

Psicopatología y cáncer: una revisión teórica

Edelia Villarroya Soler

I. INTRODUCCION

De todos es sabido que enfermedades tan graves como el cáncer conllevan una serie de problemas psicológicos, fundamentalmente afectivos, que interaccionan con el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, esta afirmación desemboca en una problemática de base: ¿son estos factores psicológicos los que precipitan la enfermedad y por lo tanto tienen una función etiológica, o, por el contrario, se trata de una consecuencia del padecimiento de la misma? En este sentido, una cuestión básica, a la que se intenta responder a lo largo de los trabajos estudiados, es la siguiente:

¿Son más propensos al cáncer los enfermos psiquiátricos, o son más propensos a la morbilidad psiquiátrica los enfermos de cáncer?

Partiendo de esta dicotomía inicial, vamos a analizar cuáles han sido los resultados de los diferentes trabajos relacionados con el tema.

II. TASAS DE CANCER EN LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS, O, LA ENFERMEDAD PSIQUIATRICA, ¿PRODUCE CANCER?

1. Planteamientos teóricos:

Las hipótesis que se barajan en estos estudios fundamentalmente están dirigidas a descubrir si los diferentes cambios fisiológicos y endocrinos, producidos por el tratamiento o por la misma enfermedad psiquiátrica, predisponen o evitan el desarrollo de la neoplasia.

En este sentido, a menudo se ha sugerido que entre los pacientes psiquiátricos la proporción de pacientes cancerosos era inferior a la de la población normal (Achterberg et al., 1978; Snow, 1983; De la Peña, 1983) y, por otra parte, dentro de los pacientes psiquiátricos

existen diferencias. Se ha sugerido que existe una incidencia elevada de neoplasias entre los pacientes con trastornos afectivos (Kerr et al., 1969; Evans, Baldwin y Gath, 1974) y una proporción muy baja entre los esquizofrénicos (Rísquez, 1976; De la Peña, 1983).

Por otro lado, se sospecha también que los niveles elevados de prolactina, causados a menudo por agentes antipsicóticos, aumentan el riesgo de cáncer de mama de las mujeres. También se ha descubierto que en pacientes ansiosos el nivel de prolactina es más elevado (Pitts en Fishman y Sheehan, 1986).

Otro bloque de hipótesis se relaciona con el problema psiquiátrico más común en los enfermos de cáncer, la depresión, pero hay que señalar que en este apartado se considera el desarrollo de la enfermedad depresiva antes del diagnóstico de un carcinoma. Por lo tanto, cabe preguntarse, ¿existe relación causal entre melancolía y cáncer? En este sentido, Snow, 1983, afirmaba que el número de casos en los que la enfermedad «maligna de pecho y útero» sigue inmediatamente a emociones anteriores de un carácter depresivo es demasiado voluminoso para ser algo fortuito y casual. Sin embargo, en estos autores es difícil distinguir entre depresión endógena y depresión producida por la pérdida.

Dentro de esta problemática, encontramos otros puntos que necesitan ser aclarados:

- En primer lugar, la depresión puede ser el primer síntoma de una pequeña metástasis cerebral que todavía no ha causado ningún síntoma físico.
- Por otra parte, la depresión podría ser un síntoma sin metástasis de un cáncer oculto (neuropatías y miopatías carcinomato-

sas, Brain y Henson, 1958).

- También es plausible considerar que las enfermedades afectivas son la consecuencia de trastornos endocrinos que podrían ser causa de cambios bioquímicos, ambos ocasionados por el síndrome neoplásico.

De todos modos, en estas tres últimas hipótesis queda claro que la enfermedad neoplásica está presente y, por lo tanto, no estamos hablando de que la depresión causa, sino que es síntoma del proceso patológico ya existente, aunque el diagnóstico clínico todavía no lo considere.

Otro bloque de hipótesis considera la posibilidad de que la depresión (en este caso exógena o reactiva) y el *stress* disminuyen la inmunodeficiencia y, en consecuencia, predisponen para el padecimiento del cáncer.

En este sentido, si los pacientes depresivos tienen mayor riesgo de cáncer, entonces los pacientes con un mayor riesgo de padecer depresión tienen una mayor probabilidad de padecer cáncer y, por lo tanto, en último término los factores predisponentes de la depresión lo serán también del cáncer.

En esta línea encontramos el trabajo de Brown, Harris y Copeland (1977) sobre la depresión y la pérdida. Descubrieron que las «mujeres» que pierden la madre antes de los once años tienen un mayor riesgo de desarrollar depresión. En general, en los pacientes todo tipo de pérdida por muerte se relacionaba tanto con los síntomas psicóticos como con los neuróticos. Los autores diferencian tres tipos de pérdida: a) Como agente provocador. b) Como factor de vulnerabilidad que sólo interviene en presencia de (a). c) Como factor de formación de síntomas.

En este esquema, si consideramos la pérdida de la autoestima y la gravedad de la enfermedad como agentes provocadores, podemos encontrar a las mujeres con una pérdida pasada temprana como mucho más vulnerables al desarrollo de una patología psiquiátrica.

Cabe señalar aquí que la influencia de la depresión exógena o reactiva y el *stress* en el desarrollo de la enfermedad se constatará en el apartado III.

En contraste con todo lo anterior, Stein et al. (1976) afirman que la relación depresión-inmunodeficiencia-cáncer no está más allá de la mera posibilidad.

Por último, podría considerarse un vínculo genético entre cáncer-depresión-edad. En este sentido, Munro (1966) demostró una mayor incidencia de cáncer en madres de pacientes que desarrollaban depresión. Sin embargo, no se puede olvidar el pequeño número de sujetos considerados.

Pasemos ahora a contrastar los resultados de los estudios que intentan esclarecer las hipótesis más importantes que hemos señalado, a la vez que se intentará evaluar la metodología y establecer un comentario crítico.

2. Resultados: Una postura crítica

Vamos a barajar en este subapartado tres trabajos, fundamentalmente, como representantes de los tres grandes grupos de hipótesis que hemos comentado más arriba.

En primer lugar, los resultados de un estudio realizado en la Comunidad Valenciana por Mira, Andreu y Forner (1985) demuestran que las tasas de cáncer encontradas en pacientes internados en hospitales psiquiátricos son inferiores a las esperadas para la población general, incluso en los pacientes de más edad.

En cuanto a los tipos de cáncer más comunes, aparecen todos los tipos de neoplasias encontrados en la población general.

Con respecto a las enfermedades psiquiátricas, es la esquizofrenia, y en especial la paranoide, que presentaba el mayor número de casos. Con respecto al sexo, parece que los hombres desarrollan más neoplasias que las mujeres.

En general, podemos concluir que el ser mujer y paciente psiquiátrico «protege» del padecimiento del cáncer. El hecho de que sean los esquizofrénicos los que muestren mayor

tasa cancerígena contrasta con los resultados obtenidos por Kerr et al. (1969) y con la opinión generalizada de que son los trastornos afectivos los que muestran mayor número de neoplasias.

Esta última afirmación está en conexión con la hipótesis de que los cambios inmunológicos producidos por un ataque severo de depresión pueden ser concluyentes para la emergencia posterior de un neoplasma maligno. Sin embargo, esta posibilidad debe ser todavía analizada, y sobre todo a la vista de resultados como los de Mira, Andreu y Forner (1985).

En mi opinión una mayor claridad en la distinción entre depresión endógena, que a menudo produce más hospitalización psiquiátrica, y exógena nos conduciría a resultados más precisos, puesto que, como dice Barreto (1984), no todos los pacientes cancerosos muestran problemas psiquiátricos, y, como afirma Derogatis et al. (1983), cuando aparecen trastornos psicológicos son altamente tratables. Lo que quizá nos lleve a concluir que puede existir una vulnerabilidad a la depresión exógena por parte de los pacientes cancerosos cuando ya poseen la enfermedad, y a la depresión endógena en el caso particular de la existencia de pequeñas metástasis cerebrales.

Con respecto a la prolactina, un estudio realizado por Goode y otros, en 1981, demuestra que hay poca evidencia para hablar de un alto riesgo de contraer cáncer de mama en pacientes que toman medicación antipsicótica (prolactina). En efecto, la tasa de cáncer de su muestra, que utilizaba grandes cantidades de drogas antipsicóticas durante períodos de tiempo prolongados, era similar a la tasa encontrada en la población normal.

Por último, en cuanto al bloque de hipótesis que relacionan depresión y cáncer, encontramos un estudio realizado por Whitlock y Siskind (1979), en el que se estudia a pacientes psiquiátricos hospitalizados con un diagnóstico primario de depresión. Se encontró que la muerte por cáncer de sujetos varones era superior al número previsto. Pero hay que añadir que el número de muertes por cualquier causa, para los varones, era significativamente mayor al esperado.

Es importante señalar que los pacientes varones de cáncer, excepto uno, padecían lo que fue diagnosti-

cado como depresión endógena, pero no se halló evidencia que sugiera una enfermedad maligna subyacente. Seguramente los autores descartan así la hipótesis de Kerr et al. (1969) sobre la pequeña metástasis en el cerebro, aunque no se indica el tipo de evidencia que buscaban, puesto que estos enfermos fueron seleccionados porque ya padecían cáncer.

A pesar de todo, es curioso que murieran todos los pacientes con depresión endógena, aunque no se nos indica la proporción de este desorden entre los pacientes depresivos estudiados.

Es sugerente que todos los pacientes que murieron después con un neoplasma maligno mostraran una buena respuesta al tratamiento antidepressivo. Queda en el aire la sugerencia de la existencia de alguna relación entre neoplasma maligno y tratamiento antidepressivo.

En conclusión, parece que el mayor riesgo lo tiene un paciente varón, de edad media, que en principio desarrolla una depresión grave y posteriormente otros síntomas específicos, con una buena respuesta al tratamiento y con unos factores precipitantes psicosociales no específicos, que son evidentes.

Es importante destacar que en todos los estudios se resalta la importancia de encontrar un indicador que facilite un diagnóstico precoz del neoplasma.

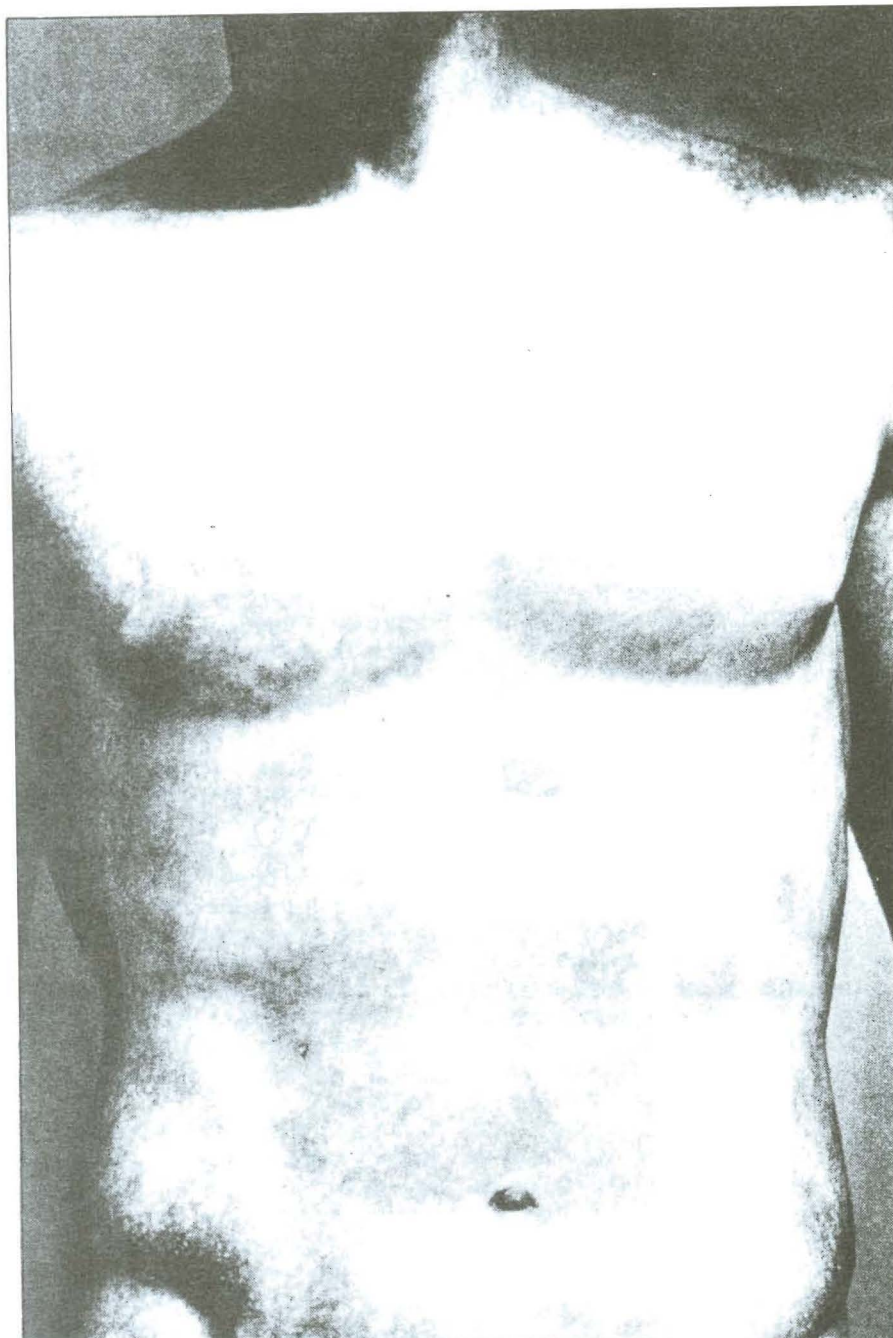
Para señalar exactamente qué tipo de relación se establece entre depresión y cáncer, y diagnosticar precozmente, hay que tener en cuenta los largos períodos de incubación que tienen algunos tipos de cáncer, y que por lo tanto en el período de seguimiento la enfermedad maligna puede estar ya presente. De todos modos, se afirma que la mayoría de los cánceres se desarrollan de 1 a 5 años después de la admisión del paciente.

III. MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LOS PACIENTES DE CANCER

1. Planteamientos teóricos:

Ha llegado el momento de analizar la segunda parte de la dicotomía; vamos a centrarnos, pues, en la problemática psicológica del paciente de cáncer.

De todos es sabido que el padecimiento de una enfermedad incurable provoca desórdenes afectivos, sobre todo con la inminencia de la muerte. Además los efectos del tra-



tamiento quimioterapéutico, caída del cabello, adelgazamiento y, sobre todo, un deterioro cognitivo, producen una importante baja en la autoestima.

Los estudios que vamos a analizar a continuación no sólo van a calibrar los efectos psicosociales de la neoplasia, sino que intentarán medir el peso de la enfermedad en el desarrollo de las enfermedades psiquiátricas. Se ha añadido además dos estudios que tratan sobre los efectos terapéuticos y reductores de la información en la morbilidad psiquiátrica y el incremento de la tasa de suicidios en pacientes can-

cerosos, como un indicador de la gravedad de los trastornos emocionales que sufren estos pacientes.

Fundamentalmente, las preguntas a las que intentan contestar estos trabajos son las siguientes: ¿Hay más trastornos mentales en los pacientes cancerosos? ¿Qué tipo de trastornos se dan con más frecuencia? ¿Existe alguna relación entre el deterioro cognoscitivo y el tratamiento que se recibe? Los enfermos de cáncer, ¿son una población de riesgo de suicidio?

Vamos, pues, a intentar responder a estas cuestiones centrándonos en estudios sobre estos temas.

2. Resultados: una postura crítica

a) Depresión.

En primer lugar parece comúnmente aceptado que la depresión secundaria o exógena sea la complicación psiquiátrica más frecuente en los pacientes de cáncer. En este caso este desorden no se analiza como factor etiológico, sino como una respuesta o síntoma del cáncer. Levine et al. (1978) apuntan, al respecto, que las depresiones psicóticas no son usuales en los enfermos de cáncer.

Recientes revisiones, recogidas por Petty y Noyes (1981), indican que entre el 17 y el 25% de pacientes hospitalizados por neoplasias sufren una depresión severa, que suele ser reactiva a la severidad del trastorno. Esta reacción puede dividirse en dos aspectos, fundamentalmente, que engloban los factores etiológicos de esta depresión secundaria:

a) Reacción psicológica al cáncer en sí mismo:

- Reacción a la muerte.
- Reacción al dolor crónico.
- Neoplasias en el SNC.
- Síndrome paraneoplásico.
- Disturbios metabólicos y endocrinos.

— Caquexia neoplásica.

b) Reacción al tratamiento:

— Reacción a la disfunción y al desfiguramiento.

— Reacción a las radiaciones.

— Reacción a la quimioterapia.

— Reacción a la terapia endocrina (hormonas).

Hasta aquí hemos analizado los efectos de la enfermedad sobre la depresión; pasamos ahora a analizar las consecuencias de la depresión sobre la enfermedad cancerosa.

En lo concerniente a la morbilidad y mortalidad en relación con el desorden neoplásico, en pacientes con depresión, parece que los varones deprimidos con neoplasias tienen una mayor morbilidad y mortalidad que las mujeres (Niemi y Jaaskelainen, 1978; Evans et al., 1974; Tsuang et al., 1980). En general, la depresión se asocia con un mayor incremento de la enfermedad y, por lo tanto, con un acortamiento del período de supervivencia.

Eysenck, al respecto, presenta una revisión de trabajos en los que se demostraba que el *stress* incrementa el tamaño de las tumoraciones (Eysenck, 1983).

Achte y Vauhkonen (1970) aportan resultados en los que se encuen-

tra que el 58% de los pacientes finlandeses tenían depresión, que correlacionaba fuertemente con ansiedad, y añaden que la depresión se daba significativamente más a menudo en pacientes que morían pronto.

Se concluye, por lo tanto, que hay evidencia de la asociación entre desórdenes psicológicos e incremento de la enfermedad, pero la etiología causal todavía no está determinada.

Otro foco problemático de este desorden afectivo lo constituye su diagnóstico. A menudo es difícil distinguir los síntomas de la enfermedad neoplásica de aquellos de la depresión, y no olvidemos que no todos los pacientes cancerosos alcanzan depresiones «graves». Sin embargo, no todo está oscuro; en algunos tipos de neoplasias malignas los resultados son altamente sugerentes. Por ejemplo, está bastante constatado que los síndromes paraneoplásicos y el carcinoma pancreático producen depresión (Posner, 1979; Frás et al., 1967; Jacobsson y Ottosson, 1971; Salmon, 1967; Birnbaum y Kleeberg, 1958). Estudios realizados en pacientes con estos tumores han identificado el síndrome depresivo en el 50% de los casos, el doble que en otros tipos de carcinomas.

Por otra parte, Hinton (1963) informa que las pacientes con cáncer de mama eran remitidas a consulta psiquiátrica, más del doble de lo que se esperaba. Otros han informado de una mayor incidencia de desórdenes emocionales, ansiedad y depresión en las mujeres con cáncer de mama. En este sentido, Salvador y col. (1984) informan de una morbilidad psiquiátrica elevada en su estudio de 40 de estas pacientes, aunque aparece una ausencia de trastornos esquizofrénicos, lo que está totalmente en contra de lo constatado por Mira, Andreu y Forner (1985) y del hecho de que el cáncer de mama es el que más fácilmente produce metástasis en el cerebro, que resultan a menudo en síntomas paranoides de mayor o menor gravedad. La explicación puede estar en el escaso número de pacientes estudiadas, lo que provoca que la muestra no sea muy representativa. Sorprendentemente en este estudio no aparecen tampoco trastornos psicosexuales, comunes en este tipo de pacientes, ni patología alcohólica.

Un estudio a caballo de este subapartado y el siguiente es el de Levine et al. (1978), que estudia los ti-

pos de patología psiquiátrica en una muestra de 100 pacientes cancerosos hospitalizados, e indica que el 56% de los pacientes que habían sido remitidos al servicio psiquiátrico eran diagnosticados como depresivos y sólo un 40% daban muestras de padecer el síndrome orgánico cerebral o trastorno orgánico mental, que analizaremos en el subapartado siguiente. En este estudio reinterpretaron los diagnósticos de depresión y concluyeron que aproximadamente un cuarto de los pacientes de cáncer mostraban estar deprimidos significativamente, en contraposición con la mera tristeza. Parece, por otro lado, que esta proporción es la misma en cualquier otro grupo de pacientes hospitalizados, por lo que no es específica del cáncer. En mi opinión, es lamentable que sólo en este estudio y en el de Salvador et al. (1984), que se excluyen las pacientes hospitalizadas, se tenga en cuenta el efecto de la hospitalización sobre el paciente, y sobre todo cuando se intenta medir un desorden tan relacionado con la misma como es la depresión. Por otra parte, me parecen excesivamente amplias las categorías elegidas, depresión y síndrome orgánico cerebral, para explicar la problemática psicológica de estos pacientes. Tampoco indican los instrumentos o procedimientos utilizados para los diagnósticos. Sin embargo, es importante la crítica que realizan a la confusión en los diagnósticos, cuando no se tenía en cuenta el síndrome orgánico cerebral.

Por último, no cabe duda de que el padecer depresión es un factor de riesgo para el suicidio; sin embargo, los pacientes de cáncer no parecen suicidarse. En efecto, en el trabajo de Fox et al. (1982) se comprobó que los varones, en un período de tiempo cercano al diagnóstico, tenían un riesgo mayor de suicidio que la población normal, riesgo que remitía considerablemente con el tiempo de supervivencia (más de 6 años), llegando a alcanzar un riesgo menor que la población general. También relacionaron el riesgo de suicidio con la localización, específica o no, del neoplasma, pero no aportan datos concluyentes.

b) Síndrome Orgánico Cerebral: deterioro cognoscitivo

Esta categoría aparecía frecuentemente diagnosticada en el estudio de Levine et al. (1978), que insisten en que los datos de la evidencia de

este desorden son casi inexistentes y, por lo tanto, deberían ser evaluados. En efecto, Levine señala que la proporción estimada de pacientes con deterioro intelectual es del 88%, e indica que menos del 20% de estos pacientes tenían evidencia de metástasis cerebrales. El restante 80% tenía causas múltiples: metabólicas, infecciosas y tóxicas.

Normalmente este síndrome engloba: deterioro en la memoria, en el pensamiento y en el juicio, atención y percepción. Pero no hay que olvidar que esta merma en las capacidades intelectuales está incidiendo directamente en la autoestima y engendrando emociones de depresión y ansiedad; además, predispone a los síntomas paranoides. Este entremezclamiento de los síntomas es posible que incida en la tendencia de los médicos a diagnosticar depresión en casos que muestran el síndrome orgánico cerebral.

Fundamentalmente, podemos encontrar deterioro intelectual por dos causas: a) por el desarrollo de la misma enfermedad, y b) por la aplicación de los tratamientos (quimioterapéuticos, hormonales, etc.).

a) En cuanto a los pacientes con metástasis cerebrales y de meninges, encontramos que este deterioro intelectual ha sido registrado en el 60% de estos pacientes. Parece, pues, que las relaciones están lo bastante sedimentadas como para permitir un diagnóstico de estos trastornos a partir del deterioro intelectual.

Por otra parte, alrededor del 20% de los neoplasmas cerebrales son subsiguientes a un crecimiento neoplásico primario en el pulmón, mama, estómago, riñón, tiroides y próstata. Alrededor del 80% de estos pacientes tenían síntomas de delirio. Cabe señalar que el carcinoma de pulmón y mama son los tumores primarios que más comúnmente metastizan al cerebro.

Estas últimas conclusiones sugieren que el mayor número de cánceres hallado en los pacientes esquizofrénicos paranoides podría reinterpretarse desde otro punto de vista. Es decir, no son los esquizofrénicos paranoides los que tienen una incidencia de neoplasias mayor, sino que son las metástasis cerebrales las que producen los trastornos paranoides, o los agravan. Teniendo en cuenta que no hay resultados concluyentes en cuanto a los períodos de incubación de algunos procesos



los otros pacientes sin metástasis cerebrales. Los pacientes que recibían quimioterapia también empleaban más tiempo que los que no la recibían ($p < .001$). El Digit Symbol Test fue el instrumento más sensitivo para la obtención de estos datos.

En cuanto a problemas afectivos, se vio que los pacientes de cáncer estaban más estresados que los pacientes psiquiátricos ($p < .001$), pero menos que los normales ($p < .001$).

Los autores argumentan que la inclusión del deterioro cognitivo, junto con las respuestas afectivas, en la consideración de pacientes tratados con quimioterapia puede ayudar significativamente en los tratamientos. En efecto, el delirio en los pacientes de cáncer no ha sido lo suficientemente tratado, y es común diagnosticar a estos pacientes con problemas de conducta, sobre todo en la fase terminal del cáncer. Sin embargo, se conocen los efectos de agentes quimioterapéuticos en la etiología del delirium, como los esteroides y la hipercalcemia.

Se demostró que la edad era un factor de riesgo en el desarrollo de los cambios cognitivos en los pacientes de cáncer tratados con quimioterapia.

Por último, los resultados de la entrevista clínica y las puntuaciones en las escalas afectivas indican que la depresión y/o ansiedad no son agentes causantes de puntuaciones anormales en los tests cognitivos. Conclusión que está diametralmente en contraste con la creencia del retardo motor en los pacientes depresivos. A este respecto, Báguena (1982) comprobó en un estudio de laboratorio que una depresión transitoria a nivel cognitivo no sólo no interfiere en el rendimiento, sino que a veces lo incrementaba. Es importante considerar que la depresión en la mayoría de los pacientes cancerosos es leve y que, por lo tanto, estaría más cerca de esta depresión transitoria que del trastorno psiquiátrico grave.

En último lugar, nos hacemos eco de la recomendación de Levine et al. cuando señala que la mayoría de estos deterioros intelectuales son reversibles y que es importante comunicárselo tanto a los pacientes como a los familiares y médicos. Es importante en este sentido prevenir el desamparo, que no cabe duda aproximaría el desenlace de la enfermedad maligna. No hay que olvidar que la

cancerosos, esta hipótesis no deja de ser sugestiva.

En cuanto al cáncer de mama, la evidencia de deterioro cognoscitivo es muy variable en los estudios, oscilando desde el 4% hasta el 40% de los casos diagnosticados.

Es importante señalar que el diagnóstico de este síndrome sólo se realiza si los pacientes se convierten en mentalmente perturbados de manera manifiesta (agresivos, poco cooperativos), y parece que el estado cognitivo puede despertar menos interés en el *staff* médico que la función intestinal de estos pacientes.

b) En segundo lugar vamos a ana-

lizar los resultados aportados por un estudio de Silberfarb, Philibert y Levine (1980) sobre los efectos cognitivos y afectivos de la quimioterapia en pacientes de cáncer. Trabajaron con pacientes de cáncer, pacientes psiquiátricos y sujetos normales.

Se comprobó que las puntuaciones de los enfermos de cáncer se diferenciaban significativamente de las de los demás ($p < .001$). Por otro lado, no había diferencia alguna entre las puntuaciones de los pacientes con metástasis y las de aquellos que no las tenían, pero estos pacientes sí empleaban significativamente más tiempo ($p < .05$) que

depresión «mata», como ha constatado Seligman (1975) en sus investigaciones.

c) Efectos de la información: ¿reduce la morbilidad psiquiátrica?

En este último subapartado vamos a analizar, por una parte, el trabajo de Maguire y col. (1980), que trabajó en los efectos que produce la recepción de información en la morbilidad psiquiátrica de mujeres mastectomizadas, y, por otra, los datos que aportan Salvador y colaboradores (1984), en este mismo tipo de pacientes.

Maguire y col. (1980) elaboraron una prueba, dirigida a determinar si el consejo, por parte de una enfermera especializada, prevenía la enfermedad psiquiátrica, asociada con la mastectomía y el cáncer de pecho. 75 enfermas fueron asesoradas por la enfermera durante la prueba, mientras que 77 enfermos recibieron sólo el cuidado normal dado por la unidad quirúrgica. Los resultados indican que no se previno la enfermedad psiquiátrica, pero, en cambio, de 12 a 18 meses después de la mastectomía había mucha menos morbilidad psiquiátrica en el grupo aconsejado que en el grupo de control (12% y 39%, respectivamente).

Este trabajo resulta demasiado pretencioso al creer que con el consejo antes de la mastectomía se prevenía la morbilidad psiquiátrica. Los mismos autores se quedan satisfechos, sin embargo, al comprobar que por lo menos el consejo tiene un efecto terapéutico. Aparecen además puntos oscuros, como el hecho de que no se presente los criterios diagnósticos claramente y que en un principio se confiara solo en la opinión de la enfermera y se contrastara con el diagnóstico de un sólo profesional. En mi opinión, la constitución de un equipo interdisciplinar hubiera sido más correcta. Por otra parte, a la hora de considerar los trastornos sexuales no se tenía en cuenta para nada la evaluación de la actitud del otro miembro de la pareja. Sin embargo, tengo que añadir que en la descripción de los procedimientos estos autores han sido minuciosos.

Salvador y col. (1984), en su trabajo ya citado anteriormente, dedican una parte a los efectos de la información. Concluyen que en un grupo de enfermas donde el tiempo transcurrido desde el diagnóstico oscilaba entre 1 y 5 años, el nivel de información de su enfermedad sólo

fue considerado correcto en el 15% de los casos. Del 85% restante, el 52'5% sospechaban tener un cáncer, y el 17'5% afirmaba desconocer por completo su enfermedad.

En cuanto a los efectos de la información sobre la reducción de la morbilidad psiquiátrica, aquí los resultados están totalmente en desacuerdo con los obtenidos por Maguire y col. (1980). En efecto, el 77'7% de las mujeres «informadas» presentaban trastorno psiquiátrico, en contraste con el 47% de las que no habían recibido suficiente información.

Parece, pues, que en la muestra española era preferible ignorar la enfermedad que se padecía, o la gravedad de la misma.

IV. ALGUNAS CRITICAS METODOLOGICAS

En general, algunos de los problemas metodológicos de este tipo de estudios son los siguientes:

- En la selección de la muestra, a menudo se basan sólo en el diagnóstico psiquiátrico o médico, sin contrastarlos con otras opiniones profesionales. A menudo se tiende a diagnosticar con unas categorías y no otras; por ejemplo, en el estudio de Levine et al. (1978) los médicos tendían a clasificar como depresivos al 65% de los pacientes con síndrome orgánico cerebral. Por otra parte, tendían a clasificar a los pacientes como más bajos en depresión de lo que los pacientes mismos se clasificaban. A todo esto se añade la problemática que presenta la utilización de taxonomías psiquiátricas.
- Los enfermos psiquiátricos no manifiestan los síntomas, y a menudo éstos se mezclan o encubren con los síntomas de su enfermedad psiquiátrica, con lo que elaborar hipótesis sobre el desarrollo del cáncer en estos enfermos es dificultoso.
- Las muestras, en algunos casos, son muy pequeñas.
- En los estudios sobre depresión es importantísimo señalar las diferencias entre pacientes hospitalizados o no. La hospitalización puede significar un predisponente de la depresión.
- En algunos estudios se emplean pocas variedades de diagnóstico para analizar los problemas psicológicos de los pacientes de cáncer. Aparecen grandes eti-

quetas, que engloban muchos problemas conductuales y cognitivos.

- Uno de los problemas consiste en diferenciar síntomas somáticos, que son comunes tanto en depresión como en el cáncer (anorexia, fatigabilidad, etc.).
- Se consideraban síntomas de depresión sólo los de defecto (como poco apetito, pérdida de peso, fatiga, trastornos del sueño, etc.), pero no en exceso (bulimia, aumento de la actividad, etc.).
- Se critica la utilización de instrumentos no validados en enfermos de cáncer.
- Hay que ser cauteloso con la utilización de las estadísticas, que a menudo presentan diferencias culturales.
- Cuando se utilizan informes de autopsias se tiene que analizar si los diagnósticos están bien hechos.
- A menudo es difícil validar los inventarios, porque se incluyen ítems somáticos que se entremezclan con los síntomas del desorden neoplásico. Por ejemplo, cuando el cáncer está avanzado es difícil distinguir la apatía y la inercia, producidas por la neoplasia, de la disforia y el retraso motor producidos por la depresión.

V. CONCLUSIONES

Parece claro que, frente a los resultados contradictorios que en muchos casos acabamos de analizar, la existencia de trabajos que demuestren la incidencia, naturaleza y patogénesis de los trastornos psicológicos se hace imperiosamente necesaria. Sobre todo, en nuestro país se hace necesaria una contrastación de resultados, después de constatar que los trabajos españoles presentan algunas contradicciones con respecto a los realizados en otros países.

Sin embargo, algunos resultados parecen claros, como el hecho de que los pacientes psiquiátricos tienen menos propensión al cáncer (menos las mujeres que los hombres) y que los pacientes de cáncer no suelen suicidarse. Parece también que algunos tipos de neoplasias, con metástasis en el cerebro, producen la depresión (síndromes paraneoplásicos y carcinoma pancreático) y que algunos agentes quimioterapéuticos, como los esteroi-

des y la hipercalcemia, inciden en la etiología del delirium. En último lugar, parece que está comúnmente aceptado que factores como *stress* y ansiedad incrementan la morbilidad y la mortalidad del cáncer.

De todos modos, hace falta una mayor información relativa a la incidencia, naturaleza y patogénesis de los trastornos que sufren estos pacientes.

Una consecuencia muy importante de estos trabajos es que han hecho patente la necesidad de consultas psicológicas y psiquiátricas para los servicios de Oncología. La necesidad queda plasmada; es, por lo tanto, el turno de la Administración.

BIBLIOGRAFIA

ACHTE, K. & VAUHKONEN, M. L.: *Cancer and Psyche*. Helsinki, kunnallis-paino, (1970).

ACHETERBERG, J., LAWLIS, G. F., SIMON, O. C., SIMONTON, S.: *Psychological factors and blood chemistries as disease outcome predictors for cancer patients*. Multivariate Clinical and Experimental Research. 3, 107-122 (1978).

BÁGUENA, M. J.: *Estimulación punitiva no contingente, personalidad y conducta*. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia. (1982).

BARRETO, P.: *Factores psicológicos en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia, (1984).

BIRNBAUM, D., and KLEEGERG, J.: «Carcinoma of the pancreas: A clinical study based on 84 cases.» *Ann. Internal. Med.* 48: 1171, (1958).

BRAIN, R. & HENSON, R. A.: «Neurological syndromes associated with cancer.» *Lancet* II, 971-975 (1958).

BROWN, G. W., HARRIS, T. and COPELAND, J. R.: «Depression and Loss.» *Brit. J. Psychiat.* 130, 1-18 (1977).

DEROGATIS, R. L.; MORROW, G. R.; FETTING, J.; PENMAN, D.; PIASETSKY, S.; SCHMALE, A. M.; HENRICH, M. and CARNICKE, CH. L. M.: «The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients.» (249, 751-757) *Journal of the American Medical Association*. (1983).

EVANS, N. J. R., BALDWIN, J. A. and GATH, D.: «The incidence of cancer among patients with affective disorders.» *Brit. J. Psychiat.* 124: 518. (1974).

EYSENCK, H. J.: *Stress, disease and personality: the inoculation effect*. Stress Research, Ltd. Wiles & Sons. (1983).

FISHMAN, S. M. & SHEEMAN, D. V.: «Ansiedad y pánico, sus causas y tratamiento.»



Psychology Today Español, n.º 2, Stteva Publicacions, S. A. (1986).

FOX, B. H.; STANEK, E. J.; BOYD, S. C. and FLANNERY, J. T.: *Suicide rates among cancer patients in Connecticut*. Great Britain, Vol. 35 Pergamon Press. (1982).

FRAS, I.; LITIN, E. M. and PEARSON, J. S.: «Comparison of psychiatric symptoms in carcinoma of the pancreas with those in some other intraaddominal neoplasms.» *Am. J. Psychiat.* 123: 1553 (1967).

GOODE, D.; CORBETT, W.; SCHEY, H.; SUH, S. H., WOODIE, B.; MORRIS, D. and MORRISSEY, L.: «Breast cancer in hospitalized psychiatric patients.» *Am. J. Psychiatry.* 138. (1981).

HINTON, J. M.: «The physical and mental distress of the dying.» *Quart J. Med.* 32: 1. (1963).

JACOBSSON, L. and OTTOSSON, J. O.: «Initial mental disorders in carcinoma of the pancreas and stomach.» *Acta Psychiat. Scand. Suppl.* 221: 120 (1971).

KERR, T. A.; SCHAPIRA, K. & ROTH, M.: «The relations hip between premature death and affective disorder.» *British J. of Psychiatry.* 115, 1.277-1.282. (1969).

LEVINE, P. M., SILBERFARB, P. M., and LIPOWSKI, Z. J.: *Mental Disorders in cancer patients*. American Cancer Society. (1978).

MAGUIRE, P.; TAIT, A.; BROOKE, M.; THOMAS,

C.; SELLWOOD, R.: «Effect of counselling on the psychiatric morbidity associated with mastectomy.» *British Medical Journal*, vol. 281. (1980).

MIRA, J. M.; ANDREU, Y.; FORNER, E.: «Tasas de cáncer entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados de la Comunidad Valenciana.» Comunicación presentada en el congreso: VI Symposium Internacional de Psicopatología y cáncer en el 85, Zaragoza, octubre 1985.

MUNRO, A.: «Parental deprivation in depressive patients.» *British J. of Psychiatry* 112, 443-457. (1966).

NIEMI, T. and JAASKELAMEN, J.: «Cancer morbidity in depressive persons.» *J. Psychosomat. Res.* 22-117 (1978).

PEÑA, A. M.: *The psychobiology of cancer*. Automatization and boredom, in Health and Disease. J. F. Bergin Publishers (1983).

PETTY & NOYES: «Depression secondary to cancer» *Biological Psychiatry*, vol. 16 n.º 12. (1981).

POSNER, J. B.: «Neurological complications of systemic cancer.» *Med. Clin. N. Am.* 63: 783. (1979).

RISQUEZ, F.: «Aspectos psiquiátricos en cáncerología.» *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*, XII, 6, 333-356. (1976).

SALMON, P. A.: *The significance of psychic symptoms in the early diagnosis of carcinoma of the pancreas*. Can. Med. Ass. J. 97: 767 (1967).

SALVADOR, L.; OLIVERAS, V.; LOBO, A.; SOLSONA, F.; PARACUELLOS, J. y CABEZA, E.: *La morbilidad psiquiátrica en enfermas afectas de neoplasia de mama*. Medicina Clínica, vol. 83 n.º 4 (1984).

SELIGMAN, M. E. P.: *Helplessness. In on Depression, Development and death*. San Francisco: W. H. Freeman. (1975).

SILBERFARB P. M.; PHILIBERT, D. and LEVINE, P. M.: «Psychosocial aspects of Neoplastic disease. II, affective and cognitive effects of chemotherapy in cancer patients.» *Am. J. Psychiatry*, 137; 5 (1980).

SNOW, H.: *A Treatise: practical and theoretic on cancers and the cancer process*. J. & A. Churchill. London. (1893).

STEIN, M.; SCHIARI, R. C. & CAMERINO, M.: «Influence of brain and behaviour on the immune system.» *Science* 191, 435-440. (1976).

TSUANG, M. S.; WOOLSON R. F. and FLEMING, J. A.: «Causes of death in schizophrenia and manic-depression.» *Brit. J. Psychiat.* 136: 239 (1980).

WHITLOCK & SISKIND: «Depression and cancer: a follow-up study.» *Psychological Medicine*, 9, 747-752. (1979).