

11241

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO.

SECRETARIA DE SALUD

TITULO DE TESIS:

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER
PULMONAR**

PRESENTA: DRA. BETZABE PEREZ OSORIO.

TUTORES:

[Signature]
DR. FRANCISCO FRANCO SALAZAR. (METODOLOGICO).

[Signature]
DR. MIGUEL HERRERA ESTRELLA. (TEORICO).

E. Psiquiatria

INSTITUCIONES:

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS
(INER).

HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL,
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

*Recabido
24-01-03*

Vo. Co.
[Signature]
DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

2005

m 346581



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 esta 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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Betzabé Pérez Osorio

FECHA: 05 Julio 2009

FIRMA: 

INDICE:

1. Introducción.	
1.1. Modelo Biológico y Calidad de Vida	3
1.2. Calidad de Vida y Cáncer Pulmonar.....	7
1.3. Psico – Oncología	8
1.4. Cáncer de Pulmón: Aspectos Generales	8
1.5. Tratamiento de Cáncer de Pulmón	11
1.6. Síntomas Neuropsicológicos en el enfermo oncológico	12
2. Justificación	13
3. Hipótesis	13
4. Objetivos:	
4.1. Objetivo General	13
4.2. Objetivos Específicos	13
5. Material y Métodos	
5.1. Diseño	13
5.2. Procedimiento	13
5.3. Análisis Estadístico	15
6. Resultados.....	15
7. Discusión y conclusiones	
7.1. Discusión	16
7.2. Conclusiones	16
8. Cuadros de Resultados	19
9. Bibliografía	21

INTRODUCCION

MODELO BIOLÓGICO Y CALIDAD DE VIDA:

El modelo biológico (MB) ha constituido el paradigma del análisis científico de muchas disciplinas. La medicina ha tomado a este modelo como fundamento teórico (1,2,3,4,5); siendo incluso designado con el nombre de modelo bio-médico (MBM). De acuerdo a este modelo tratar una enfermedad es generalmente considerado un ejercicio en el cual: se determina la etiología del proceso morboso, se prescribe y se indica un régimen terapéutico y se realiza un meticuloso monitoreo de la respuesta al mismo, así como del pronóstico de la enfermedad (6). Se avoca principalmente a la terapéutica de las enfermedades estudiando el proceso de enfermar sólo a nivel biológico. Este abordaje del problema de salud sugiere que el tratamiento específicamente orgánico de los sujetos enfermos, es sinónimo de un buen manejo terapéutico. Puede utilizar tecnología muy sofisticada, pero puede resultar impersonal y mecánico (1,4), perpetuando el ejercicio médico cotidiano, la noción de la dicotomía mente-cuerpo (2,7,8,9,10) que fragmenta la atención a los pacientes. De esta manera se promueve la preocupación del médico por el cuerpo y la enfermedad, con la correspondiente negligencia hacia el paciente como ser psicosocial (8, 11, 12, 13); dejando de lado aspectos y atributos psicológicos y sociales, que son los que le dan a los enfermos, y en general a las personas su especificidad como seres humanos (6,11). Así el MB absorbe y subordina otros modelos sobre el proceso de enfermar y curar (1,4). Ignora que la enfermedad y el tratamiento de la misma son dos instancias que afectan, simultáneamente, el cuerpo y la mente de cada sujeto enfermo, y en forma colateral a su contexto social (1,3,8,13). Este modelo oculta el componente psicosocial del continuo salud – enfermedad, aislando al enfermo de las condiciones que enmarcan a los fenómenos biológicos y les confiere sentido humano (1). El MB incluye una estrategia que ignora las posibilidades que aportan las intervenciones de otros integrantes del equipo de salud: psiquiatras, psicólogos, y trabajadores sociales. Y esta estrategia por acertada que sea, resultará incompleta y de mala calidad (1,11).

El MB se consolidó históricamente a partir de la revolución industrial, coincidiendo con el cambio en la organización social, que llevó a descentralizar a la familia como unidad de producción, consumo y atención de las necesidades de sus miembros; entre ellas las concernientes a la salud (1).

Como alternativa a esta orientación resurgió una medicina humanística, que colocó al hombre nuevamente en el centro de la medicina, de la enseñanza, del trabajo médico y en la investigación (8,14,15). En 1890 Engel postula el modelo biopsicosocial (MBPS). Este plantea al individuo dentro de dos jerarquías: la biológica y la psico-social, como sistema interrelacionados; y manifiesta que el disturbio de alguno puede alterar a los otros y estos a su vez pueden modificar al sistema originalmente afectado (4,13,14,15,16). El MBPS es un modelo de causalidad circular y múltiple, que constituye uno de los principios postulados de una concepción integral, holística (1,2,3,8,14,15,16). Vislumbra el vínculo entre mente y cuerpo, enfatizando que el manejo médico óptimo de sujetos enfermos requiere un abordaje o aproximación a los niveles psicológico y social,

codeterminantes y expresión de los procesos de salud y enfermedad. El éxito de la medicina sólo puede lograrse conciliando y considerando todas las circunstancias y necesidades en estos tres niveles. “El secreto del cuidado de los enfermos, estriba en cuidar a los enfermos”, como lo expresó Francis Peabody (1). Por lo tanto el MBPS postula que se necesitan conceptos o constructos que incorporen a lo biológico, aspectos psicosociales, que hagan explícito su mundo abstracto y subjetivo en términos de variables observables, que sean válidas y que perciban la humanidad de los sujetos (17). Esta humanidad debe ocupar un lugar central en las acciones médicas, las cuáles deben abordar al hombre como un todo (1,14,15,16,17).

La aplicación del MBPS es evidente en la definición del estado de salud (ES) de la OMS, anunciado en su Acta Constitutiva; “el completo bienestar biopsicosocial, y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad” (1,6,18,19). Esta definición incorpora al mundo de lo objetivo, que a sido siempre el campo y la meta de las ciencias, dos elementos subjetivos (8,11). El primero es el concepto de “bienestar”; el cuál es un estado conciente experimentado por un individuo, señalado por un tono afectivo que matiza el contenido ideatorio del pensamiento, y que produce un patrón conductual. El segundo elemento es el “psicosocial”. Así el “bienestar psicosocial” es la sensación y percepción de un funcionamiento psicosocial óptimo que está íntimamente ligado al concepto de Salud Mental (3,15,20,21,22). La SM se ha considerado como campo exclusivo de la psiquiatría, pero está bajo escrutinio y el control potencial de todo profesional de la salud (1,3,7,15,22).

No obstante, dominada por los conceptos biológicos y sensible a los diferentes sistemas políticos de sus naciones miembros, la OMS a sido precavida acerca de la promoción de elementos de bienestar psicosocial, a los que está oficialmente comprometida (6,15,22). La famosa declaración “Salud para todos en el año 2000”, como una meta para todas las naciones miembros propuesta en 1978, olvidó mencionar la salud mental, debido a que muchos gobiernos temían que se tomara como una incitación hacia el camino del individualismo y desacato. Sin embargo la Sra. Elizabeth Cohen, bajo el liderazgo del Dr Tsung Yi Lin, pugnó por 2 años para que la salud mental formara parte de la mencionada declaración, y así lograr una aproximación holística a los sujetos (13,16,21). Posteriormente para descartar el aspecto subjetivo del cuidado de la salud que aspiraba a una multidimensionalidad integradora, en base al MBPS, renacen y nacen conceptualizaciones como: medicina psicosomática (7,22,23,24,25), psiquiatría de enlace (7,26,27), psicología médica (15), psiquiatría familiar (28), dinámica de la enfermedad (6,29), factores de riesgo psicosocial (15,16,22,25,29,30,31,32), tratamiento psicosocial (5,33,34), resultados psicosociales de la práctica médica (35), Calidad de Vida (CV) (3,5,7,8,17,34,36,37,38,39,40,41,42) o más específicamente Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS) (42,43,44) y Calidad de Ajuste a la Vida en Años (CAVA) (17,29,45). Todos estos conceptos tratan de incorporar variables psicosociales en el manejo y abordaje de los problemas de salud. A pesar de estos esfuerzos se sigue hablando de medicina del cuerpo y de medicina de la mente. El dualismo mente cuerpo persiste en la formación profesional, y el médico continúa distinguiendo entre la psique y el soma. A veces el galeno motivado hacia su

profesión por el deseo de controlar y curar el cuerpo, no se encuentra preparado para enfrentar al dolor, la consunción y el flujo de emociones (fenómenos transferenciales) que plantea la relación médico paciente (8,46,47,48,49), y aparecen entonces barreras emotivas (mecanismos defensivos). Se crea así una dinámica interpersonal médico paciente constreñida por roles rígidos (curador – sufrente, controlador – controlado), y se expulsa todo aquello que sea trastorno psicosocial; el médico se priva de la posibilidad de percibir y comprender aquello que es la esencia del sufrimiento de su paciente (1,29,46,47) y olvida que su papel es también el de un psicoterapeuta que comprende y trata los problemas psicosociales de sus enfermos (8). No obstante los trastornos psicosociales han pasado a ser problemas mayores de salud pública, y se trata de que la psiquiatría estreche sus relaciones con la biomedicina (57) pues el trabajo psiquiátrico con lo pequeño, es menos brillante y mucho más difícil y por esta razón es a menudo subestimado (11).

El concepto de CV, en sus inicios se consideraba como una expresión comercial (13). Al incorporarse a la medicina hace referencia a una enfermedad y a las intervenciones terapéuticas que impactan a un sujeto enfermo en la percepción de su bienestar biopsicosocial (BBPS). Este término es una abstracción para simplificar, mostrar y explicar la realidad del continuo salud-enfermedad con relación a un tratamiento. Pretende constituir una guía de acción y una vía de acceso multidisciplinaria y comprensiva a los pacientes, la enfermedad que sufren y el tratamiento que reciben (12,13), para restablecer y preservar su salud, por medio de estrategias médicamente guiadas y adaptadas a las demandas de los enfermos. Postula una actitud que puede brindar puentes, contactos y enlaces, entre los diversos discursos sobre el ser humano enfermo (11).

La CV, como concepto, incluye en su espectro dimensiones o áreas biopsicosociales, las cuáles a su vez comprenden distintos elementos indicadores o variables, estos elementos son de dos tipos de naturaleza, por lo que se han clasificado como: duros y blandos (58), clínicos y paraclínicos (59), médicos y no médicos (60,61) y biológicos y psicosociales (34,35,36,40,53,54,62). También se han dividido en elementos objetivos y subjetivos (12,13,18,37,38,58,62,65,66,67, 68,69,70,71,72,73,74). De acuerdo a esta clasificación, que es la más utilizada, los primeros corresponden a todas aquellas variables que pueden observarse directamente y pueden determinarse numéricamente. Los segundos corresponden a todos aquellos atributos que no pueden observarse directamente; típicamente se determinan por medio del método de inducción y por los principios clásicos de la teoría de preguntas evaluativas (19,57). No obstante esta división es artificial y operacional, pues fomenta la dicotomía mente – cuerpo, y debemos recordar que en psiquiatría, los elementos subjetivos importan como fenómenos objetivos y formas de expresión clínica que adquieren categoría y significación en el modelado de una clínica psiquiátrica y psicológica (11).

Definir la CV es un proceso ambiguo. Si a un fenómeno tan complejo como es la vida humana se le agrega a su dimensión temporal “cantidad en años” atributos que definan el conjunto de cualidades que la distinguen y corresponden a su “calidad”,

el problema adquiere una dimensión filosófica (13,13). Por esto a sido indefinible en forma precisa, y se ha optado por definiciones operacionales en base a los elementos objetivos y subjetivos comprendidos en su espectro.

El componente subjetivo es considerado la base conceptual de la CV (12,19,39,75,76) y a dado origen a las llamadas definiciones unidimensionales. En estas definiciones el foco de atención es la percepción del sujeto sobre su vida. Ejemplo de estas, es la definición postulada por Dunbar en 1990 (77), quién la define como la diferencia en un periodo particular de tiempo, entre la esperanza y expectativa individual y la experiencia del individuo, basada en la integración de factores o experiencias a nivel biopsicosocial. Estwing en 1993 (40) expresa que la CV es la sensación personal de bienestar, que depende del grado de satisfacción o insatisfacción con áreas importantes de la vida. En 1994 Gill y Feinstein (60), la definen como la descripción, percepción, y reacción a un estado de salud. En el año de 1995, se define a la CV como la percepción personal acerca del estado de salud y aspectos no médicos de la vida (75).

Otros autores consideran a la CV, como un concepto con una definición multidimensional (18,32,40,43,58,62,63,64,65,71,73) e incluyen componentes objetivos y subjetivos que median razonablemente entre sus expectativas y los elementos que pueden evaluar en sus estudios, pero no han delineado claramente una definición del concepto y la dan por sobre entendida en sus publicaciones.

También existen las llamadas definiciones mixtas, como la propuesta por Lara y colaboradores en 1995 (12,13); quienes la definen como la percepción y evaluación global que el sujeto hace de su vida cuando esta enfermo dependiendo de las características de la enfermedad que sufre y de las del tratamiento que recibe. Este tipo de definiciones, no se focaliza en algún elemento, subjetivo u objetivo, sino que los considera complementarios, en base al MBPS.

Feinstein en 1987, en la conferencia de Portugal sobre CV, planteó este concepto como uno de los criterios para evaluar resultados de la practica médica (12,13). Esto en términos de eficacia, eficiencia y efectividad (18,58,60,61,78,79).

El concepto además permite mejorar el conocimiento epidemiológico de las enfermedades (63). Particularmente en el caso de las enfermedades crónicas (53, 54), las cuáles se han incrementado en su prevalencia y consecuentemente en su costo social (75,80). En estos casos una cura es inverosímil y lo mejor que puede lograrse es un alivio de los síntomas, y posiblemente una alteración en la progresión de la enfermedad. Estos factores facilitan a los pacientes su adaptación a la sociedad (13), punto que es el objetivo final de toda intervención médica.

Los dominios de la CV se refieren a las características de la vida de los enfermos (13,37); la naturaleza y extensión de los problemas que enfrentan en los diferentes estadios de la enfermedad, así como la adaptación de los mismos (13,63). La evaluación del concepto es una forma de monitorear a los pacientes (13,43).

Todos los estudios sobre CV permitirán conocer las necesidades reales de atención a la salud de la población enferma y la capacidad de los servicios existentes para satisfacer las demandas. También permitirán la toma y modificación de decisiones clínicas así como la organización de políticas y programas de salud (22,41,55,81). De esta manera la atención a los pacientes puede mejorarse ya que los reportes de la Sociedad Mexicana y también de la Calidad de Atención a la Salud A.C.

(SOMECASA), uno de los principales problemas de los servicios de salud en México es por su mala calidad (en un 44%). Por otra parte los pacientes demandan actualmente la necesidad de mayor atención a su CV, así como mayor conocimiento sobre los factores concomitantes a su enfermedad y tratamiento (24).

CALIDAD DE VIDA Y CANCER PULMONAR

Durante los siglos XVIII y XIX fueron frecuentes las observaciones acerca de la relación entre el cáncer y ciertos aspectos psicológicos de las personas que lo padecían. Los estudios más modernos se han centrado en el intento de definir la relación entre el estado psicológico y psicopatológico de los pacientes y su adaptación a la situación de enfermedad y también en la evaluación de la relación, si es que existe, entre los estilos de afrontamiento (estilos de coping), el apoyo social y la sobrevida de los enfermos de cáncer(10).

Se ha postulado que los estados depresivos que preceden al establecimiento del cáncer, podrían en realidad representar síntomas de la enfermedad maligna, aún no detectada, en un estadio temprano de la misma. El planteo es que muy probablemente el trastorno de alguna de las funciones fisiológicas pulmonares sería responsable de dichos síntomas, ya que tanto la depresión como la ansiedad aparecen en estos pacientes con más frecuencia que en el resto de los cánceres y sospechosamente muchas veces preceden al diagnóstico del mismo(11,12). También hay que considerar que la mayoría de los individuos que padecen de cáncer de pulmón son diagnosticados cuando la enfermedad se encuentra en un estadio avanzado, lo que incrementa las probabilidades de padecer algún trastorno psiquiátrico(13,14).

En la actualidad la mayor preocupación de la comunidad psico-oncológica está centrada en la calidad de vida del paciente oncológico y en ese sentido, el estudio de los diversos trastornos emocionales y cognitivos interesan con la finalidad de que el mayor conocimiento de los mismos permita implementar estrategias terapéuticas que mejoren las condiciones de la vida de estos enfermos, ya que los trastornos psiquiátricos como la depresión, la ansiedad, los cuadros confusionales, la ideación o el intento de suicidio, complican el curso de la enfermedad avanzada y por lo tanto su rápido diagnóstico y la intervención efectiva son de gran importancia. Con tal fin se han realizado numerosos trabajos de investigación clínica tratando de detectar los trastornos psiquiátricos más comúnmente padecidos por estos enfermos. Alexander publicó, en 1993, un trabajo donde se consideraba la morbilidad psiquiátrica en relación con la conciencia de enfermedad y las expectativas acerca del tratamiento llegando a la conclusión de que los trastornos psiquiátricos eran significativamente menores en los enfermos que no conocían el diagnóstico y en aquéllos que consideraban el tratamiento realizado como curativo(18). Un gran número de estudios actuales documenta la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos, con cifras que oscilan entre el 4,5% y el 77%(22,23,24,25,26,27). En un estudio realizado en Carolina (E.U.), publicado en la revista "Cáncer" en 1999, en el cuál se valora la Calidad de Vida en enfermos con carcinoma pulmonar, no se permitió confirmar la asociación entre el índice de

calidad de vida y la sobrevida de sujetos con cáncer pulmonar. Después del ajuste con otras variables clínicas, el dolor fue el mayor parámetro pronóstico (44).

En otro estudio realizado en Inglaterra publicado en el año 2000 en la Revista *Jornal of Clinical Oncology*, en el cuál se valora la sobrevida con terapia farmacológica en pacientes con cáncer pulmonar, el aumento en la dosis de quimioterapia, mejora la sobrevida con un aceptable grado de toxicidad (45). Debe considerarse que los pacientes oncológicos, especialmente en los estadios más avanzados de la enfermedad, presentan un riesgo de suicidio incrementado con relación a la población general, sobre todo cuando están deprimidos y/o manifiestan cuadros confusionales(13).

Los factores asociados al incremento del riesgo de suicidio son: dolor inmanejable, depresión, delirium, enfermedad avanzada, severa y discapacitante, aislamiento y abandono social. Actualmente se reconoce sin controversia alguna, la existencia de una relación entre el dolor y la depresión en los pacientes oncológicos. Es evidente que las personas deprimidas perciben todos sus dolores de un modo más dramático y amplificado, pero la prevalencia de trastornos depresivos se evidenció como significativamente mayor en pacientes con dolor intenso, con relación a un grupo de pacientes con dolor más leve (31). En un estudio de 50 pacientes en tratamiento radiante, el 82% de los enfermos opinó que ambos, el oncólogo y el radioterapeuta, no eran las personas a quienes ellos contarían sus emociones(38). A pesar de los extraordinarios adelantos que se han producido en los últimos 20 años, solamente el 50% de todos los pacientes con cáncer pueden ser curados(34), aunque es cierto que los tratamientos han prolongado considerablemente la sobrevida. Esto último ha movido a un desarrollo importante de los recursos destinados a mejorar la calidad de vida del enfermo oncológico. Varios estudios han mostrado discrepancias sobre la calidad de vida, tal como es evaluada por los pacientes por una parte y por los profesionales de la salud por otra, mostrando que los valores de referencia de estos últimos tienden a ser considerablemente distintos a los de los que padecen la enfermedad (34). No obstante es indudable que la prevención de la depresión y el tratamiento de la misma, cuando ella se instala, mejora considerablemente la calidad de vida de la persona que padece cáncer, lo que motiva el continuar con la investigación clínica del tema.

PSICO - ONCOLOGIA:

Como disciplina, la psico-oncología tiene una historia que se antoja breve, sin embargo, para una mejor aprehensión histórica ubicaremos su nacimiento en el contexto de la oncología, cuya historia nos lleva hasta hace más de 2,500 años cuando en la civilización egipcia habían empezado a diagnosticar enfermedades malignas y aplicaban la cirugía como un tratamiento efectivo, efectuando amputaciones exitosas, sin analgesia, más tarde, el uso del éter en 1847 y el advenimiento de la antisepsia llevó a la remoción quirúrgica exitosa e indolora de algunos tumores en la última mitad del siglo XIX.

Para 1912 la radioterapia comenzó a ser reconocida como un poderoso tratamiento adicional, y en 1950 se agregó la quimioterapia. Desde tan remotas épocas el

impacto emocional del cáncer era tal que se le comenzó a considerar como un estigma y equiparlo con la muerte.

A principios de los años de 1970 había un gran interés acerca de la dimensión psico social y la calidad de vida, siendo entonces evidente como principal limitación la falta de instrumentos y herramientas de evaluación y medición de dichas variables, de modo que los instrumentos existentes en la práctica psiquiátrica o médica general, fueron adaptados cuando esto fue posible, creándose nuevos instrumentos de acuerdo a la especificidad requerida por esta nueva dimensión de la investigación en oncología.

CÁNCER DE PULMÓN: ASPECTOS GENERALES. DIAGNÓSTICO.

El carcinoma de pulmón (C.P.) es la neoplasia maligna más diagnosticada en el mundo de los últimos 20 años. Tiene como factores de riesgo al tabaquismo. El fumar cigarrillos, es la primera causa relacionada con el desarrollo del C.P. El número de años fumando, el número de cigarrillos / día, la edad de inicio, la profundidad de la inhalación, los niveles de nicotina y alquitrán en los cigarrillos fumados, son factores relacionados directamente con el riesgo de desarrollar C.P. Este riesgo decrece cuando se deja de fumar, de tal forma que tras 12-15 años del abandono, el riesgo es similar a los no fumadores. También los fumadores "pasivos" tienen más riesgo de desarrollar la enfermedad. Algunos estudios prospectivos han demostrado un 35 a un 53% incremento del riesgo de convivientes con fumadores, en contra de los que no lo son. En la Polución atmosférica, los datos sugieren que, junto con el hábito tabáquico, pueden tener un efecto sinérgico en la etiología de esta enfermedad. También en cuanto a factores ocupacionales, la exposición a diferentes compuestos como asbesto, arsénico, níquel, cromo, radiaciones, gas mostaza, se relacionan con una mayor incidencia del C.P. siendo este riesgo mayor en los fumadores. En los factores genéticos el riesgo de padecer C.P. es aproximadamente 3 veces superior en parientes cercanos de los enfermos afectos del tumor que en la población general. Se habla de genotipos susceptibles, lo que predispone también a la aparición de segundas neoplasias. En cuanto a la dieta, aunque los estudios en humanos parecen mostrar una menor incidencia del C.P. en sujetos que incluyen vegetales en su dieta diaria, el efecto protector parece que se pierde en los grandes consumidores de tabaco. El diagnóstico de neoplasia pulmonar, conlleva la confirmación histológica; contamos para ello con los siguientes medios: Citologías de esputo, fibrobroncoscopia, punción aspiración transcutánea con aguja fina.

Manifestaciones clínicas del C.P.:

Solamente un 5% de los pacientes son asintomáticos cuando se diagnostica al hacer una Rx de tórax por otros motivos. Los síntomas y hallazgos exploratorios van a depender de los siguientes factores: Localización central o periférica, extensión regional hacia el mediastino, metástasis sistémicas, producción de hormonas u otras sustancias, síndromes paraneoplásicos en otros órganos. Los tumores centrales (c. escamoso y de células pequeñas principalmente), originan síntomas más precoces que los que asientan periféricamente (adenocarcinomas y c. de células grandes). La

tos, expectoración hemoptoica, disnea, estridor, dolor torácico profundo y neumonías obstructivas, son frecuentes en los tumores centrales, mientras que los periféricos provocan dolor, tos y disnea por afectación pleural y de pared torácica. La aparición de disfonía, disfagia, disnea secundaria a parálisis diafragmática, Síndrome de vena cava superior y derrame pericárdico, aparecen cuando el tumor invade estructuras mediastínicas. Los tumores localizados en el vértice (más frecuentemente la variedad de células escamosas), originan el **Síndrome de Pancoast** al invadir el octavo nervio cervical y el primero torácico, lo que provoca el característico dolor en hombro y brazo siguiendo la distribución del nervio cubital. En el crecimiento puede afectar a la 1ª y 2ª costilla erosionándola así como invadir la región paravertebral con afectación de los nervios simpáticos y dando lugar a un Síndrome de Horner. La existencia de derrame pleural contribuye a la disnea y/o dolor torácico. Las metástasis óseas originan dolor y fracturas patológicas, y es a veces la primera manifestación de un C.P. Las metástasis hepáticas, suprarrenales, regiones linfáticas supraclaviculares, axilares e inguinales son, en general, asintomáticas. El cáncer de células pequeñas es el que más frecuentemente produce S. paraneoplásicos, al poder segregar sustancias hormonales u hormonales-like, provocando S. de Cushing, S. de secreción inadecuada de ADH, S. carcinoide, producción de gonadotropinas ectópicas, etc. La secreción de PTH-like provoca hipercalcemia (especialmente el c. de células escamosas). Otras manifestaciones paraneoplásicas que pueden ser atribuidas erróneamente a metástasis son: osteoartropatía hipertrófica, dedos en palillo de tambor, neuropatías periféricas, degeneración cerebelar subaguda, degeneración cortical, polimiositis, tromboflebitis migratoria, endocarditis marántica con embolismo arterial, C.I.D., dermatomiositis, acantosis nigricans, anemia, S. nefrótico, glomerulonefritis, etc.

Métodos diagnósticos

La mayoría de los C.P. cuando se diagnostican presentan alguna alteración en la Rx de tórax. La exploración radiológica en sus dos proyecciones P-A y L, constituye el primer paso ante un paciente con sospecha de neoplasia pulmonar. Proyecciones en decúbito, oblicuas, lordóticas, esofagograma, pueden ser en casos concretos de gran ayuda. Dependiendo de la localización, el tamaño y el tipo histológico, podemos encontrar: atelectasias, neumonitis obstructiva, nódulo pulmonar solitario, masa pulmonar, cavitaciones, aumento hiliar, ensanchamiento mediastínico, enfisema obstructivo, patrón reticular por linfangitis, derrame pleural, patrón alveolar o neumónico, elevación diafragmática.

Diagnóstico de extensión:

De los diferentes sistemas propuestos para clasificar la extensión del C.P., el sistema tumor, nódulos y metástasis (TNM) es el actualmente en vigor y aceptado por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). La T designa el tumor primario, con subíndices que denotan el tamaño, localización y extensión directa fuera del pulmón; la N representa los nódulos linfáticos con subíndices que indican la existencia de infiltración tumoral y el nivel de afectación; la M, la presencia de metástasis. Para el diagnóstico de extensión, será preciso

realizar TAC torácico con extensión a regiones hepáticas y suprarrenales y en dependencia de los síntomas y hallazgos exploratorios serán preciso otras exploraciones como TAC craneal, punciones de líquido pleural, mediastinoscopia, mediastinotomía, rastreo óseo, biopsia de médula, punción aspirativa suprarrenal, etc. La gammagrafía con anticuerpos monoclonales para la detección de metástasis con Ac marcados con tecnecio 99m ó con anticuerpos monoclonales anti-CEA, está en estudio.

Factores pronósticos en el C.P.:

Está influenciado por múltiples factores: Tipo histológico, estadio clínico del TNM, estadio quirúrgico del TNM, índice de Karnofsky: constituye un parámetro de evaluación clínica en el que está demostrado que a mayor índice, mejor respuesta y supervivencia esperada, marcadores tumorales y elevaciones de la LDH: sus niveles en sangre están en relación con la masa tumoral, técnicas histoquímicas: tumores que se tiñen para E.N.E., tienen mejor respuesta al tratamiento, mutación del oncogén K.RAS en pacientes con c.microcítico, parece que conllevan peor pronóstico, inestabilidad de microsátélites del gen p53, intervalo libre de enfermedad: el tiempo que transcurre desde el comienzo del tratamiento y la aparición de la primera recidiva indica la velocidad de crecimiento del tumor y por tanto, cuando mayor sea éste, más sensible al tratamiento quimioterápico será.

TRATAMIENTO DEL CANCER DE PULMON

TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA

A) TRATAMIENTO INICIAL: En la actualidad tanto los pacientes con **Enfermedad Localizada** como con **Enfermedad Diseminada** se consideran candidatos a recibir tratamiento con quimioterapia como primera opción terapéutica, pues prolonga significativamente la supervivencia (6). Es un tumor altamente sensible a la quimioterapia y radioterapia, con remisiones completas del 90-95% en **Enfermedad Localizada**. Las combinaciones de quimioterapia con 2, 3 o 4 drogas son superiores a la monoquimioterapia en pacientes con buen estado general. Los regimenes más comunmente usados actualmente son PE (CDDP + VP- 16), CAV (CTX + ADR + VCR) y VIP (IFOS + VP-16 + CDDP). El porcentaje de respuestas completas obtenidas con tratamiento quimioterápico es del 20-50% con una respuesta global del 90-95% si Enfermedad Localizada, y con respuesta completa del 10-20% y respuesta global del 80% en Enfermedad Diseminada. La mediana de supervivencia es de 14-18 meses para Enfermedad Localizada y de 9-12 meses para Enfermedad Diseminada. A los 5 años la supervivencia es del 10-30% para la Enfermedad Localizada y del 1% para la Enfermedad Diseminada (7). La duración del tratamiento quimioterápico recomendada es de 4-6 ciclos, excepto si se observa toxicidad inaceptable o se objetiva progresión de la enfermedad tras los 3 primeros ciclos. En pacientes muy seleccionados con Enfermedad Localizada puede indicarse tratamiento de quimioterapia con altas dosis (8).

B) TRATAMIENTO DE LAS RECIDIVAS: La mayor parte de los pacientes recaen en un periodo de 10-12 meses. Los tratamientos de 2a línea a con quimioterapia son desesperantes. La tasa de respuestas es del 20-25% con una duración media de 3-4 meses. Si ha existido intervalo libre de enfermedad puede usarse el mismo esquema con respuestas que pueden llegar al 50%, si no se cambiará de esquema. Si no se había empleado el esquema PE las respuestas pueden ser del 50%.

SINTOMAS NEUROPSICOLOGICOS EN EL ENFERMO ONCOLOGICO

Insomnio; debe ser tratado enérgicamente. A través de control de síntomas, medidas generales: aumentar la actividad diaria, cama confortable, tratamiento del miedo y la ansiedad. En el tratamiento farmacológico está indicado el uso de benzodiazepinas. En el estado confusional agudo, este se caracteriza por una alteración de la comprensión y una pobre concentración consecuencia de la claudicación mental del paciente. Su incidencia en la fase terminal llega a ser del 50%. Causas: Debidas al cáncer, problemas en el cuidado del paciente (caquexia), utilización de drogas (Sedantes o estimulantes), déficit vitamínico, deprivación alcohólica, reducción brusca de la medicación, alteraciones bioquímicas (Hipercalcemia, etc.), fracaso orgánico (Hepático o renal), anoxia cerebral. Tratamiento: Etiológico, si se debe a agitación, Diazepam. Si aparecen alucinaciones o síntomas psicóticos: Haloperidol. Si es necesario la sedación, midazolam.

Ansiedad: Está caracterizada por una sensación de aprehensión, miedo, en ocasiones pánico, de estar frente a un desastre inminente e inevitable. Afecta a un 25% de los pacientes a lo largo del proceso. Entre las causas se encuentran: enfermedad avanzada, proximidad de la muerte, antecedentes de enfermedad psiquiátrica, conocimiento del diagnóstico, síntomas no aliviados, efectos del tratamiento (desfiguración, incapacidad), incertidumbre hacia el futuro personal y familiar. El tratamiento debe ser a base de *Medidas generales*: control de los síntomas (rodear al paciente de un ambiente cálido y amable, discusión honesta acerca del futuro, atención particularizada a las necesidades espirituales. *Medidas farmacológicas*: El fármaco de elección es el Diazepam a dosis inicial de 2-5 mg/VO en la noche y puede llegar a incrementarse hasta una dosis total diaria de 40-60 mg/VO en tres tomas. Si la ansiedad está acompañada de: Nauseas y vómitos: dar Neurolepticos (Haloperidol), insomnio: BZD de acción corta (Midazolam).

Depresión: Es un cuadro caracterizado por una baja en el estado de ánimo o por pérdida del interés por el placer en todo o casi todo lo que antes se lo producía al paciente. Causas: farmacológicas (Citotóxicos, hormonas, digitálicos, etc), cirugía mutilante, recaída tumoral, historia familiar de depresión (vivir sólo, etc). Tratamiento: *Medidas generales*: Buena relación entre los integrantes del equipo terapéutico y el paciente. Oportunidad de hablar sobre su enfermedad, sus ansiedades, sus miedos, sus temores. *Medidas farmacológicas*: Se basan en el uso de antidepresivos tricíclicos. El fármaco de elección es la amitriptilina. La dosis inicial oscila entre 10-50 mg VO noche, la cual debe ir aumentando paulatinamente. Mantenerlo mínimo 4 semanas.

JUSTIFICACION:

El cáncer constituye un problema de salud pública en nuestro país, baste decir que en 1995 fue la segunda causa de muerte y fue responsable de 11.2% del total de muertes. Asimismo, en 1996 se notificaron en México 64,615 casos de neoplasias malignas con predominio de sexo femenino (64%). El grupo de edad más afectado fue de 75 años o más (10%), seguido del de 60 a 64 años (8%).

El actual énfasis en el desarrollo de la psiquiatría de enlace en las principales centros hospitalarios institucionales y privados a permitido el contexto adecuado para impulsar el abordaje de los aspectos psico - sociales que constituye el foco del interés de la psico - oncología, disciplina relativamente nueva y joven en nuestro país, cuyo reto resulta inmenso en compromiso para con los pacientes afectados por el cáncer, su familia y el propio equipo médico.

HIPÓTESIS:

“El tratamiento con quimioterapia en pacientes con cáncer pulmonar influyen en forma negativa sobre su calidad de vida”.

OBJETIVO GENERAL:

1. Valorar la calidad de vida en pacientes con cáncer pulmonar, antes y después de tratamiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la presencia de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer pulmonar y bajo tratamiento con quimioterapia antes y después de su aplicación.
2. Identificar si mejora la calidad de vida (CV) de los pacientes con cáncer pulmonar tratados con quimioterapia.

MATERIAL Y METODOS:

Diseño: Se realizó un cohorte comparativo. El estudio se realiza en población abierta del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) de la Ciudad de México en pacientes que han sido diagnosticados como portadores de Cáncer pulmonar, los cuáles cumplen los siguientes criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar (en sus diversas clasificaciones histológicas), en estadio III; pacientes adultos; hombres y mujeres, que sepan leer y escribir, que acepten participar en el estudio y que estén bajo tratamiento con quimioterapia con un seguimiento a un mes.

PROCEDIMIENTO: Se tomó una muestra de 15 pacientes con las características ya descritas a los cuáles se les aplicarán las Escalas de Calidad de Vida de Dunbar, Escala Análogo – Visual, y Escalas de Ansiedad y Depresión para hospitales antes y después de recibir tratamiento para cáncer pulmonar en el periodo comprendido entre los meses de enero a agosto del año 2002. Se consideró a la calidad de vida con un mínimo y con un máximo posible de 100, porcentualizando los puntajes de los instrumentos por medir.

El índice clinimétrico de la Escala de Calidad de Vida de Dunbar (ECVD) fue diseñado en 1992, tomando como base conceptual la definición unidimensional de CV propuesta por el autor (77). Se realizó para evaluar el concepto en pacientes psiquiátricos no psicóticos, pero puede tener aplicación general. Está constituido por 46 preguntas elaboradas en Escalas análogas – visuales para su calificación, y se dividen en dos grupos* de 23 preguntas que proporcionan los puntajes de dos indicadores:

- 1) Calidad de Vida Subjetiva de Vida Actual (CVSA), que evalúa la percepción subjetiva (PS) o individual de la satisfacción de vida en el momento de la aplicación del índice, esto en el término de 6 áreas del concepto:
 - a) Bienestar psicológico: Determina la PS de la presencia y magnitud de problemas emocionales, sentimientos de seguridad, esperanza, satisfacción consigo mismo y fracaso.
 - b) Bienestar físico: Estima la PS de la presencia e intensidad de alteraciones en el sueño y el apetito, incapacidad física para desplazarse, energía para realizar actividades y dolor físico.
 - c) Humor: Determina la PS de la presencia y magnitud de irritabilidad, deseos de morir y preocupación.
 - d) Autocontrol: Estima la PS de la jurisdicción del sujeto sobre su vida y la toma de decisiones así como la presencia de sentimientos de impotencia.
 - e) Relaciones sociales: Determina la PS de la capacidad para hacer y mantener interacción social y laboral, autoconfianza y sentimientos de inferioridad.
 - f) Área laboral y de desempeño: estima la PS de insatisfacción con actividades laborales o cotidianas de la vida, así como presencia y magnitud de incapacidad para realizar estas actividades.
 - g) Área económica: Determina la PS de preocupación por estado o nivel financiero.
- 2) Calidad de Vida Subjetiva Ideal (CVSI); que evalúa la PS de la satisfacción de vida ideal (que el sujeto desearía) en términos de las áreas ya señaladas.

Por esta razón, también permita evaluar la diferencia entre el estado actual de la CV del sujeto y el ideal, lo que proporciona el conocimiento sobre el grado en que se cubren las expectativas del sujeto en un momento dado así como si estas son verosímiles o no.

La Escala Análogo – Visual (EAV) se considera un método de clasificación o determinación gráfica que constituye una aproximación para evaluar fenómenos o atributos subjetivos. Es una línea cuya longitud, estandarizada 10 centímetros y graduada o no, es considerada una forma representativa de alguna experiencia, fenómeno o atributo; posee dos límites, uno define la ausencia del fenómeno evaluado (variable), y el otro que define su máxima expresión. Al paciente se le hace marcar en la línea del punto que corresponde a la magnitud de la variable observada. Se menciona que mide variables que no cuentan con estándar de medición, que son sensibles, reproducibles y universales, habiéndose reportado un coeficiente r de 0.99 entre mediciones sucesivas de dolor. En la evaluación de CV,

determina una Calidad de Vida Global (CVG) subjetiva, en la respuesta a la pregunta: ¿Cómo considera usted su vida en una escala del 0 al 100?, y la distancia entre el inicio de la línea a la marca representada el valor numérico (en porcentaje) que el sujeto da a su CV.

El índice llamado Escala de Ansiedad y Depresión para Hospitales (EADH), lo realizaron Ziqmond y Snalth en 1983, cuenta con 14 preguntas que determinan dos subescalas (7 preguntas para cada una) que se califican por escalas tipo lickert y son:

- 1) Ansiedad; que estima la presencia y magnitud de los síntomas de: tensión, preocupación, tranquilidad, hormogeos, inquietud, temor y miedo.
- 2) Depresión; que evalúa la presencia e intensidad de los síntomas de: capacidad para disfrutar, lentitud o torpeza, tendencia al llanto, desilusión, contento, alegría e interés.

ANALISIS ESTADISTICO.

Se realizó el análisis de los datos utilizando Prueba de Resúmen (promedio, desviación estándar) y para comparar los grupos se utilizó prueba "t" de student y "chi"cuadrada.

RESULTADOS

Se entrevistaron 15 sujetos. Las características socio - demográficas se describen en el cuadro 1 y 2. El sexo que predomina es el masculino con edad promedio de 52 años. El tiempo de tratamiento fue en promedio de un mes (0.6 años). Todos los pacientes conocían su diagnóstico. La mayor parte de los pacientes de la muestra son originarios de la Ciudad de México y el resto foráneos. Un poco más de la mitad se encontraban sin ocupación y el resto se encontraban realizando distintas actividades durante el estudio. En relación al estado civil, en primer lugar tenemos a los casados, en segundo lugar a los solteros, y en tercer lugar aquellos que viven en unión libre, y finalmente viudos.

La escala de Ansiedad y Depresión Intrahospitalaria se observa en el cuadro no. 3. Se reporta para el caso de ansiedad previo al tratamiento con quimioterapia y posterior a éste una media de 10. En el caso de depresión la media reportada previo al tratamiento y posterior al mismo, se observa un mínimo incremento en la sintomatología depresiva, pero continúa sin ser significativo.

Los resultados de la aplicación de la Escala de Calidad de Vida de Dunbar se reportan en el cuadro no. 4. En este los reportes obtenidos en la calidad de vida actual se observa un porcentaje del 68% previo al tratamiento con quimioterapia y posterior al mismo un promedio de 70%, observandose un discreto incremento en la calidad de vida posterior al tratamiento, sin embargo continua sin ser significativo.

En los reportes de Calidad de Vida Ideal se reporta un porcentaje de 93% previo al tratamiento y de 96% posterior al tratamiento con quimioterapia. Igualmente, se observa un discreto incremento pero continua sin ser significativo.

En la Escala Análoga – Visual que califica Calidad de Vida Subjetiva, descrita en el cuadro no. 5 se obtiene antes y después del tratamiento con quimioterapia, un porcentaje del 80%.

DISCUSION.

En este estudio se observa un resultado similar al reportado en la revista "Cancer" realizado en el estado de Carolina de la Unión Americana, en el cual no se permitió confirmar una asociación entre el índice de calidad de vida y la supervivencia de sujetos con cáncer pulmonar, pero en este se reporta que el dolor es el mayor parámetro pronóstico (45). Sin embargo difiere del estudio realizado en Inglaterra en enero del año 2000, publicado en el "Journal of Clinical Oncology" en el que se reporta que un aumento en las dosis de quimioterapia mejora la supervivencia de manera aceptable (46).

Se pudo corroborar la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que reportaron autores como Lansky (22) Massie (23), Maguire (24), Rodin (25), Burberg (27), los cuáles realizaron estudios en pacientes con cáncer y reportaron cifras que oscilaban entre 4.5% y el 77%. En este estudio se observa que poco menos de la mitad de pacientes, presentaba sintomatología depresiva antes de tratamiento con quimioterapia (media 6.4), y esta se incrementa posterior al tratamiento (media 7.6), aunque la diferencia entre estas dos (antes y posterior a tratamiento con media de 1.2) no resulta significativa. Esto puede deberse al tamaño de la muestra, el cuál es pequeño.

También se observa una incidencia alta de ansiedad en los pacientes sujetos de estudio (media de 10), lo que es compatible con estudios realizados por Derogatis (33), Massie (23), y Lansky (22), los cuáles reportaron una incidencia alta de ansiedad y un mayor grado de somatizaciones, aunque nuevamente en este estudio la diferencia previa y posterior a tratamiento, no es significativa entre estas.

CONCLUSIONES.

El Modelo Biológico ha sido, por supuesto, útil en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, pero resulta unidimensional al no cubrir aspectos psicosociales. Estos percances que le acontecen también al ser humano enfermo, por el hecho de vivir en una sociedad requieren también ser estudiados. Ante esta situación, para la psiquiatría es un desafío de primera magnitud el evitar el desarrollo unilateral que ha caracterizado a la medicina. Esta disciplina debe proporcionar aproximaciones de acuerdo a nuestra población, una de estas es la propuesta por el concepto de calidad de vida (CV), criterio postulado por Feinstein para evaluar resultados de la práctica médica en términos biopsicosociales, también permite hacer un diagnóstico de salud en estas tres dimensiones y orienta así la toma de decisiones clínicas y la organización de políticas de salud para mejorar la atención a sujetos enfermos. Este concepto es uno de los grandes temas de la ciencia a futuro en nuestro medio; pero para poder realizar determinaciones de éste, debemos contar con medios adecuados.

Los pacientes oncológicos con tratamientos muy severos, en estadio avanzado o terminal, pueden sentirse extenuados, exhaustos y por lo tanto hipobúlicos e hipoafectivos pero esto no quiere decir no desear vivir, ni tampoco que hayan perdido la noción del para qué del existir y de la existencia característicos de la enfermedad depresiva.

Cuando los pacientes padecen dolor intenso y crónico o están hospitalizados, cuando la enfermedad es severa, cuando la discapacidad que origina es importante, las cifras de prevalencia para la depresión se hallarán incrementadas.

Debemos considerar que a los pacientes les resulta difícil hablar acerca de su propia muerte. Esta actitud se ve reforzada habitualmente por el rechazo y los sentimientos de angustia que se producen en los familiares del paciente y también en el equipo médico frente a este tema.

Por otra parte, desconocemos la verdadera magnitud del suicidio pasivo, de la no adhesión a los tratamientos, de la decisión de algunos enfermos de abandonar los mismos.

Existen numerosos estudios que coinciden en el hecho de que los pacientes oncológicos, con dolor presentan más depresión, ansiedad, hostilidad y un grado mayor de somatizaciones(32,33,22,23).

Es decir que podemos aceptar como verdadero que, entre el dolor, la ansiedad y la depresión se establece un círculo vicioso de retroalimentación mutua.

No debe dejar de tenerse en cuenta que estos pacientes suelen estar polimedicados con fármacos que como los corticoesteroides y algunos quimioterápicos como Vincristina, Vinblastina, Procarbazina, Anfotericina B, Interferon, tienen diversos efectos secundarios, entre ellos la depresión.

Influyen en el mismo sentido los trastornos del Na, K, Ca, ácido Fólico, B12, anemia, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, la insuficiencia adrenal, las complicaciones metabólico-endocrinas del SNC y muchas otras circunstancias y fármacos. En estos casos el diagnóstico es de síndrome depresivo secundario a una condición médica general.

Es conveniente, además, tomar en consideración la circunstancia de que a los pacientes, en general, no les resulta fácil expresar sus problemas emocionales, especialmente si el médico tratante, con su actitud, no lo favorece.

ANEXO:
CUADROS DE RESULTADOS

Cuadro no. 1. Características Sociodemográficas de los pacientes estudiados (n = 15)

		n	%
SEXO	Femenino	5	34
	Masculino	10	66
LUGAR DE ORIGEN	México D.F.	9	60
	Foráneo	6	40
OCUPACION	Sin ocupación	8	54
	Con ocupación	7	46
ESTADO CIVIL	Casado (a)	7	47
	Soltero (a)	3	20
	Viudo (a)	2	13
	Separado (a)	0	0
	Unión libre	3	20

	\bar{X}	DS	Min	Max
Edad	52	16	17	86
Tiempo de evol. (años)	.06	0.25	0	1

Cuadro no. 2: Puntajes obtenidos en la Escala de Ansiedad y Depresión para Hospital.

	ANTES DE TRATAMIENTO					DESPUES DE TRATAMIENTO				
	\bar{X}	DS	Min	Max	C.V.	\bar{X}	DS	Min	Max	C.V.
Ans.	10	3.4	3	15		10	4.1	2	17	
Dep.	6.4	2.9	3	13		7.6	4.6	1	18	

Ans. = ["t" = 0.33 (28), p = 0.7] NS
 Dep. = ["t" = 0.84 (28), P = 0.4] NS

Cuadro no. 3: Pacientes considerados como casos de ansiedad y depresión por la Escala de Ansiedad y Depresión para Hospital.

	Prequimioterapia	Post quimioterapia
Con ansiedad	9	8
Con depresión	2	3

Ans = [chi (1) = 0.1357, p = 0.7] NS

Dep = [chi (1) = 0.000, p = 1.000] NS

Cuadro no. 4: Puntajes obtenidos en el Cuestionario de Dunbar.

	ANTES DE TRATAMIENTO					DESPUES DE TRATAMIENTO				
	\bar{X}	DS	Min	Max	C.V.	\bar{X}	DS	Min	Max	C.V.
Actual	157	23.5	130	2.6	68	162	35.66	56	210	70
Ideal	214	12.7	189	230	93	221	9.2	203	230	96

Cuadro no.5: Puntaje obtenido en la Escala Analogo – Visual

Subjetiva	80	9.05	60	90	80	80	8.8	65	90	80
-----------	----	------	----	----	----	----	-----	----	----	----

C.V. Actual = ["t" = .44 (28), p = 0.66] NS

C.V. Ideal = ["t" = 1.81 (28), p = 0.08] NS

C.V. Subjetiva = ["t" = 0.10 (28), p = 0.91] NS

Bibliografía

- 1.- Steven Greer. *Cancer and the Mind*. (Maudsley Bequest Lecture delivered before the Royal College of Psychiatrists, February, 1983). *Brit.J. Psychiat.* (1983); 143,535-543.
- 2.- Snow H. L. (1893). *Cancer and the Cancer Process*. London. Citado por Steven Greer, 1983 y por Le Shan and Worthington, 1956.
- 3.- Le Shan L. and Worthington, R.E. (1956). *Personality as a Factor in the Pathogenesis of Cancer: a review of the literature*. *British J. of Psychiatr.* 29,49-56.
- 4.- Greene, W.A. and Miller, G. (1958). *Psychological Factors and Reticuloendothelial Disease*. *Psychosomatic Medicine*, 20,124-44.
- 5.- Renneker, R.E., Cutler, R., Hora, J., Bacon, C., Bradley, G., Kearney, J. And Cutler, M. (1963). *Psychoanalytic Exploration of Emotional Correlates of Cancer of the Breast*. *Psychosomatic Medicine*, 25,96-108.
- 6.- Giovacchini, P., Musslin,H. (1965). *Ego Equilibrium and Cancer of the Breast*. *Psychosomatic Medicine*, 27 , 524-32.
- 7 - Le Shan L. and Worthington, R.E (1966). An Emotional Life History Pattern Associated with Neoplastic Disease. *Annals of New York Academy of Sciences*, 125, 780-93.
- 8.- Bahnson, C.B. (1969 a). *Psychophysiological Complementarity in Malignancies: Past Work and Future Vistas*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 164, 319-33.
- 9.- Greer, S. and Morris, T. (1975). *Psychological Attributes of Women who Develop Breast Cancer: a Controlled Study*. *Journal of Psychosomatic Research*, 19,147-53.
- 10.- Spiegel D., (1992), *Effects of Psychosocial Support , on Patients with Metastatic Breast Cancer*. *Journal of Psychosocial Oncology*. 10 (2):113-120.
- 11.- Fras , I., Litin, E.M. and Pearson J.S. (1967). *Comparison of Psychiatric Symptoms in carcinoma of the Pancreas with those of some Other Intrabdominal Neoplasms*. *American Journal of Psychiatry*, 123,1553-62.
- 12.- Jacobsson,L. and Orrosson J.O. (1971). *Initial Mental Disorders in Carcinoma of the Pancreas and Stomach*. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl.)*, 221,120-7.
- 13.- Passik,S.D., Breitbart,W.S. (1996). *Depression in Patients with Pancreatic Carcinoma Cancer*. *Suppl. 78:615-26*. American Cancer Society.
- 14.- Alter, Carol L. *Palliative and Supportive Care of Patients with Pancreatic Cancer*. (1996). *Seminars in Oncology*; 23 :229-240.

- 15.- Brown, J.H. and Paraskevas, F. (1982). *Cancer and Depression: Cancer Presenting with Depressive Illness, an Autoimmune Disease*. British Journal of Psychiatry, 141,227-32.
- 16 - Barista Ibrahim, Yacizi K.M., Tekuzman G.(1997). *Correspondence*. Cancer; 79 (Nº9):1848-50.
- 17.- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasestsky Ch., Schmale, A.M., Henrichs, M., Carnicke Jr., L.M. (1983). *The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients*. JAMA, 249:751-757.
- 18.- Gili Planas, M.G., Roca Bennasar, M. (1996). *Trastornos Afectivos en Oncología. Trastornos Depresivos en Patologías Médicas*. Miquel Roca Benasar, Miquel Bernardo Arroyo. Editorial Masson Cap8. pp119-134.
- 19.- Silberfarb, Peter M., Maurer, H., Crouthamel, C.S. (1980). *Psychological Aspects of Neoplastic Disease: I. Functional Status of Breast Cancer Patients During Different Treatment Regimens*. Am. Journal Psychiatry, 137: 4 April 1980.
- 20.- Plumb M.M., Holland J.(1977): Comparative Studies of Psychological Function in patient with Advanced Cancer. I. Self reported depressive symptoms. Psychosom. Med. 39 :264-276 .
- 21.- Devlen, J., Maguire, P., Phillips, P., Crowther, D., Chambers, H. (1987). *Psychological Problems Associated with Diagnosis and Treatment of Lymphomas*. British Medical Journal; 295 :953-954.
- 22.- Lansky S.B., List M.A., Herrman C.A., Ets-Hokin E.G., Das Gupta T.K., Wilbanks G.D., et al. (1985). *Absence of Major Depressive Disorder in Female Cancer Patients*. J. Clin. Oncol. 3:1553-60
- 23.- Massie M.J., Holland J.C.(1987). *The Cancer Patient with Pain: Psychiatric Complications and their Management*. Med. Clin. North Am. 71:243-58.
- 24.- Maguire P. (1985). *Improving the Detection of Psychiatric Problems in Cancer Patients*. Soc. Sci. Med. 20:810-23.
- 25.- Rodin G., Voshart K. *Depression in the Medicaly ill: an Overview*. Am. J. Psychiatry. 14:696-705.
- 26.- Massie Mary Jane. (1990). *Depression. Chapter 23. Handbook of Psychooncology*. J.C. Holland and J.H. Rowland. Pág. 283-290.
- 27.- Bukberg, J., Penman D., Holland J.C. (1984). *Depression in hospitalized cancer patients*. Psychosom. Med. 46:199-212
- 28.- Breitbart William (1994). *Psycho-Oncology: Depression, Anxiety, Delirium. Seminars in Oncology*. Vol 21.Nº6 (December), 1994; pp 754-769.

- 29.- Minagawa H., Uchitomi Y., Yamawaki S., Ishitani K. (1996). *Psychiatric Morbidity in Terminally Ill Cancer Patients*. *Cancer*. Vol 78. N°5 1131-1137.
- 30.- Henderson Brown, J., Henteleff, P., Barakat, S, Rowe, Ch.J. (1986). *Is It Normal for Terminally Ill Patients to Desire Death*. *Am. J. Psychiatry* 143: 2, February 1986: 208-211.
- 31.- Spiegel D., Sands S., Koopman Ch. (1994) *Pain and Depression in Patients with Cancer*. *Cancer*. November 1, 1994, Volume 74, N°9, 2570-2578.
- 32.- Ahles T.A., Blanchard E.B., Ruckdeschel J.C. (1983). *Multidimensional nature of cancer related pain*. *Pain*, 17:277-88.
- 33.- Derogatis I.R., Morrow G.R., Fetting J., Penman D., Piasestsky S., Schmale A.M. et al . (1983). *The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients*. *JAMA*, 1983;249:751-7.
- 34.- Kaasa S.(1995). *Using Quality of Life Assessment Methods in Patients with Advanced Cancer: a Clinical Perspective*. *European Journal of Cancer* ,Suppl. 6; 21: 515-517.
- 35.- Breitbart, W. (1990). *Suicide. Handbook of Psychooncology*. Edit. J.C. Holland and Julia H. Rowland. Ch.24, pp.291-299.
- 36.- Lesko, L.L. (1997). *Supportive Care and the quality of life. Psychologic Issues*. Ch.54.5 *Cancer, Principles and Practice of Oncology*. Vincet De Vita Jr., Samuel Hellman, Steven A. Rosenberg Edit. Lippincott-Raven Publishers.
- 37.- Siegel K., Karus, D.G., Raveis, V.H., (1996). *Depressive Distress Among the Spouses of Terminally ill Cancer Patients*. *Cancer-Pract.*; 6:25-30.
- 38.- Mitchell, G.W., Gliksman, S .(1977). *Cancer Patients: Knowledge and Attitudes*. *Cancer*. 40, 61-66.
- 39.- Zung, W.W.K. (1965). *A self rating Depression Scale*. *Arch. Gen. Psychiatry*. 12:63-70.
- 40.- Zung, W.W.K. (1968). *Evaluación de los Métodos de Tratamiento en Trastornos Depresivos*. *Am. J. Psychiatry*. 124(suplemento): 40-48.
41. Montejo-Rosas G. (1992) Terminal cáncer Patients and paliative care in México. *Salud Pública, México*; 34:569 – 574.
42. Jesús Almanza Muñiz. (1998 – 1999). Programa de Actualización Continua en Psiquiatría (Psico oncología, abordaje psico – social Integral del paciente con cáncer). Asociación psiquiátrica Mexicana, A.C. Libro 8, p.p. 9 –12.

43. Tesis Dr. Francisco Franco Salazar (1997). Calidad de vida: Una aproximación bio - psico – social en pro de la salud mental del sujeto enfermo, en el marco de la medicina humanística.
44. Calidad de Vida en Enfermos con Carcinoma de Pulmón. “Cancer”, 85: 333-340, enero 1999.
45. Quimioterapia, Factores Estimulantes de Colonias y Calidad de Vida en Cáncer Pulmonar. *Journal of Clinical Oncology*. 395-404. Enero 2000.