

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL .

11241
11
2 ef.

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA.

T I T U L O :

IMPACTO PSICOLOGICO DE LA NOTIFICACION DEL DIAGNOSTICO
MEDICO, EN PACIENTES CON CANCER

TESIS CON
FALLA

PSICOLOGIA
MEDICA
DEPTO. DE PSIQUIATRIA
Y SIUDMENTAL
U.N.A.M.
[Signature]

ALUMNA: DRA LAURA DELGADO VEGA.

TUTORA: DRA MARIA DEL CARMEN LARA MUÑOZ

ASESORA: DRA. MIRELLA MARQUEZ MARIN.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

[Signature]

México D.F., febrero 1992

U. b. Acuña



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I. MARCO TEORICO.

INTRODUCCION.

Las relaciones entre la psicología y el cáncer han hecho necesario evaluar las distintas patologías cancerosas, que por sus variadas características clínicas, terapéuticas, de pronóstico y de evolución, pueden tener diversas repercusiones psicológicas.

Varias han sido las líneas de investigación al respecto, desde las que tratan de encontrar un componente psicológico en la patogénesis de la enfermedad, por un lado, hasta las repercusiones psicológicas del cáncer y del tratamiento, así como características que determinan el apego a los tratamientos utilizados y calidad de vida, por el otro.

En esta introducción serán consideradas de manera general, las diferentes líneas de investigación relacionadas a los factores psicológicos asociados con el cáncer, el estado del conocimiento actual en cada una de ellas, y las conclusiones que hasta la fecha podemos establecer en base a los datos proporcionados. Nos enfocaremos, finalmente, sobre el impacto psicológico del diagnóstico de cáncer, que habrá de constituir el objetivo principal de este estudio.

LINEAS DE INVESTIGACION.

- Antecedentes psicológicos: factores psicológicos asociados a la etiopatogenia del cáncer: depresión, estrés, eventos de la vida, características de personalidad.
- Efecto psicológico del cáncer.
 - a) efectos inmediatos: impacto del diagnóstico.
 - b) efectos a largo plazo.
 - efectos sobre el desarrollo.
 - 1) positivos: mayor autoconocimiento; revaloración de la vida; mayor desarrollo personal.
 - 2) negativos: alteraciones en el desarrollo, sexualidad y relaciones interpersonales.

c) efectos sobre la familia.

d) efectos asociados al tratamiento: alteración en las funciones cognitivas; en la autoimagen; en la función sexual; efectos colaterales y generación de respuestas adversas: abandono del tratamiento.

e) producción de trastornos psiquiátricos específicos.

f) dificultades en la adaptación psicosocial.

- Implicaciones pronósticas: ajuste a la enfermedad, esperanza de vida, estrés emocional.
- Implicaciones terapéuticas: aproximaciones psicoterapéuticas en pacientes con cáncer.
- Estudios sobre calidad de vida.

ANTECEDENTES PSICOLOGICOS DEL CANCER.

Han sido considerados los siguientes aspectos fundamentales en la génesis del cáncer: la depresión, eventos de la vida estresantes y factores de personalidad. Hasta ahora, sin embargo, los resultados de los estudios que tratan de encontrar tal correlación, no son concluyentes.

En relación a la depresión, ha habido numerosas observaciones clínicas en que ésta ha precedido al diagnóstico de cáncer; sin embargo, la fecha de inicio del cáncer no ha podido ser exactamente determinada, de modo que estos trastornos afectivos pudieran reflejar un proceso maligno incipiente oculto; es de interés, sin embargo, el que haya sido demostrada una asociación entre trastorno depresivo mayor y cambios en la función inmune, los cuáles pudieran facilitar la carcinogénesis. No obstante, el papel del trastorno depresivo como antecedente del cáncer, permanece oculto.

El rol de los factores psicológicos, particularmente del estrés, en el desarrollo del cáncer, ha atraído gran parte del esfuerzo de la investigación actual. La observación clínica ha asociado la propensión al cáncer, con la pérdida de relaciones significativas, habiendo

surgido algún apoyo en la investigación biológica a este respecto, de mostrándose inmunosupresión que sigue al duelo. Se ha estudiado, así mismo, la influencia del estrés agudo y crónico en la aparición del cáncer, obteniéndose resultados contradictorios.

Así pues, tanto los eventos de la vida desfavorables, como son la pérdida de relaciones significativas o las reacciones de duelo, así como el estrés agudo y crónico, y la forma en que el individuo reacciona ante el estrés, parecen jugar algún papel, aún no claramente definido, en el desencadenamiento del cáncer.

Factores de personalidad: ha sido argumentado crecientemente, en relación a los eventos de la vida, que el grado de estrés experimentado se encuentra medido por el significado personal del evento y por los factores de personalidad, los cuales determinan las estrategias de adaptación. De la misma manera, la agresividad ha sido implicada como posible factor psicógeno del cáncer, esto es, se ha pensado que la represión de la agresividad aumenta su incidencia, empeora el pronóstico y disminuye la supervivencia; el espíritu combativo, por el contrario, aumenta la supervivencia y mejora los efectos del tratamiento. (Leshan, 1959; Pettingale, 1977).

El punto de vista actual en relación a los factores de personalidad y su correlación con los eventos de la vida estresantes, es que el estrés, por sí mismo, sino las respuestas específicas individuales conductuales y biológicas al estrés, las que pueden tener un papel relevante en la carcinogénesis, siendo necesario investigar los factores neuroendócrinos, inmunológicos y psicosociales, en estudios longitudinales prospectivos.

EFECTO PSICOLOGICO DEL CANCER.

- a) Efectos inmediatos: impacto del diagnóstico (será considerado más adelante).
- b) Efectos a largo plazo.
-Efectos sobre el desarrollo.

A este respecto existen estudios de sobrevivientes de cáncer en la infancia, que sugieren áreas de marcado conflicto psicológico y

desarrollo psicosocial retardado, relativo a estos pacientes, mientras otros no encuentran una inhibición marcada en el desarrollo y menos efectos psicológicos serios a largo plazo; los que reportan efectos favorables hablan de un incremento del autoconocimiento, crecimiento personal y revaloración en las vidas de estos pacientes, y se basan principalmente en reportes autobiográficos; otros autores, sin embargo, concluyen que las enfermedades malignas en la infancia, constituyen un factor de riesgo asociado con dificultades a largo plazo en la adaptación psicosocial, interfiriendo principalmente en el desarrollo sexual con baja autoestima, incapacidad para establecer relaciones interpersonales e imposibilidad para asumir un rol sexual genital de tipo adulto.

c) Efectos sobre la familia.

El cáncer afecta no sólo al individuo, sino también a los otros miembros de la familia. Cuando el curso de la enfermedad es breve e inaplacable, la familia pasa por un periodo corto de sufrimiento al que sigue el duelo; cuando el curso es prolongado, ocurren crisis con periodos alternantes de esperanza y desesperación, frecuentemente terminando con la pérdida. Aún cuando el resultado sea exitoso, la familia puede afectarse dado el costo emocional, en tiempo, dinero, pérdida de recursos y disrupción familiar.

La familia ha de proveer cuidado al paciente, de resentir las pérdid^{as} de éste a la contribución familiar y responder a las necesidades de otros de sus miembros, lo que resulta en un importante aumento de estrés con la aparición de estilos específicos de afrontamiento.

d) Efectos asociados al tratamiento.

Alteración de las funciones cognitivas:

Puede ocurrir afectación de las funciones mentales superiores en tumores cerebrales primarios y secundarios; pero puede también resultar de otros procesos fisiológicos o del tratamiento. Estos incluyen estados confusionales que pueden ocurrir en respuesta a los agentes quimioterapéuticos, o bien, procesos más crónicos de deterioro intelectual. El humor depresivo y la ansiedad, pueden así mismo, interferir con la

función cognitiva, por lo que deberán valorarse concurrentemente .

Respuestas condicionadas aversivas.

Pueden asociarse a los efectos secundarios de la quimioterapia , particularmente náusea y vómitos anticipatorios, que pueden determinar, incluso, el abandono al tratamiento. Por otro lado ha habido importantes esfuerzos en investigaciones que tratan de evaluar las intervenciones psicológicas para reducir las respuestas condicionadas, como son la hipnosis, relajación progresiva y desensibilización sistemática.

Presencia de dolor.

El manejo del dolor ha sido un aspecto fundamental en oncología, lo cual tiene importantes implicaciones psicológicas y a la vez puede resultar en un incremento de los niveles de ansiedad y depresión, en pacientes con cáncer.

Imagen corporal.

Los datos acerca del cáncer y del tratamiento, sobre la imagen corporal, conciernen principalmente a los resultados de la cirugía mutilante, habiendo sido menos estudiado, por ejemplo, el impacto de la alopecia asociado al efecto de drogas citotóxicas. De esta forma, los trastornos de la imagen corporal pueden producir una disminución de la autoconfianza, alteraciones en el afecto y la función sexual, como en las relaciones interpersonales y en la actividad social, además de evitación fóbica de situaciones sociales, por lo que es necesario identificar estas alteraciones tempranamente para formular mejores estrategias de intervención.

IMPLICACIONES TERAPEUTICAS.

Generalidades.

El tratamiento deberá empezar con una detallada evaluación del paciente, hasta donde sus condiciones físicas lo permitan. Deberán considerarse los niveles de intervención sintomática, con la utilización de tratamientos farmacológicos, así como la intervención psicoterapéutica, ante la ocurrencia de trastornos psiquiátricos específicos en estos pacientes. Las áreas de evaluación comprenden los aspectos psiquiátricos, médicos y ambientales. La valoración inicial com-

prende, la historia psiquiátrica estándar, la cual incluye una exploración acerca de la idea que el paciente tiene de su enfermedad y su significado particular. Puede haber enormes discrepancias en esta área, entre los pacientes, familiares y personal médico y paramédico, lo cual conduce a estrés innecesario y disrupción. El área siguiente corresponde al impacto de los factores médicos sobre el estado mental. El área última de evaluación corresponde al medio ambiente, esto es, la familia del paciente y la interfase entre el paciente y la familia en el sistema de cuidado de la salud. Cuando la interrelación entre paciente, familia y personal de salud es disfuncional, ello puede conducir a la aparición de síntomas psiquiátricos.

IMPLICACIONES PRONOSTICAS.

Han sido considerados factores de personalidad, ajuste, apego al tratamiento y estrés emocional. Sin embargo, hay estudios que no reportan tal asociación, y los problemas metodológicos hacen particularmente difícil evaluar los resultados al respecto.

Dificultades en la adaptación psicosocial en sobrevivientes de cáncer.

El grado de angustia psíquica en sobrevivientes de cáncer, varía enormemente. No se ha demostrado en ellos un incremento en la frecuencia de trastornos psiquiátricos mayores, aunque sí, un aumento de ansiedad residual, así como un amplio rango de alteraciones en las relaciones interpersonales. También se ha reportado algún cambio positivo, como un mayor acercamiento familiar y la capacidad de disfrutar más plenamente la vida.

Ahora bien, después de considerar de manera global los aspectos psicológicos asociados al cáncer, serán mencionados, de manera especial, los efectos psicológicos derivados de la notificación del diagnóstico, en estos pacientes, así como los diferentes mecanismos de afrontamiento.

IMPACTO PSICOLOGICO DEL DIAGNOSTICO DE CANCER.

El diagnóstico de cáncer crea una crisis, la cual requiere que el paciente se adapte prontamente a esta nueva "catástrofe". Este ha de tratar de controlar el nivel de angustia emocional, mientras las decisiones terapéuticas cruciales, han de tomarse. Las preocupaciones principales son el miedo a la muerte, la dependencia, desfigurarse, incapacitarse, el abandono y disrupción de las relaciones interpersonales, rol funcional y estado financiero.

Algunos autores (Sutherland y Weissman) se han enfocado sobre las estrategias de afrontamiento y sobre los aspectos de "decir la verdad", y el consentimiento informado. También han buscado los factores de vulnerabilidad, entre ellos, la historia psiquiátrica previa, falta de apoyo social y enfermedad avanzada.

Así, la respuesta de los pacientes al cáncer, está modulada por factores médicos, psicológicos e interpersonales. Los factores médicos incluyen, el sitio de la enfermedad, los síntomas y el curso predictivo; los factores psicológicos comprenden, estilo de carácter preexistente, capacidad de afrontamiento (coping), fuerza yoica, etapa del desarrollo vital así como el impacto y significado del cáncer, en tal estado. Los factores interpersonales incluyen, apoyo financiero, familiar y social, así como el apoyo proporcionado por el equipo al cuidado de la salud.

Afectivamente los pacientes pueden experimentar extrema ansiedad, miedo y cólera, o pueden volverse "entumecidos" y poco reactivos. La culpa puede jugar un papel importante. Cognitivamente pueden volverse altamente enfocados a buscar información sobre su enfermedad, o volverse confusos, paralizados e incapaces de concentrarse. Los componentes somáticos pueden incrementarse, siendo frecuentes las alteraciones en la actividad diaria, el apetito y el sueño.

Esta respuesta aguda al estrés puede ser severa, pero frecuentemente, variable y transitoria, respondiendo los pacientes rápidamente, ajustándose a su nueva realidad. Generalmente el estrés no es tan grande, que pueda interferir con áreas significativas de funcio

namiento, como son: decisiones y acuerdo con el tratamiento; mantenimiento de relaciones significativas; así como familia, trabajo, y rol de funcionamiento social. Sin embargo, no siempre ocurre así, de modo que cuando tales alteraciones perduran por más de 10 a 14 días o los síntomas son incapacitantes, con reacciones desadaptativas, deberá evaluarse al paciente, en busca de alguna patología psiquiátrica.

MECANISMOS DE AJUSTE AL CANCER.

El ajuste mental al cáncer puede ser definido como las respuestas, cognitiva y conductual, al diagnóstico de cáncer. El ajuste mental comprende: 1) apreciación, esto es, cómo el paciente percibe las implicaciones del cáncer y, 2) reacciones resultantes, esto es, qué es lo que el paciente piensa y hace para reducir la amenaza puesta por la enfermedad.

Algunas amplias categorías de ajuste al cáncer, han sido delimitadas clínicamente. Estos estilos de afrontamiento son de interés particular, tanto por las predicciones significativas sobre el resultado de la enfermedad, como por su correlación con síntomas afectivos.

Se han desarrollado incluso, escalas (MAC), que han tratado de evaluar el ajuste médico al diagnóstico de cáncer. Ahora bien, el propósito de intentar medir los perfiles de respuesta de afrontamiento, en estos pacientes, debe ser el poder ofrecer intervenciones psicoterapéuticas a aquellos quienes pueden estar afrontando inadecuadamente con el estrés del diagnóstico.

Serán considerados los diversos estilos de afrontamiento, propuestos por algunos autores (Greer, 1988):

- espíritu combativo.
- debilidad/desesperanza.
- preocupación ansiosa.
- fatalismo.
- evitación.

1.- Espiritu combativo.

Acepta completamente el diagnóstico, usa la palabra "cáncer" y está determinado a luchar contra la enfermedad; trata de obtener tanta información como sea posible, acerca de ella y adopta una actitud optimista; puede ver a la enfermedad como un reto.

Ejemplos: "no dejaré que el cáncer me abata ". "trato de hacer todo lo posible para sentirme mejor".

2.- Debilidad / desesperanza.

Está hundido por el conocimiento del diagnóstico; encuentra dificultad para pensar en cualquier otra cosa; la vida diaria está considerablemente alterada por miedos respecto al cáncer y a la posibilidad de muerte; adopta una actitud completamente pesimista.

Ejemplos: "no hay nada que pueda hacer, esto es el fin" ;"me siento desesperado la mayor parte del tiempo, estoy preocupado y lloro mucho " " no desaparece de mi mente (la enfermedad) y no sé que hacer".

3.- Preocupación ansiosa.

Reacciona al diagnóstico con una ansiedad marcada y persistente, en mayor o menor grado acompañada de depresión; busca activamente información acerca del cáncer, pero tiende a interpretarla pesimistamente; se preocupa que el dolor y otras molestias, indiquen mayor extensión o recurrencia del cáncer; puede buscar "curas" de varias fuentes, incluyendo los tratamientos llamados alternativos.

Ejemplos: "estoy preocupado acerca de lo que pueda venir"; "este dolor en el hombro, ¿qué piensa que es, doctor?"; " yo conozco el cáncer y puedo pararlo, he ido con alguien que hace acupuntura y algunas técnicas de meditación". "he leído mucho y sé que esto es fatal".

4.- Fatalismo (aceptación estoica).

Acepta el diagnóstico; no busca mayor información; adopta una actitud fatalística.

Ejemplos: "sé que es cáncer, pero no hay nada que pueda yo hacer, se lo dejo todo al doctor".

5.- Evitación (negación).

Se niega a aceptar el diagnóstico de "cáncer" o evita usar la palabra "cáncer", o bien, admite el diagnóstico pero niega o minimiza la seriedad, esto es, que se trata de una enfermedad amenazante para la vida, con resultados impredecibles; minimiza su ansiedad.

Ejemplos: "puede haber unas cuantas células cancerosas, pero eso no es serio; no es nada por lo que tenga que preocupar me..."

Tomando en consideración los estilos de afrontamiento antes mencionados, se han realizado una serie de estudios, tratando de encontrar implicaciones pronósticas. Mencionamos al respecto a Pettigale (1985), quien reportó una sobrevida libre de recurrencias más común, entre los pacientes que reaccionaban al cáncer con negación o espíritu combativo, que entre quienes lo hacían con aceptación estoica o sentimientos de debilidad y desesperanza. Otros autores, sin embargo, (Cassileth, 1985) concluyeron que el ajuste psicológico no es un factor contribuyente de importancia en el desenlace de la enfermedad.

Así mismo, se ha cuestionado el papel de tales estilos de afrontamiento, como valor predictivo de un ajuste adaptativo o desadaptativo, argumentando que los pacientes emplean una variedad de respuestas cognitivas ante un evento traumático, que pueden reflejar negación, desesperanza, estoicismo y actitud combativa, dentro del espacio de una misma entrevista, por lo que tales elementos pueden superponerse; más aún, el espíritu combativo o la negación, por ejemplo, pueden adoptar la forma de desesperanza, o viceversa,

Se ha considerado el impacto psicosocial de diversas formas de cáncer ginecológico, en mujeres recién diagnosticadas, con neoplasias cervicales, uterinas y ováricas. Cain y cols reportaban síntomas leves a moderados de depresión y ansiedad, así como alteraciones en los aspectos vocacionales, domésticos y en la función sexual. Encontraron que las mujeres con cáncer presentaron significativamente menos síntomas de depresión y afectación social, que las mujeres agudamente deprimidas, sin cáncer. Sin embargo, mostraban más síntomas que las mujeres sin enfermedad psiquiátrica, seleccionadas de muestras al azar, entre la comunidad. En aquellas que padecían cáncer de ovario o tumores poco diferenciados de endometrio, o bien que se encontraban sometidas a un régimen de tres fármacos quimioterapéuticos, los niveles de depresión y ansiedad se acercaron a los presentados por pacientes externas de clínicas psiquiátricas. Estos resultados nos permiten concluir que si bien surgieron síntomas psiquiátricos como depresión y ansiedad, asociados al diagnóstico de cáncer, en estas pacientes, la severidad de los mismos no fué mayor que la presentada por pacientes psiquiátricas con síntomas afectivos, por lo que es evidente que el ajuste juega un papel fundamental en la aparición de respuestas adaptativas a la enfermedad.

Observaciones similares podemos hacer sobre un estudio que evaluó el impacto del cáncer testicular y sus tratamientos, sobre la expectativa de vida, la actividad laboral, relaciones de pareja y función sexual, en pacientes adultos sometidos a orquiectomía, observándose que la adaptabilidad psicosocial en estos pacientes, independientemente del tipo de tratamiento al que fueron sometidos, conforme trascurría el tiempo, se volvía menos problemática, y el desarrollo de alteraciones psicosociales durante el ajuste a largo plazo, fué bajo (Tamburini, 1989).

Estos hallazgos deben hacernos considerar, que si bien el impacto agudo del diagnóstico puede ser importante en el desarrollo de trastornos psiquiátricos específicos y respuestas maladaptativas,

en diferentes etapas de la enfermedad, por lo que un mismo estilo de afrontamiento puede no ser constante a través del tiempo.

Otros autores han propuesto (Burgess, 1988) tres diferentes tipos de respuestas cognitivas ante el diagnóstico de cáncer: apreciación, paliación y confrontación. Las respuestas de apreciación comprenden la evaluación que hace el paciente de su diagnóstico. Aunque no son mutuamente excluyentes, las respuestas de apreciación, representan una orientación general hacia la noción de "tener cáncer". Las respuestas paliativas describen estrategias por medio de las cuales los pacientes manipulan sus pensamientos acerca del cáncer, para tratar de reducir su impacto. Por último, las respuestas de confrontación consisten en aquellas declaraciones, las cuáles son usadas por los pacientes para animarse a pensar positivamente acerca de sus vidas. Estos investigadores concluyeron que los sujetos en quienes su primera apreciación del diagnóstico era de miedo, tuvieron un mayor número de respuestas conductuales; aquellos que aceptaron pasivamente el diagnóstico tuvieron menos respuestas de confrontación. La ansiedad y la depresión estuvieron asociadas con el miedo y la pasividad, mientras la menor angustia mental se asoció a la negación y confrontación. El seguimiento de estos pacientes, divididos en confrontadores y no confrontadores, pretende encontrar diferencias entre ambos grupos, con respecto a recurrencia y muerte. Un estudio previo sugiere la hipótesis de que los confrontadores tienden a ser sobrevivientes. La evidencia de seguimiento a 12 meses indicó más bajos niveles de morbilidad psicológica en este grupo, sugiriendo que las respuestas cognitivas específicas pueden tener algún papel en la evolución del cáncer.

De la misma manera, ha habido diversos estudios que han tratado de evaluar el impacto psicológico del diagnóstico de cáncer, sobre áreas como son: vida laboral, social y sexualidad, considerando diferentes formas de cáncer, y obteniendo variaciones en cuanto a sus resultados. Citaremos a manera de ejemplo, algunos de ellos:

tativas, no puede considerarse aisladamente en la respuesta psicológica del paciente a largo plazo, por el surgimiento de toda una serie de variables interrelacionadas.

PREVALENCIA DE ALTERACIONES PSIQUIATRICAS ESPECIFICAS.

La asociación entre cáncer y estrés psicológico ha tenido una larga historia. Galeno reportó su relación al igual que lo hicieron algunos médicos de los siglos XVIII y XIX.

Sin embargo, sólo recientemente se han hecho estudios formales sobre la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer. Uno de los primeros intentos para cuantificar los niveles de sintomatología y patrones sintomáticos diferenciables, corresponde a Craig y Abeloff, quienes indicaron que más de la mitad de los pacientes por ellos estudiados, mostraron niveles moderados a altos de depresión y un tercio de ellos tuvieron elevados niveles de ansiedad. Cerca de una cuarta parte tenían patrones sin tomáticos virtualmente idénticos a aquellos vistos en pacientes admitidos a los servicios psiquiátricos de urgencias. No obstante las limitaciones de la muestra, esta fué una importante investigación que sugiere la prevalencia y el tipo de reacciones psicológicas y ha sido el punto de partida de posteriores investigaciones.

Una de ellas evaluó a 215 pacientes internos y externos en tres centros oncológicos regionales en USA, con el fin de determinar el nivel, naturaleza y prevalencia^o de trastornos psiquiátricos, de acuerdo a la clasificación americana (DSM-III-R). Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

68% correspondió a trastornos de ajuste.

13% trastornos afectivos mayores.

8% trastornos mentales orgánicos.

7% trastornos de personalidad.

4% trastornos por ansiedad.

De manera que al considerar a la ansiedad y la depresión como componentes centrales, estas condiciones obtuvieron una prevalencia del 40% en la muestra y explicaba el 85% de los diagnósticos, dándonos una idea de la magnitud que estos trastornos tienen entre el grupo de pacientes oncológicos.

De este modo, Petty (1981) ha establecido que la depresión es la más frecuente complicación psiquiátrica en pacientes con cáncer.

Estudios recientes indican que 17 a 25% de los pacientes con enfermedad neoplásica, hospitalizados, sufre depresión severa que requiere intervención psiquiátrica. Estos datos deberán compararse a la alta incidencia de estados depresivos, aproximadamente 10%, en pacientes que acuden a consulta médica general, y entre las admisiones hospitalarias: 15 a 25% de los pacientes hospitalizados por diversas causas, según algunos autores (Lemperiere T, 1988) o incluso más altas según otros.

Los más importantes factores etiológicos relacionados a trastornos depresivos, en pacientes con cáncer, están asociados con la enfermedad misma, o bien, con el tratamiento.

Aquellos correspondientes a la enfermedad incluyen: la reacción psicológica al cáncer; reacción al estrés físico; metástasis al SNC; síndrome paraneoplásico y trastornos metabólicos.

Los factores relacionados al tratamiento incluyen: reacción a los procedimientos quirúrgicos, a la quimioterapia, radioterapia y tratamiento hormonal.

Debemos considerar, sin embargo, al evaluar la psicopatología de pacientes médicos, particularmente aquellos con cáncer, la presencia de problemas especiales. Cuando se examinan los ítems contenidos en las escalas convencionales que miden la dimensión de depresión o trastorno depresivo, la naturaleza inicial del problema se vuelve aparente, esto es, distinguir los síntomas de depresión de aquellos síntomas de cáncer y/o efectos secundarios al tratamiento. De esta forma, la consecuencia más probable es un incremento de falsos positivos, dado que los ítems respecto a cambios en el sueño, apetito, disminución de energía, o incapacidad para concentrarse, pueden deberse al cáncer mismo o al tratamiento recibido. Esto implica el desarrollo de instrumentos específicos, modificados, aplicables a este grupo de pacientes. (ver más adelante).

Independientemente de la causa subyacente del síndrome depresivo, una vez que se ha decidido que el paciente reúne criterios diagnósticos para un trastorno psiquiátrico en particular, los aspectos de mayor relevancia para el manejo clínico deberán ser con-

siderados, y dentro de ellos, en especial, el riesgo suicida .

Aunque la incidencia de suicidio en pacientes con cáncer, ha sido objeto de especulación, los estudios que se tienen hasta la fecha al respecto, muestran una incidencia actual de suicidio de 1.4 a 1.9 veces el encontrado en la población general. Este riesgo puede incrementarse considerablemente en pacientes con delirios o alucinaciones agregados a la depresión (Endicott, 1984). El riesgo puede aumentar aún más cuando los rasgos depresivos prominentes tienden a disminuir o no son muy obvios. La ideación suicida, planes y antecedentes de intento suicida, así como una historia familiar de suicidio, deberá alertar al clínico y evaluarse cuidadosamente.

La negación evasiva puede indicar la presencia de planes definidos.

INSTRUMENTOS DE VALORACION.

D.S.M. 111 R.

Se trata de la revisión de la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, de la Sociedad Americana de Psiquiatría, publicado en 1988.

En el DSM-111-R, cada uno de los trastornos mentales es conceptualizado como un síndrome o un patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador, a deterioro en una o más áreas principales de actividad, o con un riesgo significativamente mayor de padecer dolor, incapacidad, pérdida de libertad o muerte; éste síndrome o patrón no es solamente una respuesta esperable a un acontecimiento particular.

El DSM-111-R emplea un sistema multiaxial que asegura prestar atención a ciertos tipos de trastornos, aspectos del ambiente y áreas de actividad, que pueden pasar inadvertidos si el clínico valora únicamente el problema actual.

Cada persona es evaluada en cada uno de los siguientes ejes:

- Eje 1 Síndromes clínicos y códigos V.
- Eje 11 Trastornos del desarrollo y trastornos de la personalidad
- Eje 111 Trastornos y estados somáticos.
- Eje 1V Intensidad del estrés psicosocial.
- Eje V Evaluación global del sujeto.

Los trastornos específicos consignados en cada eje, han sido codificados mediante claves numéricas, y deberán consultarse directamente en el manual.

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (H.A.D.)

El HAD es una escala diseñada por Zigmond y Snaith, en 1983, para valorar los índices de síntomas de depresión y ansiedad en pacientes médicamente enfermos hospitalizados. Consiste en un cuestionario de 14 ítems, autoaplicable, el cual es presentado al sujeto, quien deberá elegir la opción que corresponda a su estado de ánimo, de acuerdo a ca-

da una de las preguntas específicas, presentado durante la última semana.

Este instrumento también se ha utilizado en pacientes oncológicos; entre estos mencionaremos los siguientes:

Razavi y Delvaux, 1990 probaron el H.A.D. como un método de escrutinio para trastornos de ajuste y trastorno depresivo mayor, en una muestra de 210 pacientes de cáncer, hospitalizados; se estableció la relación entre los valores positivos verdaderos (sensibilidad), y los valores falsos positivos (especificidad); esto hizo posible elegir un punto de corte óptimo que tomó en cuenta los costos y beneficios del tratamiento de la angustia psicológica. Para el escrutinio del trastorno depresivo mayor, únicamente, el punto de corte con valor de 19 dió una sensibilidad del 70% y una especificidad del 75%; el escrutinio para los trastornos de ajuste y trastorno depresivo mayor, tomados juntos, con un punto de corte de 13, mostró un 75% de sensibilidad y 75% de especificidad. (Cabe mencionar que no hace referencia a síntomas de ansiedad). Los autores concluyeron que el H.A.D. pareció ser un instrumento simple, sensible y específico, para el escrutinio de trastornos psiquiátricos en una población oncológica hospitalizada.

Los mismos autores, en 1986, estudiaron 99 pacientes con cáncer, con el objeto de estimar los factores de riesgo asociados a una elevada angustia emocional. Los resultados indicaron una correlación significativa entre el HAD y los trastornos psiquiátricos, de acuerdo a criterios del DSM-III (trastorno depresivo mayor y trastorno de ajuste). Los datos sociodemográficos mostraron un valor medio de ansiedad significativamente mayor en mujeres que en hombres. Ni las variables relacionadas a la enfermedad, ni los trastornos de personalidad y antecedentes psiquiátricos, ni el apoyo psicosocial, presentó diferencias en los valores medios del H.A.D. No hubo diferencias en relación a la angustia emocional con el H.A.D., entre los

-pacientes negadores y no negadores. Los factores de riesgo de angustia emocional, parecieron constituir un complejo variable. Así, en ese estudio, el HAD fué un instrumento válido y confiable, para el escrutinio de pacientes con cáncer, quienes presentaron trastornos psiquiátricos.

TEST DE APRECEPCION TEMATICA (T.A.T)

El test de apercepción temática de Murray consiste en un total de 20 láminas ilustradas, las cuáles son presentadas al sujeto, a quien se le pide relate una historia sobre cada una de ellas, con lo cual éste revela apercepción personal, individual, de los estímulos intencionalmente ambiguos.

Es un instrumento útil para la investigación de la dinámica de la personalidad y relaciones interpersonales; nos arroja datos básicos acerca de cómo el sujeto se relaciona con las figuras de autoridad, y frecuentemente muestra la naturaleza de las relaciones familiares. Puede indicar la intensidad de los miedos y fantasías inconcientes y proporcionar información acerca de su origen; muestra jerarquía de las necesidades y la estructura de los compromisos existentes entre el ello, el yo y el superyó. Esta prueba también se ha dirigido al estudio de las dimensiones de hostilidad y agresión que se manifiesta en las respuestas.

De este modo, el uso del T.A.T puede tener una amplia aplicación en la valoración de respuestas emocionales, miedos y fantasías, que con frecuencia no son expresados de manera verbal por el paciente, sino sólo a través de la elaboración inconciente, proyectada en las respuestas del test.

En pacientes oncológicos el T.A.T ha sido utilizado en la evaluación de diferentes aspectos; consideremos algunos antecedentes al respecto reportados en la literatura:

Cella y Tross en 1986, valoraron el ajuste psicológico en sobrevivientes de cáncer y encontraron un incremento de pensamientos

de evitación acerca de la enfermedad y dificultad para regresar al estado premórbido de actividad.

Frisch y Desmarez (1988), utilizaron el T.A.T en niños curados de cáncer y encontraron en sus resultados, una imagen corporal de valuada, reducción de la autoestima, narcicismo y un sentido alte rado del tiempo.

Grossman y Worden (1984), por su parte, buscaron la relación entre atribución y afecto, utilizando los conceptos de autodefini ción y definición social, evaluaron series de historias de T.A.T. en pacientes recientemente diagnosticados y encontraron que las personas autodefinidas, tenían significativamente más bajos niveles de ansiedad, y en general, de alteración emocional.

David Mc Clelland (1980) en Harvard, también usó muestras verbales producidas por varias láminas del T.A.T. y encontró una relación interesante entre personalidad, estrés y función inmune.

TEST DE LOS COLORES DE LUSCHER.

Esta prueba se basa en el hecho de que la preferencia que muestra una persona, en un momento determinado, por algún color, o el rechazo por otro, reflejan su estado de ánimo. Por ejemplo, si psicológica y físicamente necesita una paz emocional, un restablecimiento físico y un relajamiento de tensiones, entonces, la respuesta instintiva será por colores más oscuros; si el organismo necesita gastar energía en una actividad externa, o en una producción intelectual, entonces la respuesta instintiva será por colores más claros.

Para la elaboración de la prueba, Lüscher empleó experimentalmente 4,500 diferentes matices de colores, seleccionando finalmente aquellos que por confirmación estadística, expresan en la forma más extensa y definida, una función fisiológica y psicológica específica.

En el test completo de los colores, hay 7 series diferentes que contienen un total de 73 placas coloreadas, con 25 tonos y matices; se necesitan hacer 43 elecciones. A la versión reducida del test se le conoce como "test rápido" ó "test abreviado de los colores"; aunque no abarca ni es tan revelador como el test completo, señala aspectos claves de la personalidad y las zonas donde existe tensión psicológica y fisiológica. Este incluye sólo una de las 7 series: la de los 8 colores. Consiste en una lámina con 8 cuadros de color del mismo tamaño, y son: azul, amarillo, rojo y verde, -los 4 colores primarios psicológicos, que constituyen los colores básicos del test-; los colores auxiliares son: el violeta (mezcla de rojo y azul), el marrón (mezcla de amarillo, rojo y negro); el gris, cuya intensidad lo coloca en medio entre el claro y el oscuro, y fisiológica y psicológicamente se considera un color neutro, y finalmente, el negro, que es la negación de todo color.

La persona a la cual se administra el test, selecciona los colores por orden decreciente de preferencia; cada color tiene un número clave que el investigador anota. Cuando se observa la posición de un color en la fila, se puede determinar qué "función" cumple,

ya que la actividad subjetiva hacia los diferentes colores, va de la mayor a la menor afinidad por ellos. La interpretación completa del test requiere la utilización adicional de un manual especial para su uso, además de conocimientos psicológicos.

JUSTIFICACION.

El diagnóstico de cáncer, en la mayoría de los casos, equivale a una sentencia de muerte, o en el mejor de ellos, a saberse poseedor de una enfermedad incapacitante y progresiva.

Sin embargo, muchos enfermos no son informados formalmente de su diagnóstico, por lo que cabe la posibilidad de que, o bien ignoren el verdadero significado de su padecimiento, o bien, las actitudes de la familia, del personal, así como su mismo estado físico, les hagan vislumbrar la cercanía de la muerte.

Cualquiera que sea el caso, ello implica el surgimiento de mecanismos de afrontamiento ante la enfermedad, que pueden ser adaptativos o desadaptativos, y los cuáles, a su vez, son susceptibles de influir en el apego al tratamiento, lo que redundaría en la posibilidad si el mecanismo es adaptativo, de una intervención médica oportuna, o bien, como respuesta desadaptativa, la deserción y con ello, el negar la oportunidad de ofrecer atención médica o curación a estos pacientes. Por lo que surge la pregunta: ¿ a qué pacientes debemos informar su diagnóstico y a quienes no, considerando la posibilidad de surgimiento de respuestas desadaptativas que pudieran interferir en el apego a los tratamientos utilizados?.

Así, con base en lo anterior, resulta relevante evaluar el impacto psicológico que la notificación del diagnóstico pueda tener en estos enfermos.

OBJETIVOS.

- 1.- En pacientes con cáncer, evaluar el impacto psicológico de la notificación del diagnóstico.
- 2.- Detectar la presencia de trastornos psiquiátricos asociados a la notificación del diagnóstico de cáncer.
- 3.- En pacientes con cáncer, identificar las variables biopsicosociales que se asocian con mayor frecuencia a los trastornos psiquiátricos.

POBLACION ESTUDIADA.

De acuerdo al registro obtenido por el Departamento de Epidemiología del INNSZ, se estima que alrededor de 300 nuevos pacientes diagnosticados de cáncer por año, son detectados o ingresados a esta Institución. No se tiene información previa del número de pacientes a quienes se les notifica su diagnóstico, aunque se estima que sea una minoría.

Con base en lo anterior se estudiaron un total de 31 enfermos oncológicos hospitalizados, que ingresaron al Instituto durante los meses de Julio a Noviembre de 1991, que reunieron criterios de inclusión y que previa información y autorización en la Carta de Consentimiento Informado, aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

CRITERIOS DE INCLUSION.

1. Pacientes hospitalizados quienes tuvieron como motivo principal de ingreso, sospecha de cáncer y quienes no hayan sido notificados formalmente de su diagnóstico, entendiendo como diagnóstico el utilizar la palabra "cáncer" o "malignidad".
2. Ambos sexos.
3. Mayores de 18 años.
4. Sepan leer y escribir.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

1. Pacientes con diagnóstico de SIDA.
2. Pacientes que en el momento de su primera valoración se encontraran cursando con algún trastorno psiquiátrico ya conocido: Psicosis, confusión mental, retraso mental profundo y demencia.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

1. Pacientes que decidieron retirarse voluntariamente del estudio.
2. Pacientes que hayan sido incluidos por sospecha de cáncer y en quienes haya sido descartado posteriormente el diagnóstico.

DISEÑO.

Se trató de un estudio longitudinal, el cual constó de 2 FASES:

FASE I: (DE SOSPECHA). Previa al diagnóstico.

En acuerdo con el Departamento de Oncología del INNSZ, se nos informó de los pacientes que ingresaron a hospitalización, cuya principal sospecha diagnóstica fué cáncer, a quienes en el transcurso de la primera semana de internamiento se les aplicaron los siguientes instrumentos: entrevista psiquiátrica de acuerdo a los criterios de la clasificación psiquiátrica americana (DSM-III-R); hoja de datos demográficos; pruebas psicológicas proyectivas (T.A.T.), Test de los Colores de Lüscher y escala para Depresión y Ansiedad en pacientes hospitalizados (H.A.D.).

FASE II (DE NOTIFICACION). Posterior al diagnóstico.

Habitualmente no a todos los pacientes se les informa su diagnóstico preciso, sea por petición familiar o por criterio del médico, por lo que una vez que el diagnóstico de cáncer ha ya sido comprobado, a estos enfermos les serán aplicados los mismos instrumentos, (DSM-III-R, H.A.D. Lüscher), con exclusión del T.A.T. en el transcurso de la semana siguiente posterior a la notificación, sea que se les de el diagnóstico de cáncer, o

bien, otros diagnósticos. Los pacientes a quienes se les proporcionó una información diferente de "cáncer" o "malignidad" constituyeron el grupo control.

Cabe mencionar que al aplicar repetidamente el T.A.T. en un período breve de tiempo, no se encontraron cambios significativos entre una valoración y la siguiente, además de resultar agotador para los pacientes realizar la prueba, por lo que se consideró de utilidad aplicarlo sólo en la primera valoración.

La entrevista psiquiátrica incluyó preguntas adicionales para registrar qué sabía el paciente sobre su diagnóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas, e incluyó los datos clínicos.

Aquellos pacientes a quienes después de notificárseles su diagnóstico decidieron darse de alta voluntaria de la Institución, se intentó localizarlos para realizar las valoraciones subsecuentes, salvo que decidieran darse de baja del estudio.

MATERIAL Y RECURSOS UTILIZADOS.

Instalaciones del INNSZ; pacientes hospitalizados, expedientes; cuestionarios: Hoja de datos demográficos; láminas del T.A.T. escala H.A.D., láminas a color del Test de Colores de Lüschler; lápiz y goma.

RIESGOS PREVISIBLES.

En esta investigación no se realizaron procedimientos invasivos ni se hicieron pruebas farmacológicas.

INCENTIVOS.

A los pacientes a quienes se les detectó un trastorno psi-

quiátrico, cualquiera que sea, se les ofreció tratamiento por parte del Departamento de Medicina Psicológica del INNSZ.

Los pacientes no recibieron remuneración económica.

ANALISIS ESTADISTICO.

Los resultados obtenidos para el H.A.D. fueron sometidos a un Análisis de Varianza para Medidas Repetidas. Un valor de $P < 0.05$ fué considerado estadísticamente significativo.

DISEÑO

FLUJOGRAMA.

3 FASES:

FASE I (SOSPECHA).

Paciente que ingresa a hospitalización con sospecha de cáncer (que no haya sido notificado del diagnóstico de "cáncer" o "malignidad").

↓
DSM-111-R
T.A.T.
H.A.D.
Lüscher.

Pacientes en quienes se descartó el diagnóstico.

↓
se eliminan.

FASE II (NOTIFICACION).

Pacientes que son informados del diagnóstico de cáncer. Información adicional que se le da al enfermo sobre pronóstico, posibilidades terapéuticas; qué entendió sobre ello: (anotar en la entrevista). (grupo experimental).

↓
DSM-111-R
H.A.D.
Lüscher.

Pacientes con cáncer a quienes no se les informó el diagnóstico preciso. (grupo control).

DSM-111-R
H.A.D.
Lüscher.

RESULTADOS.

Fueron evaluados un total de 39 sujetos de los cuales se eliminaron 8 (20.5%), por las siguientes causas:

- cuatro pacientes cuyo diagnóstico final no fué cáncer.
- dos pacientes que decidieron darse de alta voluntaria del Instituto y así mismo, del estudio.
- dos pacientes que fallecieron después de la primera evaluación.

De este modo, el número total de pacientes incluidos en el estudio fué de 31, divididos en dos grupos:

Grupo I: lo constituyeron aquellos pacientes a quienes fué notificado su diagnóstico preciso, esto es, aquel que implicara los conceptos de "cáncer" o "malignidad". (Grupo Experimental).

Grupo II: estuvo formado por aquellos pacientes a quienes por petición familiar no se les notificó su diagnóstico preciso, dándoseles una información diferente de "cáncer" o "malignidad". (Grupo Control).

El Grupo I incluyó un total de 22 pacientes (70.9%) y el Grupo II, un total de 9 (29.1%).

Las edades para el total de sujetos fluctuaron entre 22 y 84 años, con un rango de 63 ($Rg = x_{\text{máx}} - x_{\text{mín}} + 1$) y distribuidos en grupos etéreos con una amplitud de 5 años cada uno. La mayor frecuencia de casos se dió en el grupo de 70 a 74 años, para el total de sujetos. Para el Grupo I, $\bar{x} = 54.3$ años ± 15.48 S. Para el Grupo II, $\bar{x} = 62$ años ± 19.9 S. (Rg 22 a 84 años y 22 a 78 años, respectivamente).

La distribución por sexo fué: 45.17% mujeres y 54.83% hombres; Para el Grupo I: 45.45% y 54.54% y para el Grupo II: 44.44 y 55.56, respectivamente.

En relación al estado civil, se obtuvo la siguiente distribución: 22 eran casados (70.96%); 3 divorciados (9.67%); 2 solteros (6.45%); dos vivían en unión libre (6.45%) y 2 eran vi-

dos (6.45%); no hubo diferencias ostensibles entre los grupos I y II, en cuanto a estado civil; sin embargo, la mayor proporción de pacientes se concentró entre aquellos que tenían pareja (77.41%).

Escolaridad: 3 pacientes (9.67%), carecían de educación escolar; aunque sí sabían leer y escribir; 9 (29.03%) tenían primaria incompleta; 8 (25.80%) habían concluido totalmente la primaria; 3 (9.67%) tenían secundaria; 6 (19.35%) tenían bachillerato y sólo 2 (6.45%) habían concluido educación profesional.

Ocupación: 9 pacientes (29.03%) no realizaban actividad alguna; se estima que alguna proporción, secundariamente a su padecimiento; 8 se dedicaban al hogar (25.80%); 5 (16.13%) eran campesinos; 2 (6.45%) trabajaban como empleados; uno (3.22%) era obrero y uno más (3.22%) era profesionista. El resto (16.13%) tenía otras ocupaciones.

La situación económica no se valoró directamente debido a que algunos pacientes se mostraron renuentes a informar sus ingresos; se prefirió determinar cuál miembro de la familia proveía el mayor ingreso familiar, observándose: en 13 casos (41.9%) eran los hijos el principal sostén económico de la familia; en 10 (32.25%), lo era el mismo paciente; en 6 casos era el cónyuge (19.35%) y sólo una minoría, 2 pacientes (6.45%) dependía económicamente de sus padres.

No se detectaron diferencias marcadas entre los Grupos I y II en relación a las variables sociodemográficas.

Los aspectos clínicos evaluados fueron:

El tipo de neoplasia: debido al tamaño de la muestra y a la heterogeneidad de su localización, no se consideró el tipo histológico, sino sólo el órgano o sistema afectado: en 5 casos había afectación a nivel de vías biliares (16.13%); en otros 5, de próstata; en 4 casos en pulmón (12.90%); 3 casos, estómago (9.67%); hubo 2 Ca de páncreas (6.45%); 2 de ovario y 2 de tiroides; 3 padecían de neoplasias hematológicas (9.67%); y había un caso en hi

gado(3.22%); uno de uretra, un cervico-uterino, uno de recto y uno de vejiga (3.22%) para cada uno de ellos. El estadio de la neoplasia fue considerado como inicial (in situ) en 3 casos (9.67%); moderado, con invasión a tejidos adyacentes en 6 casos(19.35%); avanzado con metástasis a ganglios linfáticos en 14 pacientes(45.16%); y terminal, con múltiples metástasis a distancia y complicaciones asociadas en 8 casos(25.80%). De este modo, los mayores porcentajes de casos incluyeron estados avanzados y terminales(71%).

Los tipos de tratamiento recibido por los pacientes fueron: quimioterapia, 6 casos(19.35%); radioterapia, 3 casos(9.67%); cirugía, 10 casos(32.25%), incluyó cirugía con fines curativos y paliativos; combinaciones: quimioterapia + cirugía: 7 casos (32.25%); quimioterapia + radioterapia, 2 casos(6.45%); radioterapia + cirugía, 1 caso (3.22%); 2 pacientes fueron egresados sin tratamiento(6.45%), uno de ellos porque se consideró, estaba fuera de toda posibilidad terapéutica y el otro porque los familiares se negaron a que recibiera tratamiento.

El pronóstico fue considerado como bueno- pacientes prácticamente curados, después del tratamiento- en 3 casos(9.67%); regular (o incierto)- cuando se estimó que el paciente había respondido adecuadamente al tratamiento;pero dado el comportamiento de la neoplasia, se esperaba una alta probabilidad de recurrencia en los próximos 5 años-, 6 casos(19.35%); malo- en pacientes con mala respuesta al tratamiento y unacexpectativa de vida menor a 5 años, 16 casos(51.61%); muy malo(fatal a corto plazo)- aquellos pacientes con una sobrevida estimada no mayor de un año- 6 casos(19.35%). Nuevamente, el mayor número de pacientes correspondieron a las categorías "malo" y "muy malo". (71%).

Las variables clínicas tampoco mostraron diferencias ostensibles entre los Grupos I y II; por lo que la población de pacientes para ambos grupos, resultó comparable. (Ver las Tablas correspondientes).

Los resultados obtenidos de acuerdo a la entrevista psiquiátrica, según criterios del DSM-III-R fueron:

En Eje 1, la prevalencia total de diagnósticos psiquiátricos durante la primera valoración (considerados ambos grupos juntos) fué del 29% y durante la segunda valoración ascendió al 42%. La prevalencia de Trastornos Adaptativos con Síntomas Depresivos, para ambos grupos fué del 9.7% en la primera valoración y de 16.5% en la segunda; los mismos resultados se obtuvieron para Trastornos Adaptativos con Síntomas Emocionales Mixtos (depresión y ansiedad). La prevalencia de trastorno Distímico fué del 3.3% para el total de pacientes, en ambas evaluaciones (1^o y 2^{da}); y la prevalencia de Depresión Mayor fué del 6.5% para el total de pacientes y ambas evaluaciones. Para el Grupo I (Grupo Experimental), la prevalencia total de diagnósticos psiquiátricos en Eje 1, fué de 27.3% en la primera valoración y de 41% en la segunda (posterior al diagnóstico). Para el Grupo II (Grupo Control), la prevalencia total de diagnósticos psiquiátricos en Eje 1 fué de 33.3% en la primera valoración y de 44.4% en la segunda. Los aumentos observados en ambos grupos fueron a expensas de los Trastornos de Adaptación, mientras que el Trastorno Depresivo Mayor y el Trastorno Distímico, permanecieron constantes, variando únicamente la proporción relativa de los mismos dentro del total de diagnósticos psiquiátricos.

En Eje II, la prevalencia de trastornos de personalidad, para ambos grupos fué del 6.5%. La prevalencia observada para el Grupo I (experimental) fué del 4.5% y la observada para el Grupo II (control) fué del 11.1%. Cabe señalar que hubo sólo un caso detectado en cada Grupo. La prevalencia de Retraso Mental Superficial, para ambos grupos fué del 9.7%; 9.1% para el Grupo I y 11.1% para el Grupo II.

En Eje III, los diagnósticos observados fueron múltiples (Ver Tablas), obteniéndose una prevalencia total de diagnósticos para el Grupo I, del 40.9%; para el Grupo II, del 33.3% y para ambos grupos, del 38.7%

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (H.A.D.).

Análisis estadístico.

Los valores obtenidos fueron:

1) Para ansiedad:

GRUPO I : 1o valoración: $\bar{x} = 5.68$
S = 5.58

2o valoración: $\bar{x} = 6.41$
S = 5.65

GRUPO II : 1o valoración: $\bar{x} = 6.11$
S = 5.19

2o valoración: $\bar{x} = 5.22$
S = 5.05

2) Para depresión:

GRUPO I : 1o valoración: $\bar{x} = 5.00$
S = 5.34

2o valoración: $\bar{x} = 6.05$
S = 4.13

GRUPO II : 1o valoración: $\bar{x} = 6.33$
S = 5.46

2o valoración: $\bar{x} = 5.33$
S = 5.25

Estos resultados fueron sometidos a un Análisis de Varianza para medidas repetidas, con el objeto de valorar el efecto de grupo, el efecto de tiempo y la interacción (tomando en cuenta grupo, variable de inicio y variable final).

$P < 0.05$ fué considerado estadísticamente significativo.

PARA ANSIEDAD:

El efecto de Grupo : $P > 0.05$ No Significativo.
El efecto de Repeticiones: $P > 0.05$ No Significativo.
El efecto de Interacción: $F = 2.20$ No Significativo.

PARA DEPRESION:

El efecto de Grupo : $P > 0.05$ No Significativo.
El efecto de Repeticiones: $P > 0.05$ No Significativo.
El efecto de Interacción: $F = 2.43$ No Significativo.

Existió una tendencia hacia el aumento, tanto para ansiedad como para depresión, en el Grupo de pacientes a quienes se les informó formalmente su diagnóstico; mientras que en el grupo que no se les notificó formalmente, hubo una tendencia hacia la disminución, tanto para depresión como para ansiedad; sin embargo, en ambos grupos, para cada una de las variables mencionadas, estas tendencias no alcanzaron a ser estadísticamente significativas.

TEST DE LOS COLORES DE LUSCHER.

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

PERFIL DE ESTADO DE ANIMO.

PARA EL TOTAL DE PACIENTES:

PRIMERA VALORACION: 2 , 3 , 5 , 6 , 1 , 4 , 0 , 7 .

SEGUNDA VALORACION: 3 , 5 , 2 , 4 , 1 , 6 , 0 , 7 .

GRUPO I (PACIENTES QUE SI FUERON NOTIFICADOS FORMALMENTE DE SU DIAGNOSTICO).

PRIMERA VALORACION: 2 , 3 , 5 , 6 , 1 , 4 , 0 , 7 .

SEGUNDA VALORACION: 5 , 2 , 3 , 4 , 1 , 6 , 0 , 7 .

GRUPO II (PACIENTES QUE NO FUERON NOTIFICADOS FORMALMENTE DE SU DIAGNOSTICO).

PRIMERA VALORACION: 3 , 2 , 5 , 6 , 1 , 4 , 7 , 0 .

SEGUNDA VALORACION: 3 , 2 , 5 , 6 , 1 , 4 , 7 , 0 .

INTERPRETACION:

COLORES QUE APARECIERON EN LOS TRES PRIMEROS LUGARES DE ELECCION Y SU INTERPRETACION INDIVIDUAL.

(2) VERDE . Representa la condición de tensión constante. Implica psicológicamente la voluntad en actividad, como perseverancia y tenacidad. Es una manifestación de resistencia a cambiar.

(3) ROJO . Representa exceso de energía. Deseo, en todas las gamas, de apetencia y anhelo. El rojo es el "impacto de la voluntad o la fuerza de la voluntad".

(5) VIOLETA . Quiere alcanzar una relación mágica. Desea ser hechizado y hechizar. Existe una identificación mágica, aunque la distinción sujeto-objeto, todavía exista.

COLOR QUE APARECIO CON MAS FRECUENCIA EN EL ULTIMO LUGAR DE ELECCION. INTERPRETACION INDIVIDUAL.

(7) NEGRO. Negación del color.
Representa el límite absoluto detrás del cual la vida cesa, y, en consecuencia, expresa la idea de la nada y de la extinción. Como la misma negación, representa renunciamiento, la última entrega o abandono.
Asignar el puesto octavo al negro, es lo más frecuente estadísticamente; representa un deseo más o menos normal de no dejar nada y de estar en control de las propias acciones y decisiones.

INTERPRETACION DEL PERFIL DE ESTADO DE ANIMO PARA LOS PACIENTES A QUIENES SI SE LES NOTIFICO EL DIAGNOSTICO. PRIMERA VALORACION.

1o Valoración: 2 , 3 , 5 , 6 , 1 , 4 , 0 , 7 .
 + + x x = = - -

- 2,3 Quiere superar los obstáculos y la oposición y tomar sus propias decisiones. Tiene iniciativa y no acepta sentirse dependiente de la voluntad de otros.
- 5,6 se inclinan por las cosas que proporcionan satisfacción a los sentidos, pero rechaza todo lo que sea vulgar y ordinario.
- 1,4 Su deseo de independencia afectiva le impide todo tipo de asociación profunda.
- 0,7 Quiere superar la falta de sentido de su vida y llenar el vacío que cree que lo separa de los demás. Está ansioso de experimentar la vida en todos sus aspectos y vivir intensa-

mente. Se resiste, por tanto, de cualquier restricción o límite que se le imponga e insiste en ser libre y estar desligado de ataduras.

INTERPRETACION DEL PERFIL DE ESTADO DE ANIMO PARA LOS PACIENTES QUE SI SE LES NOTIFICO SU DIAGNOSTICO.

2o Valoración: 5 , 2 , 3 , 4 , 1 , 6 , 0 , 7 .
 + + x x = = - -

- 5,2 Quiere causar una impresión favorable a los demás y emplea con astucia tácticas para tener influencia sobre otros.
- 3,4 Necesita sentir que los acontecimientos se desarrollan según las líneas previstas; de otro modo, la irritación puede llevarle a la inconstancia y a las actividades superficiales.
- 1,6 Es capaz de lograr satisfacción física de las actividades; pero está inclinado a retraerse sentimentalmente, lo cual le impide llegar a asociarse con profundidad.
- 0,7 Quiere superar la falta de sentido de su vida y llenar el vacío que cree que lo separa de los demás. Se resiste a cualquier restricción o límite que se le imponga e insiste en ser libre de ataduras.

En este grupo los cambios más notables fueron:

- el 5, adquiere importancia después del diagnóstico (5= aspectos mágicos y fantasía, imaginación). No implica necesariamente negación.
- el 6, pierde significatividad (6= aspecto de sensaciones corporales). Quizá por el impacto del diagnóstico a la semana si guiente).
- el 4 (trabajo, vitalidad) es ahora más importante. Quizá se deba al proceso por el que pasa el paciente buscando alternativas, soluciones, etc.

INTERPRETACION DEL PERFIL DE ESTADO DE ANIMO PARA LOS PACIENTES
A QUIENES NO SE LES NOTIFICO FORMALMENTE SU DIAGNOSTICO.
(FUE SIMILAR EN LA PRIMERA Y SEGUNDA VALORACION).

3,2, 5,6, 1,4, 7,0
+ + x x = = - -

- 3,2 Persigue sus objetivos con intensidad. Quiere superar todos los obstáculos con los que se enfrenta y alcanzar más reconocimiento.
- 5,6 Se inclina por las cosas que proporcionan satisfacción a los sentidos, pero rechaza todo lo vulgar y ordinario.
- 1,4 Es impositivo en sus exigencias sentimentales. Su deseo de independencia afectiva le impide todo tipo de asociación profunda.
- X 7,0 Quiere superar la falta de sentido de su existencia y la brecha que lo separa de los demás. Cree que la vida tiene mucho qué ofrecer y que él puede perder su parte correspondiente de experiencias si fracasa en hacer el mejor empleo posible de todas las oportunidades. El temor de que se le impida alcanzar las cosas que quiere lo lleva a representar su papel con una intensidad febril y apremiante.

TEST DE APERCEPCION TEMATICA DE MURRAY. T.A.T.

ITEM	número de pacientes que lo presentaron	%
DEPRESION	4	44.44
ANSIEDAD	3	33.33
MIEDOS DIVERSOS	4	44.44
PREOCUPACIONES POR LA ENFERMEDAD	8	88.88
IDEAS DE MUERTE	9	100.00
IDEAS SUICIDAS	0	0.0

Número de T.A.T. aplicados: 9

De estos, 7 pertenecieron al Grupo experimental y 2 al grupo control.

- * Los resultados presentados aquí, incluyen sólo el total de pacientes. No se hizo el análisis por grupos I y II, considerados individualmente.
- * Los ítems considerados no son excluyentes entre sí; esto es, cada paciente pudo haber presentado uno o más de cada ítem.

DISCUSION.

El objetivo principal de este estudio fué evaluar el impacto psicológico que produce en los pacientes oncológicos hospitalizados, la notificación del diagnóstico médico. Para ello, los pacientes se dividieron en dos grupos: aquellos a quienes se les informó formalmente su diagnóstico (grupo experimental) y aquellos quienes no fueron informados formalmente del mismo. (grupo control). A ambos grupos se les aplicaron los siguientes instrumentos (antes y después del diagnóstico formal, para el grupo I y en dos ocasiones similares-sin la presencia de ese agente estresante- para el Grupo II): entrevista psiquiátrica según criterios del DSM-III-R; H.A.D., Test de los Colores de Lüscher y T.A.T. (éste último sólo en una ocasión).

El primer dato que resalta es el elevado número de pacientes a quienes no se les informó formalmente su diagnóstico (29%), que en el total de los casos fué por petición familiar. Este hecho pone de manifiesto, la cantidad de conceptos, fantasías e ideas que giran entre la gente, en torno a las implicaciones de la palabra "cáncer"; esto es, como un sinónimo de enfermedad grave, incapacitante y muchas veces, mortal. Ello nos hace pensar en la necesidad de proporcionar tanto a la familia como al paciente, una información clara y precisa del significado de su padecimiento, que evite la formación, en muchos casos, de ideas catastróficas sobre la enfermedad, sobre todo, cuando no existe una correlación absoluta entre el estadio clínico y el conocimiento o desconocimiento por el paciente, del mal que le aflige.

Ahora bien, al evaluarse los dos grupos de pacientes, el problema siguiente consiste en detectar si estos son homogéneos o no, en cuanto a las variables sociodemográficas y clínicas, y por tanto si son comparables, o bien, si en principio, las características de los pacientes y su entorno, son distintas e influyen, por sí mismas, en que la familia decida o no, el que al paciente se le informe su diagnóstico, por parte del médico a su cargo.

Una primera aproximación basada en los resultados, no parece mostrar diferencias notables entre ambos grupos, en cuanto a edad, sexo, escolaridad, ocupación, o bien, localización de la neoplasia, estadio, tratamiento utilizado y pronóstico. (Aunque un análisis estadístico, al respecto y un mayor tamaño de la muestra, serán necesarios para aclarar estas cuestiones, lo cual podrá ser objeto de otro estudio más).

Cabe señalar, sin embargo, que el mayor número de pacientes, para ambos grupos, se concentró entre aquellos que tienen pareja; los de más edad, estadios más avanzados de enfermedad y peor pronóstico, encontrándose muchos de ellos en las etapas finales de su padecimiento.

Dado que el total de los pacientes valorados se encontraban hospitalizados, el sólo hecho de la hospitalización y el estrés emocional que esta implica, deberá alertarnos como un factor adicional que pudo haber contribuido a la presencia de depresión y ansiedad, observados entre ambos grupos; datos que deberán compararse a los obtenidos entre la población hospitalizada por otras causas, bajo condiciones similares.

La presencia de diagnósticos psiquiátricos en Eje I, para ambos grupos, estuvo dada por: Reacciones adaptativas, con rasgos depresivos y con síntomas emocionales mixtos (depresión y ansiedad); depresión mayor y trastorno distímico; diagnósticos obtenidos en la primera valoración. Al ser evaluados los pacientes por segunda ocasión, el porcentaje absoluto de trastornos de ajuste aumentó, mientras que los casos de depresión mayor y trastorno distímico, diagnosticados previamente, permanecieron sin cambios. El aumento observado de diagnósticos psiquiátricos fue mayor para el grupo experimental que para el grupo control; sin embargo, al comparar estos datos con otros instrumentos utilizados (HAD) y el análisis estadístico de los resultados, no mostró diferencias significativas. Sólo hubo una tendencia hacia la disminución, tanto para depresión, como para ansiedad, en el grupo control; mientras que en el grupo experimental, esta tendencia fue hacia arriba (aumentó tanto depresión como ansiedad).

El test de los colores de Lüscher no mostró cambios notables entre los dos grupos, ni en la primera y segunda valoración; aunque sí, variaciones discretas entre los pacientes del grupo experimental: aparecen aspectos mágicos, sin que estos sean predominantes o representen una negación; hay tendencia hacia la disminución de sensaciones corporales (tal vez como un intento de disminuir el efecto de la enfermedad) y hay mayor tendencia hacia el trabajo y todo aquello que implique vitalidad (tal vez como un fenómeno compensatorio ante la pérdida de vitalidad producida por la enfermedad). En ambos grupos sobresale una condición de tensión constante, la fuerza de voluntad y tendencia hacia la fantasía. Además del deseo de mantener el control de las propias acciones y situaciones.

En el Test de Apercepción Temática (T.A.T.), sobresalieron las preocupaciones por la enfermedad, e ideas de muerte. Se evidencian rasgos de depresión y ansiedad (en más de la tercera parte de los pacientes); si bien, en ninguno de los casos evaluados con este instrumento (9 en total) se manifestaron ideas suicidas. Lo cual nos hace pensar en la puesta en marcha de mecanismos adaptativos para contender con el estrés.

Finalmente, cabe hacer las siguientes consideraciones:

-Dado que el análisis estadístico de los resultados no mostró diferencias significativas entre ambos grupos y entre la primera y la segunda valoración, cabe la posibilidad de que los pacientes del grupo control, si conocieran su diagnóstico aún cuando no hubieran sido formalmente informados del mismo, o bien, tuvieran una alta sospecha de padecer una grave enfermedad, con base en su sintomatología o incluso en las propias actitudes familiares dirigidas a "ocultar" al paciente su diagnóstico. Esta posibilidad es apoyada por la presencia de ideas de muerte (en el 100% de los casos) proyectadas a través de la interpretación del T.A.T.

-Si consideramos que de acuerdo al diseño del estudio, los pacientes fueron valorados a la semana siguiente de que se les notificó formalmente su diagnóstico, o bien otra información, únicamente

te estamos evaluando el impacto inmediato que este produjo. Es necesario, por tanto, continuar un seguimiento (según el protocolo original), para evaluar las variables que a mediano y largo plazo, tienen mayor peso, en la presencia de reacciones psicológicas específicas y de trastornos psiquiátricos.

T A B L A S

DISTRIBUCION POR EDADES.

Frecuencia estimada para ambos grupos de pacientes: aquellos que saben (grupo I) y aquellos que ignoran su diagnóstico (grupo II).

GRUPO I	GRUPO DE EDAD	GRUPO II
1	20-24	1
1	25-29	
1	30-34	1
1	35-39	
1	40-44	
2	45-49	
3	50-54	
3	55-59	
5	60-64	
	65-69	1
3	70-74	5
	75-79	1
1	80-84	

GRUPO I $\bar{x} = 54.27$ años.
 $S = 15.48$

GRUPO II $\bar{x} = 62$ años
 $S = 19.94$

TABLA 1.

Distribución por sexo.

SEXO	GRUPO 1	%	GRUPO 11	%	TOTAL	%
FEMENINO	10	45.45	4	44.44	14	45.17
MASCULINO	12	54.54	5	55.56	17	54.83
TOTAL	22	100.0	9	100.00	31	100.00

TABLA 11.

Distribución, de acuerdo a estado civil.

ESTADO CIVIL	GRUPO 1	%	GRUPO 11	%	TOTAL	%
SOLTERO	1	4.54	1	11.11	2	6.45
CASADO	15	68.18	7	77.77	22	70.96
DIVORCIADO	3	13.63	-	-	3	9.67
UNION LIBRE	2	9.09	-	-	2	6.45
VIUDO	1	4.54	1	11.11	2	6.45
TOTAL	22	100.00	9	100.00	31	100.00

GRUPO 1 SABEN SU DIAGNOSTICO

GRUPO 11 IGNORAN SU DIAGNOSTICO.

TABLA III.

Distribución según escolaridad.

ESCOLARIDAD	GRUPO I	%	GRUPO II	%	TOTAL	%
Sin educación escolar	1	4.54	2	22.22	3	9.67
Primaria incompleta	9	40.90	-	-	9	29.03
Primaria completa.	4	18.18	4	44.44	8	25.80
Secundaria	3	13.63	-	-	3	9.67
Preparatoria	3	13.63	3	33.33	6	19.35
Profesional	2	9.09	-	-	2	6.45
TOTAL	22	100.00	9	100.00	31	100.00

TABLA IV.

Distribución, según ocupación.

OCUPACION	GRUPO I	%	GRUPO II	%	TOTAL	%
EMPLEADO	2	9.09	-	-	2	6.45
OBRERO	1	4.54	-	-	1	3.22
PROFESIONISTA	1	4.54	-	-	1	3.22
CAMPESINO	3	13.63	2	22.22	5	16.13
HOGAR	6	27.27	2	22.22	8	25.80
NINGUNA	5	22.72	4	44.44	9	29.03
OTRAS	4	18.18	1	11.11	5	16.13
TOTAL	22	100.00	9	100.00	31	100.00

TABLA V.

Distribución de pacientes, de acuerdo a quien provee el mayor ingreso familiar.

Provee mayor ingreso	GRUPO 1	%	GRUPO 11	%	TOTAL	%
PACIENTE	9	40.90	1	11.11	10	32.25
ESPOSO(A)	5	22.72	1	11.11	6	19.35
HIJOS	7	31.81	6	66.66	13	41.93
PADRES	1	4.54	1	11.11	2	6.45
TOTAL	22	100.00	9	100.00	31	100.00

TABLA VI

Distribución de pacientes, según el tipo y localización de la neoplasia.

LOCALIZACION	GRUPO 1	%	GRUPO 11	%	TOTAL	%
Vías biliares	4	18.18	1	11.11	5	16.13
páncreas	1	4.54	1	11.11	2	6.45
pulmón	3	13.63	1	11.11	4	12.90
próstata	3	13.63	2	22.22	5	16.13
ovario	2	9.09	-	-	2	6.45
tiroides	2	9.09	-	-	2	6.45
estómago	1	4.54	2	22.22	3	9.67
hígado	1	4.54	-	-	1	3.22
hematológicos	2	9.09	1	11.11	3	9.67
uretra	1	4.54	-	-	1	3.22
cérvico-uterino	1	4.54	-	-	1	3.22
recto	1	4.54	-	-	1	3.22
vejiga	-	-	1	11.11	1	3.22
TOTAL	22	100.00	9	100.00	31	100.00

TABLA VII.

Distribución de pacientes, según el estadio clínico de la neoplasia.

ESTADIO	GRUPO 1	%	GRUPO 11	%	TOTAL	%
INICIAL	3	13.63	-	-	3	9.67
MODERADO	4	18.18	2	22.22	6	19.35
AVANZADO	8	36.36	6	66.66	14	45.16
TERMINAL	7	31.81	9	11.11	8	25.80
TOTAL	22	100.00	9	100.00	31	100.00

TABLA VIII .

Distribución de pacientes, según el tratamiento recibido.

TRATAMIENTO	GRUPO I	%	GRUPO II	%	TOTAL	%
QUIMIOTERAPIA	5	22.72	1	11.11	6	19.35
RADIOTERAPIA	2	9.09	1	11.11	3	9.67
CIRUGIA	7	31.81	3	33.33	10	32.25
SIN TRATAMIENTO.	1	4.54	1	11.11	2	6.45
QUIMIO + RADIO TERAPIA.	2	9.09	-	-	2	6.45
QUIMIO + CIRU- GIA.	4	18.18	3	33.33	7	22.58
RADIOTERAPIA + CIRUGIA.	1	4.54	-	-	1	3.22
TOTAL	22	100.00	9	100.00	31	100.00

TABLA EX.

Distribución de pacientes, de acuerdo al pronóstico médico estimado.

PRONOSTICO	GRUPO I	%	GRUPO II	%	TOTAL	%
BUENO	3	13.63	-	-	3	9.67
REGULAR	4	18.18	2	22.22	6	19.35
MALO	10	45.45	6	66.66	16	51.61
FATAL A COR TO PLAZO	5	22.72	1	11.11	6	19.35
TOTAL	22	100.00	9	100.00	31	100.00

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN PACIENTES DEL GRUPO EXPERIMENTAL (GRUPO 1), SEGUN EL DSM-III-R. EJE 1.

DSM-III-R EJE 1.	PRIMERA VALORACION núm de casos	% *	SEGUNDA VALORACION núm. de casos.	%
TRASTORNO ADAPTATIVO CON SINTOMAS DEPRESIVOS.	1	16.7	3	33.33
TRASTORNO ADAPTATIVO CON SINTOMAS EMOCIONALES MIXTOS (DEPRESION Y ANSIEDAD).	2	33.3	3	33.33
DEPRESION MAYOR	2	33.3	2	22.22
DISTIMIA	1	16.7	1	11.11
TOTAL	6	100.00	9	100.00

N = 22

Prevalencia total de diagnósticos psiquiátricos, según el DSM/III-R en Eje 1, en la primera valoración (previa al diagnóstico de cáncer): 27.3%

Prevalencia total de diagnósticos psiquiátricos, según el DSM-III-R en Eje 1, en la segunda valoración (posterior a que el paciente fué informado de su diagnóstico de cáncer): 40.9%

* El % se refiere al porcentaje relativo de un trastorno psiquiátrico específico, considerado como total, el total de diagnósticos psiquiátricos en Eje 1, detectados en el estudio.

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN PACIENTES DEL GRUPO CONTROL (GRUPO 11), SEGUN EL DSM-111-R. EJE 1.

DSM-111pR EJE 1.	PRIMERA VALORACION núm de casos.	% *	SEGUNDA VALORACION núm. de casos	%
TRASTORNO ADAP- TATIVO CON SINTO- MAS DEPRESIVOS.	2	66.7	2	50.0
TRASTORNO ADAP- TATIVO CON SINTO- MAS EMOCIONALES MIXTOS.	1	33.3	2	50.0
DEPRESION MAYOR	0	0	0	0
DISTIMIA	0	0	0	0
TOTAL	3	100.0	4	100.0

N = 9

Prevalencia total de diagnósticos psiquiátricos, según el DSM-111-R en Eje 1, en la primera valoración (previa al diagnóstico de cáncer): 33.3%.

Prevalencia total de diagnósticos psiquiátricos, según el DSM-111-R en Eje 1, en la segunda valoración (posterior a confirmarse el diagnóstico de cáncer, el cual no fué informado al paciente):
= número de casos/ N ; 4/9 = 44.4 %

* El % se refiere al porcentaje relativo de un trastorno psiquiátrico específico, considerando como total, el total de diagnósticos psiquiátricos en Eje 1, detectados en el estudio.

PREVALENCIA TOTAL DE DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS SEGUN DSM-111-R, EN EJE 1, OBTENIDA EN LA PRIMERA VALORACION, CONSIDERADOS AMBOS GRUPOS (GRUPO 1 y GRUPO 11).

DSM-111-R EJE 1	número de casos.	%*
TRASTORNO ADAPTA- TIVO CON SINTOMAS DEPRESIVOS.	3	33.33
TRASTORNO ADAPTA- TIVO CON SINTOMAS EMOCIONALES MIXTOS (DEPRESION Y AN- SIEDAD).	3	33.33
DEPRESION MAYOR	2	22.22
TRASTORNO DISTINICO	1	11.11
TOTAL	9	100.00

N = 31.

Prevalencia total de diagnósticos psiquiátricos en eje 1: 29%

Prevalencia de Trastornos de ajuste con síntomas depresivos: 9.7%

Prevalencia de Depresión Mayor: 6.5%

Prevalencia de Trastorno, Distímico: 3.2%

Prevalencia de trastorno adaptativo con síntomas mixtos: 9.7%

* El % se refiere al porcentaje relativo de un trastorno psiquiátrico específico, considerando como total, el total de diagnósticos psiquiátricos en Eje 1, detectados en el estudio.

PREVALENCIA TOTAL DE DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS SEGUN DSM-III-R, EN EJE 1, OBTENIDA EN LA SEGUNDA VALORACION, CONSIDERADOS AMBOS GRUPOS (GRUPO I Y GRUPO II).

DSM-III-R EJE 1	número de casos.	%
TRASTORNO ADAPTATIVO CON SINTOMAS DEPRESIVOS.	5	38.5
TRASTORNO DE ADAPTACION CON SINTOMAS EMOCIONALES MIXTOS (DEPRESION Y ANSIEDAD).	5	38.5
DEPRESION MAYOR	2	15.4
TRASTORNO DISTINICO	1	7.7
TOTAL	13	100.0

N = 31

Prevalencia total de diagnósticos psiquiátricos en eje 1:	41.9%
Prevalencia de trastornos adaptativos con síntomas depresivos:	16.1%
Prevalencia de trastornos adaptativos con síntomas emocionales mixtos:	16.1%
Prevalencia de Depresión Mayor:	6.5%
Prevalencia de Trastorno Distímico:	3.2%

PREVALENCIA DE DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS EN EJE 11 SEGUN
DSM-111-R, PARA AMBOS GRUPOS DE PACIENTES (GRUPO 1 Y GRUPO 11).

DSM-111-R EJE 11	GRUPO 1 número de casos	%	GRUPO 11 número de casos.	%	TOTAL.
TRASTORNO DE PER- SONALIDAD POR DE- PENDENCIA.	0	0	1	50.0	1
TRASTORNO HISTRIO- NICO DE PERSONA- LIDAD.	1	33.3	0	0	1
RETRASO MENTAL SUPERFICIAL	2	66.6	1	50.0	3
TOTAL	3	100.0	2	100.0	5

$N_{(1)} = 22$

$N_{(11)} = 9$

GRUPO 1.

Prevalencia de trastornos de personalidad:

núm de casos/ $N_{(1)} = 1/22 = 4.5\%$

Prevalencia de R.M.S.:

núm de casos/ $N_{(1)} = 2/22 = 9.1\%$

GRUPO 11.

Prevalencia de trastornos de personalidad:

núm de casos/ $N_{(11)} = 1/9 = 11.1\%$

Prevalencia de R.M.S.: = 11.1%

Prevalencia de trastornos de personalidad(ambos grupos)= 6.5%.

Prevalencia de R.M.S. (ambos grupos)= 9.7%.

PREVALENCIA DE DIAGNOSTICOS EN EJE 111. DSM-111-R., PARA GRUPO 1.

DSM-111-R EJE 111.	número de casos	%
Paraparesia	1	11.1
H.A.S.	1	11.1
Cirrosis hepática	1	11.1
E.P.O.C.	1	11.1
D.M.N.I.D.	3	33.3
Enf. de Graves	1	11.1
Silicosis	1	11.1
TOTAL	9	100.0

$N_1 = 22$

GRUPO 11.

DSM-111-R EJE 111.	número de casos	%
D.M.N.I.D.	1	33.3
Neumotórax iatró- geno.	1	33.3
Hipotiroidismo	1	33.3
TOTAL	3	100.0

$N_{11} = 9$.

Prevalencia de diagnósticos en Eje 111 para el Grupo 1
 núm de casos/ $N_{(1)} = 9/22 = 40.9\%$

Prevalencia de diagnósticos en Eje 111 para el Grupo 11
 núm de casos/ $N_{(11)} = 3/9 = 33.3\%$

Prevalencia de diagnósticos en Eje 111 para ambos grupos:
 núm de casos/ $N = 12/31 = 38.7\%$

TEST DE LOS COLORES DE LUSCHER.

PUNTUACIONES OBTENIDAS PARA EL TOTAL DE PACIENTES EVALUADOS (GRUPOS 1 Y 11). ANTES Y DESPUES DEL DIAGNOSTICO.

PRIMERA VALORACION.

núm. de elección.	PUNTAJE	COLOR	%
1o	153	VERDE	16.3
2o	143	ROJO	15.2
3o	132	VIOLETA	14.0
4o	119	CAFE	12.8
5o	110	AZUL	11.8
	110	AMARILLO	11.8
6o	-	-	-
7o	94	GRIS	10.0
8o	76	NEGRO	8.1
		TOTAL	100.0

SEGUNDA VALORACION.

núm. de elección.	PUNTAJE	COLOR	%
1o	130	ROJO	15.8
2o	128	VIOLETA	15.5
3o	122	VERDE	14.8
4o	108	AMARILLO	13.2
5o	97, 97	AZUL, CAFE	11.5, 11.5
6o	-	-	-
7o	75	GRIS	9.2
8o	71	NEGRO	8.5
		TOTAL	100.0

TEST DE LOS COLORES DE LUSCHER.

PUNTUACIONES OBTENIDAS PARA LOS PACIENTES DEL GRUPO I (AQUELLOS A QUIENES SE LES INFORMO SU DIAGNOSTICO).

PRIMERA VALORACION.

núm. de elección	PUNTAJE	COLOR	%
1o	110	VERDE	16.08
2o	97	ROJO	14.18
3o	96	VIOLETA	14.04
4o	88	CAFE	12.86
5o	80	AZUL	11.70
5o	80	AMARILLO	11.70
6o	-	-	-
7o	77	GRIS	11.26
8o	56	NEGRO	8.18
			<u>TOTAL 100.0</u>

SEGUNDA VALORACION.

nú. elección	PUNTAJE	COLOR	%
1o	94	VIOLETA	16.33
2o	85	VERDE	14.75
3o	82	ROJO	14.24
4o	80	AMARILLO	13.88
5o	69	AZUL	11.97
6o	65	CAFE	11.28
7o	53	GRIS	9.21
8o	48	NEGRO	8.34
			<u>TOTAL 100.0</u>

TEST DE LOS COLORES DE LUSCHER.

PUNTUACIONES OBTENIDAS PARA LOS PACIENTES DEL GRUPO 11 (AQUELLOS A QUIENES NO SE LES INFORMO SU DIAGNOSTICO).

PRIMERA VALORACION.

núm de elección	PUNTAJE	COLOR	%
1o	46	ROJO	18.1
2o	42	VERDE	17.1
3o	36	VIOLETA	14.3
4o	31	CAFE	12.3
4o	31	AZUL	12.3
5o	-	-	-
6o	30	AMARILLO	12.1
7o	20	NEGRO	7.1
8o	17	GRIS	6.7
TOTAL			100.0

SEGUNDA VALORACION.

núm de elección	PUNTAJE	COLOR	%
1o	48	ROJO	19.04
2o	37	VERDE	14.68
3o	35	VIOLETA	13.89
4o	32	CAFE	12.69
5o	28	AZUL	11.12
5o	28	AMARILLO	11.12
6o	-	-	-
7o	23	NEGRO	9.13
8o	21	GRIS	8.33
TOTAL			100.0

TEST DE LOS COLORES DE LUSCHER.

DATOS FINALES MAS SIGNIFICATIVOS.

PRIMERA VALORACION

orden de elección	TOTAL DE PACIENTES (color)	GRUPO I (color)	GRUPO II (color)
1o	VERDE	VERDE	ROJO
2o	ROJO	ROJO	VERDE
3o	VIOLETA	VIOLETA	VIOLETA
última elección.	NEGRO	NEGRO	GRIS

SEGUNDA VALORACION.

orden de elección	TOTAL DE PACIENTES. (color)	GRUPO I (color)	GRUPO II (color)
1o	ROJO	VIOLETA	ROJO
2o	VIOLETA	VERDE	VERDE
3o	VERDE	ROJO	VIOLETA
última elección.	NEGRO	NEGRO	GRIS

ADENDUM.

En vista de que no todos los pacientes son informados del diagnóstico de cáncer y por la carga emocional que la palabra implica, así como por el sesgo que pudiera inducirse en la investigación, en la Carta de Consentimiento no se redactó de manera explícita el título del proyecto, sin embargo se le informa al paciente del procedimiento a seguir.

BIBLIOGRAFIA.

1. Greer, Steven, et. al.
Patients' Adjustment to Cancer: The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale vs. Clinical Ratings.
Journal of Psychosomatic Research.
Vol. 33 No. 3 pp. 373-377; 1989.
2. Burgess Caroline, Morris T. et al.
Psychological Response to Cancer Diagnosis: 11 Evidence for Coping Styles and Cancer Diagnosis.
Journal of Psychosomatic Research.
Vol. 32 No. 3 pp. 263-272; 1988.
3. Fawzy L. et al.
A Structured Psychiatric Intervention for Cancer Patients.
Arch. Gen. Psychiatry.
Vol. 47 August. 1990.
4. Derogatis Leonard R., Spencer Philip M.
Psychometric Issues in the Psychological Assessment of the Cancer Patient.
Cancer (Supp).
May 15; pp 2228-32; 1984
5. Derogatis L.R. Abeloff MD.
Psychological Coping Mechanisms and Survival Time in Metastatic Breast Cancer.
JAMA
Oct. 5.242 pp 1504-8; 1979.
6. Goldber RJ.
Psychiatric Aspects of Psychosocial Distress in Cancer Patients.
Journal of Psychosocial Research.
6/1-2 pp 139-163. 1988.
7. Peteet- Jr.
Religious Issues Presented by Cancer patients Seen in Psychiatric Consultation.
Journal of Psychosocial Oncology.
3/1 pp 53-66, 1985.

8. Daiter S; Larson; Weddington; Ulmann.
Psychosocial Symptomatology, Personal Growth, and Development
Among Young Adult Patients Following the Diagnosis of Leukemia.
Journal of Clinical Oncology.
Apr. 6(4) pp 613-617; 1988.
9. González B: et al.
Psychoñathologic Aspects of Hematologic Neoplasms.
Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc. Afines.
Nov-Dec; 1988.
10. Smith; Harrison et al.
Life Change and Onset of Cancer in Identical Twins.
Journal of Psychosomatic Research.
28(6) pp 525-532, 1984.
11. Newman KA et al.
Effect of Hichman Catheters on the Self-steem of Patients with
Leukemia.
Souñ Med Journal. Jun, 77(6) pp 682-685, 1984.
12. Pettingale et al.
Mental Attitudes to Cancer: an Additional Prognostic Factor.
Lancet
i: 750. 1985
13. Ekstrom et al.
Statistical Analysis of Repeated Measures in Psychiatric Research.
Arch. Gen. Psychiatry.
Vol. 47, Aug. 1990.
14. Gottschalk Lovis A.
Measurement of Mood and Affect in Cancer Patients.
Cancer (supp).
May 15, pp 2236-2242; 1984.
15. Endicott Jean.
Measurement of Depression in Patients with Cancer
Cancer (supp).
May 15, pp 2243-2248; 1984.

16. Kaplan Sadock.
Comprehensive Textbook of Psychiatry. 5 ed.
Williams & Wilkings, 1249-1264.
17. Petty F. Noyes R.
Depression Secondary to Cancer.
Biological Psychiatry.
Dec. 16(12) pp 1203-20; 1981.
18. Tamburini- M; Filiberti, A; Barbieri A y cols.
Psychological Aspects of Testis Cancer Therapy; A Prospective Study
Journal of Urology
142/6 pp 1487-1490; 1989.
19. Edbril-SD; Rieker PP.
The impact of Testicular Cancer on the Work Lives of Survivors.
Journal of Psychosomatic Oncology
7/3 pp 17-29; 1989.
20. Cain-EN; Kohorn EI; Quinlan-DM et al.
Psychosocial Reactions to Diagnosis of Gynecologic Cancer.
Obstetrics-Gynecology
62/5 pp 635-641; 1983.
21. Cull Ann
Psychological Aspects of Cancer and Chemotherapy.
Journal of Psychosomatic Research
Vol. 3; No 2; pp 129-140; 1990.
22. Ropponen P; Aalberg V; Rautonen J; et al.
Psychosexual Development of Adolescent Males After Malignancies in
Childhood.
Acta Psychiatrica Scandinava.
82:213-218; 1990.
23. Calabrese Joseph R.; Kling Mitchel A.
Alterations in Immunocompetence During Stress, Bereavement, and
Depression: Focus on Neuroendocrine Regulation.
American Journal of Psychiatric. 144:9 ; sept 1989.

24. Bellak L.
TAT, CAT y SAT.
Manual Moderno
México, 1990. pp 55-60.
25. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
DSM-III-R.
American Psychiatric Association.
Masson, 1988.
26. Lüscher Max
Test de los Colores.
Ed. Paidós,
Arg. 1974.
27. Razavi D; Delvaux N; Farvacques C; Robaye E.
Screening for Adjustment Disorders and Major Depressive Disorders in Cancer in-Patients.
British Journal of Psychiatry.
156/JAN pp 79-83; 1990.
28. Razavi D; Delvaux N; Farvacques C.
Anxiety, Depression and Psychiatric Disorders in Cancer Patients. Assessment and Risk Factors.
Acta Psychiatrica Belg.
86/4 pp 493-494; 1986.
29. Zigmund, Snaith.
Hospital Anxiety and Depression Scale.
Acta Psychiatric Scand.
67, 361-370, 1983.
30. Lempiere T.
Depression in medican populations.
Psychiatr-Psychobiology.
(71s 83s) ; 1988
31. Holmes, Cooper B; Fouty H. E; Wurtz, Philip J; Burdick, Bruce M
The Relationship Between Color Preference and Psychiatric Disorders.
Journal of Clinical Psychology. Nolv Vol. 41(6) pp746-749;1985.

32. Frisch, G. Ayada; Desmarez, Chritine.
Psychological Sequele of Cancer on Children in Remission.
Psychologic-Medicale;
Sep Vol. 20(9) pp 1343-1344; 1988.

33. Cella, David F; Tross Susan
Psychological Adjustment to Survival from Hodgkin's Disease.
Journal of Consulting and Clinical Psychology.
Oct. Vol. 54(5) pp 616-622; 1986.

A N E X O S



Instituto Nacional de la Nutrición

Salvador Zubirán

Calle Vasco de Quiroga 15

Delegación Iztapalapa

14000 México, D. F.

CARTA DE CONSENTIMIENTO .

Se me ha invitado y he accedido a participar en una evaluación psicológica previa y posterior al diagnóstico médico. Se me ha explicado, así mismo, que me realizarán entrevistas y se me aplicará una prueba psicológica, en diferentes ocasiones.

Se me ha informado que puedo no responder a estas evaluaciones, que podré retirarme del estudio si así lo deseo, en cuyos casos, esta situación no afectará mi atención médica.

Se me ha explicado que en caso de que yo lo desee, podré recibir atención psicológica, en el entendido de que la información que proporcione será estrictamente confidencial.

En caso de duda podré comunicarme con la Dra. Mirella Márquez o con la Dra. Laura Delgado, en el Departamento de Medicina Psicológica de este Instituto.

enterado

investigador.

testigo

testigo

México D.F. a ____ de ____ 199_.

Por favor responda, lo más verazmente posible, a las aseveraciones que aparecen a continuación completando o marcando con una "X" en el espacio correspondiente. La información es totalmente confidencial

1. NOMBRE: _____

2. EDAD: AÑOS

3. SEXO: 1 F 2 M

4. DOMICILIO: _____

CALLE Y NUMERO

COLONIA

CIUDAD

ESTADO

C.P.

5. TELEFONO: _____

6. ESTADO CIVIL:

1 SOLTERO 2 CASADO 3 DIVORCIADO 4 UNION LIBRE

7. ESCOLARIDAD:

1 SIN EDUCACION ESCOLAR 2 PRIMARIA INCOMPLETA 3 PRIMARIA

4 SECUNDARIA 5 PREPARATORIA O EQUIVALENTE

8. OCUPACION:

1 EMPLEADO 2 OBRERO 3 TECNICO 4 PROFESIONISTA

5 SUBEMPLEADOS 6 CAMPESINO 7 HOGAR 8 ESTUDIANTE

9 NINGUNA 10 OTROS, ESPECIFIQUE: _____

9. SITUACION ECONOMICA:

INGRESO MENSUAL TOTAL (aproximado) de su familia: _____ PESOS

NUMERO DE PERSONAS QUE DEPENDE DE ESTE INGRESO: _____

PROVEE EL MAYOR INGRESO FAMILIAR: 1 USTED 2 SU ESPOSO/A

3 SU (S) HIJO (S) 4 OTROS

ESCALA H.A.D.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mayor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted concidere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que piensan mucho.

Me siento tenso/a o nervioso/a:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

- Definitivamente igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

Siento un especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- Sí y muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- Igual que siempre
- Actualmente algo menos
- Actualmente mucho menos
- Actualmente en absoluto

Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi to el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Me siento alegre:

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente:

- Siempre
- A menudo
- Nunca

Me siento lento/a y torpe:

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

- Nunca
- Solo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

He perdido el interés por mi aspecto personal:

- Completamente
- No me cuido como debería hacerlo
- Es posible que no me cuide como debiera
- Me cuido como siempre lo he hecho

Me siento inquieto/a como si no pudiera dejar de moverme:

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- No, en lo absoluto

Espero las cosas con ilusión:

- Como siempre
- Algo menos que antes
- mucho menos que antes
- No, en lo absoluto

Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca