorsiones cognitivas, estrategias conductuales de manejo de ansiedad, modelamiento, confrontación temprana con el espejo. Motivar al autocuidado: roce, limpieza, aseo alrededor del área desfigurada. No evitar el contacto visual. Fomentar la expresión de los sentimientos acerca de la apariencia. Cuando sea apropiado: Tranquilizar al paciente sobre los cambios que serán menos pronunciados con el tiempo. Poner los cambios en un contexto manejable (fue necesario para salvar la vida, sólo está confinado en un área de la persona), explorar otras fuentes de autoestima, discutir sobre las formas de manejar situaciones sociales, motivar a formar una red de apoyo.¹³

Con el objetivo de que el paciente aprenda a manejar la ansiedad se proponen estrategias generales tales como: proveer esperanza, abordar necesidades de información, terapia de solución de problemas.¹³

▷ CONCLUSIÓN

En la bibliografía revisada se encontraron referencias que mencionan las alteraciones físicas y funcionales en los pacientes con tratamientos quirúrgicos, con neoplasias en cabeza y cuello, así como las consecuencias negativas que por ende impactan psicológicamente en la autoestima,

autoconcepto, imagen corporal y en la calidad de vida de dichos pacientes. Sin embargo, la investigación al día de hoy es insuficiente.

Es concluyente la necesidad que existe de atender las necesidades psicológicas que plantea el paciente que padece algún tipo de cáncer en el área de cabeza y cuello en todos los ámbitos, desde la psicoeducación en pacientes con diagnóstico reciente hasta la terapia, como es el caso de los pacientes que ya tuvieron como tratamiento la cirugía, que en la mayoría de los casos atenta gravemente contra su imagen corporal y dado que ésta es el pilar del autoconcepto y la autoestima es de suma importancia abordarlo.

La atención psicológica es necesaria en los diferentes retos que plantea el paciente con cáncer de cabeza y cuello, tales como: la adaptación a su nueva circunstancia, elaboración de nuevas estrategias tanto cognitivas como conductuales para manejar situaciones sociales, entrenamiento en manejo de la ansiedad, terapia en solución de problemas, entre otros de modo de mejorar la calidad de vida del paciente en sus diferentes ámbitos: personal, laboral, profesional, pareja, sexual y social.

El psicólogo cuenta con una gran variedad de herramientas que le permiten generar en el paciente la sensación de autoeficacia, que ya se comentó anteriormente, es un factor protector para éstos pacientes.

Existen una gran cantidad de técnicas tanto generales como específicas que pueden ocuparse con esta población, que aunque ya se mencionó que están diseñadas para etapas específicas de la historia natural de la enfermedad, esto no es inflexible, y el psicólogo clínico debe desarrollar la habilidad para definir en qué momento y cuál de las técnicas es más beneficiosa para el paciente.

Un hecho es que en el ámbito médico no se le da la misma importancia al tratamiento psicológico como al médico; sin embargo, son cada vez más los médicos y enfermeras que se sensibilizan sobre la importancia que éste tiene.

Es necesario dirigir investigaciones a la población con otros tipos de cánceres, como los que alteran la

imagen corporal como consecuencia de los tratamientos oncológicos de modo que se cuente con un mejor entendimiento sobre los procesos psicológicos que subyacen a éste cáncer y con esto contar con mejores y mayores estrategias para abordar al paciente con cáncer de cabeza y cuello, y así lograr una mejor adaptación de este individuo a su medio ambiente.

Consideramos que éste es un terreno fértil para mejorar tanto las estrategias de diagnóstico como las de intervención y que es trabajo de la comunidad de psicólogos que se dedica a este campo realizar.

REFERENCIAS

1. Herrera GA, Granados GM, De la Garza SJ. El cáncer. En: Herrera GA, Granados GM, De la Garza SJ. Manual de Oncología. Procedimientos Médico Quirúrgicos. 3ª. Ed. México: McGraw Hill Interamericana. 2006;pp:1-7.
2. World Health Organization. World Health Statistics. Ten statistical highlights in Global Public Health 2008. Francia: World Health Press; 2008.
3. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2008. Atlanta: American Cancer Society; 2008.
4. Tirado Gómez L, Granados GM. Epidemiología y etiología del cáncer de la cabeza y el cuello. Rev Inst Nat Cancerol (Mex) 2007;2:9-17.
5. Breatbart W, Holland JC. Head and neck cancer. In: Holland JC, Rowland: Handbook of Psycho-oncology. New York Oxford University press. 1989;pp:232-239.
6. Rizo Rios P, Sierra Colindres MA, Vázquez Piñón G, et al. Registro Hospitalario de Cáncer. Compendio de Cáncer 2000 - 2004. Rev Inst Nat Cancerol (Mex) 2007;2:203-287.
7. Cogwell AR, Anderson FK. Psychological and psychosocial implications of head and neck cancer. The Internet Journal of Mental Health. 2002;2. Disponible en: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijmh/vol1n2/neck.xml>.
8. Alvarado AS, Florentino GR. Repercusiones psicológicas del tratamiento oncológico en: Herrera GA, Granados GM, González BM. Manual de Oncología. McGraw Hill, 3ª. Ed. México. 2007;pp:835-836.
9. Barroilhet DS, Forjaz MJ, Garrido LE. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Actas Esp Psiquiatr 2005;33:390-397.
10. Martín VC, Domínguez CJ, San Román CJ, et al. Estancia hospitalaria prolongada en pacientes con cáncer de cabeza y cuello: el impacto del estado nutricional y los problemas faríngeos. Nutr Hosp 2004;19:150-153.
11. Fernández AI. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. Psicooncología 2004;1:169-180.
12. Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. Avances en Psicología Latinoamericana 2004;22:15-27.
13. Katz MR. Facial Disfigurement and the multiple needs of the head and neck cancer patient. 18th International Symposium Supportive Care in Cancer. International Society for Oral Oncology; Toronto, Canadá. 2006;pp:22-24.
14. Hagedoorn M, Molleman E. Facial disfigurement in patients with head and neck cancer: The role of social self-efficacy. Health Psychology 2006;25:643-647.

Modelo de resolución de problemas

Problem solving model

Carolina Núñez-Valencia,¹ Edith Rojas-Castillo,² Valentín Lozano-Zavaleta,³ Jessica Mejía-Castrejón,¹ Gina Carrillo-Navarrete⁵

▷ RESUMEN

Es ampliamente descrito en la bibliografía que el enfoque cognitivo conductual permite aumentar la autoeficacia y el sentido de control en pacientes oncológicos. El modelo de resolución de problemas permite abordar de forma puntual la problemática del paciente, logrando así resultados favorables en pocas sesiones. El objetivo del presente trabajo es mostrar la aplicación de este modelo con un paciente oncológico hospitalizado. Se describe la formulación del caso, el diseño del tratamiento y los logros terapéuticos, entre los que destaca la adherencia a los tratamientos oncológicos.

Palabras clave: Modelo de resolución de problemas, enfoque cognitivo conductual, leucemia, México.

▷ ABSTRACT

It is widely reported in the literature that the cognitive behavioral approach can increase self-efficacy and sense of control in cancer patients. The model of problem solving allows addressing the problem of the patient, in a timely manner and achieving favorable results in few sessions. The aim of this work is to show the application of this model in a cancer patient during hospitalization. We describe the case formulation, the treatment design and therapeutic achievements, among which adherence highlights.

Keywords: Model problem solving, cognitive behavioral approach, leukemia, Mexico.

▷ INTRODUCCIÓN

La leucemia mieloide aguda (LMA) es un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la proliferación incontrolada de células progenitoras hematopoyéticas neoplásicas en la médula ósea, con el consecuente deterioro de la producción de la hematopoyesis normal que conduce a neutropenia, anemia y trombocitopenia.¹

La incidencia anual de leucemia aguda es de 2.4 por cada 100 mil habitantes para todos los grupos de edad; la LMA es el tipo de leucemia más común en la edad adulta y el adulto mayor (90%).²

El origen de esta neoplasia es desconocido; no obstante, se ha identificado predisposición genética (síndrome de Down, anemia de Fanconi) y ambiental

1Maestría en psicología residencia en medicina conductual. Facultad de Psicología, UNAM

2Psicóloga adscrita al servicio de psicooncología.

3Médico adscrito al departamento de hematología.

Instituto Nacional de Cancerología.

5Servicio Social. Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: Carolina Núñez Valencia. Av. San Fernando N° 22 Col. Sección XVI. México, D.F., 14080. Teléfono: 5628 0400, ext. 251. *Correo electrónico:* nuval_caro@hotmail.com

Tabla 1.
Análisis por áreas y Diagnóstico multiaxial.

Área			
Fisiológica	Cognitiva	Emocional	Conductual
Toxicidad por quimioterapia Neutropenia	Preocupaciones diversas: (Enfermedad, Trabajo, Familia, Amigos, Recursos económicos) Visión en túnel Rumiación respecto a la enfermedad y tratamiento Desesperanza	Tristeza Ansiedad Anhedonia	Abandono de actividades laborales, sociales y de ocio
Diagnóstico multiaxial			
Eje I	F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo		
Eje II	Z03.2 Sin diagnóstico en el eje II		
Eje III	Leucemia mieloide aguda		
Eje IV	Problemas relativos al grupo de apoyo Problemas relativos al ambiente social Problemas laborales Problemas económicos		
Eje V	51-60		

(radiación ionizante, derivados del benceno, herbicidas). El diagnóstico de LMA exige un examen de sangre periférica y las muestras de médula ósea;³ para realización de inmunofenotipo estudio morfológico y citogenético.

El tratamiento es sumamente heterogéneo y debe ser individualizado, tomando en cuenta la edad del paciente, alteraciones genéticas y las características particulares de cada caso. El tratamiento consta de dos fases: inducción a la remisión y terapia postremisión (consolidación más intensificación), los pacientes que entran en remisión clínica y hematológica deben recibir uno o varios ciclos de quimioterapia post-remisión.³ Varios tipos de estrategias postremisión han sido evaluadas, incluso quimioterapia intensiva convencional, tratamiento de mantenimiento prolongado y dosis altas de quimioterapia seguidas de trasplante de células hematopoyéticas autógeno o alogénico.⁴

El manejo de estos pacientes se realiza en colaboración con la unidad de trasplante de médula ósea, con un equipo multidisciplinario que incluya un área de psicooncología.³

Existen pocos trabajos publicados que aborden los factores psicológicos que pueden presentarse en pacientes adultos con leucemia, la mayoría de los trabajos se enfocan en población infantil o adolescente, o al proceso particular del trasplante.⁵

Dentro de los trabajos publicados que incluyen a esta población, se han utilizado principalmente modelos psicoeducativos que tienen la finalidad de reducir la ansiedad que proviene de la desinformación.⁶

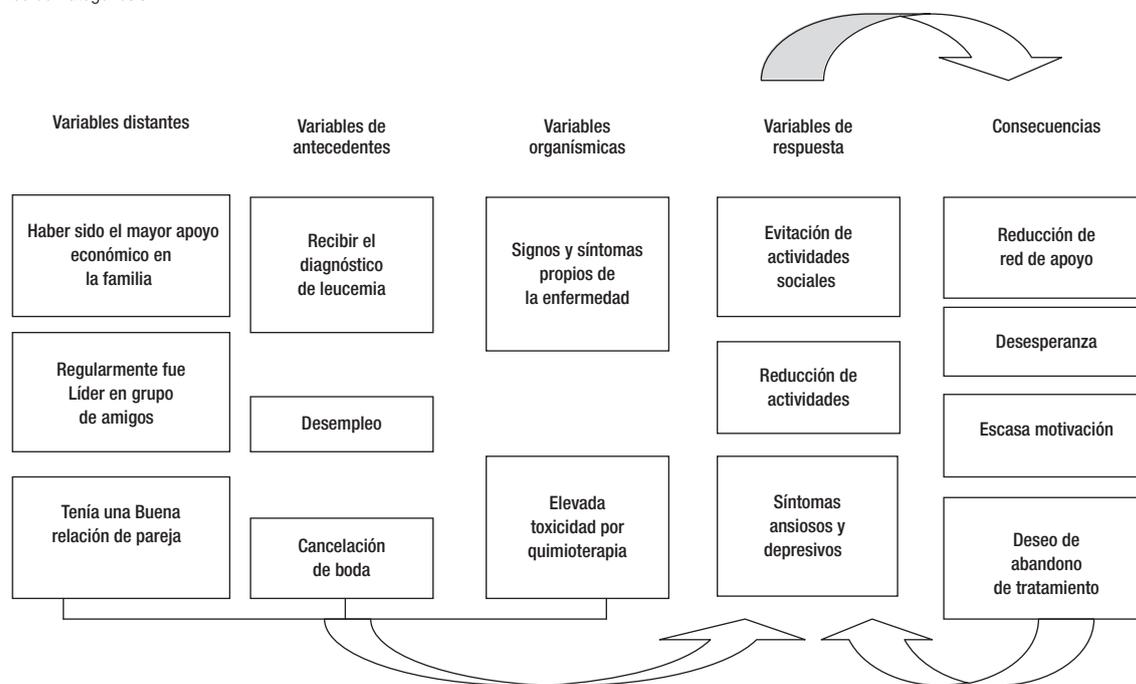
El presente trabajo pretende mostrar la aplicación del modelo de resolución de problemas para la formulación de caso y el diseño del tratamiento, en un paciente oncológico.

▷ PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 40 años de edad, soltera, sin hijos, escolaridad técnico en comercio secretarial, actualmente desempleada, con diagnóstico de LMA.

Historia del problema y motivo de consulta: La paciente ingresó al Instituto Nacional de Cancerología en abril de 2010 con diagnóstico de LMA. Inició quimioterapia con fase de inducción a la remisión con esquema siete más tres, posteriormente se ofreció terapia de consolidación con esquema cinco más dos, finalmente inició quimioterapia de intensificación, después del primer ciclo, la paciente cursó con toxicidad por quimioterapia grado III a nivel hematológico y grado II a nivel gastrointestinal. Es en este momento cuando se solicita la interconsulta al servicio de psicooncología; el médico tratante refiere que se observa a la paciente ansiosa y deprimida.

Figura 1.
Mapa Clínico de Patogénesis.



Evaluación: Se atendió la interconsulta en hospitalización. Se realizó examen del estado mental y entrevista semiestructurada; los hallazgos se describen a continuación:

Paciente alerta, orientada en persona, lugar y tiempo, atenta, sin alteraciones de memoria, ni abstracción, no se observan anomalías en el proceso ni contenido de pensamiento, juicio conservado, tampoco se aprecian problemas en expresión ni comprensión del lenguaje. Su discurso es como a continuación se describe: “ya no puedo hacer nada”, “estoy siendo una carga para mi familia”, “a veces tengo ganas de salir corriendo”, “me siento desesperada”, “no sé si seguir con el tratamiento”, “no quiero hacer nada, no me gusta tejer, ni las manualidades” (sic).

La paciente refiere negarse a que la visiten sus amigos y familiares, ha cancelado su boda la cual estaba próxima.

Niega ideas de muerte y suicidas, así como insomnio y anorexia. No se encuentran datos de alteraciones del estado de ánimo previas. Por fines prácticos no se narran las entrevistas completas; sin embargo las variables más relevantes se describirán más adelante.

Análisis y descripción de conductas problema: Las observaciones de los problemas de la paciente se analizan en cuatro áreas: fisiológica, cognitiva, emocional y

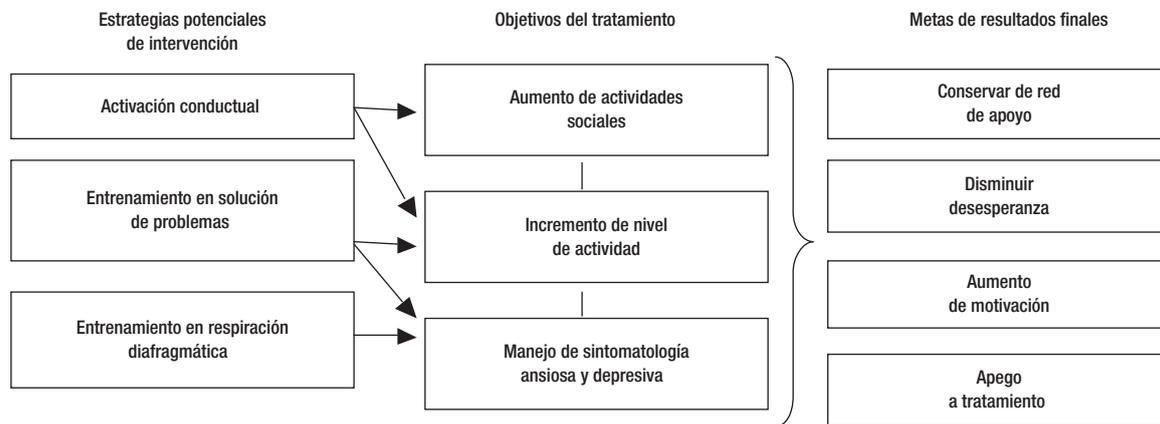
conductual. La evaluación se realizó en sistema multiaxial (**Tabla 1**).⁷

Para la formulación del presente caso se aplicó el modelo de resolución de problemas el cual traza un mapa clínico de patogénesis (**Figura 1**), que consiste en una descripción gráfica de las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades de un paciente determinado, y especifica así las relaciones funcionales entre ellas.

Objetivo y plan terapéutico: En el mismo marco de formulación de caso basado en el modelo de resolución de problemas, durante la fase de diseño del tratamiento, se elabora un mapa de alcance de metas (**Figura 2**), el cual es una presentación gráfica de la ubicación del paciente y a dónde quiere llegar, de modo que incluye las metas generales de tratamiento, los objetivos, así como los medios específicos para conseguirlos.⁸

Desarrollo del tratamiento: Se llevaron a cabo seis sesiones mientras la paciente estuvo hospitalizada, con una duración aproximada de 40 minutos cada una. Las estrategias utilizadas fueron las descritas en el mapa de alcance de metas; se describe a continuación en qué consiste cada una de ellas, así como los motivos por los cuales se eligieron estas estrategias en particular:

Figura 2.
Mapa de alcance de metas



- Entrenamiento en respiración diafragmática. El entrenamiento en respuesta alternativa, consiste en entrenar a la persona a que participe en respuestas que interfieran o reemplacen a la respuesta no deseada. La relajación se ha empleado de manera amplia como una respuesta que es incompatible, y por tanto, una alternativa para la ansiedad.^{9,10} Se eligió este entrenamiento en particular por encima de otras técnicas de relajación por su fácil aplicación en el contexto de hospitalización.

- La activación conductual. Es un enfoque de tratamiento para la depresión que ha recibido en años recientes fuerte apoyo empírico, aún por encima de la terapia cognitiva y el tratamiento farmacológico, incluso en casos de depresión grave.^{11,12} Debido a las características de la paciente, se pudo observar que gran parte de la sintomatología ansiosa y depresiva obedece al decremento en actividades, se eligió esta alternativa buscando incrementar su autoeficacia y sentido de control.

- El entrenamiento en solución de problemas. Se define como un proceso meta cognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida y dirigen sus intentos hacia la modificación de estos, bien el carácter problemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella. Esta estrategia se ha utilizado con resultados favorables en pacientes psiquiátricos hospitalizados, pacientes con depresión clínica, también se ha aplicado a problemas de adicción, obesidad, estrés y ansiedad, así como problemas maritales.¹³ La efectividad demostrada de esta estrategia la vuelve prácticamente necesaria en el tratamiento de los síntomas ansiosos, además las características cognitivas y de *locus* de control de la paciente permitieron utilizar este entrenamiento.

En todas las sesiones la paciente participo activamente, se mostró motivada al tratamiento y puso en práctica las alternativas que se ofrecieron desde el primer momento.

▷ RESULTADOS

Los resultados a corto plazo fueron los siguientes:

Los síntomas ansiosos en hospitalización disminuyeron, estos datos referidos por la propia paciente y por el médico quien había solicitado la interconsulta. Aceptó recibir visitas de amigos y familiares en hospitalización y posteriormente en su casa. Señaló sentirse motivada para continuar el tratamiento y ante la posibilidad de trasplante. Actualmente continúa apegada al tratamiento.

▷ DISCUSIÓN

La depresión en pacientes con cáncer ha sido subdiagnosticada y subtratada debido a la creencia de que la depresión es una reacción normal y universal a una enfermedad seria como el cáncer.¹⁴ Con el presente caso se pretende mostrar que la terapia cognitivo conductual es una herramienta eficaz para el control del estado de ánimo de pacientes oncológicos.

La terapia cognitivo conductual es una de las intervenciones psicosociales más usadas en los centros de cáncer en Estados Unidos, debido a que ha demostrado ser efectiva para reducir malestar emocional y para controlar síntomas físicos en el paciente con cáncer, puede ser administrada por periodos breves y es fácilmente aceptada por los pacientes, ya que hace hincapié en el sentido de control personal y de auto eficacia.¹⁵

En un trabajo elaborado por Baréz y colaboradores analizaron varias de las intervenciones psicológicas que han sido utilizadas en pacientes oncológicos y encontraron un común denominador en éstas: el sentido de control, el cual se refiere a cuando el individuo juzga que, ante una determinada situación, existe un agente que a través de unos medios, puede conseguir unos resultados. En el caso de la enfermedad oncológica habría sensación de control en el caso de que el paciente juzgara que él mismo (agente) puede sentirse mejor (resultados) si sigue la intervención psicológica que se le propone (medios). En el caso de que el paciente considerase que no hay un agente o unos medios capaces de conseguir el resultado deseado se produciría una sensación de ausencia de control. De modo que aumentar el juicio de control del individuo oncológico lograría reducir el impacto emocional y la incertidumbre, potenciando la autoeficacia del individuo.¹⁶

Por último, es importante destacar las limitaciones del presente trabajo, entre ellas, que no se aplicaron pruebas psicológicas, tanto la evaluación como los resultados se obtuvieron en entrevista, aunque es una herramienta válida carece de la evidencia de un cuestionario ya que estas no fueron grabadas. Por otra parte, sería conveniente una evaluación a largo plazo que permita observar el mantenimiento de los logros terapéuticos. Se invita al lector a enfocar su atención en el modelo utilizado en este caso cuya finalidad es mostrar cómo realizar una intervención psicológica estructurada.

▷ CONCLUSIONES

Utilizando el modelo propuesto en el presente trabajo para la formulación de caso, es posible lograr los

objetivos terapéuticos en pocas sesiones, lo cual es sumamente importante en esta población, debido a variables como: condición física, tratamiento médico y contexto hospitalario.

REFERENCIAS

1. McCulloch E. Stem cells in normal and leukemic hemopoiesis. *Blood* 1983;62:1-13.
2. Kessler CM. Propensity for hemorrhage and thrombosis in chronic myeloproliferative disorders. *Semin hematol* 2004;41(Suppl3):10-14.
3. Fey M, Dreyling M. Acute myeloblastic leukemia in adults patients: ESMO Clinical Recommendations for diagnosis, treatment and follow-up. *An Oncol* 2008;19(Suppl2):58-59.
4. Döhner H, Estey E, Amadori S, et al. Diagnosis and management of acute myeloid leukemia in adults: recommendations from an international expert panel, on behalf of the European LeukemiaNet. *Blood* 2010;115:453-74.
5. Arranz P, Ulla S, Coca C. Leucemias, linfomas y mielomas. En: Die Trill M. *Psico-oncología*. Madrid: Ades ediciones, 2003;pp:225-238.
6. De Linares S, Moratalla A, Romero A, et al. Información, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en estudio de intervención psicológica. *Psicooncología* 2007;4:97-109.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV TR)*. Washington: American Psychiatric Association; 2002.
8. Nezu A, Nezu C, Lombardo E. *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Editorial El Manual Moderno; 2006.
9. Kazdin A. *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Editorial El Manual Moderno; 2000.
10. Ellis A. *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 2000.
11. Dimidjian S, Martell Ch, Addis M, Herman R. Behavioral Activation for Depression. En: Barlow D. *Clinical Handbook of Psychological disorders*. New York: The Guilford press, 2008;pp:328.
12. Kanter J, Manos R, Bowe W, et al. What is behavioral activation? *Clinical Psychology Review* 2010;30:608-620.
13. Nezu A, Nezu C. Entrenamiento en solución de problemas. En: Caballo V. *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: Siglo XXI editores, 1991; pp:527.
14. Newport DJ, Nemeroff CB. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *J Psychosom Res* 1998;45:215-237.
15. Murillo M, Alarcón A. Tratamientos psicósomáticos en el paciente con cáncer. *Rev Colom Psiquiatr* 2006;35:92-111.
16. Báñez M, Blasco T, Fernández J. La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *An Psicol* 2003;19:235-246.

Revisión de los factores pronóstico en angiosarcoma de cabeza y cuello; a propósito de un caso

Reviewing prognostic factors in head and neck angiosarcoma: A case report

Fabio José Luis Rico-Morlán,¹ Javier García-Estrada,² Rocío Yunuen Santiago-Vázquez³

▷ RESUMEN

Introducción: Los angiosarcomas comprenden 2% de todas las neoplasias de tejidos blandos: 60% en piel y tejido blando, 30% en cabeza y cuello y 4% en tracto aerodigestivo superior. El antígeno relacionado del factor VIII y la sobreexpresión de CD31 son los principales marcadores de crecimiento del epitelio vascular, siendo el estándar de oro para el diagnóstico de angiosarcomas y tumores de células endoteliales. El diagnóstico clínico y radiológico de este tipo de neoplasias es difícil por la relación que guardan los angiosarcomas bien diferenciados y los hemangiomas y en lesiones de alto grado o mal diferenciadas con carcinomas o melanomas.

Objetivo: Describir el caso de un paciente con angiosarcoma de cavidad nasal; hacer una revisión de la bibliografía con los factores pronóstico y recomendaciones actuales de tratamiento.

Informe del caso: Mujer de 49 años, con cuadro clínico de seis meses de evolución con la presencia de cefalea fronto-temporal de mediana intensidad de tipo pulsátil. Se realizó toma de biopsia con diagnóstico de angiosarcoma de cavidad nasal. Locoregionalmente: lesión tumoral en la fosa nasal izquierda, en el nivel III de color violáceo

▷ ABSTRACT

Introduction: The angiosarcomas comprise 2% of all soft tissue tumors 60% in skin and soft tissue, 30% in head and neck and 4% in upper aerodigestive tract. The factor VIII related antigen and overexpression of CD31 are the main markers of vascular epithelial growth, remains the gold standard for diagnosis of angiosarcomas and endothelial cell tumors. The clinical and radiological diagnosis of this type of tumor is difficult because of their relationship to well differentiated angiosarcomas and hemangiomas and high-grade lesions or poorly differentiated carcinomas or melanomas.

Objective: To describe a case of a patient with angiosarcoma of the nasal cavity, a review of the literature with prognostic factors and current treatment recommendations.

Case report: Female of 49 years with clinical symptoms of 6 months with the presence of fronto-temporal headache of medium intensity pulsed type, is made with biopsy diagnosis of angiosarcoma of the nasal cavity. Locoregional: mass lesion in the left nostril, in level III purplish obstructing the whole of it. Infrastucture maxillectomy was performed, excenteración left nasal cavity, with findings: nasopharyngeal lesion level of 4 x 4 cm with extension into left maxillary antrum and left nasal cavity. The patologic inform: angiosarcoma low grade.

1Cirujano Oncólogo, Jefe del Servicio de Oncología, Hospital Regional de Alta Especialidad Cd. Victoria Bicentenario 2010 (HRAEV), Secretaría de Salud.

2Cirujano Oncólogo, Jefe del Servicio de Tumores de cabeza y cuello, Unidad de Oncología. Hospital General de México.

3Anestesiólogo Pediatra, Servicio de Anestesiología, Hospital Regional de Alta Especialidad Cd. Victoria Bicentenario 2010 (HRAEV), Secretaría de Salud.

Correspondencia: Dr. Fabio José Luis Rico Morlán. Hospital Regional de Alta Especialidad Cd. Victoria Bicentenario 2010. Teléfono. 83 4153 6100. Correo electrónico: fabiorico@hotmail.com

que obstruye la totalidad de la misma. Se realiza maxilectomía de infraestructura, excenteración de cavidad nasal izquierda, con hallazgos: Lesión a nivel de nasofaringe de cuatro cm por cuatro cm, con extensión hacia antro maxilar izquierdo y cavidad nasal izquierda. El informe histopatológico: angiosarcoma de bajo grado sin tumor en bordes quirúrgicos.

Discusión: Los angiosarcomas originados primariamente en el área centro facial, cavidad nasal, senos para nasales y nasofaringe, tienen un mejor pronóstico, a diferencia de los originados en otros sitios. No existe un manejo estandarizado en este tipo de pacientes; sin embargo, la cirugía combinada con la radioterapia continúa siendo el manejo de elección en este tipo de neoplasias. La detección temprana, el manejo radical agresivo con base en cirugía y radioterapia, el estadio inicial temprano y los tumores de bajo grado definitivamente son los factores directamente relacionados con un mejor pronóstico y una supervivencia mayor en este tipo de pacientes.

Palabras clave: Angiosarcoma de cavidad nasal, factores pronóstico, México.

Discussion: *The angiosarcomas originated primarily in the central facial and nasal cavity, nasal sinuses and nasopharynx to have a better prognosis in contrast to those originating elsewhere. There is no standard management approach in such patients, however surgery combined with radiotherapy remains the management of choice in this type of tumor. Early detection, aggressive management based radical surgery and radiotherapy, the initial stage early and low grade tumors are definitely factors directly related to a better prognosis and longer survival in these patients.*

Keywords: *Angiosarcoma of the nasal cavity, prognostic factors, Mexico.*

▷ INTRODUCCIÓN

Los sarcomas constituyen 1% de las neoplasias que afectan al ser humano, además estos constituyen 5% de las neoplasias localizadas en el territorio de cabeza y cuello. Los angiosarcomas comprenden 2% de todas las neoplasias de tejidos blandos de los cuales 60% se presentan en piel y tejido blando, 30% en piel de cabeza y cuello y sólo 4% en tracto aerodigestivo superior.¹

El origen primario de los angiosarcomas es que provienen de las células endoteliales que recubren la vasculatura sistémica. Este tipo de tumores está compuesto de una serie de células transformadas con proliferación clonal maligna que histológicamente están integrados por conglomerados de vasos sanguíneos de paredes delgadas con amplios espacios separados por escaso estroma de tejido conectivo.^{2,3} El antígeno relacionado del factor VIII y la sobreexpresión de CD31 son los principales marcadores de crecimiento del epitelio vascular, los cuales se han observado en forma predominantemente en las células endoteliales, megacariocitos y plaquetas, siendo el *estándar de oro* para el diagnóstico de angiosarcomas y tumores de células endoteliales.⁴

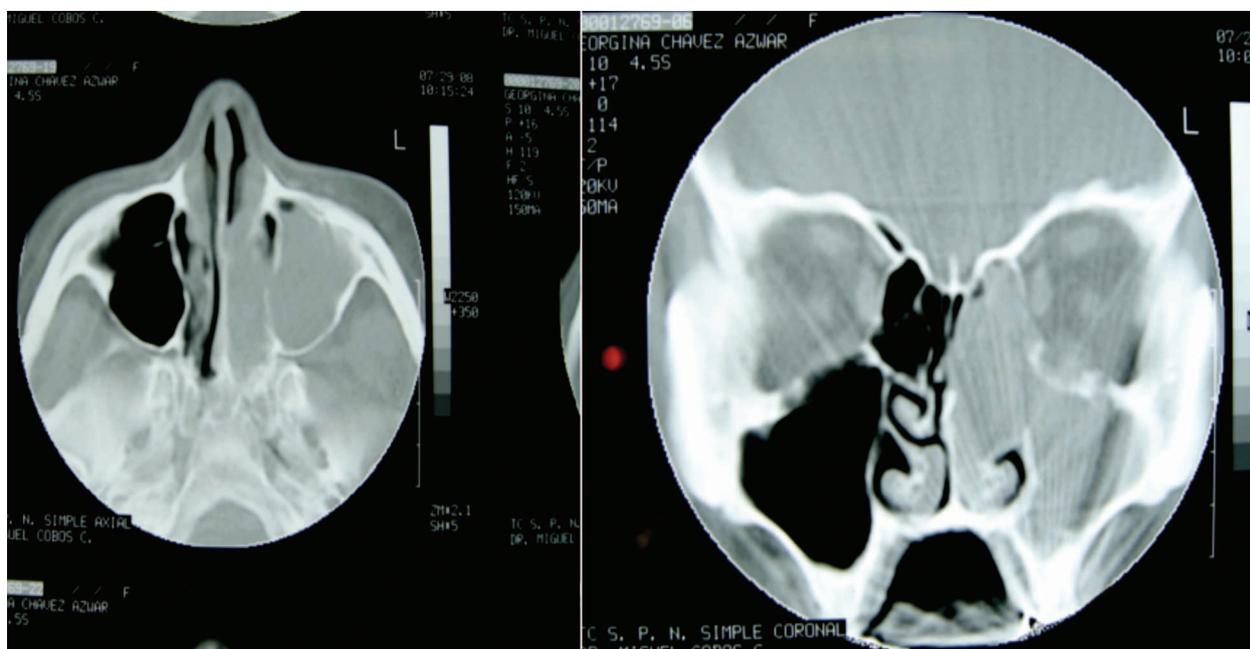
Clínicamente se pueden dividir en tres diferentes orígenes, correspondiendo cada uno de ellos a una evolución y pronóstico clínico diferente: 1). Lesiones dérmicas principalmente localizadas en el área de cabeza y cuello comúnmente asociadas a un antecedente de radicación previa, 2). Lesiones secundarias a linfedema crónico principalmente observados en casos de disecciones axilares por cáncer de mama (síndrome de Stewart-Treves) y, 3). Lesiones localizadas en tejidos mesenquimatosos y en cavidades con un origen previo en malformaciones vasculares preexistentes.⁵

El diagnóstico clínico y radiológico de este tipo de neoplasias es difícil, debido a que existe una diferenciación estrecha entre los angiosarcomas bien diferenciados, que se pueden confundir con hemangiomas de naturaleza benigna y en casos de lesiones de alto grado o mal diferenciadas se pueden confundir con carcinomas o bien melanomas.⁶

En el caso de las lesiones localizadas en cabeza y cuello la sintomatología dependerá del sitio de origen primario que en el caso de las lesiones localizadas en cavidad nasal debutan con cuadros de epistaxis asociada con sensación de plenitud nasal sin datos clínicos sistémicos asociados

Figura 1.

Corte tomográfico donde se demuestra la lesión a nivel cavidad nasal izquierda con extensión a seno maxilar izquierdo y aparente infiltración a piso de órbita izquierda.



con malignidad, en el caso de las lesiones de alto grado se pueden presentar datos clínicos iniciales sugestivos de lesiones metastásicas, que se presentan hasta en 15% de los pacientes con angiosarcoma de vías aereodigestivas.⁷

▷ OBJETIVO

Describir el caso de una paciente con angiosarcoma de cavidad nasal, tratado quirúrgicamente con cirugía radical. Se revisan los factores pronóstico y manejo quirúrgico de acuerdo a los reportes de la bibliografía médica a nivel mundial.

▷ MÉTODOS

Se revisa el caso de una paciente con angiosarcoma de cavidad nasal, atendida en el Servicio de Tumores de cabeza y cuello de la Unidad de Oncología del Hospital General de México. Los datos clínicos se obtuvieron del expediente clínico. Analizamos la bibliografía médica mundial sobre los factores pronósticos y manejo quirúrgico, usando la base de datos de MEDLINE y PubMed.

▷ PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 49 años, vista por primera vez el 13 de agosto de 2008, con cuadro clínico de seis meses de evolución

con la presencia de cefalea fronto-temporal de mediana intensidad de tipo pulsátil, intermitente, sin irradiaciones, que disminuía con analgésicos y aumentaba con el movimiento. Se acompañó de rinorrea nasal izquierda y posteriormente epistaxis de moderada cantidad en tres ocasiones; fotofobia y disminución de la agudeza visual de ojo izquierdo, motivo por el cual la paciente es valorada por otorrinolaringólogo que tomó biopsia; estableciéndose diagnóstico de angiosarcoma de cavidad nasal; entonces es enviada a la unidad para continuar con su tratamiento.

Con la rinoscopia anterior se apreció una lesión tumoral en la fosa nasal izquierda, en el nivel III de color violáceo que obstruye la totalidad de la misma y con huellas de sangrado no activo, el resto de la exploración resultó normal.

Se solicitó la revisión del material en laminillas, con las que se informó: angiosarcoma de bajo grado en cavidad nasal. Se presentó en Junta Terapéutica, donde se decidió la realización de excenteración de fosa nasal, por la baja respuesta a RTP y QTP por ser lesión de bajo grado (**Figura 1**).

Se realizó intervención quirúrgica el día 12 de septiembre de 2008 con: maxilectomía de infraestructura, excenteración de cavidad nasal izquierda, traqueotomía;

Figura 2.

Imágenes durante maxilectomía de infraestructura donde se señala la lesión angiomatosa así como la hemimaxilar izquierda resecada.



TAI, con hallazgos quirúrgicos: Lesión a nivel de nasofaringe de cuatro por cuatro centímetros, con extensión hacia antro maxilar izquierdo y cavidad nasal izquierda, estudio transoperatorio: angiosarcoma de bajo grado sin tumor en bores quirúrgicos (**Figura 2**).

Evolución estable con resultado histopatológico: angiosarcoma de bajo grado sin tumor en bordes quirúrgicos (**Figura 3**), se envió a RTP.

► DISCUSIÓN

Existe consenso internacional en cuanto a que los angiosarcomas originados primariamente en el área centro facial como la cavidad nasal, senos paranasales y nasofaringe tienen un mejor pronóstico a diferencia de los originados en otros sitios principalmente a nivel de cuero cabelludo y extremidades.⁸

En la revisión realizada por Bankaci y colaboradores,⁹ en la que incluyeron 14 casos de angiosarcoma, mencionan que existe una supervivencia mayor en los pacientes en los cuales la lesión neoplásica histológicamente se clasificó como de bajo grado y en aquellos que presentaron un intervalo corto entre el diagnóstico y el manejo, como lo es el caso que se presenta.

Morgan y colaboradores¹⁰ en su revisión de 47 casos de angiosarcoma correlacionaron un periodo libre de

enfermedad corto y una supervivencia reducida en aquellos pacientes con: tumores con diámetro mayor de 5 cm, invasión estromal mayor de 3 mm, alto grado mitótico de más de tres mitosis por campo, márgenes quirúrgicos positivos, recurrencia tumoral y metástasis.

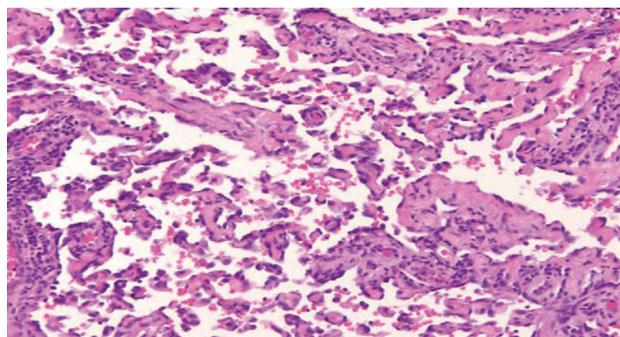
Jalomo,¹¹ en su estudio realizado en nuestra Unidad de Oncología del Hospital General de México realizado en un periodo de 10 años de 1994 a 2004 informó únicamente siete casos de angiosarcoma en el territorio cérvico-facial con una sobrevida global a cinco años de 15%, la cual es contrastante con la sobrevida señalada por Rufus MJ y colaboradores¹² de 49%, esto primariamente dado por que de los siete pacientes presentados en nuestra institución, seis correspondieron a angiosarcomas de piel cabelluda que se correlaciona directamente con un peor pronóstico.

Por la rareza de la presentación de los angiosarcomas, no existe un manejo estandarizado en este tipo de pacientes; sin embargo, la cirugía combinada con la radioterapia continúa siendo el manejo de elección en este tipo de neoplasias. El uso de la quimioterapia no ha demostrado beneficio alguno.⁸

Las diferencias en el manejo, si implican un pronóstico diferente en este tipo de pacientes como lo menciona Bankaci y colaboradores⁹ donde demostró que de los 14 pacientes que incluyó su estudio, ocho pacientes que

Figura 3.

Microfotografía donde se aprecia la característica histológica de cordones de células endoteliales con polimorfismo nuclear, característica típica de esta lesión (H-E 200 aumentos).



fueron manejados con radioterapia radical únicamente tuvieron un peor pronóstico en comparación con los seis pacientes manejados con cirugía radical y radioterapia adyuvante, esta diferencia de manejo lo menciona como factor pronóstico y está determinado únicamente por las dificultades anatómicas para dar un margen quirúrgico adecuado.

Aunque no existen grandes series de reportes de angiosarcomas se detectó que en la mayoría de los mismos existen factores predictivos de un mal pronóstico:

1. Lesiones de diámetro mayor de 5 cm.
2. Invasión estromal mayor de 3 mm.
3. Alto grado mitótico.
4. Márgenes quirúrgicos positivos.
5. Angiosarcomas cutáneos en territorio cérvico-facial.

6. La existencia de una recurrencia tumoral temprana antes de los 24 meses posteriores al diagnóstico.
7. La presencia de metástasis a distancia o ganglionares al diagnóstico.

▷ **CONCLUSIÓN**

A pesar de que existen en la literatura mundial muy pocos estudios prospectivos que confirmen estadísticamente el impacto en la supervivencia de los pacientes con angiosarcoma de cabeza y cuello no hay duda en que la detección temprana, el manejo radical agresivo a base de cirugía y radioterapia, el estadio inicial temprano y los tumores de bajo grado definitivamente son los factores directamente relacionados con un mejor pronóstico y una supervivencia mayor en este tipo de pacientes.

REFERENCIAS

1. Ordoñez-Escalante KG. Nasal cavity angiosarcoma: a case report and literature review. *Gac Med Mex* 2006;142:155-8.
2. Rico Morlan FJL, et al. Hemangioma cavernoso de páncreas, reporte de caso y revisión de la literatura. *GAMO* 2008;7:188-191.
3. Titus JL, Kim H-S. Blood vessels and lymphatics. In: Kissane JM, ed. *Anderson's pathology*. 9th ed. St. Louis: CV Mosby, 1990;pp:794-7.
4. Hosaka M, Murase N, Orito T, et al. Immunohistochemical evaluation of factor VIII related antigen, filament proteins and lectin binding in haemangiomas. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol* 1985;407:237-47.
5. Maryam M. Asgari, Clay J, et al. A clinical aid in recognizing head and neck angiosarcomas. *Arch Dermatol* 2001;143:75-7.
6. Bumstine Michael A, Frueh Bartley R, Elner Victor M. Angiosarcoma metastatic to the orbit. *Arch Ophthalmol* 1996;114:93-96.
7. Bardwil JM, Mocega EE, Butler JJ, Russin DJ. Angiosarcomas of the head and neck region. *Am J Surg* 1968;116:548-553.
8. Hanke William, et al. Prolonged survival of angiosarcoma on the nose: A report of 3 cases. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:883-5.
9. Bankaci M, Myers EN, Barnes L, DuBois P. Angiosarcoma of the maxillary sinus: literature review and case report. *Head Neck Surg* 1979;1:274-80.
10. Morgan MB, Swann M, Somach S, et al. Cutaneous angiosarcoma: a case series with prognostic correlation. *J Am Acad Dermatol* 2004;50:867-74.
11. Jalomo Camacho J. Tesis de Postgrado "Sarcomas de Cabeza y cuello, Experiencia de 10 años en la unidad de Oncología del Hospital General de México" Fac. Med. UNAM. 2007.
12. Rufus MJ, Poen JC, Tran LM, et al. Angiosarcoma: a report of 67 patients and review of the literature. *Cancer* 1996;77:2400-2406.

Cáncer papilar de tiroides progresivo a SNC tratado en el INCan; informe de un caso

Papillary thyroid cancer progressive to CNS treatment at INCan: a case report

Eduardo Olvera-Manzanilla,¹ Daniel Salvador Ruiz-González,² Bernardo Cacho-Díaz,³ Salvador Alvarado Aguilar¹

▷ RESUMEN

Es poco frecuente que el cáncer papilar de tiroides progrese al Sistema Nervioso Central, lo cual supone una larga evolución, variedad de estudios, tratamientos y en ocasiones complicaciones o progresiones, que minan la calidad de vida del paciente. Su valoración y atención psicológica es un recurso fundamental que permite establecer alternativas de tratamiento para paliar su deterioro. Se presenta el caso de una mujer de 59 años, con cuadro clínico de tres años de evolución, caracterizado por hemoptisis, tos y disnea; durante la valoración médica se diagnosticó tumor tiroideo, sometida a exploración cervical más resección parcial de tiroides fuera del Instituto. Durante su seguimiento, acudió a atención inmediata por presentar pérdida del estado de alerta en estudio, a descartar crisis convulsiva de inicio tardío, parcial compleja, además de taquipnea, parestesias en pulpejos, así como labilidad emocional y vértigo, se administró tratamiento sintomático; referida a Neurología, documentándose -con resonancia magnética de cráneo simple y contrastada- lesión prerrolándica derecha, heterogénea hiper e hipointensa con porción sólida y líquida, edema perilesional importante. Llevada a tratamiento

▷ ABSTRACT

Papillary thyroid cancer metastases to Nervous Central System are unusual. A long term disease, it supposes a variety of studies, treatments and complications or progressions that cause an important impairment of quality of life in these patients. Psychological assessment and treatment are a key resource to palliate that impairment.

We present the case of a 59 years old woman. Three year evolution disease characterized by coughing, hemoptysis and dyspnea. In medical examination with diagnose Papillary thyroid cancer. It has been practiced cervical exploration plus partial thyroid resection outside INCan. During follow up is seen at immediate attention with a loss of consciousness in study to discount convulsive seizure late onset partial complex, also with tachypnea, paresthesia pads, emotional lability and dizziness. With symptomatic treatment, goes to Neurology, IRM is practiced finding prerolándic injury at the right, heterogeneous hyper-and hypointense, with solid and liquid portion and significant perilesional edema. A neurosurgical intervention is performed with before and after neuropsychological assessment in regards to determinate rehabilitation.

Keywords: *Papillary thyroid cancer, Central Nervous System, Psychooncology, Neuropsychology, Mexico.*

1Servicio de Psicooncología.

2Departamento de Cirugía de cabeza y cuello. Neurocirugía. Servicio de Neurología.

3Servicio de Neurología.

Instituto Nacional de Cancerología (INCan).

Correspondencia: Eduardo Olvera M. Av. Sn. Fernando N°22, Tlalpan. Mex. D.F. 14080. Cel. 044 55 1339 9862. Correo electrónico: eddolvera@hotmail.com

neuroquirúrgico, con evaluaciones neuropsicológicas antes y después del procedimiento terapéutico, para determinar su rehabilitación.

Palabras clave: Cáncer papilar de tiroides, Sistema Nervioso Central, Psicooncología, Neuropsicología, México.

▷ INTRODUCCIÓN

Debido a lo poco frecuente del desarrollo de metástasis a SNC del cáncer papilar de tiroides, se presenta este caso. En ocasiones, esta situación muestra una buena respuesta al tratamiento, lo que supone la oportunidad para el paciente de una sobrevivida mayor, y para el equipo tratante, la idea de ofrecer alternativas para una mejor calidad de vida.

El cáncer papilar de tiroides, representa 80% de todos los cánceres de esta glándula en los Estados Unidos. Comienza en las células foliculares y crece lentamente. Si es diagnosticado tempranamente, la mayoría de las personas con cáncer papilar de tiroides pueden ser curadas.¹

Según Rizo y colaboradores (2007),² de 2000 a 2004 en México, el cáncer de tiroides representó aproximadamente 2% de todas las neoplasias, y los de células papilares, aproximadamente 80% de los cánceres de tiroides.

El cáncer papilar de tiroides, anotan Carling y Udelsman (2008),³ pertenece a la categoría de tumores de tiroides bien diferenciados. De éstos 80% a 85% son papilares, 10% a 15% son foliculares y 3% a 5% son de células de Hürthle. Los carcinomas papilares y foliculares son aproximadamente 2.5 veces más comunes en mujeres que en hombres, y en general son detectados durante la cuarta década de la vida. No se tienen claros los factores de riesgo; sin embargo, se ha detectado la exposición a la radiación como un factor de riesgo importante de mediano a largo plazo.

La gran mayoría de los cánceres de tiroides se presentan como nódulos; detectados ya sea por el paciente o por el médico a través del examen clínico. En general, hay una oportunidad de 5% a 10% de malignidad en estos nódulos, por lo que se deberá correlacionar con la clínica: una historia de crecimiento rápido, disnea, disfagia, disfonía y el desarrollo del síndrome de Horner (miosis, ptosis parcial y anhidrosis hemifacial), si bien no significan cáncer, sí constituyen un hallazgo preocupante.

En la exploración del cuello habrá de tomarse en cuenta la firmeza, movilidad, tamaño de los nódulos, su adherencia a las estructuras que le rodean y la presencia de linfadenopatías. La laringoscopia de rutina, es importante para la valoración de un nódulo tiroideo.

Por último, la biopsia por aspiración con aguja fina, ha demostrado una precisión de 70% a 97%, pero es altamente dependiente de la habilidad tanto del cirujano al tomar la muestra, como del patólogo al interpretarla.

Aproximadamente entre 33% y 61% de los pacientes con cáncer papilar de tiroides, tendrán un evidente involucro de ganglios cervicales al momento del diagnóstico; la incidencia de micrometástasis en los nódulos linfáticos es de hasta 80%;⁴ sin embargo, generalmente no progresan o cambian el resultado clínico. Por la vía hematogena, sólo una pequeña minoría de pacientes generan metástasis a distancia.

En la población general con cáncer papilar de tiroides, 20% desarrollarán recurrencias locales y una minoría desarrollará metástasis distantes a los pulmones, huesos e hígado. Deshpande y colaboradores (2009),⁵ señalan sólo 3% hacia SNC.

Según la *American Cancer Society*,⁶ el tratamiento generalmente es cirugía (tiroidectomía) y se usa en casi todos los tipos de cáncer de tiroides. De manera estándar, se recomienda practicar una cirugía para extirpar el tumor y toda la tiroides remanente. Una variante es la lobectomía, la cual se usa para los cánceres diferenciados y pequeños sin ningún signo de propagación más allá de la tiroides. Se extirparán los ganglios linfáticos cercanos en el cuello, si el cáncer se propagó a éstos.

El yodo radioactivo (I^{131}), se usa para destruir cualquier tejido tiroideo que no haya sido extirpado mediante cirugía. Se ha demostrado que la terapia con yodo radiactivo mejora la tasa supervivencia de pacientes con cáncer papilar y folicular.

La terapia de hormona tiroidea, se ha utilizado para mantener el metabolismo normal del cuerpo y para detener el crecimiento de células cancerosas.

La radioterapia, se utiliza cuando un cáncer que no absorbe yodo se ha propagado fuera de la cápsula tiroidea; la radiación externa puede ayudar a tratar el cáncer o podría reducir la posibilidad de que el cáncer regrese después de la cirugía.

Las metástasis que se descubren a lo largo del tratamiento son manifestaciones de prevalencia de la enfermedad. El tratamiento preferido en orden jerárquico son: escisión quirúrgica de la enfermedad locorregional en pacientes potencialmente curables, terapia con I^{131} , radioterapia y vigilancia cercana en pacientes asintomáticos.³

Las metástasis pulmonares, tienden a responder al uso del I^{131} . El tratamiento puede ser llevado a cabo cada seis o 12 meses mientras la enfermedad continúe respondiendo. De manera similar, para las metástasis cerebrales del cáncer papilar de tiroides, siendo estas muy raras, su frecuencia es del orden de 1% a 1.25%,^{7,8} el tratamiento quirúrgico es más eficaz; mientras la radioterapia puede ser considerada en aquellos casos no susceptibles de cirugía.

▷ PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 59 años, que presenta cuadro clínico de tres años de evolución, con hemoptisis, tos y disnea. Durante la valoración, se encontró zona de consistencia pétreo en región de lóbulo derecho de la glándula tiroides, con antecedente de resección incompleta, se inicia su tratamiento con radioterapia y tumorectomía central de cuello, con informe histopatológico positivo a malignidad, continúa enfermedad pulmonar, motivo por el cual es enviada a ablación 100 mCi, con yodo.

Revalorada por presentar diplopia, ptosis palpebral y limitación a la infraducción del ojo izquierdo.

Acudió a atención inmediata por presentar pérdida del estado de alerta en estudio, a descartar crisis convulsiva de inicio tardío, parcial compleja, además de taquipnea, parestesias en pulpejos, así como labilidad emocional y vértigo. Se proporciona tratamiento sintomático y es referida al servicio de Neurología del Instituto determinándose por resonancia magnética de cráneo simple y contrastada (**Figura 1**): lesión prerrolándica derecha, heterogénea hiper e hipointensa con porción sólida y líquida, edema perilesional importante.

Valoración neuropsicológica pre-operatoria que reporta de un índice de ansiedad de siete (normal) y de depresión de nueve (caso probable), según la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y un índice de Barthel de

Figura 1.

IRM Pre operatoria, se observa la lesión prefrontal derecha de aspecto quístico.



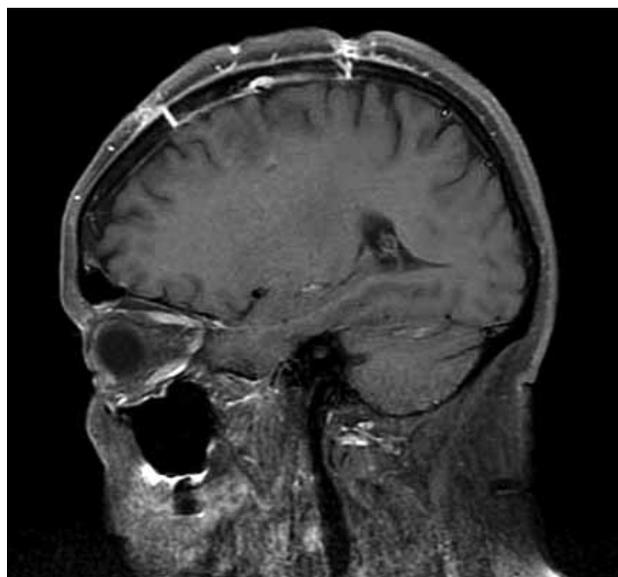
las actividades de la vida cotidiana de 65% (dependencia leve). Este último referido por los familiares de la paciente, ya que este instrumento puede ser auto o hetero aplicado.

Se realizó exéresis de lesión frontal derecha, sin complicaciones. El informe de patología concluye: tejido nervioso central, con metástasis de carcinoma papilar de células altas, compatible con primario en tiroides. Durante el posoperatorio, la paciente cursa con crisis convulsiva motora parcial en relación a manipulación quirúrgica, la cual cede a la administración de anticomiciales. Se egresó con un Índice de Karnofsky (IK) de 100% para control en la consulta externa. IRM con cambios posquirúrgicos (**Figura 2**).

Revaloración post-operatoria neuropsicológica a los quince días, encontrándose la mayoría de los parámetros en límites normales, con un ligero deterioro en la función cognitiva;‡ en cuanto a la ansiedad y depresión, se evidenció inversión respecto de la valoración previa: ansiedad 10 (caso probable) y depresión seis (normal); aumento en el índice de Barthel, que a la valoración fue de 100% (independiente), ésta vez referido por la propia paciente, quien además confirma su situación anterior; mostrando una mejoría en la calidad de vida del paciente. Se indica atención sistemática por psicooncología.

Figura 2.

IRM con los cambios posquirúrgicos.



► DISCUSIÓN

La bibliografía mundial sobre la medicina basada en evidencias, demuestra la importancia del tratamiento integral de los signos y síntomas: neuro-psicológicos-psiquiátricos asociados al cáncer y particularmente a las metástasis al SNC, mismos que disminuyen con el tratamiento médico-quirúrgico integral. Dentro de la sintomatología destacan: fatiga, desórdenes del sueño, piel seca, intolerancia al frío. Desórdenes neuropsicológicos y psiquiátricos como bradipsiquia, depresión y ansiedad (Sefik 2006),⁹ con deterioro en la calidad de vida. Por otra parte, es bien sabido que al diagnóstico de cáncer el paciente suele asociar dolor, sufrimiento y síntomas amenazadores, así como tratamientos agresivos, mutilantes y prolongados en el tiempo. El concepto de muerte asociado al cáncer es percibido como especialmente doloroso y traumático (Sans 2004).¹⁰

En el mismo sentido Alvarado (2004)¹¹ señaló que el cáncer es un padecimiento crónico-degenerativo, que por su evolución agresiva puede acabar con la vida del

huésped y requiere tratamientos oncológicos violentos, como la misma enfermedad, que desencadenan una serie de reacciones psicológicas, psiquiátricas, sociales, económicas, sexuales, culturales, espirituales y religiosas. Ante ello, es necesaria la atención profesional del personal de salud mental entrenado en oncología (psicooncólogo) que permita y promueva la relación entre el médico, el paciente y su familia.

► CONCLUSIONES

Se destaca la importancia del modelo transdisciplinario, en donde la fusión de las diferentes áreas de la medicina oncológica, permite la búsqueda de explicar, entender, promover y proveer una atención integral. En el caso concreto, anular la estigmatización del paciente con cáncer que desarrolla metástasis a SNC, tiene múltiples posibilidades de valoración, tratamiento, rehabilitación y reintegración a su vida cotidiana con buena calidad de vida.

REFERENCIAS

1. National Cancer Institute. What you need to know about Thyroid Cancer. U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. Booklet. NIH Publication No. 07-4994. Revised August 2007 Printed September 2007 [version on line] Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/wyntk/thyroid.pdf> p. 4.
2. Rizo R. Pedro, Sierra C. María I, Vázquez P. Gabriela, et al. Registro Hospitalario de Cáncer: Compendio de Cáncer 2000-2004. *Cancerología* 2007;2:220-254.
3. Carling Tobias, Udelsman Robert. Thyroid Tumors. En: De Vita Hellman, Rosenberg's. *Cancer. Principles and Practice of Oncology*. 8th edition. Lippincott Williams & Wilkins USA, 2008;pp:1663-1676.
4. Shaha AR, Shah JP, Loree TR. Patterns of nodal and distant metastasis based on histologic varieties in differentiated carcinoma of the thyroid. *Am J Surg* 1996;172:692. Referido por: Carling Tobias, Udelsman Robert. Thyroid Tumors. En De Vita, Hellman & Rosenberg's. *Cancer. Principles and Practice of Oncology*. 8th Edition. Lippincott Williams & Wilkins USA, 2008;pp:1663-1676.
5. Deshpande Kalpana A, Barambe Bhavana M, Surase Sanjay G. Metastasis of Papillary Carcinoma Thyroid to Central Nervous System: A Report of Two Cases. *Bombay Hosp J* 2009;51:4:496-499.
6. American Cancer Society. Cáncer de Tiroides. Última revisión médica 23/07/2010: [Guía on line] Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002324.pdf>.
7. Salvati Maurizio, Frati Alessandro, Rocchi Giovanni, et al. Single brain metastasis from thyroid cancer: Report of twelve cases and review of the literature. *J Neuro Oncol* 2001;51:33-40.
8. Biswa Mohan Biswai, Chandra Sekhar Bai, Manavjit Singh Sandhu, et al. Management of intracranial metastases of differentiated carcinoma of thyroid. *J Neuro Oncol* 1994;22:77-81.
9. Tagay Sefik. Health-related quality of life, depression and anxiety in thyroid cancer patients. *Quality of Life Research* 2006;15:695-703.
10. Sanz Jaime, Modolell Elisabeth. *Oncología y Psicología: Un Modelo de Interacción*. *Psicooncología* 2004;1:3-12.
11. Alvarado A. Salvador. *Psicooncología en México. Perspectiva Histórica*. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2004;3:44-47/82-85.

⁹Valoración realizada con el COGNISTAT versión en Español, 2ª. ed. (The Neurobehavioral Cognitive Status Examination), donde encontramos puntajes bajos solo en las siguientes categorías: orientación 9/11, repetición de frases 8/11, habilidades constructivas 3/6, memoria 8/11, cálculo 2/4, razonamiento de analogías 3/8; lo cual es indicativo de daño menor.