

# Psico-oncología: abordaje psicosocial del paciente con cáncer

Mayor. M.C. Jesús **Almanza-Muñoz**,\*,\*\* Dr. Juan Ignacio **Romero-Romo**,\*\*\* Dra. Jimmie C. **Holland**\*\*\*\*

Hospital Central Militar. Ciudad de México  
Sloan-Kettering Cancer Center. New York City, USA

**RESUMEN.** La psico-oncología es una sub-especialidad dedicada al cuidado psicosocial del paciente con cáncer y de su familia, cuyos focos de interés van desde la respuesta inicial al diagnóstico de cáncer hasta el cuidado del paciente moribundo. Se enfatizan tres áreas básicas de cuidado clínico: la comunicación de malas noticias, la detección de distres psicosocial y el abordaje diagnóstico y terapéutico (farmacológico y psicoterapéutico) de los trastornos mentales que aparecen como complicación del cáncer. Aspectos relativos a enseñanza e investigación son comentados y finalmente se hacen algunas consideraciones en relación a direcciones futuras en esta área.

**Palabras clave:** aspectos psicológicos, trastornos mentales, neoplasmas, aspectos psicosociales, estrés, cuidados al paciente.

La psico-oncología es una subespecialidad que aborda la respuesta emocional del paciente al cáncer, en todos los estadios de la enfermedad, de sus familiares y cuidadores (dimensión psicosocial), así como los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la iniciación del tumor y en su progresión (dimensión psicobiológica) Holland y Rowland, 1989;<sup>38</sup> Holland, 1992<sup>41</sup>). Sus áreas globales de interés son la respuesta psicológica y la adaptación al cáncer, la comunicación con el paciente oncológico, el impacto sobre familiares y cuidadores; los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen el riesgo, la detección y la sobrevivencia al cáncer, aspectos de calidad de vida, el desarrollo de nuevos

**SUMMARY.** Psycho-oncology is a subspecialty devoted to the psychosocial care of the patient with cancer and his family, which focuses on since the initial reaction to cancer diagnosis to the transition to the care for the death. Three basic clinical areas are emphasized; breaking bad news, detection of psychosocial distress and diagnostic and therapeutic (pharmacological and psychotherapeutic) approaches to the mental disorders, which appears as complication of cancer. Aspects related to teaching and research are commented and finally some considerations are done, regarding future directions in this area.

**Key words:** psychology, neoplasms, stress, psychosocial, mental disorders, patient care.

modelos de investigación que permitan confirmar el impacto de las diferentes intervenciones psicofarmacológicas y psicoterapéuticas en el paciente oncológico<sup>41</sup> (Holland y cols, 1989).<sup>39</sup> La psico-oncología se inscribe en la tradición de la psiquiatría de enlace y su ámbito de trabajo se encuentra estrechamente vinculado a las siguientes disciplinas: enfermería, trabajo social, psicología, psiquiatría de enlace y servicio pastoral, así como la valiosa participación de voluntarios, especialmente personas que han sufrido cáncer ya sea en sí mismos o en sus familias (Fawzy y cols, 1995).<sup>30</sup>

En el presente trabajo se efectúa una breve revisión histórica de la psicooncología y se examina la respuesta y adaptación al cáncer, así como el cuidado clínico del paciente oncológico que incluye aspectos de comunicación, detección de distres psicosocial y el abordaje de los trastornos psiquiátricos más importantes que complican la evolución del cáncer. Finalmente se abordan aspectos relativos a la enseñanza e investigación y se alude a las perspectivas futuras en esta área.

## Perspectiva histórica: de la oncología a la psico-oncología

Los orígenes más remotos de la oncología se remontan al conocimiento de que el primer tratamiento efectivo contra el cáncer fue la cirugía, aplicada en Egipto hace más de 5000 años mediante amputaciones. Mucho más adelante, el uso de éter en 1847 y el advenimiento de la antisepsia llevó a la remoción quirúrgica exitosa de algunos tumores en la última

\* Secretaría de la Defensa Nacional. México.

\*\* Jefe de Investigación y Coordinador de Psiquiatría de Enlace HCM.

\*\*\* Jefe del Servicio de Psico-Oncología y Clínica del Dolor Hospital General de Querétaro. Servicios de Salud del Estado de Querétaro. México.

\*\*\*\* Chair, Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York, NY, USA.

Reconocimiento: Este trabajo fue desarrollado gracias a la Beca otorgada por la Secretaría de la Defensa Nacional al primer autor.

Correspondencia:

Mayor M.C. Jesús Almanza-Muñoz

Depto. de Enseñanza. e Investigación. Hospital Central militar.

Lomas de Sotelo. México, D.F. C.P. 11649.

E-mail:almanzaj@yahoo.com.

mitad del siglo diecinueve, mientras que para 1912 la radioterapia comenzó a ser reconocida como un poderoso tratamiento adicional, y en 1950 se agregó la quimioterapia al armamentarium oncológico. Para 1960 la terapia multimodal, combinando cirugía, radiación, y quimioterapia aunada a inmunoterapia comenzó a impactar significativamente las sombrías estadísticas de sobrevivencia, especialmente en niños y adultos jóvenes.<sup>38,41</sup>

Desde el punto de vista psicológico, el estigma de que el cáncer equivale a muerte ha persistido y ha condicionado durante centurias la “respetada actitud” de los médicos de que no debían informar a los pacientes que tienen cáncer.<sup>38,41</sup> En parte, por ello la educación del público, acerca de advertir las señales de cáncer y abatir las actitudes fatalísticas ha sido muy difícil, sin embargo a principios de los 70s, en un clima en el que la sociedad norteamericana cuestionaba la autoridad en la era posterior a la guerra de Vietnam, y la sobrevivencia aumentó, el diagnóstico de cáncer comenzó a ser más frecuentemente revelado a los pacientes. Casi al mismo tiempo la preocupación acerca de un cuidado más humano a los pacientes que morían de cáncer apareció en Inglaterra con el comienzo del movimiento de hospicios (Saunders, 1984),<sup>62</sup> el aumento en la preocupación acerca de la calidad de vida, los derechos del paciente y los aspectos psicológicos del cuidado. La evidencia del vínculo entre fumar cigarrillos y cáncer, dio un nuevo ímpetu a examinar el rol de los factores psicológicos y conductuales en la prevención del cáncer.<sup>38</sup>

Para 1970, existía mayor interés en aspectos psicológicos, pero muy pocas herramientas para evaluar dichas variables, por lo que la adaptación de escalas creadas para evaluar pacientes psiquiátricos se implementó junto con la creación de nuevos instrumentos. Durante los 70s y 80s un remarcable progreso fue realizado, particularmente en Europa y Norteamérica, atrayendo atención hacia aspectos psicosociales y conductuales en el cuidado de los pacientes (retraso en la detección, adherencia al tratamiento y exposición ambiental al tabaco). En este marco de cambio e innovaciones, el cuidado psicosocial del paciente con cáncer se ubica en un primer momento histórico en 1950 con el establecimiento del primer Servicio Psiquiátrico en el Hospital Memorial de Nueva York. La consolidación definitiva de la psico-oncología tuvo lugar a partir de 1977: con la re-activación de dicho servicio por Holland y colegas; con la primera edición del libro de texto de psico-oncología<sup>38</sup>, actualmente en su segunda edición (Holland, 1998),<sup>42</sup> con la fundación de la Sociedad Internacional de Psico-oncología (International Psycho-oncology Society/IPOS) en 1984; y la Sociedad Americana de Oncología Psicosocial y Conductual y SIDA (American Society for Psychosocial and Behavioral oncology and AIDS/ASBOA) en 1988. Esta breve historia subraya la relativa juventud de esta sub-especialidad, cuyo mayor progreso se ubica en los pasados 20 años, pero cuyo desarrollo actual muestra una generación creciente de nuevo conocimiento.

## Respuesta al cáncer

Engloba tres reacciones, la respuesta inicial, la respuesta adaptativa a corto plazo y la adaptación a la problemática psicosocial diversa que enfrenta el paciente oncológico a largo plazo, así como aspectos particulares relacionados con la sobrevida y el estatus de riesgo genético elevado.

**Respuesta normal:** el saber que uno tiene cáncer o que un familiar cercano lo tiene, es un evento catastrófico (Ford, 1994;<sup>32</sup> Hamburg, 1967<sup>35</sup>), generalmente relacionado con la idea de muerte, incapacidad, desfiguro físico, dependencia y disrupción de la relación con otros. La reacción normal incluye negación (Fase I), disforia (Fase II) y adaptación (Fase III) (*Cuadro 1*).<sup>41</sup> En efecto, negación y resistencia a creer que la noticia es cierta así como la tendencia a tratar de probar que el diagnóstico no es cierto (“ellos deben haber confundido las laminillas de patología”) ocurren al principio, junto con un sentimiento de “anestesia” emocional, si bien algunos pacientes que siempre estuvieron temerosos de desarrollar cáncer, experimentan desesperación en vez de negación. La fase II se caracteriza por un período de confusión y agitación emocional y disforia, en el cual la realidad es reconocida lentamente. El paciente se siente ansioso y deprimido, tiene pobre concentración y disminuye su apetito; es incapaz de dormir y de mantener su rutina diaria y es asaltado frecuentemente por pensamientos inevitables de muerte. Lo cual puede durar 1 ó 2 semanas, disipándose conforme se inicia un tratamiento y se establece una alianza terapéutica con un médico. Algunos pacientes buscan una segunda opinión o múltiples opiniones hasta que ellos encuentran el plan oncológico que se aproxima más a sus conceptos. La fase III representa la adaptación a largo plazo, su duración va de semanas a meses, en la cual el paciente se ajusta al diagnóstico y el tratamiento, encuentra razón para ser compartimentalmente (parcialmente) optimista, y retorna a sus rutinas normales y a sus mecanismos útiles de afrontamiento (coping), lo cual depende del nivel previo de adaptación y madurez emocional del paciente. Es importante reconocer que no hay una sola forma efectiva de afrontar el cáncer (Gray, 1990;<sup>34</sup> Taylor, 1990<sup>70</sup>), por lo que, aun cuando se favorece y estimula una actitud de “dar la batalla” contra el cáncer, ello puede funcionar para algunos pacientes pero no para otros,<sup>34</sup> por lo tanto el respeto de cada forma individual de afrontamiento (coping) es críticamente importante. Finalmente estas fases pueden reaparecer con cada nueva crisis que ocurre en el curso de la enfermedad (*Cuadro 2*).

**Adaptación al cáncer:** los factores que contribuyen a la adaptación se derivan de tres áreas; la sociedad, el paciente y el cáncer (Harrison, 1994).<sup>36</sup> Los factores derivados de la sociedad son dinámicos y cambiantes. El largamente temido y estigmatizado cáncer es menos temido actualmente. El diagnóstico es más rutinario, hay mayor optimismo en el público y una creciente demanda acerca del conocimiento informado. Existe una amplia creencia popular de que eventos estresantes no manejados apropiadamente pueden haber causado el cáncer. Dicha creencia es totalmente errónea y genera una

**Cuadro 1. Respuesta normal a crisis relacionadas con la presencia de cáncer.**

| Fase                         | Síntomas                                                                                                                                                       | Intervalo de tiempo                                                                     |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Fase I:<br>Respuesta inicial | No creer, negación o desesperación<br>(Sabía que esto pasaría)                                                                                                 | Usualmente: menos de una semana                                                         |
| Fase II: Disforia            | Ansiedad, humor depresivo, anorexia,<br>Insomnia, concentración pobre, incapacidad de funcionar                                                                | Usualmente 1 a 2 semanas, con variaciones                                               |
| Fase I: Adaptación           | Aceptación de la validez de la información y comenzar a utilizar opciones disponibles<br>Encontrar razones para ser optimista y retomar actividades habituales | Usualmente 2 semanas, pero la adaptación continúa durante meses; puede o no ser exitosa |

enorme tensión emocional, por lo que debe ser corregida. Los factores derivados del paciente incluyen etapa vital, recursos sociales y capacidad de afrontamiento o coping. El estadio de desarrollo de la persona al momento en que el cáncer se desarrolla, en relación con tareas y objetivos biológicos, personales, y sociales, determinan el significado de ciertas pérdidas, tales como fertilidad y la alteración de la apariencia. Pérdidas actuales y potenciales tienen diferente significado a diferentes estadios vitales. Los diferentes estadios de la edad tienen sus particulares tareas vitales que deben ser tomadas en cuenta por el clínico; crecimiento y desarrollo en niños; desarrollo sexual, identidad e interdependencia en adolescentes; trabajo, rol de pareja en el adulto joven; paternidad y cima profesional en el adulto medio; envejecimiento, retiro y adaptación a las pérdidas en el adulto mayor. La consideración de estas etapas y su disrupción es muy útil para determinar las intervenciones que pueden ser empleadas para minimizar el efecto deletéreo de la enfermedad en el desarrollo. (Rowland, 1989a).<sup>60</sup> Los recursos interpersonales incluyen: tipo de personalidad, madurez emocional, estrategias de afrontamiento y experiencias previas (Rowland, 1989b).<sup>61</sup> Antecedentes psiquiátricos positivos implican mayor vulnerabilidad, mientras que la existencia de recursos sociales y familiares son factores de protección.<sup>11</sup>

El cáncer exige de la persona la capacidad de afrontamiento (o de coping) para completar varios objetivos: (a) mantener el distres dentro de niveles manejables; (b) mantener un sentido de dignidad personal; (c) restaurar y mantener relaciones significativas; (d) recuperar e incrementar la función física; y (e) mantener un estado aceptable de función física (Hamburg, 1967).<sup>35</sup> La habilidad de afrontamiento es influenciada por la

personalidad, el nivel de la enfermedad y otros factores, tales como creencias religiosas y espirituales. Para algunos individuos la religión proporciona una perspectiva existencial de la vida, la enfermedad y la muerte, y significa además apoyo social comunitario. La existencia de experiencias previas con cáncer son frecuentemente un factor negativo, especialmente cuando se relacionan con las memorias de la niñez en relación a la muerte de un padre o un hermano de cáncer. Hipocondriasis crónica y cancerofobia parece ser más común después de tales experiencias tempranas. La muerte de un familiar a causa del mismo tipo de tumor agrega una carga aún mayor (Stefanek y cols, 1987).<sup>68</sup> Además, aquellos individuos que han sufrido experiencias traumáticas extremas (ej. sobrevivientes del Holocausto) pueden tener mayor distres al afrontar el cáncer (Peretz y cols, 1994).<sup>53</sup>

Los factores derivados del cáncer que contribuyen a la adaptación constituyen los hechos clínicos del estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico, la sintomatología (especialmente la presencia de dolor), y el pronóstico; el tipo o tipos de tratamiento requerido y su impacto en la función, tanto a corto como a largo plazo; y los alcances posibles de la rehabilitación y el manejo psicológico por el equipo de salud. La sabiduría y sensibilidad del médico frecuentemente se convierte en una fuente importante de apoyo interpersonal, ofreciendo preocupación y "cuidado" en el contexto de servicio profesional.<sup>32</sup> La ausencia de tal relación es un factor negativo que debe abordarse para proporcionar apoyo extra por otros miembros del equipo tales como la enfermera, el trabajador social o el profesional de salud mental.

**Problemática psicosocial y adaptación a largo plazo:** pacientes en tratamiento curativo, cuidado paliativo, sobrevivientes, y gente sana con riesgo genético conocido de cáncer enfrentan diversa problemática psicosocial. En el tratamiento curativo el objetivo del cuidado psicosocial es apoyar la capacidad de afrontamiento, reducir el distres. La idea de curarse ayuda a muchos individuos a tolerar el discomfort temporal y los efectos colaterales de cirugía, quimioterapia y radiación, y adaptarse a las pérdidas permanentes o procedimientos de preservación de órganos para alcanzar un tratamiento antineoplásico exitoso (Portenoy y cols, 1994).<sup>54</sup> La terapia de apoyo, grupos de autoayuda, intervenciones cognitivo-conductuales, y agentes psicofarmacológicos representan todas intervenciones disponibles para controlar los sín-

**Cuadro 2. Predictores de pobre afrontamiento con el cáncer.**

1. Aislamiento social
2. Bajo nivel socioeconómico
3. Abuso de alcohol o drogas
4. Historia psiquiátrica previa
5. Experiencia previa con cáncer (p/ej: muerte de un familiar)
6. Pérdidas recientes/duelo
7. Inflexibilidad y rigidez en el afrontamiento
8. Filosofía pesimista en la vida
9. Ausencia de un sistema de valores o creencias
10. Obligaciones múltiples

tomas psicológicos del distres (Breitbart y Holland, 1993).<sup>13</sup> La transición de un abordaje curativo a uno paliativo es extremadamente difícil para el paciente, la familia y el médico quien ha trabajado con el paciente durante meses de arduo tratamiento, acarreando en ocasiones mayor angustia que la que se experimentó al momento del diagnóstico inicial (Cherny y cols, 1994).<sup>21</sup> El paciente que siente en su médico un compromiso para continuar su cuidado y alcanzar su máxima calidad de vida tiene un ajuste más fácil en este trance. Este suele ser el tiempo apropiado para discutir aspectos relativos a designar a un responsable de su cuidado (health proxy), así como deseos acerca de la resucitación y el sostenimiento artificial de la vida. Un tema especial es plantear la posibilidad de cuidado en casa a fin de obtener el beneficio de la cercanía paciente-familia durante los últimos días, lo cual es posible gracias a la disponibilidad de enfermeras clínicas expertas en cuidado psiquiátrico, manejo de dolor y otros síntomas (anorexia, constipación, disnea, debilidad, pérdida de peso) (Breitbart y cols, 1993).<sup>14</sup> La participación en programas experimentales de fase I o II, suelen ofrecer alguna esperanza lo cual implica abordajes más agresivos que son preferidos por algunos pacientes quienes encuentran inaceptable dejar de “luchar”.

Uno de los grupos cuyas voces crecen continuamente es el de los sobrevivientes que supera ya los 8 millones de personas, tan sólo en los estados Unidos. Ellos presentan preocupación por el riesgo de recurrencia, esterilidad, deterioro neuropsicológico en niños post-radioterapia craneal (Butler y cols, 1994),<sup>18</sup> así como ansiedad, sensación de vulnerabilidad, baja autoestima, miedo a revisiones de seguimiento y estudios (sanguíneos o de neuroimagen), además de deseo sexual disminuido y pobre satisfacción y funcionamiento sexual. Algunos reportes recientes subrayan la presencia de síntomas similares a los del trastorno por estrés postraumático (TEPT) (Jacobsen y cols, 1995;<sup>44</sup> Cella y cols, 1986<sup>19</sup>) después de quimioterapia (a corto y largo plazo).

Otro grupo en aumento es el de individuos sanos en riesgo de cáncer, en virtud de que lo han tenido otras personas en su familia, ellos han revelado la sensación de ir “caminando hacia una bomba” a pesar de su buena salud presente. Dicho grupo necesita apoyo e información apropiada en relación a prevención y reducción de factores de riesgo (Kash y cols, 1992;<sup>45</sup> Biesecker y cols, 1993;<sup>10</sup> Lerman y cols, 1994<sup>47</sup>), especialmente en relación al riesgo genético, pues muchas personas podrían asumir que el DNA del cáncer está “justo a la vuelta de la esquina”. Además, la prueba genética podría condicionar discriminación laboral o afectar el estatus en un seguro de vida. Por ello antes de que la prueba de línea germinal sea clínicamente confiable, es importante desarrollar guías para varios aspectos: información pre-test y consejería; consejo post-test acerca del significado de los resultados; alternativas y seguimiento, identificación de vulnerabilidad y mayor educación al público, medidas apoyadas por el Instituto de Medicina y el Proyecto del Genoma Humano (Andrews y cols, 1994).<sup>7</sup>

## Cuidado clínico psiquiátrico en pacientes con cáncer

El cuidado clínico del paciente con cáncer requiere de estrategias adecuadas de comunicación de malas noticias, de la identificación temprana y del manejo del distres psicosocial así como del abordaje de los trastornos psiquiátricos que aparecen como complicación del cáncer mediante intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas.

**Comunicación de malas noticias al paciente con cáncer y su familia:** el campo de la oncología es escenario frecuente de comunicación de malas noticias lo cual implica un alto grado de impacto psicológico a nivel del paciente (Singer, 1997),<sup>64</sup> su red de apoyo (Seo, 1997)<sup>63</sup> y aún del equipo médico (Espinosa, 1996).<sup>27</sup> El manejo y la comunicación de dicha información es un factor clave (Almanza y Holland, 1998<sup>2</sup>; 1999a<sup>3</sup>), sin embargo, existe una deficiente preparación de los médicos para tal efecto (Charlton, 1996;<sup>20</sup> Morgan, 1996,<sup>52</sup> pues sólo 14% de la investigación en esta área se tiene objetivos de enseñanza<sup>2,3</sup> (Almanza y Holland, 1999b).<sup>4</sup> Conceptualmente “malas noticias” se refiere a; toda comunicación relacionada con el proceso de atención médica que conlleva la percepción de amenaza física o mental, y el riesgo de ver sobrepasadas las propias capacidades en función del estilo de vida establecido, existiendo objetiva o subjetivamente pocas posibilidades de afrontamiento de eventos negativos de reciente suceso.

En dicho contexto, la teoría de enfrentamiento (Copina) hace referencia al desarrollo de nuevas estrategias y la instrumentación de nuevas conductas, requerida frente a una dificultad inusual y ofrece una matriz teórico-conceptual para explicar los eventos relacionados con la comunicación de malas noticias y la reacción ante las mismas (Ptacek, 1996).<sup>55</sup> El *cuadro 3* enumera los aspectos primordiales a considerar cuando deben comunicarse malas noticias.<sup>2-4</sup>

**Reconocimiento del distres psicosocial en oncología:** la dimensión psicosocial es una parte del cuidado de *todos* los pacientes en *todos* los estadios, en padecimientos que afecten a cualquier sitio, e influye en *todos* los tratamientos oncológicos, y es la *única* área que está involucrada en el cuidado de *todos* los pacientes con cáncer en *todo* momento (American pain Society, 1995<sup>5</sup> Holland, 1999).<sup>43</sup> La presencia de ansiedad no tratada y las frecuentes visitas a la sala de emergencia junto a la falta de adherencia a tratamiento, son

**Cuadro 3. Principios generales para comunicar malas noticias en pacientes con cáncer.**

1. Establecer una adecuada relación médico-paciente:
2. Conocer cuidadosamente la historia médica
3. Conocer al paciente como persona
4. Preparación del setting
5. Organización del tiempo
6. Aspectos específicos de comunicación
7. Atención y cuidado de la familia
8. Detección de riesgo suicida u otras emergencias médicas
9. Abordar la dimensión religiosa del paciente
10. Trabajar en los propios sentimientos

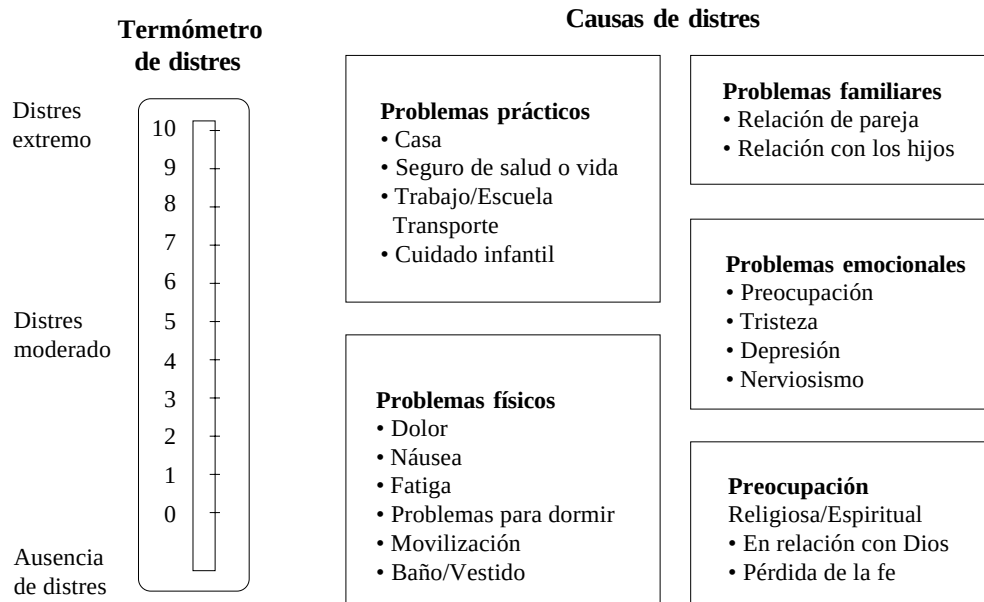


Figura 1. Escala de distres.

**Definición de distres:**

Experiencia emocional displacentera, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social, y/o espiritual, que interfiere con la habilidad de afrontar efectivamente una enfermedad o una situación problemática en particular.

El distress se extiende a lo largo de un continuum, abarcando desde sentimientos normales y comunes de vulnerabilidad, tristeza y miedo hasta problemas que pueden llegar a ser incapacitantes, tales como depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y crisis espirituales.

algunas de las consecuencias de no detectar el distres.<sup>5,43</sup> (Roth y cols, 1998).<sup>59</sup> El estigma de la enfermedad mental ha sido una de las barreras para este propósito, por ello se ha propuesto el uso de la palabra “*distress*” que se define como una experiencia emocional displacentera, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional), social, y/o

espiritual, que interfiere con la habilidad de afrontar efectivamente el cáncer y su tratamiento. Este abarca sentimientos normales de vulnerabilidad, tristeza y miedo hasta problemas incapacitantes de depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y crisis espirituales<sup>43</sup> (Fitchet y Handzo, 1998).<sup>31</sup>

Se ha propuesto también que: ningún paciente con distres

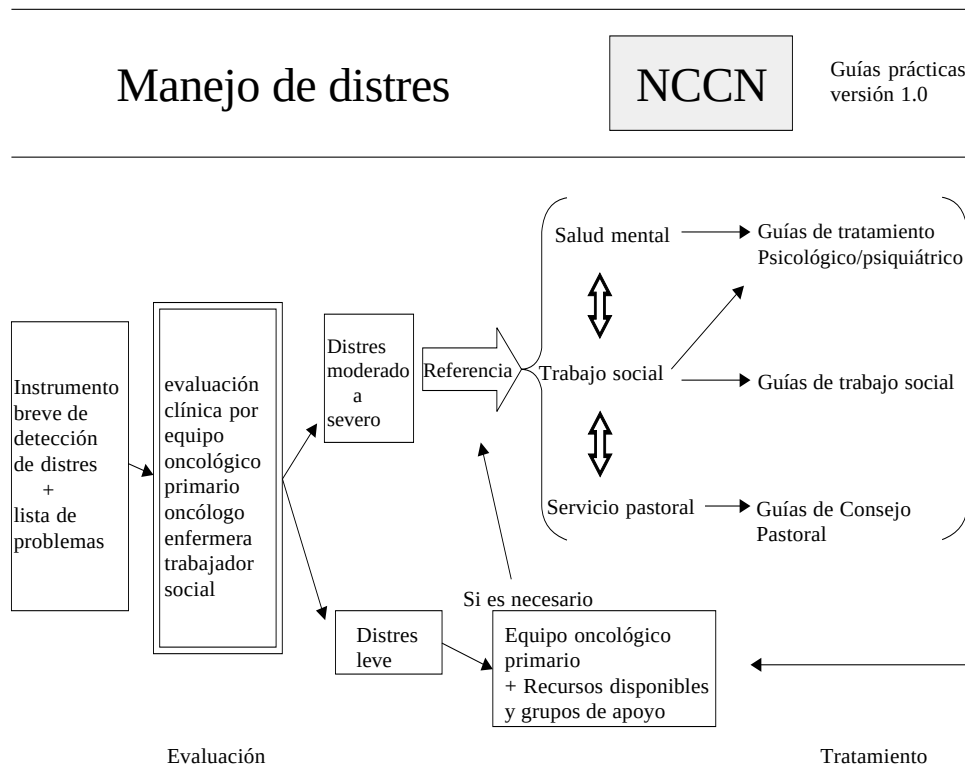


Figura 2. Algoritmo de referencia en la detección de distres psicosocial en cáncer.

debe dejar de ser reconocido y tratado, para lo cual una de las herramientas disponibles ahora es el termómetro de distres (*Figura 1*), en el cual el paciente puede indicar su nivel de distres en forma gráfica junto a una lista de problemas específicos. Un puntaje de 5 o más indica distres significativo (4) y la probable necesidad de una intervención de salud mental. Sin embargo, esto no es un sustituto del contacto con el equipo médico, aunque es sumamente útil para dirigir la discusión más rápidamente hacia áreas de problemas específicos. (3) Establecer un sistema específico de referencia: tras la detección positiva de distres en el paciente incluyendo su severidad y el área específica de afección, la referencia deberá hacerse hacia alguna de las áreas mayores: salud mental, trabajo social, servicio pastoral (*Figura 2*).<sup>5,43</sup>

**Trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer:** aun cuando aproximadamente un 50% de las personas con cáncer sólo cursan con una reacción “normal” (*Cuadro 1*), el resto presenta trastornos de adaptación (32%), trastornos depresivos (6%), trastornos mentales orgánicos (4%), trastornos de personalidad (3%) y trastornos de ansiedad (2%) (Derogatis y cols, 1983;<sup>25</sup> Holland, 1992;<sup>2</sup> Barg y cols, 1994;<sup>9</sup> Fawzy y cols, 1995),<sup>30</sup> si están hospitalizados. Dicha prevalencia es un tanto distinta en pacientes ambulatorios referidos a consulta psiquiátrica: 22% presenta trastorno depresivo mayor; 17% cursa con trastorno de adaptación mixto con ansiedad y depresión; 14% trastorno de adaptación con depresión; 12% trastorno afectivo secundario a cáncer; y 8% presenta distimia (Almanza, Breitbart y Holland, 1999. Comunicación personal).

**Trastornos de ansiedad:** la ansiedad es la forma más común de distres psicológico en pacientes con cáncer y suele ser de cuatro tipos: (a) ansiedad situacional; (b) manifestación de la enfermedad; (c) síntoma resultante del tratamiento; y (d) exacerbación de un trastorno de ansiedad pre-existente (*Cuadro 4*). La ansiedad situacional se presenta antes o durante un procedimiento o tratamiento nuevo, en puntos transicionales del proceso canceroso, al final del tratamiento y como preocupación por una posible recurrencia. La ansiedad relacionada con problemas médicos se debe a dolor, estados metabólicos anormales (hipoxia, émbolos pulmonares, sepsis, delirium, sangrado, arritmia cardíaca, e hipoglicemia), o tumores secretores de hormonas (feocromocitoma, adeno-

**Cuadro 4. Causas de ansiedad en pacientes con cáncer.**

1. Situacional
  - Diagnóstico de cáncer; discusión del pronóstico
  - Crisis, enfermedad/tratamiento
  - Conflictos con la familia o el equipo de atención
  - Anticipación de un procedimiento atemorizante
  - Espera de resultados del test
  - Miedo de recurrencia
2. Relacionadas con la enfermedad
  - Pobre control del dolor
  - Estados metabólicos anormales
  - Tumores secretantes de hormonas
  - Síndromes paraneoplásicos (efectos remotos en el sistema nervioso central)
3. Relacionadas con el tratamiento
  - Procedimientos atemorizantes o dolorosos (Resonancia magnética, escaners, debridamiento de heridas)
  - Fármacos que causan ansiedad (antieméticos, neurolépticos, broncodilatadores)
  - Estados de abstinencia (opioides, benzodiazepinas, alcohol)
  - Ansiedad (anticipatoria) condicionada, náusea y vómito con qui - mioterapia cíclica
4. Exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente
  - Fobias (a agujas, claustrofobia)
  - Trastorno de pánico o de ansiedad generalizada
  - Trastorno por estrés postraumático (Sobrevivientes del Holocausto, veteranos de Guerra, recuerdo de la muerte de un familiar por cáncer).

ma o carcinoma tiroideo, adenoma paratiroide, tumores productores de ACTH e insulinoma) (*Cuadro 5*).

Entre las causas de ansiedad relacionadas con el tratamiento del cáncer, la más común es ansiedad relacionada con procedimientos atemorizantes o dolorosos que ocurren repetidamente, tales como debridación de heridas. Además, un 20% de los pacientes tienen problemas para tolerar procedimientos de imagenología como resonancia magnética, tomografía computada, pues el espacio encerrado y pequeño en que se efectúan desencadena miedos claustrofóbicos, y hasta un 5% es incapaz de pasar por ello. Medicamentos como: corticosteroides, neurolépticos, broncodilatadores, tiroxina y algunos estimulantes provocan ansiedad, mientras que la metoclopramida, un antiemético, ocasiona cansancio inexplicable, ansiedad y agitación. Supresión de alcohol, narcóticos, analgésicos e hipnóticos-sedantes producen ansiedad como un síntoma prominente y deben ser considerados,

**Cuadro 5. Ansiedad relacionada con problemas médicos comunes en cáncer.**

| Problemas médicos                      | Ejemplos                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Dolor pobremente controlado         | Dolor que no responde o que no es tratado.                                                                                                                                                                                         |
| 2. Estados metabólicos anormales       | Hipoxia, émbolos pulmonares, sepsis, fiebre, delirium, hipoglicemia, sangrado, oclusión coronaria y falla cardíaca, arritmia cardíaca                                                                                              |
| 3. Tumores secretores de hormonas      | Feocromocitoma, adenoma tiroideo o carcinoma, Adenoma paratiroideo, tumores productores de ACTH, insulinoma                                                                                                                        |
| 4. Drogas productoras de ansiedad      | Corticosteroides, neurolépticos usados como antieméticos, tiroxina, broncodilatadores, estimulantes betaadrenérgicos, antihistamínicos, (reacciones paradójicas) estados de abstinencia (alcohol, narcóticos, hipnóticos-sedantes) |
| 5. Efectos secundarios del tratamiento | Piel alérgica, rash a antibióticos, toxicidad inesperada (p. ej: diarrea).                                                                                                                                                         |

**Cuadro 6. Benzodiacepinas comúnmente prescritas en cáncer.**

| Fármaco                       | Dosis aproximada | Dosis inicial (mg) | Vida media (hrs) |
|-------------------------------|------------------|--------------------|------------------|
| Vida media corta a intermedia |                  | Mañana-tarde-noche |                  |
| Alprazolam                    | 0.5              | .25-0.50 1-1-1     | 10-15            |
| Clordiazepóxido               | 10.0             | 10-25 1-1-1        | 5-30             |
| Clonazepam                    | 1.0              | 0.5 1-0-1          | 18-50            |
| Lorazepam (a)                 | 1.0              | 0.5-2.0 1-1-1      | 10-20            |
| Oxazepam                      | 10.0             | 10-15 1-1-1        | 5-15             |
| Temazepam (b)                 | 15.0             | 15-30 qhs          | 10-15            |
| Triazolam                     | 0.25             | 0.125-0.250 qhs    | 1.5              |
| Zolpidem                      | 5.0              | 5.0-10.0           | 2-4              |
| Vida media larga              |                  |                    |                  |
| Cloracepato                   | 7.5              | 7.5-15.0 1-0-1     | 30-200           |
| Diazepam                      | 5.0              | 5-15               | 20-70            |

(a) Lorazepam también puede ser administrado intramuscularmente; otras benzodiacepinas son erráticamente absorbidas cuando se aplican por vía intramuscular

(b) Agentes hipnóticos

asimismo, algunos efectos secundarios del tratamiento pueden causar ansiedad (*Cuadro 4*).

Algunos pacientes bajo régimen de quimioterapia desarrollan ansiedad anticipatoria, náusea y vómito alrededor del tercer ciclo, unas pocas horas antes de recibir el siguiente ciclo de tratamiento<sup>44</sup> (Andrykowski y cols, 1987;<sup>8</sup> Redd y cols, 1987<sup>57</sup>), en lo que es un aprendizaje condicionado, es decir una respuesta pavloviana autonómica de repetición de la náusea y del vómito, misma que ha sido vista hasta 12 años después del tratamiento.<sup>19</sup> La intervención temprana y el manejo sintomático apropiado puede prevenir la instauración de dicha respuesta y la instauración posterior de trastorno por estrés postraumático (TEPT), pues se ha demostrado que la ansiedad es el predictor más fuerte de TEPT (Kazak, 1998).<sup>46</sup> Un manejo anticipado de reacciones de ansiedad es necesario en pacientes con antecedentes de: fobias, ataques de pánico, ansiedad generalizada, TEPT, la pérdida de un familiar por cáncer o la experiencia del Holocausto, pues todos ellos tienen un mayor riesgo de presentar sintomatología ansiosa durante el tratamiento (*Cuadro 4*)<sup>53</sup> (Massie, 1989).<sup>49</sup> El manejo de la ansiedad situacional requiere información, psicoterapia de apoyo y reaseguramiento a fin de generar confianza en la persona, con frecuencia la labor de la enfermera es invaluable en este sentido. Otras modalidades incluyen terapia de grupo (incluyendo grupos de pacientes), manejo conductual y manejo farmacológico. El uso del intervención en crisis es muy útil (Burton y cols, 1995;<sup>17</sup> Fawzy y Fawzy, 1994;<sup>29</sup> Moorey y cols, 1994<sup>51</sup>). Otras intervenciones que han mostrado eficacia incluyen psico-educacional, psicoterapia interpersonal (PIP), de apoyo y cognitivo-conductual, imagería guiada e hipnosis,<sup>30</sup> así como relajación.<sup>57</sup>

La ansiedad más severa requiere manejo farmacológico, mediante benzodiacepinas, betabloqueadores o neurolépticos en bajas dosis (Bolund, 1985).<sup>11</sup> Es importante anticipar el hecho de que para algunos pacientes, el uso de psico-fármacos es un signo de debilidad, por lo que su indicación debe ser claramente explicada. Las benzodiacepinas son elegidas de acuerdo a la vida media deseada y a la ruta de admi-

nistración tomando en cuenta sus metabolitos activos e inactivos (*Cuadro 6*). Las de vida media corta proporcionan mejor control y menos probabilidad de sobre-sedación. Pacientes en quienes la ansiedad se manifiesta como insomnio responden bien a una dosis administrada a la hora de dormir. La disminución paulatina previene un incremento y evita síntomas de supresión. Otros fármacos útiles son la buspirona (no es sedante ni adictiva); y algunos neurolépticos (tioridazina, haloperidol, clorpromazina), útiles a dosis bajas cuando están contraindicadas las benzodiacepinas.

**Trastornos depresivos:** la depresión es difícil de diagnosticar en pacientes con cáncer, debido a que la enfermedad neoplásica produce por sí misma fatiga, debilidad, pérdida de la libido, pérdida de interés o concentración y de motivación, síntomas frecuentes en enfermos puramente depresivos. La mayoría de los trastornos depresivos son reactivos a la enfermedad y son vistos en aproximadamente 25% de los pacientes oncológicos externos y en un porcentaje mayor en pacientes hospitalizados (Bukberg y cols, 1984).<sup>16</sup> Historia positiva de depresión o intentos suicidas, abuso de sustancias, pobre apoyo social, duelo reciente, fatiga extrema, enfermedad avanzada, comorbilidad, administración de esteroides, quimioterapia son factores de riesgo que predicen depresión en pacientes oncológicos.

Los síntomas característicos incluyen: tristeza, insomnio, cansancio, lentitud psicomotora, desesperanza e ideación suicida (ideas delirantes o de culpa se parecen menos frecuentemente). La exploración del estado mental debe incluir la búsqueda de antecedentes psiquiátricos (depresión, trastorno bipolar, abuso de sustancias), y riesgo suicida. Asimismo, la depresión aparece como parte del cuadro metabólico de falla de órganos y con algunas complicaciones nutricionales, endocrinas y neurológicas del cáncer, además es un síntoma muy común en cáncer de páncreas. El principio básico de manejo incluye: establecer una adecuada alianza terapéutica y garantizando el apoyo del grupo familiar a lo cual se suman la psicoterapia de apoyo, las intervenciones conductuales, y el uso de fármacos (Breitbart y Holland, 1993).<sup>13</sup> El *cuadro 7* enlista los medicamentos antidepresi-

vos más frecuentemente usados en oncología, así como su dosis inicial y de mantenimiento (de Haes, 1985).<sup>24</sup>

Los antidepresivos comúnmente usados son: tricíclicos, antidepresivos de segunda generación, heterocíclicos, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), inhibidores de la monoaminoxidasa, psicoestimulantes, carbonato de litio y benzodiacepinas. Los ISRS son la primera línea ahora debido a su eficacia y su bajo perfil de efectos colaterales. La fluoxetina es ampliamente utilizada, así como paroxetina y sertralina. La venlafaxina está disponible representando un inhibidor de la recaptura de serotonina y de norepinefrina. La nefazodona que es similar en efectos a la trazodona ofrece un perfil de mayor seguridad y efectividad. Los tricíclicos se utilizan a dosis de 10 a 25 mg por la noche con incrementos de 10 a 25 mg cada 4 a 7 días, si es necesario, durante 4 a 6 meses en un tricíclico. Si se busca un efecto sedante los indicados son amitriptilina o doxepina; en caso de enlentecimiento psicomotor lo indicado es desipramina. Nortriptilina y desipramina se caracterizan por un mínimo efecto anticolinérgico. Un uso adicional de los tricíclicos es el control del dolor y disconfort de la neuropatía periférica secundaria a quimioterapia (*Cuadro 7*).

La maprotilina, la amoxapina, el bupropión y la trazodona son útiles y su perfil de efectos secundarios son similares a los tricíclicos. La maprotilina tiene la particularidad de dis-

**Cuadro 8. Abordaje de riesgo suicida en cáncer.**

1. Factores de riesgo
  - Personales
    - Historia previa de suicidio (individual o familiar)
    - Trastorno psiquiátrico previo
    - Abuso previo de alcohol o drogas
    - Depresión y desesperanza
    - Pérdida reciente/duelo
  - Médicos
    - Dolor
    - Delirium
    - Avance de la enfermedad
    - Debilitamiento extremo, fatiga
2. Evaluación de riesgo suicida
  - Establecer una relación armónica con el paciente
  - Preguntar acerca de síntomas (dolor, discomfort, y capacidad de control)
  - Preguntar acerca de pensamientos de depresión y suicidio en el presente o en el pasado
  - Preguntar acerca de pensamientos suicidas pasivos (quisiera morir), o activos (estoy planeando suicidarme)
  - Preguntar acerca de la familia y amigos así como de las formas de apoyo por otras personas
  - Preguntar acerca de pérdidas recientes de personas cercanas, especialmente debido a cáncer
  - Preguntar acerca del significado de la enfermedad, presencia de confusión y fatiga
  - Preguntar No causa pensamientos suicidas: el paciente generalmente se siente aliviado al poder expresarlos

**Cuadro 7. Antidepresivos utilizados en pacientes con cáncer.**

| Medicamento                                                       | Dosis inicial vía oral (mg) | Dosis terapéutica diaria (mg) |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>1. Antidepresivos tricíclicos</b>                              |                             |                               |
| • Amitriptilina                                                   | 25                          | 75-100                        |
| • Doxepina                                                        | 25                          | 75-100                        |
| • Imipramina                                                      | 25                          | 75-100                        |
| • Desipramina                                                     | 25                          | 75-100                        |
| • Nortriptilina                                                   | 25                          | 50-100                        |
| <b>2. Segunda generación de antidepresivos</b>                    |                             |                               |
| • Bupropion                                                       | 15                          | 200-450                       |
| • Trazodona                                                       | 50                          | 150-200                       |
| <b>3. Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina</b>    |                             |                               |
| • Fluoxetina                                                      | 20                          | 20-60                         |
| • Paroxetina                                                      | 20                          | 20-50                         |
| • Sertralina                                                      | 50                          | 50-150                        |
| <b>4. Inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina</b> |                             |                               |
| • Venlafaxina                                                     | 25                          | 75-150                        |
| <b>5. Antidepresivos heterocíclicos</b>                           |                             |                               |
| • Maprotilina                                                     | 25                          | 50-75                         |
| • Amoxapina                                                       | 25                          | 100-150                       |
| <b>6. Inhibidores de la monoaminoxidasa</b>                       |                             |                               |
| • Isocarboxasida                                                  | 10                          | 24-40                         |
| • Fenelzina                                                       | 15                          | 30-60                         |
| • Tranilcipromina                                                 | 10                          | 20-40                         |
| <b>7. Estabilizadores del estado de ánimo</b>                     |                             |                               |
| • Carbonato de litio                                              | 300                         | 600-1200                      |
| <b>8. Psicoestimulantes</b>                                       |                             |                               |
| • Dextroanfetamina                                                | 2.5 (8 am y 12 am)          | 5-30                          |
| • Metilfenidato                                                   | 2.5 (8 am y 12 am)          | 5-30                          |
| • Pemolina                                                        | 18.75 (8 am y 12 am)        | 37.5-150.0                    |
| <b>9. Benzodiacepinas</b>                                         |                             |                               |
| • Alprazolam                                                      | 0.25-1.00                   | 0.75-6.00                     |

minuir el umbral convulsivo. Debe recordarse que el efecto antidepresivo puede tomar 2 a 3 semanas y el máximo beneficio se obtiene en 4 semanas. Entre otros antidepresivos, los psicoestimulantes son más ampliamente usados para promover bienestar y contra-atacar la fatiga en enfermedades avanzadas. La resequead asociada con opioides es frecuentemente disminuida por la dextroanfetamina, el metilfenidato o la pemolina, la cual es un estimulante no controlado y sin efecto adictivo potencial. El alprazolam tiene la ventaja de ser efectivo contra la ansiedad y la depresión, y es muy útil cuando los antidepresivos más fuertes están contraindicados (Holland y cols, 1991)<sup>40</sup> (*Cuadro 7*).

La incidencia de suicidio es mayor en pacientes con cáncer en comparación con la población general<sup>11</sup> (Bolund, 1986),<sup>12</sup> y probablemente ocurre más en estadios avanzados de la enfermedad, cuando la depresión, la desesperanza y la presencia de síntomas pobremente controlados, especialmente dolor, se incrementan. El *cuadro 8*, enumera los factores de riesgo que predicen la actuación de pensamientos suicidas así como los principios básicos de evaluación del paciente con riesgo suicida. Para considerar suicidio en el contexto de cáncer, es útil enfocarlo desde cuatro perspectivas: (a) pensamientos suicidas en pacientes en todos los estadios de la enfermedad; (b) pensamientos suicidas en pacientes en quienes hay remisión y un buen pronóstico; (c) pensamientos suicidas en pacientes con pobre pronóstico y pobre control de síntomas; y (d) pacientes en estados terminales (*Cuadro 8*).

La mayoría de los pacientes con cáncer "cargan" consigo una idea raramente externada: "Yo no voy a morir de un cán-



**Cuadro 9. Abordaje integral del delirium en pacientes con cáncer.**

| 1. Etiología                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Ejemplos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encefalopatía metabólica por falla de un órgano vital</li> <li>• Desequilibrio electrolítico</li> <li>• Tratamiento de efectos colaterales</li> <li>• Infección</li> <li>• Anormalidades hematológicas</li> <li>• Nutricional</li> <li>• Síndromes paraneoplásicos</li> </ul> | <p>Hígado, riñón, pulmón (hipoxia), glándula tiroides, glándula adrenal</p> <p>Sodio, potasio, calcio, glucosa</p> <p>Narcóticos, anticolinérgicos, fenotiazinas, antihistamínicos, agentes quimioterápicos, esteroides, radioterapia</p> <p>Septicemia</p> <p>Anemias microcítica y macrocítica, coagulopatías</p> <p>Malnutrición general, deficiencia de tiamina, ácido fólico, Vitamina B-12</p> <p>Efectos remotos de tumores</p> <p>Tumores productores de hormonas</p> |
| 2. Manifestaciones clínicas                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación temprana</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Cambios en el patrón de sueño con cansancio, intentos de salir de cama, periodos transitorios de desorientación</p> <p>Ansiedad inexplicable y sensación de terror</p> <p>Irritabilidad creciente, enojo, malestar e ira explosiva</p> <p>Rechazo a hablar con familiares o con el equipo médico</p> <p>Olvidos no presentes previamente</p>                                                                                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentación tardía</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Rehusarse a cooperar a peticiones razonables</p> <p>Enojarse, maldecir, mostrar actitud abusiva</p> <p>Demanda de ir a casa, pasear en el corredor</p> <p>Ilusiones (confusiones visuales y sensoriales, confundir al equipo médico)</p> <p>Delirios (confundir eventos, contenido usualmente paranoide, miedo a ser dañado)</p> <p>Alucinaciones (visuales y auditivas)</p>                                                                                               |

cer avanzado en medio del dolor-antes me mato yo mismo”, este pensamiento sirve realmente como una herramienta de afrontamiento que ayuda en alguna medida a mantener el control. En cambio la presencia de rumiaciones suicidas en pacientes cuyo cáncer está en remisión muy probablemente sufren de depresión mayor, abuso de sustancias o duelo reciente (Hietanen, 1991),<sup>37</sup> lo cual debe ser reconocido y tratado. Por otro lado, pacientes con pobre pronóstico, mal control sintomático y quienes están en fase terminal pueden solicitar suicidio asistido o eutanasia por inyección letal. Esto suele reducirse notablemente con un buen control sintomático

co así como con el manejo apropiado de la depresión y el dolor (Chochinov, 1995;<sup>22</sup> Convell, 1991).<sup>23</sup>

**Delirium:** pacientes oncológicos en fase terminal desarrollan frecuentemente delirio, cuya etiología suele ser diversa (Fleishman y cols, 1989),<sup>33</sup> y sus manifestaciones incluyen cambios súbitos de conducta, irritabilidad, falta de cooperación, agitación, somnolencia, y malinterpretación de sonidos son signos comunes de delirio, además de ideas delirantes de tipo persecutorio, alucinaciones, junto a la dificultad para mantenerse en su cama y en la habitación del hospital (*Cuadro 9*). La intervención incluye medidas no farmacológicas

**Cuadro 10. Tratamiento del delirium en el paciente con cáncer.**

| 1. Intervenciones no farmacológicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo de la familia y del staff</li> <li>• Re-asegurar a la familia acerca de la naturaleza médica del delirium</li> <li>• De acuerdo al estadio; definir el delirium como transitorio o como un preámbulo del deceso</li> <li>• Proveer de un ambiente sensorial apropiado (habitación tranquila, reloj y calendario visibles, gente y objetos familiares)</li> <li>• Comunicación apropiada con pacientes y familiares</li> </ul> |                       |                        |
| 2. Intervenciones farmacológicas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                       |                        |
| Medicamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Dosificación          | Ruta de administración |
| • Haloperidol                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | .5-5 cada 2-12 hrs    | O, IV, SC, IM          |
| • Tioridazina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 10-75 cada 4-8 hrs    | O                      |
| • Clorpromazina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 12.5-50 cada 4-12 hrs | O, IV, IM              |
| • Molindona                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 10-50 cada 8 a 12 hrs | O                      |
| • Droperidol                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | .5-5 cada 12 hrs      | IM, IV                 |
| • Metotrimeprazina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 12.5-50 cada 4-8 hrs  | IV, SC, O              |
| • Risperidona                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1-3 cada 12 hrs       | PO                     |
| • Olanzapina                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2.5-5 cada 12 hrs     | PO                     |
| • Lorazepam                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 5-2 cada 1-4 hrs      | PO, IV, IM             |
| • Midazolam                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 30-100 en 24 hrs      | IV, SC                 |
| • Propofol                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 10-50 cada hr         | IV                     |

Nota: O = Oral, IV = Intravenosa, SC = Subcutánea, IM = Intramuscular

**Cuadro 11. Abordaje psicoterapéutico en pacientes con cáncer.**

1. Pre-requisitos del abordaje psicodinámico en pacientes con cáncer
  - Considerar y conocer el curso natural y la evolución de la enfermedad
  - Establecer un abordaje flexible de acuerdo con el estado médico del enfermo
  - Utilizar el sentido común al abordar las defensas
  - Tomar en consideración los aspectos de calidad de vida
  - Efectuar un manejo adecuado de la transferencia y contra-transferencia
2. Aspectos centrales del proceso psicoterapéutico en pacientes con cáncer
  - Amenaza básica de la integridad narcisista
  - Sensación de pérdida de control
  - Dependencia
  - Miedo al abandono
  - Pérdida de la identidad
  - Aspectos relativos al tratamiento
  - El significado específico de la enfermedad
  - El miedo a la muerte

como el proveer al enfermo de una habitación lo menos ruidosa posible con orientación ambiental (reloj, calendario, figuras familiares), así como del uso de fármacos apropiados, dentro de los cuales se incluye el haloperidol así como otros neurolepticos, especialmente el droperidol, que tiene una acción más rápida (Asociación Psiquiátrica Americana, 1999).<sup>6</sup> Otros fármacos útiles son benzodiacepinas como el lorazepam y anestésicos como el propofol<sup>14</sup> (Massie, Holland y Glass, 1983;<sup>48</sup> Breitbart y cols, 1996)<sup>15</sup> (Cuadro 10).

**Abordaje psicoterapéutico en el paciente con cáncer:** la conducción de psicoterapia dinámica (o de cualquier otro tipo) en un paciente con cáncer tiene como pre-requisitos el considerar y conocer el curso de la enfermedad, planear un abordaje flexible, utilizar el sentido común al abordar e interpretar las defensas, considerar los aspectos de calidad de vida y un cuidadoso manejo de la transferencia contratransferencia (Cuadro 11) (Straker, 1998).<sup>69</sup> La implementación del manejo psicoterapéutico requiere de una programación flexible del tiempo y espacio, pues las sesiones pueden ser muy breves (pacientes muy debilitados), o muy prolongadas (intervenciones familiares) en sitios muy diversos (hospital, consultorio, casa del enfermo). La identidad del paciente es modificada por la inclusión de la familia y del equipo médico, asimismo el foco terapéutico del proceso es el presente y en este sentido las defensas se erigen como mecanismos de afrontamiento más que como barreras resistenciales hacia el pasado (Sourkes, Massie y Holland, 1998).<sup>65</sup>

Los aspectos centrales que interjuegan en el proceso terapéutico incluyen la confrontación que experimenta el paciente en su íntimo sentido de ser y hacer provoca una sensación de amenaza básica de la integridad narcisista, mientras que la sensación de pérdida de control, se experimenta al percibir la mínima influencia que se tiene sobre los cambios corporales, y condiciona dependencia y miedo al abandono. La hospitalización prolongada, el saberse como parte del grupo de "pacientes cancerosos" conduce a una sensación de pérdida de la identidad. Aspectos relativos al tratamiento tales como

la quimioterapia (efectos secundarios) y la cirugía (mutilación y desfiguración) influyen en el significado específico de la enfermedad para el paciente y en el miedo a la muerte como la última pérdida, incrementando la angustia y conduciendo a una suerte de auto-confrontación en torno a cómo se vivió la vida. (Postone, 1998)<sup>56</sup> (Cuadro 12).

**Educación y entrenamiento**

Un aspecto básico para asegurar el futuro desarrollo de la psico-oncología es la atención en el entrenamiento de los profesionales. El campo es todavía pequeño y nuevo, y los centros que pueden proporcionar dicha formación son pocos aún. Hay una necesidad importante de una amplia cohorte de individuos adiestrados en esta área. El actual Fellowship en psico-oncología combina hoy la experiencia clínica con pacientes en un modelo tutorial con un curriculum didáctico. Die-Trill y Holland (1995),<sup>26</sup> han revisado el curriculum en psico-oncología desde una perspectiva internacional y multidisciplinaria; concluyendo que debe incluir: respuesta normal al cáncer; diferencias en su desarrollo; apego al tratamiento; comunicación médico-paciente; trastornos psiquiátricos; familia, manejo de dolor; problemas sexuales; dilemas éticos; evaluación de la espiritualidad; factores de riesgo; sobrevida; cuidado paliativo; habilidades educativas y conducción de grupos de apoyo para el equipo de atención, entre otros.

La creciente necesidad de profesionales en el área hace imprescindible orientar los esfuerzos educativos hacia el período de formación en las diversas disciplinas médicas. Una de dichas iniciativas propone el uso de un módulo interactivo breve que en un lapso de tres horas proporciona a los estudiantes de medicina; sensibilización psicosocial, información básica de psico-oncología, revisión de aspectos éticos, de comunicación, mecanismos de coping, así como la interacción con profesionales de la oncología que ofrecen una dimensión vivencial, logrando con ello la difusión efectiva de todo el espectro profesional que ofrece la psico-oncología (Rancour, 1996).<sup>58</sup>

El perfil del futuro líder en psico-oncología requiere de liderazgo a nivel de cuidado clínico, investigación y desarrollo e implementación de programas de enseñanza y entrenamiento tanto a nivel del staff médico como del público y por supuesto los enfermos. Otro atributo personal crítico es

**Cuadro 12. Areas funcionales de evaluación de calidad de vida en cáncer.**

| Area           | Aspectos de calidad de vida                                        |
|----------------|--------------------------------------------------------------------|
| 1. Física      | Síntomas de la enfermedad y tratamiento de los efectos colaterales |
| 2. Funcional   | Habilidad de desarrollar actividades habituales                    |
| 3. Psicológica | Afecto y sensación de bienestar                                    |
| 4. Sexual      | Deseo y actividad                                                  |
| 5. Social      | Familia, amigos, ocio y descanso                                   |
| 6. Laboral     | Nivel usual de actividad                                           |
| 7. Espiritual  | Sistemas de creencias y apoyo social de comunidades religiosas     |

que dicho individuo tenga una apreciación de la importancia de un abordaje multidisciplinario, pues el equipo psico-oncológico debe ser interdisciplinario y ser capaz de trabajar efectivamente con el resto de las disciplinas médicas orientadas al cuidado del paciente con cáncer. El potencial de pérdida de energía por los conflictos interdisciplinarios es enorme debido a la amplitud de las disciplinas involucradas, por lo cual parte del entrenamiento en psico-oncología debe estar dirigido a proporcionar la capacidad de manejar estos aspectos.<sup>26,38,41</sup>

## Investigación en psico-oncología

Una de las áreas centrales en la cual está concentrada la atención internacional es la evaluación de la calidad de vida y su integración dentro de ensayos clínicos y cuidado del paciente. Esta área está actualmente dirigida a obtener el punto de vista del paciente acerca de su funcionamiento en áreas clave de su vida: física, psicológica, social, laboral y sexual (*Cuadro 12*). Diversos instrumentos orientados a objetivizar la medición de dichos aspectos están siendo desarrollados; por ejemplo dentro del proyecto de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (European Organization for Research and Treatment of Cancer/EORTC), Aaronson ha desarrollado un instrumento multilingüe usando un abordaje modular con una ficha genérica de preguntas para todos los pacientes y un módulo especial para neoplasias específicas (Aaronson 1991).<sup>1</sup> Las principales virtudes de dicho instrumento son su perspectiva transcultural, su aplicación basada en guías clínicas prácticas y una metodología que vincula investigación y trabajo clínico (Sprangers y cols, 1993).<sup>67</sup>

Esta área de evaluación está todavía en desarrollo y se encuentra además incorporando aspectos como la dimensión religiosa o espiritual en la medición de la calidad de vida y la capacidad de afrontamiento (coping) con el cáncer. Datos de ensayos clínicos en los pacientes son ahora derivados de ensayos clínicos rutinarios que pueden ayudar en futuras investigaciones acerca de los factores psicosociales como predictores de adaptación y duración de la sobrevida. La investigación y en particular los estudios controlados necesitan expandirse. El impacto positivo de la intervención a nivel de síntomas psicosociales y bienestar psicosocial ha sido mostrado mediante estudios de meta-análisis,<sup>30</sup> (Meyer, 1995),<sup>50</sup> cuyos datos muestran un resultado positivo en la calidad de vida y una reducción de los síntomas problemáticos. El trabajo de impacto sobre la supervivencia necesita ser ampliado, replicado y extendido. Asimismo, el trabajo de grupos de Spiegel (1989),<sup>66</sup> y Fawzy (1993),<sup>28</sup> resulta estimulante en función de los beneficios de sobrevida que muestra dicha intervención. La medición de calidad de vida en quienes han sido identificados como sujetos de alto riesgo para el cáncer en función de pruebas genéticas, pues, sin presentar un trastorno psiquiátrico específico experimentan altos niveles de ansiedad que pueden requerir intervenciones terapéuticas,<sup>10,45,47</sup> (Valdimarsdottir, 1995).<sup>71</sup>

## Comentarios finales

A la luz de esta revisión panorámica de las principales áreas de acción de la psico-oncología, cabe señalar como aspectos clave los siguientes: la remarcable generación de nuevo conocimiento en áreas como calidad de vida, cuidado paliativo y atención del paciente moribundo; el rescate de la espiritualidad; la creciente y especial atención hacia la práctica de la psico-oncología en el ámbito internacional; y la necesidad de incrementar la formación profesional en este campo. Un área de especial atención tiene que ver con el papel de la psico-oncología en promover la prevención más efectiva del cáncer, a través de la disminución del “temor a saber” que persiste todavía en algunos grupos sociales y que limita el éxito de los programas de prevención y detección temprana. Finalmente, cabe destacar que el impacto de trabajar con pacientes oncológicos que tienen en el equipo médico es también motivo de diversos diseños de investigación en el área de comunicación médico-paciente.

Indudablemente existe un largo camino por recorrer para incorporar los principios de la psico-oncología a nivel de profesionales de la salud mental, oncólogos, otros especialistas, médico de cuidado primario, enfermeras, técnicos, pacientes, familias y público en general. Camino que deberá ser recorrido a fin de brindar una atención integral que haga justicia a las necesidades de quienes en nuestro medio Médico Militar enfrentan la batalla contra el cáncer.

## Referencias

1. Aaronson NK. Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer* 1991; 67: 884-847.
2. Almanza MJJ, Holland CJ. La Comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente; guía clínica práctica basada en evidencias II. *Rev Sanid Milit Mex* 1998; 52(6): 372-378.
3. Almanza MJJ, Holland CJ. La comunicación de las malas noticias en la relación médico-paciente; guía clínica práctica basada en evidencia I. *Rev Sanid Milit Mex* 1999a; 53(2): 160-164.
4. Almanza MJJ, Holland CJ. A review of literature on breaking bad news in oncology. *Psychosomatics* 1999b; 40(2): 135.
5. American Pain Society Quality of Care Committee: Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *Journal of the American Medical Association* 1995; 274: 1874-1880.
6. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium, Work Group on Delirium. Washington, DC Author 1999.
7. Andrews LB, Fullerton JE, Holtzman NA, Motulsky AG. Assessing Genetic Risk. Implications for Health and Social Policy. Washington, DC: National Academy Press 1994.
8. Andrykowski MA, Redd WH. Longitudinal analysis of the development of anticipatory nausea. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55: 36.
9. Barg FK, Cooley M, Pasacrita J, Senay B, McCorkle R. Development of a self-administered psychosocial cancer screening tool. *Cancer Pract* 1994; 2: 288-296.
10. Biesecker BB, Boenike M, Calzone K et al. Genetic counseling for families with inherited susceptibility to breast and ovarian cancer. *JAMA* 1993; 269: 1970-1974.
11. Bolund C. Suicide and cancer. 11: Medical and care factors in suicide by cancer patients in Sweden, 1973-1976. *J Psychosoc Oncol* 1986; 3: 31.
12. Bolund C. Suicide and cancer. 1: Demographical and suicidological description of suicides among-cancer patients in Sweden. *J Psychosoc Oncol* 1985; 3: 17.

13. Breitbart W, Holland JC. *Psychiatric Aspects of Symptom Management in Cancer Patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1993.
14. Breitbart W, Passik S. *Psychiatric aspects of palliative care in: Oxford Textbook of Palliative Care*. Edited by D Doyle, G Hanks N MacDonald. Oxford: Oxford Medical Publications 1993: 607.
15. Breitbart W, Marotta R, Platt M et al. A double-blind trial of Haloperidol, Chlorpromazine, and Lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *Am J Psychiatry* 1996; 153(2): 231-237.
16. Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984; 46: 199.
17. Burton MV, Parker RW, Farrell A et al. A randomized controlled trial of preoperative psychological preparation for mastectomy. *Psycho-oncology* 1995; 4: 1-19.
18. Butler RW, Hill JM, Steinherz P, Meyers PA, Finlay JL. Neuropsychologic effects of cranial irradiation, intrathecal, methotrexate and systemic methotrexate in childhood cancer. *J Clin Oncol* 1994; 12: 2621-2629.
19. Cella DF, Pratt A, Holland JC. Persistent anticipatory nausea, vomiting, and anxiety in cured Hodgkin's disease patients after completion of chemotherapy. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 641.
20. Charlton R. Medical education-addressing the needs of the dying child. *Palliat Med* 1996; 10(3): 240-246.
21. Cherny NI, Coyle N, Foley KM. Suffering in the advanced cancer patient: a definimon and a taxonomy. *J Palliat Care* 1994; 10: 57-70.
22. Chochinov HIVI, Wilson KG, Enns M. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1185-1192.
23. Conwell Y, Caine ED. Rational suicide and the right to die: reality and myth. *N Engl J Med* 1991; 325(15): 1100-1103.
24. de Haes JCJM, van Knippenber FCE. The quality of life of cancer patients. A review of the literature. *Soc Sci Med* 1985; 20: 809.
25. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting D et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751.
26. Die-Trill M, Holland JA. *Model Curriculum for Training in Psycho-Oncology*. *Psycho-oncology* 1995; 4: 169-182.
27. Espinosa E, Gonzalez BM, Zamora P, Ordonez A, Arranz P. Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. *Support Care Cancer* 1996; 4(1): 61-63.
28. Fawzy FI, Fawzy NW, Hyun CS et al. Malignant Melanoma: Effects of early structured psychotic intervention, coping and effective state on recurrence and survival 6 years later. *Arch Gen Psychiatr* 1993; 50: 681-684.
29. Fawzy FI, Fawzy NW. A structured psychoeducational intervention for cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 149-192.
30. Fawzy FI, Fawzy NW, Pasnau RO. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 100-113.
31. Fitchett G, Handzo G. Spiritual assessment, screening, and intervention. In Holland, J.C (Ed.), *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press 1998: 790-808.
32. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer* 1994; 767-770.
33. Fleishman SB, Lesko LIVI. Delirium and Dementia. In: *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. Edited by JC Holland, JH Rowland. New York: Oxford 1989: 342.
34. Gray RE, Doan BD. Heroic self-healing, and cancer: clinical issues for the health professions. *J Palliat Care* 1990; 6(1): 32-41.
35. Hambur DA, Adams JE. A perspective on coping behavior: seeking and utilizing information in major transitions. *Arch Gen Psychiatry* 1967; 17(3): 277-284.
36. Harrison J, Maquire P. Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 593-598.
37. Hietanen P, Lonnqvist J. Cancer and suicide. *Ann Oncol* 1991; 2: 19.
38. Holland JC, Rowland JH. *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York: Oxford 1989.
39. Holland JG, Geary N, Furman A. Alternative cancer therapies. In: *Handbook of Psychooncology. Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York: Oxford 1989.
40. Holland JC, Morrow GR, Schmale A et al. A randomized clinic al trial of alprazolam versus progressive muscle relaxation in cancer patients with anxiety and depressive symptoms. *J Clin Oncol* 1991; 9: 1004.
41. Holland JC. *Psycho-oncology Overview, obstacles and opportunities*. *Psycho-oncology*. 1992; 1: 1-13.
42. Holland JC. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press 1998.
43. Holland JC. NCCN Practice Guidelines for the Management of Psychosocial Distress. *Oncology* 1999; 13(5A): 113-147.
44. Jacobsen P6, Bovbjerg DH, Schwartz M, Hudis CA, Gilewski TA, Norton L. Conditioned emotional distress in women receiving chemotherapy for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 108-114.
45. Kash KM, Holland JC, Halper S, Miller DG. Psychological distress and surveillance behaviors of women with a family history of breast cancer. *JNCI* 1992; 84: 24-30.
46. Kazak AE, Stuber ML, Barakat LP, Meeske K, Guthrie D, Meadows AT. Predicting posttraumatic stress symptoms in mothers and fathers of survivors of childhood cancers. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(8): 823-831.
47. Lerman C, Kash K, Stefanek M. Younger women and increased risk for breast cancer: perceived risk, psychological well-being and surveillance behaviors. *Monogr Natl Cancer Inst* 1994; 16: 171-177.
48. Massie MJ, Holland J, Glass E. Delirium in terminally ill patients. *Am J Psychiatry* 1983; 140(8): 1048-1050.
49. Massie MJ. Anxiety panic and phobias. In *Handbook of Psycho-oncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. Edited by JC Holland, JH Rowland. New York: Oxford 1989: 302.
50. Meyer TJ, Mark MM. Effects of Psychosocial Interventions with adult Cancer Patients: A Meta-Analysis of Randomized Experiments. *Health Psychology* 1995; 14: 101-108.
51. Moorey S, Greer S, Watson M et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-oncology* 1994; 3: 1-10.
52. Morgan ER, Winter RJ. Teaching communication skills. An essential part of residency training. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150(6): 638-642.
53. Peretz T, Baider L, Ever-Hadani P, De-Nows AK. Psychological distress in female cancer patients with Holocaust experience. *Gen Hosp Psychiatry* 1994; 16: 413-418.
54. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB et al. Symptom prevalence, characteristics and distress in a cancer population. *Qual Life Res* 1994; 3: 189-194.
55. Ptacek JT, Eberhardt TL. Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA* 1996; 276(6): 496-502.
56. Postone N. Psychotherapy with cancer patients. *Am J Psychother* 1998; 52(4): 412-424.
57. Redd VM, Jacobsen PB, Die-Trill M, Dermatis H, McEvoy M, Holland JC. Cognitive/attentional, distraction in the control of conditioned nausea in pediatric oncology patients receiving chemotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55: 391.
58. Rancour P. Introducing medical students to Psycho-oncology. *Psycho-oncology* 1996; 5: 55-57.
59. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. *Cancer* 1998; 82: 1904-1908.
60. Rowland JH. Developmental stage and adaptation: Adult model. In *Handbook of Psychoncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*. Edited by JC Holland, JH Rowland. New York, Oxford 1989a: 25.
61. Rowland JH. Intrapersonal resources: Coping. In *Handbook of Psychooncology- Psychological Care of the Patient with Cancer*. Edited by JC Holland, JH Rowland. New York, Oxford 1989b: 44.
62. Saunders C. A pioneering approach to the dying. *Nurs Times* 1984; 80(13): 16-18.
63. Seo Y. A preliminary study on the emotional distress of patients with terminal-stage cancer: a questionnaire survey of 1380 bereaved families over a 12-year period. *Jpn J Clin Oncol* 1997; 27(2): 80-83.
64. Singer GR, Koch KA. Communicating with our patients: the goal of bioethics. *J Fla Med Assoc* 1997; 84(8): 486-487.
65. Sourkes BM, Massie MJ, Holland JC. *Psychotherapeutic Issues In: Psycho-oncology*, Edited by Jimmie C. Holland New York Oxford University Press 1998: 694-700.
66. Spiegel D, Kraemer H, Bloom JR, Gotthel D. Effect of psychosocial treatment on survival in patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 88-90.

67. Sprangers MA, Cull A, Bjordal K, Groenvold M, Aaronson NK. The European Organization for Research and Treatment of cancer. Approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. EORTC Study Group on Quality of Life. *Qual Life Res* 1993; 2(4): 287-295.

68. Stefanek ME, Derogatis LP, Shaw A. Psychological distress among oncology outpatients. *Psychosomatics* 1987; 28(10): 530-2.

69. Straker N. Psychotherapy for cancer patients. *J Psychother Practice and Research* 1998; 7: 1-9.

70. Taylor SE, Aspinwall LG. Psychosocial aspects of chronic illness. In *Psychological Aspects of Serious Illness: Chronic Conditions Fatal Diseases and Clinical Care*. Edited by PT Costa Jr. GR VandenBos. Washington, DC: American Psychological Association 1990: 7.

71. Valdimarsdottir HB, Bovjerg DH, Kash KM, Holland JC, Osborne MP, Miller DG. Psychosocial distress in women with a familiar risk of breast cancer. *Psycho-Oncology* 1995; 4: 133-142.