



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Psicología

Tesina de Grado

***Dinámica de la depresión en pacientes con procesos  
oncológicos que comprometen la sexualidad  
humana***

Tesista: **SOFIA FAGA**

Tutores: **Dra. Susana Kahl** (médica especialista en oncología clínica y  
especialista en radioterapia)

**Dra. Rita Gallero** (médica especialista en psiquiatría)

Asesor Metodológico: **Psic. Ignacio Sáenz**

**Rosario, Santa Fe. República Argentina.**

**- Agosto 2010 -**

Quisiera agradecer a mis tutoras, Dra. Susana Kahl y Dra. Rita Gaggero, por aceptar que realice esta tesina bajo su dirección, por su apoyo y confianza en mi trabajo y por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de la misma, destacando, por sobre todo, su disponibilidad y paciencia.

A mi asesor metodológico, Ps. Ignacio Sáenz, por su capacidad para guiar mis ideas, ya que me representó un aporte invaluable en los primeros pasos de este trabajo.

A la Ps. Lydia Burde, quien con muy buena predisposición aceptó supervisar mi trabajo e hizo valiosos aportes y correcciones.

Tampoco hubiese sido posible la concreción de mi carrera y mi tesis sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaré, muchas de las cuales han sido un soporte muy fuerte en momentos de angustia y ansiedad:

A mi mamá y a mi novio, que son las personas que han compartido más tiempo a mi lado y quienes me contuvieron y alentaron en cada momento.

A mi papá y a mi hermano, que a pesar de la distancia, siento su apoyo incondicional permanente.

A mis amigas Agustina, Emeli, Lara, Ivana, Priscilla y Lucila, con quienes he compartido las mismas experiencias y me han dado aliento en cada paso de esta etapa tan importante.

A mis abuelos, tíos y primos, por su apoyo, colaboración, ánimo y sobre todo, cariño.

Agradezco a la Universidad Abierta Interamericana por proveerme las bases teóricas y metodológicas con las que cuento, y por ayudarme a desarrollar una actitud crítica ante la vida.

Y un agradecimiento especial a los directivos de la Clínica Pergamino, que me permitieron realizar el trabajo de campo en el Servicio de Terapia Radiante, al personal que trabaja allí y sobre todo, a los pacientes, quienes colaboraron siempre con buena predisposición y aliento, brindándome la información necesaria para alcanzar mis objetivos.

Gracias a todos y a cada uno, que desde sus lugares, facilitaron que pueda concretar mi primer gran objetivo!

Sofía  
Agosto de 2010



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Licenciatura en Psicología

Tesina de Grado

***Dinámica de la depresión en pacientes con procesos  
oncológicos que comprometen la sexualidad  
humana***

Tesista: **SOFIA FAGA**

Tutores: **Dra. Susana Kahl** (médica especialista en oncología clínica y  
especialista en radioterapia)

**Dra. Rita Gallero** (médica especialista en psiquiatría)

Asesor Metodológico: **Psic. Ignacio Sáenz**

**Rosario, Santa Fe. República Argentina.**

**- Agosto 2010 -**

# RESUMEN

Esta tesina plantó la problemática si los trastornos depresivos en pacientes con procesos oncológicos que comprometen la sexualidad humana están o no vinculados a una cuestión de género. Considerando que uno de los desórdenes psicológicos más frecuentes en pacientes con cáncer vinculado con la sexualidad es la depresión, no es posible distinguir si las mujeres se deprimen más que los hombres o si hay un subregistro de éstos, debido a que las inversiones en investigación están focalizadas en el cáncer de mama más que en el de próstata.

El objetivo fue explorar el nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama y en hombres con cáncer de próstata, diagnosticados por primera vez (no metastásicos).

Se compararon las respuestas al test de Hamilton para depresión que se les realizó a 20 hombres (cáncer de próstata) y 20 mujeres (cáncer de mama) que asistieron a un centro de médico de la ciudad de Pergamino para recibir tratamiento oncológico.

Los pacientes tuvieron edades similares en ambos sexos. El 50% mostró algún nivel de depresión (40% deprimido leve, 7.5% con depresión moderada y 2.5% con depresión severa). Los niveles de depresión en mujeres con cáncer de mama y en hombres con cáncer de próstata fueron similares.

Considerando cada uno de los aspectos que considera el test, hombres y mujeres mostraron similar patrón de respuestas, excepto en las mujeres que revelaron significativamente más dificultad que los hombres en la frecuencia de insomnio precoz y en la dificultad para el trabajo y las actividades diarias, mientras que los hombres mostraron significativamente más niveles de ansiedad psíquica que las mujeres. Sólo el 15% refirió estar recibiendo asistencia psicológica/psiquiátrica.

Se concluye que los niveles de depresión en mujeres con cáncer de mama y en hombres con cáncer de próstata son similares. En consecuencia, se deben focalizar los estudios de depresión con similar énfasis en ambos sexos.

**Palabras claves:** *depresión, cáncer, género.*

# INDICE

## *Dinámica de la depresión en pacientes con procesos oncológicos que comprometen la sexualidad humana*

INTRODUCCIÓN .....	1
HIPOTESIS Y OBJETIVOS .....	4
MARCO TEORICO	
<b>1.- Depresión</b>	
1.1.- Historia de la depresión .....	5
1.2.- ¿Qué es la depresión? .....	7
1.3.- Clasificación de las depresiones .....	8
1.4.- Enfoque psicoanalítico de la depresión	
1.4.1.- Karl Abraham .....	9
1.4.2.- Sigmund Freud .....	10
1.4.3.- Melanie Klein .....	12
1.4.4.- Otros autores .....	15
1.5.- Enfoque psic osomático .....	19
<b>2.- Depresión en pacientes con cáncer</b>	
2.1.- Enfoques diagnósticos .....	24
2.2.- Medición de la depresión en pacientes con cáncer .....	25
<b>3.- Cáncer de próstata</b> .....	26
<b>4.- Cáncer de mama</b> .....	28
<b>5.- Diferencias de género</b> .....	30
ESTADO ACTUAL DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA .....	32
ESQUEMA DE INVESTIGACION	
1.- Área de estudio .....	36
2.- Tipo de investigación .....	37
3.- Población y Muestra .....	38
4.- Técnica, instrumento y procedimiento .....	39
5.- Análisis de la información .....	41
TRABAJO DE CAMPO	
1.- Presentación de resultados .....	42
2.- Comentarios .....	47
CONCLUSIONES FINALES .....	49
BIBLIOGRAFIA .....	50
APENDICE Y ANEXOS .....	53

# INTRODUCCION

Los trastornos depresivos en pacientes con procesos oncológicos que comprometen la sexualidad humana, ¿están vinculados a una cuestión de género?

Mientras que la tasa de mortalidad de los cánceres que afectan específicamente a las mujeres (Ej.: cáncer de mama) han disminuido en general, la tasa de cánceres que afectan a los hombres han permanecido estables o aumentaron. ¿En qué medida esta diferencia podría deberse al hecho de que los cánceres que afectan a los hombres reciben substancialmente menos fondos para ser investigados que los que afectan a las mujeres? Según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades ([CDC, por sus siglas en inglés](#)), la tasa de mortalidad para el cáncer es consistentemente mayor en los hombres que entre las mujeres. Específicamente, a las dos formas de cáncer que están relacionados con el género -mama y próstata -, la mortalidad por cáncer de próstata supera en casi un 10% al cáncer de mama (29.7/100.000 en comparación con 27.1/100.000). Por otra parte, la tasa general de muerte por cáncer en los hombres aumentó casi un 20% durante los últimos 50 años, cuando en realidad disminuyó ligeramente entre las mujeres (*CDC, 2010*). Sin embargo, el cáncer de próstata recibe menos financiación para investigación que la asignada para el cáncer de mama.

Efectivamente, en 1993, el Instituto Nacional del Cáncer (NCI, por sus siglas en inglés), que financia gran parte de la investigación académica sobre el cáncer en los EE.UU, gastó U\$S 55.1 millones en investigaciones sobre el cáncer de próstata y U\$S 213 millones sobre el cáncer de mama; ese mismo año, aproximadamente 35.000 hombres murieron de

cáncer de próstata frente a 45.000 mujeres por cáncer de mama. En 1996, las asignaciones para la investigación en próstata ascendieron a U\$S 86 millones y a U\$S 382 millones en mama. Diez años después, en 2006, los fondos fueron U\$S 376 para próstata y U\$S 715 para mama ([www.drabruzzo.com/cancer\\_and\\_gender.htm](http://www.drabruzzo.com/cancer_and_gender.htm)). Esta divergencia se mantuvo en los años subsiguientes.

En términos terapéuticos, en 2007, 218.890 hombres en los EE.UU. fueron diagnosticados con cáncer de próstata según la Sociedad Americana del Cáncer; en comparación, 178.480 nuevos casos de cáncer de mama se diagnosticaron en mujeres ese mismo año. No es una gran diferencia, pero un informe reciente halló que por cada medicamento contra el cáncer de próstata en el mercado, hay siete (7) para tratar el cáncer de mama, y el gasto federal en la investigación del cáncer de mama supera el gasto del cáncer de próstata en una proporción de casi dos a uno (*Arnst Catherine, 2007*).

En la República Argentina aún no existe un registro nacional de cáncer; es por ello que los estudios se basan en las estadísticas americanas. Se sabe que a la fecha hay oficialmente 56 estudios clínicos experimentales en cáncer de mama y 15 estudios de similar diseño en próstata: 3.7 veces más investigaciones.... ([www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov)).

En la ciudad de Rosario, en el año 2002 se creó el un registro único de cáncer en forma triconjunta entre la Asociación de Oncología de Rosario, la Municipalidad y la Provincia. Luego el registro se unificó y pasó a depender sólo del ámbito provincial; donde sigue funcionando hasta hoy.

Independiente de la orientación de los fondos para investigación, es preciso conocer los efectos psicológicos que ambos cánceres (mama y próstata) producen para mejorar la intervención interdisciplinaria que se brinde en pos de una mejor calidad de vida de los pacientes.

Considerando que uno de los desórdenes psicológicos más frecuentes en pacientes con cánceres vinculados con la sexualidad es la depresión, no es posible distinguir si las mujeres son afectadas por procesos depresivos porque realmente se deprimen más que los hombres, o si hay un subregistro debido a que las inversiones en investigación están focalizadas en el cáncer de mama más que en el de próstata.



# **HIPOTESIS Y OBJETIVOS**

## **1.- HIPOTESIS**

La *hipótesis* que se planteó en esta tesis fue que los niveles de depresión en mujeres con cáncer de mama y en hombres con cáncer de próstata son similares.

## **2.- OBJETIVOS**

### **2.1.- Objetivo General**

Explorar el nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama y en hombres con cáncer de próstata, diagnosticados por primera vez (no metastásicos).

### **2.2.- Objetivos específicos**

**2.2.1.-** Seleccionar aquellos pacientes que padecen cáncer de mama y próstata que estén cursando su primer tratamiento oncológico.

**2.2.2.-** Explorar el nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama.

**2.2.3.-** Explorar el nivel de depresión en hombres con cáncer de próstata.

**2.2.4.-** Comparar el perfil de respuestas entre ambos grupos de pacientes.

# MARCO TEORICO

## 1.- DEPRESION

### 1.1.- Historia de la depresión

La depresión ha existido desde siempre. Ciertamente, hay descripciones muy antiguas.



*Melancolía*, cuadro de [Edgar Germain Hilaire Degas](#).

Inicialmente denominada melancolía (del [griego clásico](#)  $\mu\eta\eta\alpha$ ? "negro" y  $\beta\iota\lambda\iota\varsigma$  "bilis") y frecuentemente confundida con ella, la [depresión](#) (del latín *depressus*, abatimiento) es uno de los trastornos psíquicos más antiguos de los que se tiene constancia. A lo largo de la historia se evidencia su presencia a través de los escritos y de las obras de arte, pero también, mucho antes del nacimiento de la especialidad médica de la [psiquiatría](#), la melancolía es conocida y catalogada por los principales tratados médicos de la antigüedad. El origen del término melancolía se encuentra, de hecho, en [Hipócrates](#), aunque hay que esperar hasta el año [1725](#) en el que el médico y poeta británico [Sir Richard Blackmore](#)

rebautiza el cuadro con el término actual de depresión; habla de “*estar deprimido en profunda tristeza y melancolía*” (Stanley Jackson, 1989).

En el siglo XIX, el término depresión va ganando terreno y se usa junto al de melancolía para designar a la enfermedad, mientras este último término siguió conservando su uso popular y literario. En este siglo aparece la psiquiatría francesa, con Philippe Pinel como referente, que subraya la importancia de esta patología; habla de la alienación mental y afirma que la depresión es un juicio falso sobre uno mismo y sobre la realidad. A finales de este siglo, [Wilhem Griesinger](#) empleó por primera vez el término *estados de depresión mental* como sinónimo de melancolía. Describe a la depresión diciendo que son enfermedades del cerebro, primera idea que contrasta con todo el historial mágico que ésta arrastraba. También está Emil Kraepelin la designa como locura depresiva en una de sus clasificaciones, sin abandonar el término melancolía para nombrar la enfermedad, y manteniendo depresión para referirse a un estado de ánimo; afirmaba que las melancolías eran formas de depresión mental, expresión que se le atribuye. Por su parte, [Adolf Meyer](#) propuso abandonar el término melancolía y sustituirlo por el de depresión. En esta batalla por la nomenclatura se llegó a la redundancia de llamar melancolía a la depresión con síntomas leves. El término [ciclotimia](#) fue usado por [Karl Ludwig Kahlbaum](#) en 1863 para designar las variaciones de las fases depresiva y maníaca, a modo de ciclos repetitivos y periódicos ([Aldo Conti, 2007](#)).

A medida que avanza el desarrollo de la psiquiatría y la psicología, la terminología empleada para referirse a la melancolía o a la depresión va adquiriendo mayor especificidad y claridad.

En las primeras décadas del siglo XX, el concepto de depresión se desglosa en otros como [ansiedad](#), [histeria](#), [hipocondría](#), [obsesión](#), [fobia](#), [distimia](#) o [trastorno psicossomático](#) y la [OMS](#) acota y define la [depresión endógena](#) o mayor como un síndrome orgánico cuya

sintomatología nuclear abarca alteraciones del pensamiento y los impulsos, tristeza corporalizada y trastornos de los ritmos vitales, además de poder expresarse a través de distintos síntomas somáticos.

La **biopsiquiatría** ha llegado más lejos explicando a través de mecanismos **farmacológicos** cómo la interacción de determinados **neurotransmisores** influye en el desarrollo de múltiples trastornos mentales entre los que se encuentra la depresión.

## **1.2.- ¿Qué es la depresión?**

La depresión es una perturbación compleja; es un síndrome con diferentes matices sintomáticos, promovido por múltiples causas que afecta al sujeto, tanto por grado de sufrimiento psíquico que le promueve como por sus secuelas personales y sociales.

Desde la óptica psicológica se define a la depresión como un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado de ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima, con manifestaciones afectivas, ideáticas, conductuales, cognitivas, vegetativas y motoras con serias repercusiones sobre la calidad de vida y el desempeño socio-ocupacional.

Sus formas clínicas pueden ir desde aquellas más leves e indetectables (trastornos depresivos subclínicos crónicos) hasta aquellas más graves y riesgosas (depresión psicótica o melancolía). Se manifiesta con abatimiento y desgano, retracción y pérdida de interés por el mundo externo, disminución de la capacidad de experimentar placer, presencia de trastornos funcionales y del sueño, pensamiento lento, rumiante y monotemático, y hasta una vivencia delirante de ruina y necesidad de castigo (*Rojtenberg, 2006*).

El manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales, cuarta edición, (DSM-IV TR) resulta una guía de referencia obligada para el establecimiento de criterios de

inclusión y exclusión en estudios multicéntricos y una fuente importante para el establecimiento de códigos comunes para la comunicación entre profesionales colegas (*American Psychiatric Association, 1995*).

El DSM-IV TR refiere las características principales de la depresión y provee un código diagnóstico para clasificar los trastornos mentales de los pacientes y establecer un lenguaje común entre los profesionales (*Tabla 1*).

**Tabla 1.- Síntomas de la depresión de acuerdo a DSM-IV**

Estado de ánimo depresivo*
Anhedonia*
Insomnio / hipersomnias
Fatiga / pérdida de energía
Cambios significativos en el peso y el apetito (incremento o disminución)
Agitación / retraso psicomotor
Sentimientos de minusvalía / culpa
Disminución de la concentración, habilidad para pensar o indecisión
Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

\* Cualquiera de éstos síntomas debe estar presente para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, de acuerdo a los criterios de DSM-IV.

Respecto de los trastornos depresivos, describe algunos subtipos, teniendo en cuenta la *clínica*, la *severidad* y la *cronología* respecto del episodio reciente.

De acuerdo con la *clínica*, establece diferentes subtipos según que tengan componentes psicóticos, catatónicos, melancólicos o atípicos.

La *intensidad* puede ser leve, moderada o grave.

En un sentido cronológico, también diferencia la depresión posparto y otro patrón.

La importancia del tema es que estos subgrupos suelen responder de diferente manera a la terapéutica, y un abordaje racional de la depresión debería completar estos aspectos clasificatorios para un adecuado tratamiento.

### **1.3.- Clasificación de las depresiones**

*Rojtenberg (2006)* refiere que el intento de clasificar las depresiones, como cualquier otro intento de clasificación en psicopatología, que supone la agrupación en algunos pocos

cuadros de la universalidad de las manifestaciones de los trastornos del ánimo, coloca a los especialistas en una situación paradójica: realizar una tarea irrealizable. En tiempos pasados, las clasificaciones de la depresión se basaban en diferentes parámetros, algunos de los cuales formaban pares opuestos (primaria/secundaria, neurótica/psicótica, exógena/endógena, etc.). En la actualidad se admiten otras formas de considerar la gravedad del estado depresivo, fundamentalmente con la clínica, basándose en el interrogatorio y la exploración del paciente, teniendo en cuenta las variaciones individuales en la presentación de la depresión.

#### **1.4.- Enfoque psicoanalítico de la depresión**

Las concepciones psicodinámicas acerca de la depresión han tenido un importante desarrollo teórico-clínico, como pocos otros temas en la psicopatología. Las concepciones de Abraham, Freud y Melanie Klein han hecho aportes valiosos y sustanciales, que se esbozan a continuación.

##### **1.4.1.- Karl Abraham**

Con su primer trabajo (1912), Abraham merece ser recordado como el pionero de la indagación psicoanalítica de la depresión. *Sergio Rojtenberg (2006)* refiere que este autor focalizó su aporte en la importante participación del sentimiento ambivalente en el vínculo con el objeto en la génesis de la melancolía. Para este autor, la pérdida del objeto (que sería homologable a su destrucción y expulsión) es inconscientemente un proceso anal y su introyección, a través de la incorporación canibalística, un proceso oral. Respecto de las condiciones para la génesis de la melancolía, Abraham otorga prevalencia a las características de la relación objetal (ambivalencia), a sus sucesivas decepciones, al narcisismo infantil en los vínculos amorosos, sobre todo si fueron pre-edípicos, y a un importante factor constitucional ligado a una acentuación de la oralidad por la gran

exigencia de gratificación que requieren de esa zona y el intenso disgusto que experimentan ante la frustración y la repetición el desengaño amoroso en otras épocas de la vida.

#### **1.4.2.- Sigmund Freud**

Resulta interesante e inevitable hacer referencia a Freud, en su distinción entre *duelo* y *melancolía*. En su conocido texto de 1917, Freud dice: “... *el duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada, o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.....*” A la melancolía la caracteriza psíquicamente como “*un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio y al apartamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido...*”

Etimológicamente el término duelo significa “dolor” y también “desafío o combate entre dos”. En su ya clásico artículo, Freud destacó especialmente que, en contraste con la pérdida consciente que caracteriza al que sufre un duelo normal, en la persona melancólica parece que la pérdida fuese de un objeto inconsciente.

En el duelo es el mundo quien ha quedado pobre y vacío, mientras que en la melancolía es la persona quien se siente de esa manera, es decir empobrecido y despreciable, por eso lo riesgoso de un suicidio en estos casos. El duelo demanda un trabajo que una vez cumplido, el yo se vuelve otra vez libre y desinhibido. Ese objeto ya no está, se trata de aceptar la ausencia; en ésto consiste el trabajo del duelo. Esta aceptación se va dando de manera lenta y prolongada en el tiempo, es un reconocimiento, una asimilación paulatina de esa pérdida, aunque por un lapso de tiempo dicho objeto continúa en lo psíquico.

Esta es una diferencia con la melancolía. En el duelo patológico todo el proceso transcurre en un nivel inconsciente. Por eso la persona, debe realizar como “dos duelos”, uno por lo

que perdió y otro por lo que se (de la persona) en lo que perdió. Freud dirá “la sombra del objeto recae sobre el Yo del sujeto”.

*Rojtenberg (2006)* refiere que en el duelo hay una intensa lucha para desligarse internamente de la persona amada, asimilar sus partes buenas, desechar las malas y bajo el accionar del juicio de realidad el sujeto ha decidido no seguir el destino del ser querido y busca revincularse con la vida, el mundo y el futuro, realizando el desprendimiento libidinal de ese objeto para ir estableciendo reconexiones con otros. La ilusión va cediendo lugar a la realidad y la desesperación al sentimiento de nostalgia.

En el duelo patológico, por el dolor provocado por la pérdida, predominan la inhibición y la retracción libidinal del mundo externo, que aparece vacío y empobrecido. En el duelo normal el sujeto sabe que perdió y con el trabajo de elaboración se va percatando de lo que con ese objeto perdió.

A todo este cortejo sintomático: inhibición, retracción, tristeza, etc., en la melancolía se agregan un sentimiento de desvalorización, ideas de ruina y empobrecimiento, una sensación que oscila entre el extrañamiento y la desrealización, la expectativa irracional de castigo y los autoreproches.

La melancolía, se traduce en reproches y acusaciones, de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una espera de castigo. A diferencia de la melancolía, el duelo, no es un estado patológico, aunque se trata de un estado que le impone considerables desviaciones de su conducta normal, al cabo de algún tiempo desaparecerá por sí solo.

La clave del cuadro melancólico está en que la relación con el objeto perdido era una relación de objeto narcisista. Así, la pérdida del objeto genera una pérdida en el propio yo, que devuelve en un sentimiento de pobreza y vacío.



Freud enumeró como factores predisponentes de la melancolía a la pérdida del objeto, el alto grado de ambivalencia en relación con el objeto y regresiones al sadismo anal y a la identificación narcisista. Reafirma el sentimiento de culpa como resultante de la fuerte tensión entre el yo y el superyó, y postula que el superyó del melancólico es de una severidad extrema. En el melancólico el Súper-Yo es puro cultivo del instinto de muerte.

#### **1.4.3.- Melanie Klein**

Melanie Klein, psicoanalista de la Escuela Inglesa Tanistock Clinic, va a describir magistralmente el mundo interno del bebé. Nos dice que desde el vamos existe un Yo que se relaciona con los objetos, fantasías, angustias, en relación a ello y sus emergentes defensas.

Así va a describir la Posición Esquizo-Paranoide y la Posición Depresiva.

Esta autora establece una relación entre el duelo y los episodios de pérdida en la primera infancia. A diferencia de Freud, Klein considera que el bebé nace con un yo capaz de establecer relaciones de objeto e instrumentar mecanismos de defensa. Plantea que desde el nacimiento el yo es capaz de establecer relaciones objétales primitivas en la fantasía y en la realidad.

Desde el momento del nacimiento hasta los 6 meses, aproximadamente, el bebé se tiene que enfrentar con el impacto de la realidad, que comienza con la experiencia del nacimiento mismo y prosigue con innumerables experiencias de gratificación y frustración de sus deseos. Estas experiencias con la realidad influyen inmediatamente en la fantasía inconsciente, que a su vez, influyen en ellos. Klein denominó a esta etapa *posición esquizo-paranoide*, porque el mecanismo predominante de defensa es la escisión, el sentimiento experimentado (ansiedad) es persecutorio y la relación se establece con un objeto parcial. Klein supone que los primeros seis meses de vida existe una actividad incipiente del yo, pero coexiste con un mecanismo de defensa básico, para manejar ambas

pulsiones. El bebe porta ambos elementos y entonces disocia; este es un mecanismo de defensa primitivo que ayuda al yo a poner lo bueno y lo malo separado (pecho bueno-pecho malo), es decir, aparecen mecanismos de proyección e introyección. La madre viene a reforzar la representación buena, de esta manera el yo se hace más consistente de lo bueno cuando la madre no viene a reforzar los aspectos agresivos y paranoides.

En el tiempo el bebe tiene que aprender a frustrarse, como también se fortalece el yo cuando las necesidades están satisfechas. A mayor frustración mayor escisión.

En la segunda etapa, (6 meses a los 2 años) se habla de la relación del yo con el mundo. Ésta supone un yo más estructurado y más global, el niño empieza a percibir que el objeto que ama y odia es el mismo y al mismo tiempo. Además se de cuenta que sus fantasías pueden haber destruido al objeto madre, se encuentra presente el instinto de muerte a nivel mental en el niño, así surge la capacidad de reparar el daño potencial que se establece en la fantasía. Aquí el sentimiento o ansiedad característica es la depresiva y además se instala la culpa, de allí que Klein denominó a este momento *posición depresiva*. Cuando el bebé percibe a la madre como objeto total, cambia no sólo su relación con ella, sino también su definición del mundo. Reconoce a las personas como seres individuales y separados y con relaciones entre sí; en especial, advierte el importante vínculo que existe entre el padre y la madre, esto prepara el terreno para el complejo de Edipo. La proyección desfigura todas sus percepciones, y cuando se percata del vínculo libidinal existente entre sus padres, proyecta en ellos sus propios deseos libidinales y agresivos. Esta situación le origina una intensa frustración, celos y envidia, ya que percibe a los padres dándose sin cesar precisamente aquellas gratificaciones que él desea para sí. De modo que en la situación depresiva el bebé no sólo se encuentra con un pecho y una madre interna destruida, sino también con la pareja parental interna destruida de la situación edípica temprana.

En el curso del desarrollo variará la elección del progenitor y variarán los fines libidinales y agresivos, tanto en la elección de objeto como en la importancia de la zona libidinal. Cuando el bebé entra en posición depresiva y siente que ha destruido omnipotentemente a su madre, su culpa y desesperación por haberla perdido le despiertan el deseo de restaurarla y recrearla para recuperarla externa e internamente.

Surgen los mismos deseos reparatorios en relación con otros objetos amados, tanto internos como externos. Los impulsos reparatorios hacen progresar la integración.

El conflicto entre amor y odio se agudiza, y el amor se ocupa activamente tanto de controlar la destructividad como de reparar y restaurar el daño realizado, lo se basa la capacidad del yo para conservar el amor y las relaciones a través de conflictos y dificultades y la armonía de su mundo interno.

Las fantasías y actividades reparatorias resuelven las ansiedades de la posición depresiva.

La repetición de experiencias de pérdida y recuperación, hace que gradualmente el objeto bueno se vaya asimilando al yo. Pues en la medida en que el yo ha restaurado y recreado internamente al objeto, éste le pertenece cada vez más.

Una parte importante de su reparación consiste en que el bebé debe aprender a renunciar al control omnipotente de su objeto y aceptarlo como realmente es (concepto de *reparación kleiniano*).

En definitiva, el reconocimiento de la pérdida del objeto y no de una pérdida del yo (que sería equivalente a reconocer la autonomía del objeto), así como la prevalencia del amor sobre el odio al objeto, darán lugar a la asimilación de las partes buenas de éste y su ausencia será evocada con cierta nostalgia y añoranza. A la inversa, si la autonomía del objeto no es reconocida y no se diferencia del yo, y por el ataque al objeto introyectado prevalece el odio sobre el amor, el riesgo suicida será altísimo (*Segal, 1999*).

A continuación, un tabulado comparativo de las posiciones de estos tres autores

	ABRAHAM	FREUD	KLEIN
Predisposición y factores constitucionales	Factor constitucional y hereditario Sobreacentuación constitucional del erotismo oral. Incremento ambivalencia. Fijación oral. Injuria severa al narcisismo infantil pre-edípico. Repetición en la vida post.	Incremento constitucional Ambivalencia Factor somático 1923: Inst V y M" (en esta teoría se apoya Klein	1957: Envidia. Expresión sádica oral y sád.anal de los impulsos destructivos. Base constitucional. Incremento del Inst de V y M Fortaleza del Yo depende de factores const.
Agresión. Ambivalencia. Instinto de muerte	1911. Actitud de odio: paraliza la capacidad de amar. Regresión etapa oral-canib. Culpa, autoreproches (subdivisión etapa oral)	Relac. Insts de muerte. Culpa: S.Yo severo y sádico	Sigue a Freud de 1923. P.E.P: ansiedad por la pérdida del yo. Ansiedad por la pérdida del objeto amado. Sentim de culpa: odio hacia el objeto interno y odio del Yo hacia el Ello
Puntos de fijación. Oralidad (introyección, identificación, pérdida de objetos)	Relac. etapas orales y anales expulsivas. Cuando entra en conflicto con los obj los expulsa analmente (sádicamente)	Etapas oral canibalística	Procesos de introyección comienzan edad más temprana. Características de la teoría kleiniana y esc.inglesa
Narcisismo	Profundas heridas narcisistas. "Desilusión primitiva"	Ident narcis con el "objeto abandonado". Yo: autocrítica reproches, sentim de indignidad	Incorporación narcisista de los objetos. Comenzaría al nacer. No utiliza Narcis 1º y 2º
Relación de objetos primitivos		1917. Duelo y melancolía. Introy del objeto perdido 1923. El Yo y el Ello	Características de la escuela inglesa
Características del super-yo	Igual que Freud	S.Yo neurótico obsesivo ? S.Yo depresivo. Características sádicas y pregenitales. Sadismo del S.Yo: puro cultivo del inst de muerte. 1917-1923: aspectos persecutorios del S.Yo. El S.Yo ha tomado todo el sadismo posible	Igual que Freud

Fuente: Psicopatología Psicosomática. Apuntes de 3º año. Carrera de Lic. Psicología, UAI (2010).

#### 1.4.4.- Otros autores

Roudinesco (2000) dice que en la actualidad el sufrimiento psíquico se manifiesta como depresión: una mezcla de "tristeza y apatía, búsqueda de identidad y culto de si mismo". Algunos lo relacionan con el debilitamiento de los lazos sociales, la privatización de la existencia y el estrechamiento de la vida pública.

Para Hornstein (2001), la depresión es el mal de la época. Es la patología de la temporalidad ("yo no tengo futuro"), de la motivación ("yo no tengo fuerzas") y de los ideales ("yo valgo poco"). Conceptualizar la oposición-relación entre yo, objeto y superyó es insoslayable para esclarecer las depresiones. ¿Qué pasa con el yo? ¿Qué pasa con la autonomía? La autonomía supone un intercambio entre interno y externo. La estabilidad

psíquica se tiene que recrear, reconstituir en cada instante según condiciones económico-dinámicas que surgen y se desvanecen sin cesar. El sujeto es en sí mismo la resultante de transformaciones permanentes de un psiquismo abierto, tanto hacia el mundo interior como hacia el exterior.

*Wasserman (2001)* expresa que el Yo es efecto de la apropiación de las imágenes y los enunciados identificatorios que sobre él formularon los objetos investidos, que el Yo tiene dos referencias: su autorreconocimiento y el reconocimiento de a mirada de los otros. También lo hacen fluctuar las exigencias del súper yo: cuanto más estricto es el súper yo, más disminuye la autoestima. La satisfacción pulsional directa, inhibiciones en su fin o sublimada, eleva el sentimiento de estima de sí. El investimento narcisista es afectado por la pérdida de fuentes de amor, por presiones superyoicas exacerbadas, por la incapacidad de satisfacer las expectativas del ideal del yo, por enfermedades o por cambios corporales indeseados. La relación entre el yo y el superyó-ideal del yo ha servido para describir la depresión. El ideal del yo es el depositario de la omnipotencia narcisista original y el yo se inviste narcisísticamente en la medida en que se acerca a su ideal. El depresivo tolera mal las frustraciones. El reemplazo adictivo es la otra cara del vacío depresivo. Si en el duelo el mundo se volvió pobre y vacío, en la melancolía lo pobre y vacío es el mismo yo. El trabajo de duelo en las depresiones conjuga una problemática objetal, una narcisista y una difusión pulsional. Y es exitoso cuando consigue ligar la pulsión de muerte con Eros. Los pacientes que sufren, sufren por el imposible reencuentro con el objeto, por la imposibilidad de hacerse querer por su sistema de ideales; por la dificultad de congojar aquellas exigencias con la realidad. En las depresiones el objeto parecería no-contingente; que de él dependiera la razón de vivir; su pérdida revive la dependencia. El objeto amenaza al yo, no está a disposición del yo. La depresión concierne también al super yo; éste es una constelación estructural, con una lógica y un sustrato pulsional específico, con

conflictos intrasistémicos. Alberga la conciencia moral, la auto-observación y el ideal del yo. Las aspiraciones acerca de lo que se debe ser y tener (ideal del yo), así como las consignas acerca de lo que no se hacer (conciencia moral) están delimitadas por las aspiraciones parentales.

*Margarita Fernández (2008)* refiere al respecto que es un proceso normal que se lleva adelante ante estas circunstancias no deseadas, involucra toda la personalidad e incluso las relaciones con los otros. Sumerge a la persona en una crisis vital que podrá concluir con su superación y mayor crecimiento personal, o por el contrario puede debilitarlo y predisponerlo a todo tipo de trastornos ya que no todas las personas disponen de recursos suficientes para enfrentar y elaborar adecuadamente una pérdida.

***LO FATAL (Rubén Darío)***

*Dichoso el árbol, que es apenas sensitivo,  
y más la piedra dura, porque ésa ya no siente,  
pues no hay dolor más grande que el dolor de ser vivo  
ni mayor pesadumbre que la vida consciente.  
Ser, y no saber nada, y ser sin rumbo cierto,  
y el temor de haber sido y un futuro terror...  
¡Y el espanto seguro de estar mañana muerto,  
y sufrir por la vida y por la sombra y por  
lo que no conocemos y apenas sospechamos,  
y la carne que tienta con sus frescos racimos,  
y la tumba que aguarda con sus fúnebres ramos  
y no saber adónde vamos,  
ni de dónde venimos.*

Si bien suena un poco melancólico, este poema pareciera hablarnos, entre otras cosas, de la incertidumbre que es propia de la vida misma y del dolor de existir, que a algunos se les torna tan insoportable que optan por el suicidio. El suicida es el que desiste del dolor de existir.

Si la muerte se presenta como un interrogante al que se le pretende dar respuesta desde la filosofía, la religión y las diferentes culturas, porque no tiene representación psíquica, es inimaginable; el suicidio deja abierto en los que quedan un eterno ¿por qué? ya que se

torna en un acontecimiento enigmático, es un acto mudo. La respuesta será un secreto que guardará por siempre el que optó por darse muerte. Los deudos quedan con un profundo sentimiento de desvalimiento y dolor.

El acto suicida expresa un sentimiento de vacío de sentido y la imposibilidad de ensayar cualquier otra estrategia para la vida, se trata de una medida extrema.

No es lo mismo el suicidio consumado que el intento de suicidio que es fallido y oficia como un llamado, un alerta, un pedido de ayuda al que hay que acudir.

Si frente al suicidio de un ser querido se opta por el silencio, se obstruye la posibilidad de poner palabras al dolor, la bronca, la indignación, el sufrimiento y no es posible la elaboración del duelo.

Desde el psicoanálisis se habla tanto de melancolía, como así también de depresiones y afectos o rasgos depresivos, que se presentan de manera diferente según la estructura del sujeto; no es lo mismo una depresión en la neurosis que en la psicosis. Al hablar de estructura se hace referencia a los tres grandes grupos, neurosis, psicosis y perversión.

Hay una variedad de manifestaciones, lo que importa es la particularidad de cada caso. Detrás de esta variedad se encuentra algo inherente a la condición humana, a lo que somos como sujetos y que tiene que ver con lo que Lacan, nombraba como el “dolor de existir” que nos muestra la vida como vacía de sentido, es el dolor propio a la existencia humana. Hay quienes no pueden hacer otra cosa que quedarse instalados en este dolor ya que se complacen, sin saberlo, en el sufrimiento mortífero. Esto opera a nivel inconsciente.

Lo opuesto es el camino del deseo, es decir la posibilidad de atravesar este dolor. A esto conduce un tratamiento psicoanalítico.

Miguel Hernández, en su poema, “El rayo que no cesa”, habla del dolor de existir con absoluta claridad.

*Umbrío por la pena, casi bruno,  
porque la pena tizna cuando estalla,*

*donde yo no me hallo no se halla  
hombre más apenado que ninguno.  
Sobre la pena duermo solo y uno,  
pena en mi paz y pena en mi batalla,  
perro que ni me deja ni se calla,  
siempre a su dueño fiel, pero importuno.  
Cardos y penas llevo por corona,  
cardos y penas siembran sus leopardos  
y no me dejan bueno hueso alguno.  
No podrá con la pena mi persona  
rodeada de penas y de cardos:  
¡cuánto penar para morirse uno!*

Las depresiones contemporáneas no solo se producen por una falta del objeto de amor, es decir por una pérdida o ausencia, sino que además ocurren por una excesiva presencia del objeto de goce. Son depresiones del confort, de la rutina, que surgen del empuje maníaco del mundo actual, de la banalidad de nuestra cultura del entretenimiento y el consumismo.

### **1.5.- Enfoque Psicosomático**

Ya Hipócrates pensaba que el individuo “sano” lo era porque había logrado un estado de armonía dentro de sí mismo y del medio ambiente. Creía que cualquier cosa que ocurriese en el cuerpo afectaría a lo que sucediera en el cuerpo. Hoy podríamos agregar que cualquier cosa que ocurriese en el cuerpo afectaría a la mente, estableciéndose así la posibilidad de considerar las relaciones existentes entre psique y soma y viceversa.

**Salud** fue definida en 1946 en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud como “*el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y/o enfermedades. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social)*” En 1992 se agregó a la definición de la OMS: "y en armonía con el medio ambiente", ampliando así el concepto.



**La enfermedad** es un proceso y el status consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo: estos factores se denominan noxas (del griego *nósos*: “enfermedad”, “afección de la salud”).

La acción terapéutica está supeditada a las ideas que el hombre construye sobre la enfermedad.

Para Freud, los actos fallidos, los sueños, lapsus, síntomas conversivos de histeria, etc., son actos plenos de sentido y pueden ser entendidos como expresión de afectos, vivencias o conflictos reprimidos. Es decir que el cuerpo enfermo puede ser leído como lenguaje. El término psicosomático fue acuñado por Heiroth en 1818 y tenía la intención de señalar el origen mental de las enfermedades psicosomáticas.

Otra teoría es la de Schlemenson, quien refiere por ejemplo que las células cancerígenas tienen una estructura y proteínas distintas. ¿Por qué algunos organismos las rechazan y otros no la reconocen como distintas, o un mismo organismo deja de rechazarla en algún momento? La capacidad para reconocer el “yo” / “no yo”, queda alterada, física y psíquicamente (*Burde, 2001*).

Lawrence LeShan habla de una “personalidad para el cáncer”. Sugirió que las personas con ciertos rasgos de esta personalidad tenían una incidencia de cáncer mayor que el promedio. En general, se trataba de personas sufridas, que anulaban sus sentimientos hostiles, tenían una baja autoestima y que antes de haberles sido diagnosticado el cáncer habían experimentado una pérdida personal importante. A pesar de las numerosas investigaciones realizadas, el cáncer siguió siendo algo complejo y misterioso. El denominador común consiste en la reproducción incontrolable de una célula anormal debido a un proceso que no se comprende aún en su totalidad. Una célula anormal del

cuerpo adquiere un desarrollo anómalo con base genética, ya sea debido a una falla genética intrínseca o a una mutación espontánea desencadenada por una fuerza exterior. Al comienzo el crecimiento de estas células es sumamente lento y son vulnerables a los ataques del sistema inmunológico, si sobreviven llegan a constituir un tumor. Se ha comprobado, que durante un estrés se descargan ciertas sustancias que inhiben al sistema inmunológico y lo hacen más vulnerable (*Maladesky, López y López Ozores, 2002*).

Las investigaciones en psicosomática producidas en los últimos años hablan de la incidencia de los factores emocionales en la etiología, modulación y evolución de las manifestaciones orgánicas. La armonía entre las variables Salud, Trabajo, Comunicación y Recreación, muchas veces afectadas por distintos acontecimientos de la vida, exige del individuo, para su mantenimiento y de acuerdo a la singularidad de sus procesos subjetivos, diferentes niveles de adaptación. Esto provoca estados de agotamiento que producen disminución de las defensas y/o alteraciones del sistema psico-neuro-inmuno-endocrinológico considerado como guardián de la salud (*Garma, 1971*).

El psicoanálisis enfocó la Psicosomática aplicando la teoría de las psiconeurosis a las enfermedades y manifestaciones orgánicas. El acento fue puesto sobre la conversión histérica y las fantasías inconscientes específicas a cada patología. Este modelo teórico marco un proyecto y abordaje terapéutico consecuente. Más adelante se agregó el modelo de las neurosis actuales, incluyéndose así el punto de vista económico y las alteraciones en el procesamiento de la energía psíquica. Se agregó además, el papel que desempeñan las crisis vitales y situaciones traumáticas (*Langer, 1978*).

*Pierre Marty (1991)* considera que al ser el cuerpo antecesor de la mente en un nivel mas primario de la evolución, el fracaso o las alteraciones del desarrollo harán que los conflictos emergentes de la vida misma tiendan a expresarse somáticamente. Este terreno somático originario es predominantemente cuantitativo y sin significado simbólico. La

somatización es la expresión de una regresión a mecanismos arcaicos de descarga somática en la medida que no haya una mente capaz de contener los incrementos de excitación y transformarlos en un producto más elaborado.

*Joyce Mc Dougall (1989)* describe una tendencia a somatizar cuando ciertas circunstancias externas o internas sobrepasan o exceden los modos habituales de respuesta. Cuando los conflictos y el sufrimiento concernientes no pueden tramitarse en los “teatros de la vida”, se manifiestan en lo que llama los “teatros del cuerpo”.

La psicósomática cuenta con numerosas y variadas investigaciones clínicas y conceptualizaciones teóricas. Todas ellas unidas a las conceptualizaciones psicoanalíticas freudiana y post freudianas.

Existe un perfil específico del paciente psicósomático con un tipo de funcionamiento psíquico con baja capacidad de ligadura de las excitaciones endosomáticas, fallas en la representabilidad y simbolización, dificultades en la significación y expresión de las experiencias emocionales y afectos concomitantes, incapacidad de transformar y elaborar los excesos de excitación, debido tanto a circunstancias externas como internas.

*Winnicott (1996)* pone el acento en el clivaje de la organización yoica del paciente, producido en el curso del desarrollo temprano y debido a una falla en la relación madre-hijo, con la consecuente estructuración de un yo débil. Este clivaje, que alude al guión existente que une y separa la mente y el cuerpo, es considerado como decisivo en la patología psicósomática.

El objetivo terapéutico es tratar de obtener un mejor funcionamiento mental para el afrontamiento de la enfermedad, teniendo en cuenta tanto antecedentes biológicos, genéticos y hereditarios que inciden como factores concurrentes de la enfermedad, como antecedentes individuales que caracterizan el funcionamiento psíquico y niveles de

mentalización adquiridos, así como también circunstancias actuales significativas: edad, pérdidas recientes, crisis vitales, existencia y características de red de sostén, etc.

Es importante señalar como todos estos factores inciden en la significación que otorga cada sujeto a su enfermedad y cómo esto juega en su afrontamiento.

Es significativo indagar sobre el grado de conciencia que tiene el paciente de su estado y considerar cuanto de información puede ser útil y necesario transmitir para el cumplimiento del tratamiento indicado o cuanto de esta información iría en detrimento del mismo.

Tener en cuenta el trabajo con la familia ya que esta puede ubicar al paciente en un estado de extrema fragilidad, o en otras oportunidades no reconocer sus necesidades actuando así conductas de extrema protección o descuido. Otra cosa a tener en cuenta son las modificaciones en el abordaje y las adecuaciones en la aplicación de la técnica que surgen a partir de la necesidad de atención domiciliaria o durante una internación, en los diferentes estadios de la enfermedad.

La enfermedad del cuerpo genera múltiples sensaciones, así como también angustias frente a la idea de no curación y de muerte. En los pacientes con cáncer estas angustias se hallan siempre presentes y adquieren grados invasores y desencadenan situaciones invalidantes de desamparo y desesperación total. La idea de perdido del yo y pérdida de todo, resignifica pérdidas anteriores y arcaicas (destete, separación). El sistema narcisístico se ve involucrado. Debe llevarse a cabo un trabajo de duelos difíciles: pérdidas de partes del cuerpo, del yo, y en ocasiones del mundo entero.

La queja, los estados depresivos, la confusión frente al padecimiento físico, el sistema personal de creencias y mitos, el hablar acerca de la muerte, ya sea como amenaza o como realidad `posible o inminente son algunas de las vivencias presentes en la clínica del

paciente con cáncer y requieren del analista una actitud de empatía, contención, tolerancia y comprensión de la subjetividad inherente a cada paciente.

El par transferencia-contratransferencia en el vínculo con estos pacientes conlleva un intenso trabajo autoreflexivo para el analista ya que la identificación proyectiva de estas angustias lo enfrenta con sus propios sentimientos frente a la muerte.

## **2.- DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER**

### **2.1.- Enfoques diagnósticos**

*Peter Trask (2006)* también ratifica la dificultad de clasificación de las depresiones desde el punto de vista médico. En un intento para identificar un método más o menos exacto de la evaluación de la depresión en los pacientes y los pacientes de cáncer en particular, los investigadores han empleado cuatro diferentes enfoques: *inclusivo, etiológico, substitutivo y exclusivo*.

El enfoque *inclusivo* utiliza todos los síntomas de la depresión, independientemente de si pueden o no ser secundarios a una enfermedad física. Este enfoque se caracteriza por poseer una elevada sensibilidad (es decir, la capacidad para identificar correctamente a quienes están deprimidos), pero también una baja especificidad (es decir, la capacidad para identificar correctamente a quienes no están deprimidos). En otras palabras, este enfoque tiende a sobrediagnosticar la depresión debido a la falta de discriminación con respecto a la causa de los síntomas.

El enfoque *etiológico* considera a un síntoma de depresión, sólo si éste no es claramente el resultado de una enfermedad física. Lamentablemente, es poco probable que el terapeuta pueda estar lo suficientemente familiarizado con todas las enfermedades físicas como para determinar, de forma confiable, si un síntoma de depresión (por ejemplo,

fatiga) es el resultado de una enfermedad física. El resultado se convierte en una dependencia de algo que se infiere, transformándolo en un enfoque no muy fiable. Si dicha determinación es difícil para los psicólogos y psiquiatras, es probable que se convierta en imposible para otros profesionales que se ocupan de sujetos deprimidos.

El enfoque *sustitutivo* reemplaza los síntomas que pueden estar relacionados con la enfermedad física (Ej.: fatiga) por los síntomas cognitivos adicionales (Ej.: indecisión, desesperanza, pesimismo). Un problema con este enfoque es que ofrece gran variabilidad en la elección de los criterios específicos de definición de la depresión. En consecuencia, los evaluadores deben tener una formación minuciosa de los síntomas para garantizar a los pacientes una aplicación consciente de los criterios de clasificación.

El enfoque *exclusivo* elimina excluye de los síntomas de depresión vistos en Tabla 1 a la fatiga y a los cambios en el apetito/peso, por ser dos síntomas comunes de la depresión que con frecuencia son el resultado de una enfermedad física. Este enfoque es criticado por tener (en oposición al enfoque inclusivo) mayor especificidad, pero menor sensibilidad. El resultado final es una menor prevalencia de depresión con un aumento de la probabilidad de casos subdiagnosticados (falsos negativos).

Habida cuenta de los problemas asociados con cada enfoque, es difícil concluir cuál de los cuatro enfoques es mejor para poder identificar correctamente a las personas con cáncer que están deprimidos y pueden beneficiarse de una intervención. La optimización del diagnóstico se puede lograr empleando lo mejor de cada enfoque para poder identificar la depresión en pacientes con cáncer.

## **2.2.- Medición de la depresión en pacientes con cáncer**

Para evaluar la depresión en estos pacientes, es prudente plantear las siguientes preguntas: ¿Qué métodos son usados para la evaluación clínica de la depresión a lo largo de un

proceso oncológico?, y ¿cuál es la evidencia de su credibilidad y validez en estos sujetos? Para responder a esto, dos enfoques de trabajo son comúnmente usados: las entrevistas clínicas y las evaluaciones escritas mediante test autoreferenciales.

Las entrevistas clínicas estructuradas han sido tradicionalmente el *gold standard* para identificar la prevalencia, significancia clínica y el potencial tratamiento para la depresión debido a su riguroso criterio.

Los test autoreferenciales escritos constituyen otro enfoque para evaluar la depresión en pacientes con cáncer. Su uso está fundamentado en la facilidad de administración y de entendimiento por parte del paciente quien no requiere un entrenamiento previo, a su vez la rapidez para calcular un score individual. Se conocen una variedad importante de test o escalas: la escala de Hamilton (*Zigmond y Snaith, 1983*), la de síntomas de Rotterdam (*DeHaes, Van Knippenberg y Nejit, 1990*), la escala de Beck (*Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Beck y Beck, 1972*), la escala breve de depresión y síntomas (*Derogatis y Melisaratos, 1983; Boulet y Boss, 1991*), la escala del Centro de Estudios Epidemiológicos (*Radloff, 1977*), y la escala de Zung (*Zung, 1967 -1 y 2-*), entre las más citadas.

Al igual que cuando se plantearon los distintos enfoques diagnósticos, para que un cuestionario o test autoreferencial sea útil en la identificación de un proceso depresivo debe tener, en sí mismo, una aceptable capacidad diagnóstica, en términos de validación (la correlación de resultados con otro método, por ejemplo, las entrevistas clínicas estructuradas), sensibilidad (la capacidad del test para detectar sujetos con depresión) y especificidad (la capacidad del test para detectar sujetos sin depresión), para conseguir que la capacidad diagnóstica del test seleccionado tenga un mínimo registro de falsos negativos y positivos.

La mayoría de las investigaciones han usado y usan la escala de Hamilton; muchas de ellas destinadas a identificar el punto de corte óptimo en el score alcanzado para el diagnóstico más preciso.

### **3.- CÁNCER DE PRÓSTATA**

En el caso del cáncer de próstata, hay una elevada probabilidad de que los efectos del tratamiento repercutan de forma importante en la calidad de vida del paciente. Se refiere principalmente a las posibilidades de sufrir incontinencia urinaria y/o disfunción eréctil, pero también a otros, como la pérdida de la libido, efectos gastrointestinales, alteraciones del humor....

Las repercusiones psicológicas debidas al cáncer de próstata suman dos aspectos: aquellos relacionados con el cáncer en general, y las propias de la localización de la enfermedad y el tratamiento. Los trastornos más frecuentes en el estado de ánimo son ansiedad y depresión. También puede haber periodos de insomnio, anorexia e interrupción de las actividades cotidianas, además de miedo persistente por la posibilidad de recaída.

En las décadas pasadas, el tratamiento del cáncer de próstata era fundamentalmente quirúrgico (87%); tratamiento radiante en dos dimensiones (2D-RT) hacían sólo aquellos pacientes con progresión de la enfermedad local, que no respondían al tratamiento quirúrgico. Con el advenimiento de la radioterapia tridimensional conformada (3DCRT) y con el diagnóstico precoz, disminuyeron significativamente los casos quirúrgicos y son más los tratados con esta técnica. En la actualidad, de los pacientes con enfermedad local con indicación de tratamiento radical, el 45% hace prostatectomía y 65% 3DCRT (*Clínica Pergamino. Servicio de Terapia Radiante, 2010*).



El cáncer de próstata supone, por los efectos de su tratamiento, una amenaza para el enfermo, debido a la percepción de daño a su autoimagen y a su masculinidad. Esto puede afectar seriamente a las relaciones de pareja, y a la propia autoestima del afectado. Las posibles problemáticas como la incontinencia y la impotencia sexual, dañan la concepción del paciente como hombre, lo llenan de vergüenza y de incomodidad.

La depresión en pacientes con cáncer de próstata permanece como la mayor fuente de estrés para el paciente y su familia; ha sido vinculada con el suicidio y ha mostrado que no contribuye a mejorar cuando se realizan tratamientos a largo plazo. La mayoría de las estrategias de asesoramiento psicológico se focalizan sobre la presencia de sintomatología depresiva, sin identificar los antecedentes causales específicos que condujeron a la depresión a este grupo de pacientes.

#### **4.- CÁNCER DE MAMA**

Por su parte, el cáncer de mama es la primera causa de muerte por esta enfermedad en la población femenina (*Hurtado y cols, 2004*).

Es el cáncer más estudiado en términos de efectos psicosociales, y no sorprende que muchos estudios de prevalencia de depresión sean estudios que se realizan con mujeres con cáncer de mama. La prevalencia de depresión reportada varía entre el 1.5% al 46% (*Massie, 2004*).

En la mayoría de los centros oncológicos el abordaje terapéutico del cáncer de mama es interdisciplinario, cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida y adaptación tanto del paciente como del entorno familiar.

El manejo terapéutico de los pacientes con cáncer de mama, incluye, múltiples combinaciones: tratamiento locoregional (quirúrgico y radiante), tratamiento sistémico

(quimioterapia, hormonoterapia y anticuerpos monoclonales). El tratamiento sistémico puede realizarse antes y/o después del tratamiento locoregional; esto depende específicamente de las características y/o estadio clínico de la enfermedad. En la actualidad, el tratamiento para este tipo de neoplasias responde a un protocolo estándar de alcance internacional (*standard of care*) (Arsenian, 1991).

#### *Tratamiento Quirúrgico.*

Dentro del concepto de preservación de órganos, en este caso, la mama, los tumores factibles a ser operados son aquellos que miden de 3 a 5 cm. Pero siempre se debe considerar, la relación volumen mamario/volumen tumor, ya que además la cirugía se hace con márgenes de 2 a 3 cm libres. Esta es la llamada cirugía Conservadora o Cuadrantectomía, la cual se asocia siempre a un tratamiento radiante.

En los casos donde no se cumple los requisitos anteriormente descritos, hay dos alternativas: a) quimioterapia neoadyuvante (previo a la cirugía) para reducir el tamaño del tumor y así permite realizar la cirugía conservadora (más que nada en pacientes jóvenes)

y b) mastectomía radical modificada (extirpación de toda la mama); hay dos técnicas; una, la técnica de Patey-Merola, en la cual se extirpan los pectorales menores y se dejan los mayores, y otra, la técnica de Madden, en la cual se conservan ambos pectorales. Puede ir o no acompañada de un tratamiento radiante.

#### *Tratamiento Radiante.*

La RT es uno de los tratamientos estándar en el cáncer de mama. En este sentido, la dosis total de radioterapia (RT) que se administra al volumen de tratamiento (volumen o región mamaria) está en el rango entre 54 a 60 Gy, de 1.8 a 2 Gy por fracción, en 23 a 30 fracciones con un fraccionamiento estándar de 5 días por semana

En casos seleccionados se agrega una sobredosis al lecho tumoral o quirúrgico, el cual se denomina boost, alcanzando una dosis total que está en el rango de 10 a 15 Gy, de 1.8 a 2 Gy por fracción en 5 a 9 fracciones con un fraccionamiento estándar.

Cualquiera sea la técnica de irradiación que se utilice, además del volumen de tratamiento/planificación que se emplee, debe considerarse la dosis de tolerancia de los tejidos y/u órganos vecinos.

La interacción entre las radiaciones y el tejido irradiado es un proceso no selectivo, ya que afecta a cualquier célula expuesta. Las consecuencias de esto son las alteraciones moleculares o físico-químicas, no sólo en el tumor sino también en los tejidos u órganos adyacentes sanos vecinos. Cuando se irradia el mediastino, aumenta la probabilidad de daño a todas las estructuras cardíacas.

Aún conociendo sus potenciales efectos colaterales, sin este tratamiento, no se logra un control adecuado de la enfermedad, ya al extirpar la totalidad del tumor, el índice de recidiva es muy alto, tanto en cirugías conservadoras como en mastectomías (indicada en nódulos mayores de 4 centímetros y/o más de 4 ganglios axilares positivos).

#### *Tratamiento sistémico.*

En relación al tratamiento sistémico (quimioterapia, hormonoterapia y anticuerpos monoclonales) debe tenerse en cuenta, el perfil de toxicidad de cada fármaco así como su mecanismo de acción, la dosis total por ciclo terapéutico del agente adyuvante (fundamentalmente antraciclinas), la cantidad de ciclos de tratamiento, la dosis acumulativa (suma total de dosis en todos los ciclos), la vía de administración y la combinación e interacción con otros fármacos.

Son también relevantes las características individuales de cada paciente. Es ineludible considerar la edad, factores de riesgo cardiovasculares preexistentes, antecedente de enfermedades cardíacas, alteraciones metabólicas e hipersensibilidad a ciertos fármacos.

## 5.- DIFERENCIAS DE GÉNERO

Ser hombre o mujer es una variable básica humana que afecta a la salud y a la enfermedad a lo largo de la vida. Hombres y mujeres difieren no sólo con respecto a sus órganos reproductivos y a sus cuerpos sino también en la forma en pensar, sensación y comportamiento.

La diferencia física se denomina sexo, influenciada por los genes y la biología; la diferencia psicológica se denomina género, en la que los factores ambientales, culturales y psicosociales también tienen un papel destacado. Los investigadores apenas están empezando a desentrañar las complejas interacciones entre sexo y género.

En el caso de cáncer, es evidente que sólo los hombres pueden obtener cáncer de próstata, y cáncer de mama se produce predominantemente en las mujeres. Cómo el género importa no es tan obvio.

En el estudio de las desigualdades en salud según el género se sabe que *género* no es una variable. *Scott (1988)* dice que el género se constituye y expresa a través de las relaciones sociales, roles y expectativas ligados a las atribuciones femeninas y masculinas, que no son fijas y cambian según la cultura y a lo largo de la historia.

*Rohlf, Borrell y Fonseca (2000)* refieren que la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. *Diferente* porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad, que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. *Desigual* porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas.

*Kiss y Meryn (2001)* describieron el efecto del género en psicosocial de las diferencias en hombres y mujeres con cáncer de próstata y de mama, respectivamente. Entre sus observaciones principales mencionan que, en función de las diferencias, sexo y género tienen un profundo efecto en la salud y la enfermedad. La biología y la epidemiología del cáncer de próstata y de mama comparten muchas similitudes. Las diferencias en aspectos psicosociales de ambos cánceres están principalmente basadas en función de género. Estas diferencias son evidentes no sólo en el impacto físico sino también en el sexo, la calidad de vida y las diferencias psicosociales.

## **ESTADO ACTUAL DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL TEMA**

*Balderson y Towell (2003)* evaluaron la prevalencia y factores predictivos de estrés psicológico en 94 pacientes con cáncer de próstata. Detectaron que el 38% de los pacientes reportó depresión (test de Hamilton), concluyendo que los profesionales deberían estar atentos al proceso depresivo que sufren estos pacientes, dada la variabilidad en la prevalencia, vinculada directamente con el bienestar funcional, social y familiar.

*Carlson, Angen, Cullum y cols (2004)* evaluaron los niveles de depresión y ansiedad, problemas psicológicos colectivos y uso de soporte psicológico en 2776 pacientes con cáncer. Encontraron que el 37.8% de todos los pacientes mostró algún nivel de depresión y ansiedad, que las mujeres tienen niveles de depresión más elevados que los hombres, pero que no hubo diferencia de género en severidad de ansiedad y de estrés general. Concluyeron que el estrés es muy frecuente en los pacientes con cáncer, que éste varía con el tipo de cáncer (próstata, entre los más vinculados a la depresión) y que muchos pacientes que reportaron altos niveles de depresión y ansiedad no toman en cuenta los recursos de asistencia psicológica.

Para evaluar el grado de estrés psicológico en pacientes con cáncer de próstata, *Steginga, Occhipinti, Gardiner y cols (2002 y 2004)* evaluaron las respuestas de 111 pacientes con este diagnóstico antes, a los 2 y 12 meses del diagnóstico. Los autores concluyeron, entre

otras cosas, que el estrés psicológico relacionado con este tipo de cáncer disminuye con el tiempo.

*Korfage, Essink-Bot, Janssens, Schröder y de Koning (2006)* evaluaron la ansiedad y depresión después del diagnóstico y del tratamiento. Los autores hicieron un seguimiento de 299 pacientes durante 5 años. Los pacientes completaron un mismo cuestionario antes del tratamiento, y a los 6, 12 y 5 años del mismo.

Considerando que la mayoría de las estrategias de asistencia psicológica en los pacientes con cáncer de próstata se focalizan en la presencia de la sintomatología depresiva sin identificar los antecedentes causales específicos que conducen a estos pacientes a la depresión, *Sharpley, Bitsika y Christie (2009)* evaluaron a 150 pacientes con cáncer de próstata, quienes completaron cuestionarios para medir ansiedad, depresión y cambios en la calidad de vida desde el diagnóstico de cáncer. Los autores ratificaron las implicancias del tratamiento oncológico en términos de identificación apropiada de los antecedentes, que son los que conducen al entendimiento de la depresión como una respuesta adaptativa a una nueva situación.

En correspondencia con la inversión en investigación, desde hace ya varias décadas, múltiples estudios sobre depresión y cáncer de mama se han publicado.

*Silberfarb y cols (1980)* analizaron los aspectos psicosociales de las enfermedades neoplásicas, en términos del status funcional de pacientes con cáncer de mama en diferentes estadios de la enfermedad, y por ende, diferentes regímenes terapéuticos. Para ello compararon tres grupos: a) pacientes con mastectomía realizada 4 meses antes, b) pacientes con una primer recurrencia dentro de los últimos 12 meses y c) pacientes en el estadio terminal de la enfermedad. El grupo recurrente (b) reportó los índices más altos de Disturbio Psiquiátrico, en las subescalas de depresión, ansiedad, suicidio, aunque el aislamiento social, y el empeoramiento en las rutinas cotidianas proveyeron índices más

altos en las enfermas terminales. Los autores concluyeron que la radioterapia adyuvante representa una significativa fuente de estrés durante el tratamiento del cáncer primario y en al menos 1/3 de los pacientes en esta categoría reportaron la necesidad de ayuda con las tareas hogareñas.

*Maraste, Brand, Olson y cols (1992)* evaluaron a 133 pacientes con cáncer de mama usando la escala de Hamilton para ansiedad depresión. Encontraron bajos niveles de depresión (1.5%) pero altos niveles de ansiedad (14%). Usando un punto de corte de 10 en la escala de Hamilton, solamente 2 pacientes mastectomizados (1.5%) fueron considerados gravemente depresivos. Pero si el punto de corte de la escala se establecía en 8, entonces el 6.7% estaban deprimidos. Otros resultados sugirieron que al inicio del tratamiento con radioterapia adyuvante, el distrés emocional se caracteriza por ansiedad más que por depresión, y el riesgo de ansiedad mórbida es especialmente alto para mujeres mastectomizadas que promedian los 50 años.

Ese mismo año, *Maunsell y cols (1992)* investigaron sobre el distrés psicológico que se genera con el inicio del tratamiento de un cáncer de mama en 205 pacientes con este diagnóstico, con entrevistas personales en el hogar de las pacientes a 3 y a 18 meses de la cirugía. Concluyeron que los eventos estresantes antes del diagnóstico y la historia de depresión parecen ser fuertes indicadores del riesgo de distrés psicológico, y este dato puede ser útil para identificar a estos pacientes que necesiten soportes psicológicos más intensos.

*Pinder y cols (1993)* evaluaron los desórdenes psiquiátricos en pacientes con cáncer de mama avanzado y refirieron que el 70% de estos pacientes confinados en cama más de la mitad del día mostraban signos y síntomas depresivos.

También en ese mismo año, *Sneeuw y cols (1993)* refirieron que el cáncer de mama se asocia significativamente con la depresión, en prevalencias que oscilan entre el 1.5% y



hasta el 46%. Usando un programa de entrevistas diagnósticas y el método de evaluación de síntomas de Hopkins encontraron una prevalencia del 4.5% de pacientes con depresión grave entre 556 mujeres con cáncer de mama en estadíos I y II (215 tratadas con mastectomías radicales y 341 con cuadrantectomías). Al momento de la evaluación, ninguna de las pacientes presentaba enfermedad metastásica; la amplitud quirúrgica no se asoció a un mayor nivel de depresión.

*Hall, Hern y Fallowfield (1999)* se preguntaban si estaban usando instrumentos apropiados para detectar ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama cuando éste es diagnosticado en estadíos tempranos de la enfermedad. Los autores hicieron hincapié en que las entrevistas clínicas no son completamente fiables, y como tales, admiten que pueden haber dudas acerca de si son realmente el modelo patrón (*gold standard*) para todos los pacientes, particularmente aquellos con comorbilidades médicas significativas. Aún así, reconocen que las entrevistas clínicas constituyen la única vía para obtener un diagnóstico de depresión y puede ser argumentado como algo esencial en la determinación de la real prevalencia de un desorden.

Ese mismo año, *Watson y cols (1999)* estudiaron prospectivamente a 578 mujeres con cáncer de mama en estadíos tempranos de la enfermedad usando tres instrumentos de medición: el test Mental Adjustment para pacientes con Cáncer, el test de control emocional de Courtauld y el test de Hamilton (4–12 semanas y al año después del diagnóstico). Encontraron que un alto score en estos índices tuvo a 5 años de la cirugía y sin eventos metastásicos en el seguimiento, un moderado efecto. Sin embargo, un elevado puntaje en el test de Hamilton estuvo vinculado a una reducción significativa de las probabilidades de sobrevivir; si bien los mismos autores aclaran que estos últimos resultados se basaron en un número pequeño de pacientes y deberían ser interpretados con cautela, estos mismos hallazgos provocan y requieren más estudios.

# ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

## 1.- ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación se llevó a cabo en la ciudad de Pergamino.

Pergamino es una ciudad del norte de la provincia de Buenos Aires, a 222 km de Buenos Aires, a 120 km de Rosario, 145 de Venado Tuerto, 90 de Junín y 76 del Puerto de San Nicolás de los Arroyos.

Posee pista de aviación de 1.430 m, de hormigón perteneciente al Aeródromo Provincial. Es cruce de tres importantes rutas nacionales: RN 8, RN 188 y RN 178 (tiene su "km 0" allí), y una ruta provincial: RP 32.

Atraviesan la ciudad dos ferrocarriles: el General Belgrano (trocha angosta) y el Nuevo Central Argentino (NCA) (ex Mitre) (trocha ancha).

En su último censo, su población era de 85.487 habitantes (INDEC, 2001), lo que representó un crecimiento del 7,9 % frente a los 79.240 habitantes del censo anterior (INDEC, 1991) del censo anterior. Pergamino es la 8ª ciudad más populosa de la provincia de Buenos Aires.

Es una zona principalmente agrícola. Sus tierras, como las de los partidos de Junín, Rojas, Colón, General Arenales y otros vecinos, son las mejores cotizadas de la República Argentina. También se encuentra un complejo semillero, textil y agroindustrial. En 1997 fue declarada Capital Nacional de la Semilla debido a su importante rol en esta actividad económica ([www.wikipedia.org/wiki/Pergamino](http://www.wikipedia.org/wiki/Pergamino), 2010).

En Pergamino se encuentra uno de los principales servicios de salud privados de la ciudad: la Clínica Pergamino. Presta atención a pacientes con patologías de especialidades médicas como: anatomía patológica, cardiología, cirugía general, cirugía plástica, cirugía torácica, clínica médica, dermatología, diagnóstico por imágenes, endocrinología, fonoaudiología, gastroenterología, ginecología, hematología, infectología, kinesiología, laboratorio de Análisis bioquímicos, medicina nuclear, nefrología, neonatología, neumonología, neurocirugía, neurología, obstetricia, oftalmología, otorrinolaringología, pediatría, psicología, reumatología, traumatología y ortopedia, urología y oncología (clínica y radioterapia).

El Servicio de Terapia Radiante fue reinaugurado en 1999 en ocasión de la instalación de un acelerador lineal de 6 Mev en lugar de la antigua bomba de Cobalto, así como se avanzó en tecnología en relación a la planificación con marcación tomográfica y planificación computarizada inicialmente en dos dimensiones (2D), y desde hace 8 años, con Radioterapia tridimensional conformada (3DCRT). Siendo un Servicio en constante actualización, se está en etapa de implementación de una nueva metodología especialmente diseñada para el cáncer de próstata como es la Radioterapia de Intensidad Modulada (IMRT). El servicio atiende un promedio de 400 pacientes nuevos por año, de los cuales más del 50% forman el universo conformado por cáncer de mama y próstata en sus diferentes estadíos.

## **2.- TIPO DE INVESTIGACION**

Este fue un estudio de tipo cuali-cuantitativo no experimental, de alcance descriptivo y correlacional, tendiente a comparar, en un mismo tiempo, los resultados del test de

Hamilton para evaluar depresión entre mujeres con cáncer de mama y hombres con cáncer de próstata (estrategia transversal).

El propósito de los estudios de alcance *descriptivo* es describir las situaciones planteadas con anterioridad, es decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. Según *Dankhe (1976)*, este tipo de estudios busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis; miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así —y valga la redundancia— describir lo que se investiga.

Los estudios de alcance *correlacional* tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables (en un contexto en particular). Miden las dos o más variables que se pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación. La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales son saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otra u otras variables relacionadas (*Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio, 1991*).

El análisis de los datos tuvo un alcance *transversal*, es decir, en un momento determinado del tiempo se evalúa la relación entre dos variables (cáncer y depresión), donde una de ellas (o las dos) puede variar su manifestación con el tiempo (*Hernández de Canales, Luz de Alvarado, Pineda, 1998*).

### **3.- POBLACIÓN y MUESTRA**

La población objetivo de esta investigación fueron mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y hombres con cáncer de próstata que requerían tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia.

Se trabajó con hombres y mujeres mayores de 18 años que concurren al Servicio de Terapia Radiante de la clínica Pergamino SA de esta misma ciudad, para recibir tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia por las mencionadas enfermedades neoplásicas diagnosticada por primera vez (no metastásicos).

Este Servicio atiende a un promedio de 50 pacientes por mes que reciben tratamiento oncológico. Este universo se dividió en pacientes con cáncer de mama y hombres con cáncer de próstata, según la información aportada por la clínica.

La recolección de datos se realizó del 1 al 22 de Julio de 2010.

Tres (3) pacientes (2 hombres y 1 mujer) no aceptaron participar del estudio.

La muestra incluyó 20 mujeres con el diagnóstico de cáncer primario de mama y 20 hombres con diagnóstico de cáncer primario de próstata que concurren al Servicio de Terapia Radiante de la Clínica Pergamino, ubicado en la ciudad homónima, para recibir RT como parte del tratamiento oncológico durante el periodo referido.

#### **4.- TÉCNICAS, INSTRUMENTO y PROCEDIMIENTO**

La técnica que se utilizó tuvo una modalidad estructurada en formato de encuesta.

En la encuesta se utilizó un instrumento específico para comprobar la severidad de la depresión en pacientes que reciban tratamiento oncológico (escala de Hamilton), como así también características propias del paciente y del tumor (historia clínica).

La Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D) valora la severidad de los síntomas observados en depresión. Se la emplea para evaluar el tratamiento con

psicotrópicos y en las investigaciones clínicas. Fue publicado originalmente en el año 1960 por Max Hamilton, y actualmente es una de las escalas más ampliamente utilizadas para evaluar la depresión en investigación psicomédica.

Los ítems contemplados en la escala incluyen: estado de ánimo deprimido (tristeza, desesperanza, se siente inútil), sentimientos de culpa, ideas e intentos de suicidio, insomnio (precoz, intermedio, tardío), trabajo y actividades, retardo psicomotor (lentitud de pensamiento y del habla, dificultad para concentrarse, hipoactividad física), agitación, ansiedad (psíquica, somática), apetito, síntomas somáticos generales, y genitales (reducción de la libido, rendimiento sexual, alteraciones menstruales), hipocondriasis, pérdida de peso, conciencia de la enfermedad.

Es un cuestionario de 21 preguntas de respuesta múltiple. Las preguntas tienen entre 3 y 5 alternativas de respuesta; el ordenamiento de estas alternativas responde al incremento de la puntuación acorde a la severidad de los síntomas (0 representa la ausencia de síntomas).

Las primeras 17 preguntas contribuyen a la puntuación total. Las preguntas #18 a 21 se realizan para complementar la información sobre el trastorno depresivo en casos específicos, ejemplo, evidencia de síntomas paranoicos.

Los resultados se interpretan de acuerdo a la puntuación alcanzada De 0 a 6 puntos, *sin depresión*; de 7 a 17 puntos, *depresión leve*; de 18 a 24 puntos, *depresión moderada*; y >24 puntos, *depresión grave* (Williams, 1988; [www.parinc.com](http://www.parinc.com), 2010; [www.top.onmedic.net](http://www.top.onmedic.net), 2010).

En los Anexos se exponen el modelo de historia clínica y el cuestionario que se hicieron en la encuesta.

Antes de completar el cuestionario, cada paciente aceptó participar mediante un consentimiento informado escrito, donde dejaba constancia que conocía las circunstancias por las cuales se realizaba la encuesta (marco de un trabajo de investigación de tesina de

grado) y que se guardaba el anonimato de los pacientes en todas las planillas donde se respondiera al test de Hamilton, respetando las normas nacionales e internacionales de confidencialidad, contando previamente con la aprobación por el Comité de Investigación y Bioética de Clínica Pergamino SA y la autorización para completar el trabajo de campo del Presidente y Jefe del Servicio de Terapia Radiante Pergamino SA (*ver en Anexos, Modelo de consentimiento*).

El haber considerado sólo las historias clínicas de los pacientes que brindaron por escrito un Consentimiento Informado específico se basa en respeto a Ley 25.326, la cual tiene por objeto la protección integral de los datos personales asentados en archivos, registros, bancos de datos, u otros medios técnicos de tratamiento de datos, sean éstos públicos o privados, destinados a dar informes, para garantizar el derecho al honor y a la intimidad de las personas, así como también el acceso a la información que sobre las mismas se registre.

## **5.- ANALISIS DE LA INFORMACION**

El análisis de los datos inicialmente incluyó una descripción de las variables consideradas para conformar un perfil del grupo de pacientes estudiados. La edad (en años) se expresó con la estimación del promedio  $\pm$  error estándar de la media ( $\pm$ ESM). Las variables cualitativas se expresaron en términos porcentuales de sus respectivas alternativas de respuesta.

Identificados ambos grupos oncológicos (Mama / Próstata) se procedió a comparar la frecuencia de puntaje en cada uno de los niveles propuestos por el test de Hamilton.

Luego se analizaron cada uno de los componentes del test y estadísticamente se midió la asociación de las respuestas en cada sexo; esta correlación se midió con la prueba  $\chi^2$  o

Fisher, según correspondiera. En todas las pruebas, un valor de  $P < 0.10$  fue considerado estadísticamente significativo; en caso contrario, fue considerado sin significación estadística ( $P = NS$ ).



# TRABAJO DE CAMPO

## 1.- PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el período comprendido entre el 1 y el 20 de Julio de 2010 fueron invitados a ser encuestados 43 pacientes que cumplían los criterios de inclusión para este estudio.

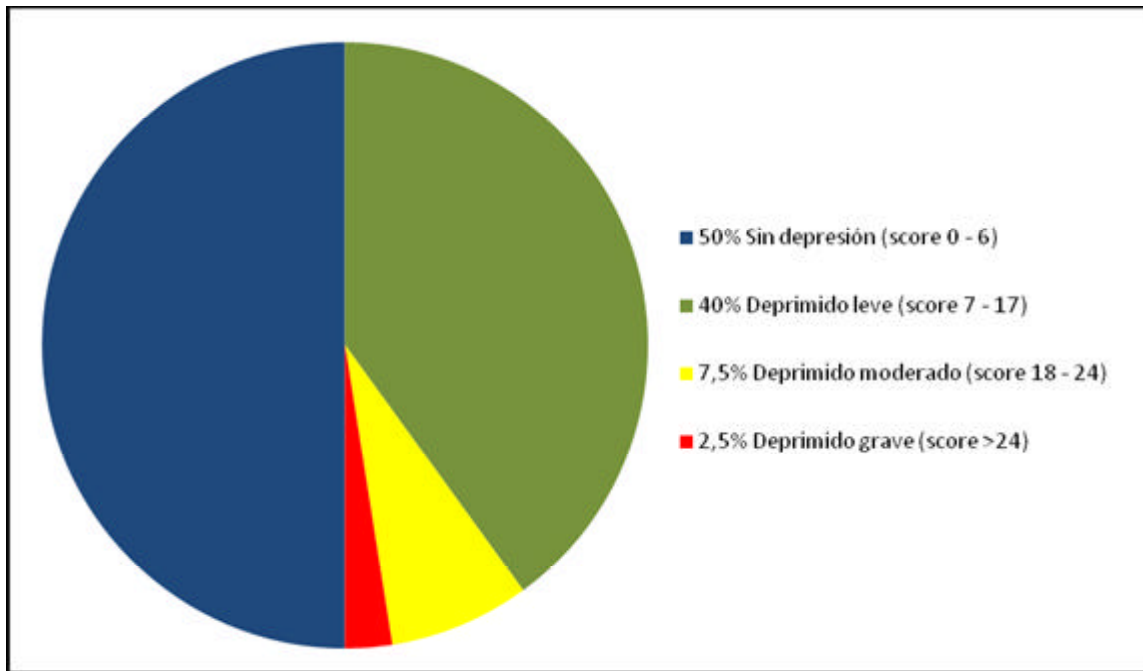
Tres (3) pacientes (2 hombres y 1 mujer) no aceptaron participar del estudio.

Respondieron la encuesta 20 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y 20 hombres con diagnóstico de cáncer de próstata.

La edad promedio de los entrevistados fue de  $64.1 \pm 1.5$  años (rango: 47-79 años), sin diferenciación por sexo.

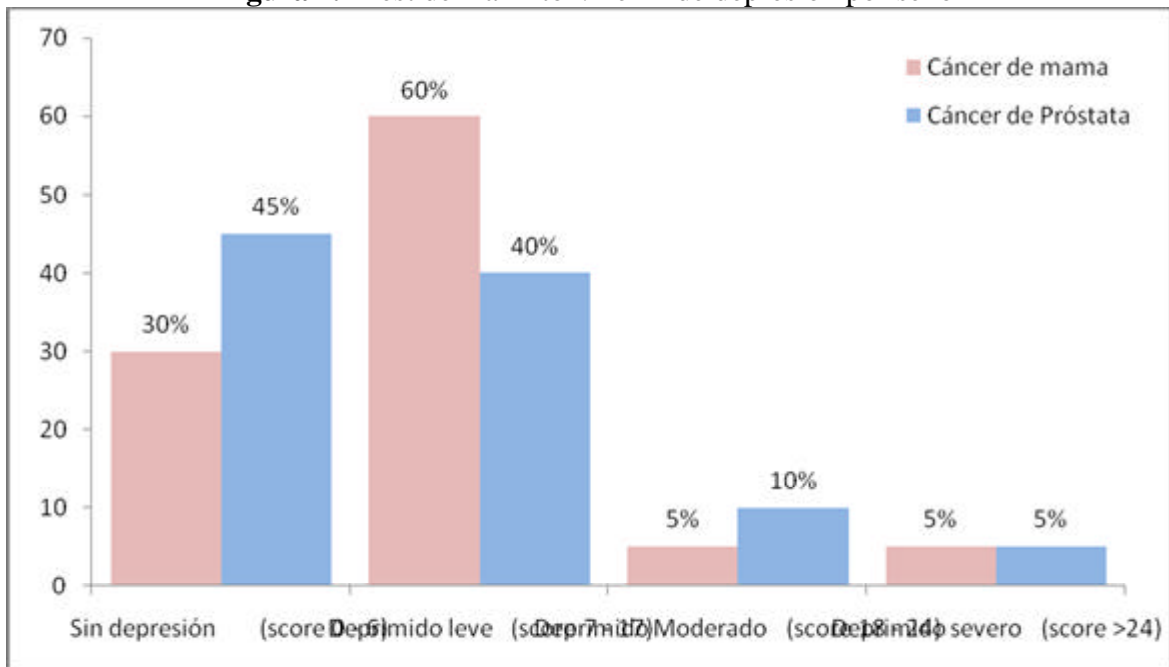
De la aplicación del test de Hamilton, la *Figura 1* muestra el perfil de depresión del grupo de pacientes oncológicos, acorde al score alcanzado por el grupo.

**Figura 1.-** Test de Hamilton. Perfil de depresión en pacientes oncológicos



La *Figura 2* exhibe la puntuación alcanzada en el test de Hamilton por cada sexo (P=NS).

**Figura 2.-** Test de Hamilton. Perfil de depresión por sexo



A continuación, se expone la distribución de las respuestas de ambos sexo a cada una de las preguntas del test de Hamilton y la significancia estadística de las diferencias numéricas

<b>Tristeza, depresión, melancolía, desesperanza, desamparo, inutilidad</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
Ausente	9	14
Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	3	1
Estas sensaciones las relata espontáneamente	2	1
Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	5	3
Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	1	1
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= NS</b>	

<b>Sentimiento de culpa</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
Ausente	13	16
Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1	1
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	4	2
Siente que la enfermedad actual es un castigo	2	1
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	0	0
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= NS</b>	

<b>Suicidio</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
Ausente	19	17
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	0	0
Ideas de suicidio o amenazas	0	1
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	0	1
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= NS</b>	

<b>Insomnio Precoz</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
No tiene dificultad	12	18
Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño	6	0
Dificultad para dormir cada noche.	2	2
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= 0.027</b>	

<b>Insomnio Intermedio</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
N-o- hay dificultad	15	16
Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea	4	4
Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar)	1	0
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= NS</b>	

<b>Insomnio Tardío</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
No hay dificultad	17	15
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	2	2
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	1	3

<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= NS</b>
---	--------------

<b>Trabajo y actividades</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
No hay dificultad	10	16
Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	2	1
Pérdida de interés en su actividad (falta de interés, indecisión y vacilación)	0	2
Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3	1
Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda	5	0
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= 0.045</b>	

<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
Palabra y pensamiento normales	17	18
Ligero retraso en el habla	3	1
Evidente retraso en el habla	0	0
Dificultad para expresarse	0	1
Incapacidad para expresarse	0	0
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= NS</b>	

<b>Agitación psicomotora</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
Ninguna	10	13
Juega con sus dedos	2	2
Juega con sus manos, cabello, etc.	3	0
No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	2	4
Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos	3	1
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= NS</b>	

<b>Ansiedad psíquica</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
No hay dificultad	12	6
Tensión subjetiva e irritabilidad	5	3
Preocupación por pequeñas cosas	2	6
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	1	1
Expresa sus temores sin que le pregunten	0	4
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= 0.075</b>	

<b>Ansiedad somática (signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Frecuencia de micción incrementada. Transpiración. <u>Gastrointestinales</u>: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. <u>Cardiovasculares</u>: palpitaciones, cefaleas. <u>Respiratorios</u>: hiperventilación, suspiros)</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
Ausente	10	11
Ligera	5	6
Moderada	3	2
Severa	2	1
Incapacitante	0	0
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= NS</b>	

<b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
Ninguno	17	19
Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen	3	1
Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	0	0
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= NS</b>	

<b>Síntomas somáticos generales</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
Ninguno	10	11
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.	7	6
Cualquier síntoma bien definido	3	3
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= NS</b>	

<b>Síntomas genitales (disminución de la libido, trastornos menstruales)</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
Ausente	15	9
Débil	4	7
Grave	1	4
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= NS</b>	

<b>Hipocondría</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
Ausente	12	13
Preocupado de si mismo (corporalmente)	3	1
Preocupado por su salud	4	6
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	1	0
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= NS</b>	

<b>Pérdida de peso</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana	17	19
Pérdida de más de 500 gramos en una semana	3	1
Pérdida de más de 1 kg. en una semana	0	0
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= NS</b>	

<b>Perspicacia</b>	<b>MUJERES Cáncer de mama</b>	<b>HOMBRES Cáncer de próstata</b>
Se siente bien, no se siente deprimido	13	15
Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	3	3
Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	3	1
No se da cuenta que está enfermo	0	0
<b>Significancia de las diferencias numéricas</b>	<b>P= NS</b>	

Sólo 2 hombres y 4 mujeres refirieron estar recibiendo asistencia psicológica (P=NS).

## **2.- COMENTARIOS**

Esta investigación corroboró la hipótesis de estudio. Los niveles de depresión en mujeres con cáncer de mama y en hombres con cáncer de próstata son similares.

Exploramos las características de los pacientes incluidos en el estudio. Los resultados de esta investigación indican que se trató de un grupo de sujetos edades similares en ambos sexos.

La mitad de los pacientes oncológicos encuestados manifestó algún nivel de depresión según los ítems que evaluó el test de Hamilton: 40% deprimido leve, 7.5% con depresión moderada y 1 paciente (2.5%) con depresión severa.

Considerando el score alcanzado con el test, los hombres revelaron los mismos niveles de depresión que las mujeres, en todas las categorías que plantea el test utilizado.

Considerando cada uno de los aspectos que considera el test de Hamilton, hombres y mujeres mostraron similar patrón de respuestas, excepto en tres conceptos específicos: primero, en el *insomnio precoz*, donde las mujeres revelaron mayor dificultad ocasional para dormir (les toma más de media hora el conciliar el sueño); segundo, en el *trabajo y las actividades diarias*, donde las mujeres también refirieron una disminución de la productividad, todas dejaron de trabajar por el cáncer de mama, sólo se comprometían con pequeñas tareas y generalmente recibían ayuda para realizarlas; y tercero, en la *ansiedad psíquica*, pero aquí fueron hombres los que refirieron mayor preocupación por las pequeñas cosas, mostraron una actitud aprensiva en la expresión o en el habla y expresaron sus temores sin que se les pregunte.

Cuando se realizó la última pregunta del test (perspicacia), más del 50% de los sujetos encuestados refirió que no se sentía deprimido. ¿Es la negación un mecanismo de defensa? Estos datos anteriores se ratifican en el dato que sólo 6/40 pacientes (15%) refirieron estar recibiendo asistencia psicológica/psiquiátrica. A todos los pacientes se les recomendó una interconsulta con un psicoterapeuta a elección.



## **CONCLUSIONES FINALES**

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos concluir que las mujeres se diferencian de los hombres en las dificultades de conciliar el sueño precozmente y de las actividades laborales diarias; los hombres sufren más la ansiedad psíquica (aprensión en la expresión, magnifican pequeños problemas).

Podemos concluir que se corroboró la hipótesis propuesta. Los niveles de depresión en mujeres con cáncer de mama y en hombres con cáncer de próstata son similares.

Esta tesina fue diseñada para abordar las cuestiones mencionadas y proponer futuras hipótesis de investigación. Uno de los desafíos es crear medidas del grado de depresión específicas para pacientes con cáncer, con umbrales apropiados para estos pacientes; centrándose en las cuestiones de la edad, raza, origen étnico, subcultura y el tipo y etapa de cáncer.

# BIBLIOGRAFIA

Aldo Conti Norberto. *Historia de la Depresión. La Melancolía desde la Antigüedad hasta el siglo XIX*. Buenos Aires: Editorial Polemos. 2007.

American Psychiatric Association. *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* 4°ed revis. Barcelona: Masson. 1995

Arnst Catherine. Una brecha de género en el cáncer.  
[http://www.businessweek.com/technology/content/jun2007/tc20070612\\_953676.htm](http://www.businessweek.com/technology/content/jun2007/tc20070612_953676.htm) (31/05/2010)

Arsenian MA. Cardiovascular sequelae of therapeutic thoracic radiation. *Prog Cardiovasc Dis* 33: 299-312. 1991.

Balderson N, Towell T (2003) The prevalence and predictors of psychological distress in men with prostate cancer who are seeking support. *Br J Health Psychol* 8: 125-134.

Beck AT, Beck RW. Screening depressed patients in family practice: a rapid technique. *Postgrad Med* 1972;52:81-5

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.

Boulet J, Boss MW. Reliability and validity of the Brief Symptom Inventory. *Psychol Assess* 1991;3:433-7.

Burde Lydia y Sorribas Elizabeth. *Los enfermos psicósomáticos: personalidades míticas (2ª ed)*. Rosario: Laborde, 2001.

Carlson LE, Angen M, Cullum J, Goodey E, Koopmans J, Lamont L, MacRae JH, Martin M, Pelletier G, Robinson J, Simpson JS, Specca M, Tillotson L, Bultz BD (2004) High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 90: 2297-2304.

Clínica Pergamino. Servicio de Terapia Radiante. Dra. Susana Kahl. *Comunicación personal (01/08/2010)*.

Dankhe GL. Investigación y Comunicación. En: C.Fernández Collado y GL Dankhe (Eds) *La comunicación humana: ciencia social*. México: McGraw-Hill, pp:385-454.

DeHaes JCJM, Van Knippenberg FCE, Neijt JP. Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structured and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br J Cancer* 1990;62:1034.

Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychol Med* 1983;13:595-605.

Fernández Margarita. *Dolores del alma: duelo, melancolía depresión*. Agencia Nova (3/3/2008).  
[http://www.agencianova.com/nota.asp?n=2008\\_3\\_3&id=48596&id\\_tiponota=11](http://www.agencianova.com/nota.asp?n=2008_3_3&id=48596&id_tiponota=11). Consultado el (07/07/2010).

Garma A. *El psicoanálisis - Teoría, Clínica y Técnica*. Madrid: Paidós, 1971.

Hall A, Hern RA, Fallowfield L. Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *Eur J Cancer* 1999;35:79–85.

Hamilton Depression Inventory. Full Scale Score Report. [www3.parinc.com/uploads/samplerpts/HDI\\_SP.pdf](http://www3.parinc.com/uploads/samplerpts/HDI_SP.pdf) (15/06/2010).

Hernández de Canales F, Luz de Alvarado E, Pineda EB. *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud*. OMS-OPS. Serie Paltex n° 9. México: Limusa, 1998. pp:135.

Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la Investigación* 2° edición. México: McGraw-Hill 1991, pp:62-65.

Hornstein L. Depresiones e incertidumbre. *Rev Actualidad Psicológica* #292, Noviembre 2001.

Hurtado G y cols. Factores de pronóstico en cáncer de mama. Disponible en : [www.smeo.org.mx/gaceta/junio04/7factoresdepronosticoencancer.pdf](http://www.smeo.org.mx/gaceta/junio04/7factoresdepronosticoencancer.pdf) (01/06/2010)

Jackson Stanley. *Historia de la melancolía y la depresión. Desde los Tiempos Hipocráticos a la Época Moderna*, Madrid: Turner Ed. 1989.

Kiss A, Meryn S. Effect of sex and gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer. *Br M J* 2001; 323(3): 1055-58.

Korfage I, Essink-Bot M, Janssens A, Schröder F y de Koning H. Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. *British Journal of Cancer* (2006) 94, 1093–1098

Langer M. La relación médico-paciente en cancerología. En: J.Schavelzon (Ed) *Cáncer, enfoque psicológico*. Galerna, Buenos Aires, 1978.

MacDougall J. *Teatros del cuerpo*. Barcelona: Yebenes, 1989.

Maladesky A, López M y López Ozores Z. Psicósomática y Cáncer. *Revista Actualidad Psicológica* #298. Junio 2002.

Maraste R, Brandt L, Olsson H, Ryde-Brandt B. Anxiety and depression. *Acta Oncol* 1992;31(6):641-3.

Marty P. *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrótu, 1991.

Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32:57–71

Maunsell E, Brisson J, Dschenes L. Psychological distress after initial treatment of breast cancer. *Cancer* 1992;70:120–5.

Pinder KL, Ramirez AJ, Black E, Richards MA, Gregory WM, Rubens RD. Psychiatric disorder in patients with advanced breast cancer: prevalence and associated factors. *Eur J Cancer* 1993;29A:524–7.

Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measure* 1977;1:385–401.

Rohlfs I, Borrell C, Fonseca M. **Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos**. *Gac Sanit (Barc)* 2000; 14 (supl 3): 60-71.

Rojtenberg Sergio. Depresión: una introducción a su estudio. En: Rojtenberg (ed) *Depresiones: Bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Buenos Aires: Polemos, 2006. Cap.2 pp:39.

Rojtenberg Sergio. Concepciones psicodinámicas de la depresión. En: SL Rojtenberg (ed) *Depresiones. Bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas y terapéuticas*. Buenos Aires: Polemos.2006. Cap.6, pp:127.

Roudinesco E. *¿Por qué el psicoanálisis?* (traducción de Virginia Gallo). Buenos Aires: Paidós. 2000, pp: 15-20.

Scott JW. *Gender and the politics of history*. Nueva York: Columbia University Press, 1988.

Segal H. Introducción a la obra de Melanie Klein. Barcelona: Paidós, 1999.

Sharpley C, Bitsika V y Christie D. Understanding the causes of depression among prostate cancer patients: Development of the effects of prostate cancer on lifestyle questionnaire. [http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params/id/42569107.html](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/42569107.html) (30/05/2010)

Silberfarb PM, Maurer LH, Crouthamel CS. Psychosocial aspects of neoplastic disease: I. Functional status of breast cancer patients during different treatment regimens. *Am J Psychiatry* 1980;137:450-5.

Sneeuw KCA, Aaronson NK, van Wouwe MCC, Sergeant JA, van Dongen JA, Bartelink H. Prevalence and screening of psychiatric disorder in patients with early stage breast cancer. *Qual Life Res* 1993;2:50-1.

Steginga SK, Occhipinti S, Gardiner RA, Yaxley J, Heathcote P (2002) Making decisions about treatment for localized prostate cancer. *BJU Int* 89: 255-260.

Steginga SK, Occhipinti S, Gardiner RA, Yaxley J, Heathcote P (2004) Prospective study of men's psychological and decision-related adjustment after treatment for localized prostate cancer. *Urology* 63: 751-756

Trask P. Assessment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;32:80-92

Wasserman M. Depresión, defensa maníaca y trastornos de la atención. *Revista Actualidad Psicológica* #292, Noviembre 2001

Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 1999;354:1331-6.

Williams, JB. "A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale," Archives of General Psychiatry, American Medical Association, August 1988, Vol. 45, Num. 8, pp. 742-747.

Winnicott, DW. *Naturaleza Humana*. Bs. As: Paidós, 1996.

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.

Zung WWK. Depression in the normal aged. *Psychosomatics* 1967;8: 287-92.

Zung WWK. Factors influencing the self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat* 1967;16:543-7.

#### **Páginas de internet consultadas**

[http://es.wikipedia.org/wiki/Pergamino\\_%28Buenos\\_Aires%29](http://es.wikipedia.org/wiki/Pergamino_%28Buenos_Aires%29) (17/05/2010)

<http://top.onmedic.net/Bibliografia/tabid/58/Default.aspx> (15/06/2010)

<http://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/statistics/> (31/05/2010)

[http://www.drabruzzo.com/cancer\\_and\\_gender.htm](http://www.drabruzzo.com/cancer_and_gender.htm) (01/06/2010)

<http://www.clinicaltrials.gov> (31/07/2010)

**A P E N D I C E**

**Y**

**A N E X O S**

## APÉNDICE 1.- ANÉCDOTAS DEL TRABAJO DE CAMPO.

El trabajo de campo me pareció muy intenso y cansador, 12 hs en un sótano sin ver la luz del sol, pero la gratificación que me producía ver que iba cumpliendo mi objetivo, todo lo que estaba aprendiendo y por sobre todo, la calidez, el interés, el apoyo y el reconocimiento, tanto de los pacientes, como del personal técnico, médico y administrativo, me resultó tan reconfortante que haría este trabajo una y mil veces más; cada jornada terminaba agotada, pero contenta y satisfecha.

Mientras le hacía el test a un paciente, le doy a otro paciente la hoja del consentimiento y de información para que lea y si aceptase, después le haría el test. Una hora más tarde, le pregunto si leyó la información que le había entregado y si quería participar en el estudio, y me contesta que sí. En ese momento empieza a hablar de sus problemas, haciendo un recorrido histórico de sus últimos 50 años!! Después de eso, cuando ya hacía mas o menos una hora y media que estaba hablando, me dice: -“bueno, eso es todo lo que te puedo decir de mi vida, ¿dónde firmo?”

En ese momento, cuando terminé de darme cuenta que ni por casualidad había leído el consentimiento, casi me agarra un ataque de nervios y convocando, con toda la fuerza de mi voluntad a mi falso self, le explico que la prueba consistía en un cuestionario, etc...

En una oportunidad, un paciente se acerca para hacerle el test, le pregunto si la médica oncóloga del Servicio le explicó de qué se trataba el trabajo. Estaba muy ansioso por irse y me respondió que sí, que dónde tenía que firmar.... Mientras estaba firmando el consentimiento, me dice: -“¿nena, qué me estás haciendo firmar?”. Entonces comienzo a explicar de qué se trataba el trabajo así: -“bueno, esto es un trabajo de investigación que estamos haciendo, donde nuestro propósito es comparar el nivel de depresión, de angustia, de los pacientes con mama y con próstata (me sugirieron que evitara la palabra cáncer)...” Me pregunta: -“¿cómo, como? Comienzo nuevamente con la explicación y me interrumpe, pidiéndome que le repita la última parte. Se lo repito y en ese momento, al señor se le transforma la cara y me dice: -“vos ahí me estas diciendo algo!!?”, “y sí”, le contesté, mientras repasaba que hacía media hora que le estaba explicando de qué se trataba el estudio... Salta de la silla y me dice: -“¡ Vos me estás diciendo que yo tengo cáncer!” (¡¡sabio consejo el que me dieron de no nombrarlo!!) y siguió: -“entonces, a mí todos me mienten!!” “No sé que les pasa a los médicos!” “Si yo venía por las dudas, si quedaba alguna celulita (sic) dando vueltas...”

Aterrada empecé a decirle lo primero que se me venia a la mente para tranquilizarlo, hasta que en un momento, se tranquilizó solo, se volvió a sentar e hicimos el test. Después de este episodio, por supuesto consulté a la médica del Servicio como se maneja el tema de la información y me contesto que este paciente sabía perfectamente de su estado, que son muy excepcionales las veces que no saben. Luego leí en su historia clínica que era un paciente que tenía trastorno bipolar.

Más de una paciente compenetrada en su relato, se bajó la remera para mostrarme la cicatriz de su mama...¡Menos mal que los hombres de este estudio fueron menos exhibicionistas!

Casi todos los pacientes me hablaron sobre la calidad humana del grupo de trabajo del Servicio, desde las secretarias, la médica, los técnicos... Me contaban cosas como que los saludaban con un beso, o que los acompañaban hasta el búnker para recibir la sesión de radioterapia con un brazo sobre los hombros, que los recibían con una sonrisa, les preguntaban cómo se sienten. Es importante reparar en lo valiosas que son esas pequeñas actitudes en una situación tan vulnerable como la de ellos...

En la mayoría de los pacientes, el título del trabajo de investigación funcionaba como un disparador para que me empiecen a hablar de su vida sexual, la cual resulta en rangos generales, muy traumática para los hombres y nada para las mujeres. También, buena parte de los pacientes tomaba ese momento de contacto conmigo como un espacio para descargarse, y mencionaban problemas familiares, que según ellos los afectaba más que el cáncer por el que iban a recibir tratamiento radiante.

Para prácticamente todos, los momentos que ellos identifican como más angustiantes de la enfermedad fueron, en primer lugar, el del diagnóstico, y luego, el del primer día del tratamiento (tanto de rayos como de quimioterapia), ambos por la incertidumbre de lo desconocido; rayos en particular, porque la mayoría son pacientes mayores que se tienen que desvestirse delante de un técnico que no conocen.

Otra cosa que pasó que me llamó poderosamente la atención es la gratificación de la gente luego de la encuesta. Me costó un poco que los pacientes acepten realizar el test porque les preocupaba el tiempo que iban a tardar, y cuando se iban, muchos de ellos me agradecieron por “la entrevista”, hasta algunos me preguntaron dónde iba a trabajar y me pidieron el teléfono.

## ANEXO 1.- MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



### Formulario de Consentimiento Informado e Información para el Paciente

Por el presente documento, el investigador responsable del proyecto de investigación titulado “DINÁMICA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON PROCESOS ONCOLÓGICOS QUE COMPROMETEN LA SEXUALIDAD HUMANA”, la estudiante de psicología, Sofía Faga D.N.I. 32.953.643, legajo de la Universidad Abierta Interamericana n° 11347 y el/la Sr/Sra ..... D.N.I. .... en carácter de paciente, dejan

constancia que se presta el consentimiento por poder para que el citado alumno lleve adelante el estudio, que será un estudio de tipo cuali-cuantitativo no experimental, de alcance descriptivo y correlacional, con el objetivo de explorar si los trastornos depresivos en pacientes con procesos oncológicos que comprometen la sexualidad humana, están vinculados a una cuestión de género.

También se deja constancia de que se le ha explicado al paciente que su participación requerirá de una sola entrevista y consistirá en completar un test internacionalmente usado y validado para medir el grado de depresión y un pequeño cuestionario. Se deja constancia que se permite la mencionada estudiante realice las pruebas antedichas.

Se informa al paciente, que se decidió realizar un estudio comparativo (mama- próstata) ; para comprobar que cuando un cáncer compromete la sexualidad humana, la dinámica de la depresión muestra similares procesos de comportamiento, cualquiera sea el género.

Este estudio es supervisado por el Comité de Investigación y Bioética Clínica Pergamino SA.

Se advierte al paciente que si no estuviera de acuerdo con alguna de las instancias o requerimientos de pruebas, que se solicitara tiene derecho a negarse a realizarlos.

Se pone en conocimiento que su médico tratante a este centro de tratamiento, Dra Susana Kahl, Matrícula N° 62900, está al tanto de este estudio y que la Dra. Kahl cumple un rol de supervisor y tutor del trabajo de referencia, dejando constancia de la misma al firmar al pie de la presente solicitud.

Por otra parte, se deja constancia que la participación en el estudio es totalmente voluntaria, y que se acuerda expresamente que toda la información personal que el profesional obtenga con motivo de la investigación así como el hecho de su participación en ella serán estrictamente confidenciales. Es por ello que se asignará el número de sujeto en estudio .....

Enterado debidamente del contenido del presente consentimiento, y comprendiendo toda la información precedente, ratifica su participación en el proyecto, y firma este documento.

Dado en dos ejemplares, uno de los cuales se entrega al paciente en este acto, en la ciudad de Pergamino, a los..... del mes..... de .....

Número telefónico al cual puede comunicarse en caso de dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 0341-155839076 o 155477966

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
Investigador

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del  
Medico

Recibo copia: \_\_\_\_\_



Firma del Paciente

## ANEXO 2.- MODELO DE HISTORIA CLINICA

### HISTORIA CLINICA

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>DATOS PERSONALES</b>
-------------------------

Nombres y Apellido: \_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Documento(DNI,LC,CI,LE): \_\_\_\_\_

Sexo: M F Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio Actual: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono/s: \_\_\_\_\_ CEL.: \_\_\_\_\_

Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_

Firma y aclaración

<b>MOTIVO DE CONSULTA</b>
---------------------------

---

---

---

---

---

<b>ENFERMEDAD ACTUAL</b>
--------------------------

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma y aclaración

**Numero de sujeto**.....

---

**Criterios de de inclusión:**

- 1-Consentimiento informado si/no
- 2- Pacientes mayores de 21 años si /no.....
- 3- Diagnóstico histológico o citológicamente comprobado: si/no Biopsia nº .....
- 4- Estado funcional del ECOG 0 o 1. si / no .....
- 5- Pacientes candidatas para tratamiento oncológico en cualquiera de sus modalidades  
solas o combinadas
  - a) Radioterapia
  - b) Radioterapia + Hormonoterapia
  - c) Cirugía + Quimioterapia + Radioterapia +/- Quimioterapia
  - d) Cirugía + Quimioterapia + Radioterapia + Hormonoterapia
  - e) Cirugía + Radioterapia + Hormonoterapia-en el primer diagnóstico si / no .....
- 6- Nivel de instrucción (no analfabeto) que le permita comprender y responder los cuestionarios si / no .....

**Criterios de exclusión:**

- 1- Antecedentes o presencia de metástasis cerebrales y/o Tumores Primarios del SNC, presencia de compresión de la médula espinal, meningitis carcinomatosa, o enfermedad leptomeníngea. si / no .....
- 2- Déficit cognitivo y-o cualquier patología neurológica, psiquiátrica o psicológica que le impida la comprensión del estudio si / no .....
- 3- Evidencia de cualquier enfermedad medica significativa que a criterio del investigador no permita llevar a cabo el estudio y-o aumente el riesgo del sujeto en la participación del mismo. si / no .....

---

---

---

**TRATAMIENTO ONCOLÓGICO**

- Tratamiento oncológico en el primer diagnóstico si/no
- 1) Radioterapia
- 2) Radioterapia + Hormonoterapia
- 3) Cirugía + Quimioterapia + Radioterapia +/- Quimioterapia
- 4) Cirugía + Quimioterapia + Radioterapia + Hormonoterapia
- 5) Cirugía + Radioterapia + Hormonoterapia

**ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS FAMILIARES SI/NO**

---

---

**ANTECEDENTES PERSONALES**

- Hábitos
- 1 Actividad física: Niega/Si (aclarar): \_\_\_\_\_
- 2 Tabaquismo: Niega/Si Cantidad de diaria \_\_\_\_\_ desde/hasta \_\_\_\_\_
- 3 Alcohol: Niega/Si Consumo diario \_\_\_\_\_ desde/hasta \_\_\_\_\_
- 4 Drogas ilícitas: Niega/Si \_\_\_\_\_ desde/hasta \_\_\_\_\_
- 3 Otros \_\_\_\_\_

Tratamiento en los últimos 3 meses (Indicar motivo, dosis, fecha de inicio y fin / continua)

- 1 Medicamentos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2 No farmacológicos: (suplementos dietarios, venta libre y fitoterápicos)  
\_\_\_\_\_

---

---

---

## TEST DE HAMILTON

Encuesta: Inicio hora .....

Fin hora.....

Pidió ayuda: nada / mediano / siempre

Respondió ...../17 preguntas. Compliance.....%

## CONDUCTA

Esta en tratamiento con psicoterapeuta      si/no

Si la respuesta es positiva:

Psicólogo desde:

Psiquiatra desde:

Si la respuesta es negativa

Firmar y fechar

## ANEXO 2.- MODELO DE CUESTIONARIO REALIZADO



*Esta es una encuesta que formará parte de la tesis de grado: "Dinámica de la depresión en pacientes con procesos oncológicos que comprometen la sexualidad humana", para acceder al título de Licenciatura en Psicología de la Universidad Abierta Interamericana, sede Rosario.*

*El objetivo de la tesina es brindar un conocimiento acerca de cuán frecuente son los procesos depresivos tanto en hombres como en mujeres que ven afectados sus órganos sexuales como consecuencia de un carcinoma*

*Para esta tesina evaluamos a los pacientes mayores de edad con carcinoma de próstata (hombres) y mama (mujeres) con un test internacionalmente usado y validado para medir el grado de depresión. Las encuestas serán **anónimas**.*

Fecha de hoy: ...../...../.....

Edad:

Tipo de cáncer  Mama  
 Próstata

Tratamiento indicado  
por su médico

- Radioterapia
- Radioterapia + Hormonoterapia
- Cirugía + Quimioterapia + Radioterapia ± Quimioterapia
- Cirugía + Quimioterapia + Radioterapia + Hormonoterapia
- Cirugía + Radioterapia + Hormonoterapia

**Test de Hamilton** *Por favor, ante cada síntoma que se plantea, lea las alternativas de respuesta y seleccione una sola respuesta que represente lo que haya experimentado, en forma casi diaria, durante el último mes:*

*Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:*

- ÿ Ausente
- ÿ Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- ÿ Estas sensaciones las relata espontáneamente
- ÿ Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- ÿ Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

*Sentimiento de culpa:*

- ÿ Ausente
- ÿ Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- ÿ Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- ÿ Siente que la enfermedad actual es un castigo
- ÿ Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

*Suicidio:*

- ÿ Ausente
- ÿ Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- ÿ Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
- ÿ Ideas de suicidio o amenazas
- ÿ Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

*Insomnio precoz:*

- ÿ No tiene dificultad
- ÿ Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
- ÿ Dificultad para dormir cada noche.

*Insomnio intermedio:*

- ÿ No hay dificultad
- ÿ Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche en forma espontánea
- ÿ Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar)

*Insomnio tardío:*

- ÿ No hay dificultad
- ÿ Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- ÿ No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

*Trabajo y actividades:*

- ÿ No hay dificultad
- ÿ Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- ÿ Pérdida de interés en su actividad (falta de interés, indecisión y vacilación)
- ÿ Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- ÿ Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda

*Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):*

- ÿ Palabra y pensamiento normales
- ÿ Ligeramente retrasado en el habla
- ÿ Evidente retraso en el habla
- ÿ Dificultad para expresarse
- ÿ Incapacidad para expresarse

*Agitación psicomotora:*

- ÿ Ninguna
- ÿ Juega con sus dedos
- ÿ Juega con sus manos, cabello, etc.
- ÿ No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- ÿ Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos

*Ansiedad psíquica:*

- ÿ No hay dificultad
- ÿ Tensión subjetiva e irritabilidad
- ÿ Preocupación por pequeñas cosas
- ÿ Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- ÿ Expresa sus temores sin que le pregunten

*Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):*

- ÿ Ausente
- ÿ Ligera
- ÿ Moderada
- ÿ Severa
- ÿ Incapacitante

*Síntomas somáticos gastrointestinales:*

- ÿ Ninguno
- ÿ Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen
- ÿ Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

*Síntomas somáticos generales:*

- ÿ Ninguno
- ÿ Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
- ÿ Cualquier síntoma bien definido

*Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):*

- ÿ Ausente
- ÿ Débil
- ÿ Grave

*Hipocondría:*

- ÿ Ausente
- ÿ Preocupado de si mismo (corporalmente)
- ÿ Preocupado por su salud
- ÿ Se lamenta constantemente, solicita ayuda

*Pérdida de peso:*

- ÿ Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana
- ÿ Pérdida de más de 500 gramos en una semana
- ÿ Pérdida de más de 1 kg. en una semana

*Perspicacia:*

- ÿ Se da cuenta que está deprimido y enfermo
- ÿ Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- ÿ No se da cuenta que está enfermo

Actualmente, ¿está recibiendo asistencia psicológica?

- ÿ Sí → ¿comenzó el tratamiento a partir del diagnóstico oncológico? ÿ Sí ÿ No
- ÿ No

***¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION!***

Si lo prefiere, puede escribir a continuación sus observaciones personales: