



UNIVERSIDAD CENTRAL "MARTA ABREU" DE LAS VILLAS
VERITATE SOLA NOBIS IMPONETUR VIRILISTOGA. 1948

Facultad de Psicología

Trabajo para optar por el Título de Máster en Psicología Médica

*Título: Manifestaciones de la depresión en pacientes con
cáncer de mama recién diagnosticadas.*

Autora: Heydi Díaz García

Tutor: Dr.C Luis Felipe Herrera Jiménez

Asesora: Dra. Magda López- Calleja Híort- Lorenzen

"Año de la Revolución Energética en Cuba"

2006

PENSAMIENTO

“Tú importas por ser tú
Importas hasta el último momento
Y hacemos todo lo posible,
No solo por ayudarte a morir mejor,
¡Sino a vivir hasta el final!

C. Sunders

AGRADECIMIENTO

*E*s realmente difícil manifestar solo con palabras nuestra gratitud hacia los profesores, compañeros, amigos y familiares que tanto han aportado a la elaboración de este trabajo. El mencionar sus nombres no bastaría para captar y hacer comprender la importancia y extensión de su verdadera ayuda.

Especial para el DrC. Luis Felipe por ser fuente de inspiración, dedicación y paciencia; porque sin su experiencia todo hubiese sido más difícil.

A todos muchas gracias.

DEDICATORIA

A todo aquel que durante este trayecto nos ha tendido la mano, a la honestidad de muchos y al silencio de otros, a la disposición y confianza de aquellos que nunca nos dieron la espalda.

- ✓ A mi niñita por el bien que me ha hecho
- ✓ A mi hermana, por su ayuda incondicional.
- ✓ A mi esposo, por ser de esas personas sin las cuales la vida se hace mucho más difícil y por ser fuente inagotable de amor
- ✓ A mis amigos por estar siempre cuando los he necesitado.
- ✓ Especialmente a mis padres, por ser el ejemplo perfecto de perseverancia, amor, confianza y paciencia.
- ✓ A mi tutor por su gran ayuda y dedicación

.

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo con 33 pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama con diagnóstico de depresión, atendidas en la Consulta del Servicio de Oncología del Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau” de Santa Clara, Villa Clara, desde diciembre de 2004 hasta junio de 2005, con el propósito de describir las manifestaciones clínicas de la depresión en dichas pacientes, previa determinación de la existencia de depresión y su intensidad. La información se obtuvo por el método de encuesta, a través de la aplicación del Inventario de Beck, el de Depresión Rasgo-Estado, la observación y de la revisión de las historias clínicas individuales. El 82,5 % de las pacientes exploradas presentó depresión. El 93,9 % de las estudiadas presentó falta de ilusión y desinterés y el 87,9 % sentimientos de culpa y minusvalía. El 100 % presentó tristeza, hipoactividad y alteraciones del sueño. Se concluye, que prevalecen las pacientes con tristeza, falta de ilusión y desinterés, sentimientos de culpa y minusvalía y pérdida de autoestima, como síntomas psíquicos; y como síntomas somáticos, la hipoactividad y las alteraciones del sueño. En las pacientes recién diagnosticadas se incrementaron algunos síntomas psíquicos, como la falta de ilusión y desinterés, el pesimismo y la pérdida de autoestima, y se atenuaron los síntomas somáticos, como la astenia, la anorexia y la pérdida ponderal, a diferencia de las recién operadas. La tristeza estuvo presente en todas las mujeres estudiadas. Se recomienda continuar la presente línea investigativa, priorizando el estudio de los estilos de afrontamiento a la enfermedad.

Introducción

Desde la aparición de la humanidad, surge la preocupación ante diferentes fenómenos naturales tales como: el agua, el fuego, el viento, la guerra y la muerte, hecho esto que se asociaba a la obra de los dioses, ofreciéndose una justificación mística, pero a medida que el hombre evoluciona este se va convirtiendo en agente transformador de la naturaleza.

Con el desarrollo de la ciencia el hombre comienza a darle explicaciones a todos estos fenómenos, entre ellos a las enfermedades y la muerte logrando en muchos casos modificar el curso de las mismas gracias a los avances científicos. Más a pesar de los esfuerzos de la ciencia en general, particularmente de la medicina y la biología, se presentan un grupo de enfermedades, entre ellas, las oncológicas, las cuales en el curso evolutivo no se ha podido lograr la curación de los pacientes. (Pérez, Suarez, 1999)

El conocimiento del cáncer va adquiriendo cada día más importancia entre los profesionales de la salud de todo el mundo. Las afecciones neoplásicas como causa muy importante de la morbi-mortalidad que aqueja a la población en general, A pesar de los grandes adelantos tecnológicos y de investigación actuales, aún no se han podido esclarecer a plenitud, las causas que ocasionan estos padecimientos y, si a esto le sumamos el número creciente de conceptos erróneos difundidos sobre el caso, podemos entender que son factores que contribuyen para que las neoplasias, se tornen en un serio problema de salud, por lo que es indispensable darle la importancia que reviste tanto académica como social y clínicamente.(Algara, López,2000)

El cáncer es una enfermedad con una connotación social desfavorable, ya que se lo asocia inmediatamente con grandes sufrimientos y con la muerte. Esta asociación tiene su historia y su razón de ser.

Hasta hace algunas décadas atrás no existían medicamentos ni terapéuticas efectivas para el tratamiento de la enfermedad. Con los avances científicos de los últimos años, esta situación se ha modificado radicalmente. En la actualidad se ha logrado la remisión completa en algunas patologías, el aumento de la sobrevida, el mejoramiento de la calidad de vida del paciente con el consecuente manejo de síntomas, entre otras conquistas. (Rocen, P, 1999)

El cáncer, enfermedad que constituye un grave problema para la salud del hombre genera un gran impacto psicológico ya que se asocia con la muerte, el dolor y el sufrimiento; por lo que representa para muchos soledad y desamparo. Independientemente del avance cultural de la población actual aun la palabra "cáncer" constituye un tabú y significa para muchos sufrimiento y muerte lo cual atenta contra las acciones de salud encaminadas a la prevención, y el diagnóstico precoz, generando conductas inadecuadas que condicionan un rechazo para acudir al médico por el miedo al diagnóstico de esta enfermedad.

Anualmente en el mundo mueren millones de personas enfermas por cáncer y otras cinco millones mueren por esta causa. Según se ha informado en la actualidad existen alrededor de 14 millones de afectados por esta dolencia cuyas consecuencias económicas y sanitarias la convierten en un importante problema de salud para la comunidad. (OMS, 2000)

La Organización Mundial de Salud (OMS) estima que para el año 2020, habrá por lo menos 20 millones de nuevos casos de cáncer cada año, con el particular agravante de que el 70% de ellos, vivirá en países en vías de desarrollo.

Las modificaciones en la incidencia de la enfermedad, debidas a la elevación del nivel de vida, la eficiencia en los servicios sanitarios y los progresos del diagnóstico y

tratamiento, revelan la importancia de las afecciones neoplásicas como causa de morbilidad y mortalidad. (Algara, López; Reig, Castillejo, 2000)

El cáncer de mama constituye el tumor más frecuente en la mujer, llegando a plantearse que una de cada 14 a 16 mujeres presentan el riesgo de manifestar clínicamente un cáncer de mama en el curso de una vida normal, existiendo otras investigaciones que lo sitúan en una proporción de 1 cada 11 mujeres con este riesgo.

Según la Organización Mundial de Salud alrededor de 6 000 de mujeres habrán desarrollado el cáncer de mama de aquí hasta finales del siglo. Los cálculos de esta organización cifran la incidencia de esta afección en: primera causa de muerte por cáncer en la mujer, 750 000 casos anuales, 362 000 de los cuales se localizaran en el mundo industrializado y 368 000 en los países en desarrollo.

En Cuba el cáncer es una de las enfermedades que produce más muertes en el adulto entre los 15 y 45 años, precedido solo por las muertes accidentales. En los mayores de 50 años es la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares. (Piedrola, Gil; Rey, Calero, 1998)

El cáncer de mama es un problema de salud mundial. Cuba no está ajena a esta situación, pues constituye la neoplasia maligna más frecuente en la población femenina cubana, y ocupa el primer lugar como causa de mortalidad por cáncer en la mujer; es, sin lugar a dudas, un problema importante de salud.

En la actualidad aproximadamente el 50% de la población cubana lo constituyen mujeres y más de la mitad de las mismas se encuentran en el período vital reproductivo, demandando atención especializada por diferentes disciplinas biomédicas. También en

nuestro país la esperanza de vida de la mujer es superior a la del hombre, lo que no significa que siempre el incremento de la longividad conyega a incremento en la calidad de vida.

A pesar de la mejoría del pronóstico y la supervivencia con los tratamientos actuales, el cáncer sigue equiparándose con desesperanza, dolor, miedo y muerte. Por ello es frecuente que su diagnóstico y padecimiento provoque estrés psicológico, que repercutirá en la adaptación al medio del paciente y originará reacciones ansiosas y depresivas. (Vinaccio, S; Arango, C, 2003)

Las enfermedades mentales no parecen aumentar el riesgo de desarrollar cáncer. Sin embargo, esta ampliamente documentada la influencia de los síntomas psiquiátricos en la evolución de la enfermedad neoplásica y en la adaptación del paciente y su familia a la enfermedad. La sintomatología psiquiátrica puede estar ocasionada por la propia enfermedad neoplásica o asociada a los tratamientos utilizados. Por ello el diagnóstico y tratamiento del síndrome depresivo tienen gran importancia en el manejo del enfermo oncológico. (Vera – Villoroel, Buila – Casal, 1999)

La enfermedad oncológica perturba la vida del paciente influyendo en su quehacer diario, en sus costumbres y en su relación con el medio. Distintos factores influyen de forma positiva o negativa sobre el estado emocional del paciente, sobre su capacidad de reacción y sobre la aparición de un síndrome depresivo que, en la mayoría de los enfermos, estará relacionado con el proceso de adaptación a la pérdida de salud, de forma menos frecuente será un síntoma de la enfermedad de base o estará provocado por algunos fármacos. (De la Heras, González; Salinas, Ramos, 1999)

El diagnóstico de cáncer genera una crisis, una desorganización de los patrones de conducta habituales del paciente y de su entorno social. Las reacciones que se pueden

generar son tan variadas como la diversidad de personalidades existentes. Se puede sentir estupor, incredulidad, enojo, ira, depresión y hasta desesperación, entre otros.

Muchas veces el paciente ignora el diagnóstico porque teme escucharlo o porque simplemente la familia decidió que no está en condiciones de saberlo o porque "es mejor". Sin embargo, en estos casos es recomendable la consulta con un profesional de la psicología para una correcta evaluación del caso y para acompañar al paciente y a la familia en el proceso diagnóstico y atenuar el impacto emocional. (Nieto, J; Abad, M, 2003)

La asistencia psicológica muchas veces puede evitar o disminuir las alteraciones del sueño, apetito, la confusión, o las dificultades de concentración que pueden surgir como consecuencia de la crisis diagnóstica, mejorando la autoestima y reduciendo la depresión.

Enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad que ponga potencialmente en peligro la vida es un momento difícil para cualquier persona. La reacción natural, que pasa por mostrarse triste y decaído, es imprescindible para que el enfermo disponga de un período que le permita adaptarse y asumir su situación. (Lovan, Meler; Rojo, Rodes; Vallejo, Ruiloba, 1999)

Si la capacidad de adaptación del paciente no es suficiente y no se afrontan correctamente los diversos estresores asociados, pueden aparecer trastornos de la adaptación, en general en forma de depresión o ansiedad.

En los pacientes recién diagnosticados de neoplasias de mama es frecuente observar elevados niveles de depresión, en relación a la incertidumbre sobre el estadio de la enfermedad y la diversas posibilidades terapéuticas (radioterapia, quimioterapia y cirugía). (Lovan, Meler; Rojo, Rodes; Vallejo, Ruiloba, 1999)

También hay veces en que puede deprimirse antes de que se confirme el diagnóstico, sobre todo si cuenta con antecedentes familiares de la enfermedad y si el familiar que ha cuidado o con el que ha convivido ha fallecido.

Los efectos secundarios que provoca el tratamiento son numerosos y afectan enormemente a la autoestima y a la percepción que la paciente tiene de su propia imagen. Las náuseas y vómitos persistentes, el cansancio, la quemazón fruto de la radioterapia, la ausencia de la mama por una mastectomía, la alopecia, los cambios en el peso, la coloración de la piel y su textura, son posibles causas de depresión que pueden afectar incluso a las relaciones de pareja de la enferma. (Vincent, De Vita; Samuel, Hellman, 1993)

Pero quizás sea el miedo a la muerte el principal factor de riesgo de la depresión. La mujer sufre una enorme ansiedad, desasosiego y tristeza por tener que dejar a hijos pequeños, si los tuviera, o a familiares que puedan necesitarla. Muchas veces se siente incluso culpables de la carga que piensan están suponiendo para su familia.

La depresión es un problema frecuente en los pacientes con cáncer de mama y ocasiona importantes repercusiones, tanto psiquiátricas como psicológicas, sin embargo es diagnosticada con poca frecuencia y se le subestima muchas veces en el establecimiento de terapéuticas integrales para este tipo de paciente. Por ello es importante detectarla de manera adecuada, para que así, sean tratadas teniendo en cuenta la posibilidad que nos ofrecen los psicofármacos y las terapias psicológicas, mejorando la adaptación y el estado de ánimo de estos pacientes lo que influye directamente en la calidad de vida y en la supervivencia del paciente oncológico. (Zaratigue, R, 2000)

En investigaciones desarrolladas con anterioridad en estos tipos de pacientes, se ha constatado que con las manifestaciones de la enfermedad coexisten estados emocionales y particularmente manifestaciones de depresión. Los mismos a pesar de ser concebidos como

efectos secundarios de estos padecimientos juegan un papel importante en la vida de los pacientes con cáncer de mama, que según nuestro criterio aún poco investigado.

Motivados por esta razón y la alta incidencia del fenómeno nos propusimos desarrollar la presente investigación; planteándonos como problema científico:

¿Qué manifestaciones presenta la depresión en pacientes con cáncer de mama recién diagnosticadas?

Cáncer de mama

La humanidad desde sus albores ha sido marcada por numerosas enfermedades con variedad de síntomas, subsistiendo la dolencia, el sufrimiento o el padecimiento y la incapacidad que han limitado la evolución estable de la vida de los individuos.

A lo largo de la historia, y hasta los años 70 del siglo pasado las enfermedades infectocontagiosas fueron las más importantes a nivel de morbilidad y mortalidad. A partir de la década de los años setenta empieza a ponerse de manifiesto la importancia de las enfermedades de origen no infeccioso y se insiste en ofrecer una valoración más integral de los cuadros sanitarios en la mayoría de las naciones.

En la actualidad en los países desarrollados se produce una gran prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas por diferentes razones entre ellas; el control de las enfermedades infecciosas y el aumento de los trastornos asociados con el estilo de vida. En los países subdesarrollados las enfermedades infecciosas siguen manteniendo un elevado nivel de prevalencia que alcanza cifras considerables en las naciones más pobres del planeta. En los países industrializados la realidad higiénico sanitaria es otra y las preocupaciones básicas se encuentran en el incremento notable de las enfermedades crónicas, en particular las de origen tumoral y de carácter oncológico.

La enfermedad crónica se define como un "proceso incurable, con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible".(Palerm,E; De Sojo, Peira, 1999)

El cáncer se considera un tipo de enfermedad crónica no transmisible. El cáncer, enfermedad que constituye un grave problema para la salud del hombre genera un gran impacto psicológico ya que se asocia con la muerte, el dolor y el sufrimiento; por lo que

representa para muchos soledad y desamparo. Neoplasia significa literalmente nuevo crecimiento.

El término tumor se aplicó primero a la tumefacción debida a la inflamación, pero posteriormente debido a que las neoplasias daban lugar a tumefacción se aplicó el término a las neoplasias. El término cáncer designa a todos los tumores malignos.

La definición más aproximada de neoplasia es la de Sir Rupert Willis: una neoplasia es una masa anormal de tejido, con un crecimiento que sobrepasa al de los tejidos normales y no coordinado con el de estos, que conserva el mismo carácter excesivo una vez concluido el estímulo que lo provocó.

Los tumores constan de células proliferantes llamadas parénquima tumoral. También constan de un estroma que es similar a un tejido conjuntivo que le aporta los vasos y el soporte físico. La proporción estroma/parénquima varía de unos tumores a otros. Algunos tumores, como por ejemplo algunos de la mama, son escirros (de consistencia pétrea) y esto se debe a que tienen mucho estroma. Sin embargo, cuanto más pequeño sea el estroma, más comprometidas estarán las células parenquimatosas. (Bleiker, E, 1999)

El parénquima suele estar constituido por un solo tipo celular que se sitúa en la periferia del tumor constituyendo el borde agresivo. En función de las células que lo constituyen se denomina: carcinoma (células epiteliales), leiomioma (músculo liso), condroma (cartílago). También hay parénquimas mixtos como p. ej. el fibroadenoma de la mama (células epiteliales + tejido fibroso).

Los tumores tienden a tener un crecimiento más intenso que el de los tejidos de los que derivan. Además este crecimiento se hace a expensas del tejido sano. El crecimiento persiste aunque haya cesado el estímulo que lo causó. Se ha comprobado en animales de

experimentación, en los que se inducen tumores mediante carcinógenos y al retirar estos, el proceso tumoral no concluye. Las células tumorales se vuelven inmortales.

Básicamente, hay dos tipos de tumores: benignos o no cancerosos, malignos o cancerosos. Los tumores benignos tienen seis características principales: sólo crecen hasta un determinado tamaño, normalmente no crecen muy rápido, no destruyen células normales, no se propagan al tejido que les rodea, normalmente no producen efectos secundarios graves, por lo general crecen de una manera ordenada.

Los tumores malignos se conocen por su capacidad para invadir y destruir tejidos y órganos, tanto los que están cerca como los que están lejos del tumor original. La muerte se produce cuando la propagación del cáncer daña de tal manera los tejidos y los órganos vitales, que no pueden funcionar. (Vincent, De Vita; Samuel, Hallman, 1993)

El cáncer de mama constituye uno de los grandes problemas médicos sociales de la actualidad, por su alta frecuencia y aumento progresivo en el número de mujeres que lo padecen. Este trastorno constituye la primera causa de muerte por cáncer en la mujer y representa la primera causa de muerte en la mujer entre los 25-45 años

Es el cáncer más frecuente en la mujer y el que causa mayor índice de mortalidad por neoplasia. Su incidencia ha aumentado progresivamente en las últimas décadas apareciendo cada vez en edades más tempranas. Los avances de la medicina han logrado por una parte descubrir tumores en estadios más tempranos y por otra alargar la vida de las pacientes afectadas. Es sin embargo el control periódico de las mujeres y la postura social frente al problema lo que logrará a largo plazo reducir la enfermedad a cotas razonables.

El cáncer de mama es un importante problema de salud pública. En 1999, aproximadamente 190,000 mujeres de Estados Unidos de América fueron diagnosticadas con esta enfermedad. A pesar de que del 65% al 70% de los cánceres de mama ocurren en

mujeres de 50 años de edad o más, miles de mujeres más jóvenes son diagnosticadas cada año con patología mamaria maligna. Menos aún, el chance de que cualquier mujer en forma individual desarrolle un cáncer de mama antes de los 50 años es pequeña: sólo 1 en 2525 mujeres desarrollará cáncer de mama a los 30 años, y sólo 1 en 217 a la edad de 40 años. (Bahls, S, 2002)

A pesar de que los números absolutos son pequeños, la incidencia de cáncer de mama aumenta bruscamente a lo largo de los años de la premenopausia. Después de la menopausia, la tasa de aumento declina, pero persiste en algún grado a todo lo largo de la expectativa de vida. De algún modo, entonces, el cáncer de mama puede ser visto como dos enfermedades separadas, una afectando a las mujeres premenopáusicas y otra afectando a las mujeres mayores.

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido. La mama está formada por una serie de glándulas mamarias, que producen leche tras el parto, y a las que se les denomina lóbulos y lobulillos. Los lóbulos se encuentran conectados entre sí por unos tubos, conductos mamarios, que son los que conducen la leche al pezón, durante la lactancia, para alimentar al bebé. Las glándulas (o lóbulos) y los conductos mamarios están inmersos en el tejido adiposo y en el tejido conjuntivo, que, junto con el tejido linfático, forman el seno. A modo de muro de contención, actúa el músculo pectoral que se encuentra entre las costillas y la mama.

La piel recubre y protege toda la estructura mamaria. El sistema linfático está formado por recipientes y vasos o conductos que contienen y conducen la linfa, que es un líquido incoloro formado por glóbulos blancos, en su mayoría linfocitos. Estas células reconocen cualquier sustancia extraña al organismo y liberan otras sustancias que destruyen al agente agresor.

La mayoría de los tumores que se producen en la mama son benignos, no cancerosos, y son debidos a formaciones fibroquísticas en ella. Los tumores benignos están relacionados, la gran mayoría, con factores genéticos. Los síntomas que producen son dolor e inflamación pero, ni se diseminan al resto del organismo ni son peligrosos.

Dentro de los tumores malignos, existen varios tipos en función del lugar de la mama donde se produzca el crecimiento anormal de las células y según su estadio.

Los tumores pueden ser localizados o haberse extendido, a través de los vasos sanguíneos o mediante los vasos linfáticos, y haber dado lugar a metástasis, es decir, a un cáncer en un órgano distante al originario. De todos los casos de cáncer de mama, sólo el 7% de ellos presentan metástasis de inicio.

Clasificación del cáncer de mama:

El carcinoma ductal in situ se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, que no se ha extendido a otras zonas. Por este motivo, puede extirparse fácilmente. La cifra de curación en las mujeres que presentan este tipo de cáncer ronda el 100%. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía.

El carcinoma ductal infiltrante (o invasivo) es el que se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80% de los casos.

El carcinoma lobular in situ se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) y, aunque no es un cáncer verdadero, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un cáncer en el futuro. Se suele dar antes de la menopausia. Una vez que es detectado, es importante que la mujer se realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para

vigilar el posible desarrollo de cáncer.

El carcinoma lobular infiltrante (o invasivo) comienza en las glándulas mamarias pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma es más difícil detectarlo a través de una mamografía.

El carcinoma inflamatorio del seno es un cáncer poco común, tan sólo se presenta en un 1% del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de crecimiento rápido. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura. La apariencia de la piel se vuelve gruesa y ahuecada, como la de una naranja y pueden aparecer arrugas y protuberancias en ella. Estos síntomas son debidos al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos.

La edad es el factor de riesgo más importante para el cáncer de mama, pero la localización geográfica también juega un rol. Por ejemplo, las mujeres Asiáticas, comparadas con las Norteamericanas o de Europa Occidental, tienen un riesgo muy bajo de desarrollar la enfermedad. De todos modos, los estudios de migración han mostrado que el riesgo de cáncer de mama de por vida de las mujeres Asiáticas que migran a los Estados Unidos aumenta hasta un nivel que se ubica entre el que se encuentra en Asia y el que se encuentra en Norteamérica. Y la primera generación de mujeres Asiáticas-Americanas tiene un riesgo de cáncer de mama a lo largo de su vida que es idéntico al de las mujeres Caucásicas Nativas Norteamericanas. (Bahls, S, 2002)

La incidencia de cáncer preinvasivo (por ej. Carcinoma ductal in situ) ha aumentado recientemente; este cambio ha sido atribuido, en parte, al menos, a un dramático aumento en el screening mamográfico que comenzó a mediados de los 80s. Este aumento, ajustado por edad ha sido observado tanto en mujeres caucásicas como Afroamericanas, pero es

menos dramático en las mujeres entre 35 a 39 años de edad. Al mismo tiempo, la incidencia de carcinoma invasor ha caído, acompañado por una pequeña caída en la mortalidad. Las razones para esta disminución no se conocen, pero puede involucrar tanto al uso más amplio de la mamografía así como a las mejoras en la hormonoterapia adyuvante y quimioterapia. El cáncer tiene un pronóstico y tratamiento distintos en función de la etapa de desarrollo que se encuentre y de los factores de riesgo que tenga la mujer. Para conocer esto, hay que realizar una serie de análisis que nos facilitarán clasificarlo en uno u otro estadio.

El Comité Conjunto Americano del Cáncer utiliza el sistema de clasificación TNM: La letra **T**, seguida por un número que va del 0 al IV, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a la pared del tórax debajo de la mama. A un número más alto le corresponde un tumor más grande y/o una mayor propagación a los tejidos cercanos. La letra **N**, seguida por un número que va del 0 al 3, indica si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama y, si es así, si estos ganglios están adheridos a otras estructuras.

La letra **M**, seguida por un 0 o un 1, expresa si el cáncer se ha extendido a otros órganos distantes o a ganglios linfáticos no próximos a la mama.

La clasificación, para los subgrupos, se realiza con números que van del I al IV. El estadio I indica que el tumor es menor de 2cm y no hay metástasis (no se ha extendido).

El estadio II abarca las siguientes situaciones: el cáncer no mide más de 2 cm pero los ganglios linfáticos de la axila están afectados, el cáncer mide entre 2 y 5 cm y puede haberse extendido o no, el cáncer mide más de 5 cm pero los ganglios linfáticos axilares no están afectados.

El estadio III se divide en estadio IIIA y IIIB: el estadio III A puede integrar a las siguientes

formas: el tumor mide menos de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, y éstos están unidos entre sí o a otras estructuras, el tumor mide más de 5 cm y los ganglios linfáticos axilares también están afectados. El estadio III B puede darse en los siguientes casos: el cáncer se ha extendido a otros tejidos cerca de la mama (piel, pared torácica, incluyendo costillas y músculos del tórax), el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón. El estadio IV se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer metástasis con mayor frecuencia son los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro. También puede ser que el tumor haya afectado localmente a la piel y a los ganglios linfáticos dentro del cuello, cercanos a la clavícula. Los índices de supervivencia relativa a 5 años, según el estadio del cáncer, son los siguientes: I - 98%, IIA - 88%, IIB - 76%, IIIA - 56%, IIIB - 49%, IV - 16%.

La causa del cáncer de mama no se conoce pero sí se sabe algunos factores de riesgo. Se considera factor de riesgo aquella situación que aumente las probabilidades de padecer la enfermedad.

Factores de riesgo:

Sexo: el cáncer de mama se da principalmente en la mujer aunque también puede afectar a los hombres pero la probabilidad es mucho menor.

Edad: una mayor edad conlleva un aumento del número de cánceres. El 60% de los cánceres de mama ocurren en mujeres de más de 60 años. Este porcentaje aumenta mucho más después de los 75 años.

Genes: existen dos genes identificados que, cuando se produce algún cambio en ellos (mutación), se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar el cáncer de mama.

Estos genes se denominan BRCA1 y BRCA2. Según algunos estudios realizados parece

que entre el 50% y el 60% de mujeres, que han heredado estos genes mutados, pueden desarrollar el cáncer antes de los 70 años. Pero estas cifras no son completamente fiables pues han aparecido otros estudios que ponen en duda esas cifras.

Antecedentes familiares: cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama, se duplica el riesgo de padecerlo. Mientras que si es un pariente más lejano (abuela, tía, prima) sólo aumenta el riesgo ligeramente.

Antecedentes personales: una enfermedad mamaria benigna previa parece aumentar el riesgo en aquellas mujeres que tienen un gran número de conductos mamarios. Aún así, este riesgo es moderado. Algunos resultados anormales de biopsia de mama pueden estar relacionados con un riesgo ligeramente elevado de padecer cáncer de mama. El riesgo de desarrollar cáncer en el otro seno, en aquellas mujeres que han tenido un cáncer de mama, es distinto de la recurrencia o reaparición del primer cáncer.

Color de la piel: las mujeres blancas de piel blanca son más propensas a padecer esta enfermedad que las mujeres negra, aunque la mortalidad en éstas últimas es mayor. Las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas.

Períodos menstruales: cuanto antes se comienza con la menstruación (antes de los 12 años), mayor es el riesgo (de dos a cuatro veces mayor) de padecerlo si se compara con aquellas que comenzaron más tarde (después de los 14 años). Lo mismo ocurre con la menopausia, las mujeres con una menopausia tardía (después de los 55 años) tienen mayor riesgo.

El embarazo después de los 30 años, tener la primera regla a una edad muy temprana o la retirada menstrual demasiado tarde, son situaciones que también aumentan el riesgo.

Estos factores, aunque muy frecuentes, suelen tener poca incidencia sobre el riesgo de padecer cáncer.

Se encuentran factores psicológicos en particular relacionados con el estilo de vida:

Uso prolongado de anticonceptivos: los últimos estudios han demostrado que el uso prolongado de anticonceptivos no está relacionado con el cáncer de mama.

Terapia de reposición estrogénica: esta terapia, que se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia, parece aumentar a largo plazo (más de 10 años) el riesgo de sufrir cáncer de mama, pero esto no es seguro.

Alcohol y dieta: el consumo de alcohol o el exceso de peso durante años están claramente vinculados al riesgo elevado de cáncer de mama.

Exceso de peso: el exceso de peso parece estar relacionado con un riesgo más alto de tener esta enfermedad, aunque no existe ninguna evidencia que un tipo determinado de dieta (dieta rica en grasas) aumente ese riesgo.

También se debe conocer que, en la actualidad, entre el 70% y el 80% de todos los cánceres mamarios aparecen en mujeres sin factores de riesgo aplicables y que sólo del 5% al 10% tienen un origen genético por poseer los genes mutados BRCA1 y BRCA2. En la actualidad, cualquier mujer cuya madre o hermanas estén afectadas por la enfermedad puede solicitar consejo genético, es decir, una valoración médica especializada que determine el riesgo que tiene de llegar a padecer la enfermedad.

En los estadios iniciales del cáncer de mama, la mujer no suele presentar síntomas. El dolor de mama no es un signo de cáncer, aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa.

El primer signo suele ser un bulto que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea. Se suele notar con bordes irregulares, duro, que no duele al tocarlo. En ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectada.

No todos los tumores malignos presentan estas características pues algunos tienen bordes

regulares y son suaves al tacto. Por este motivo, cuando se detecte cualquier anomalía se debe consultar con el médico. En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos.

En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. El tumor suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilas pueden aumentar de tamaño. Los síntomas de estas etapas son muy variados y dependen del tamaño y la extensión del tumor.

Otros signos que pueden aparecer son: dolor o retracción del pezón, irritación o hendiduras de la piel, inflamación de una parte del seno, enrojecimiento o descamación de la piel o del pezón, secreción por el pezón, que no sea leche materna.

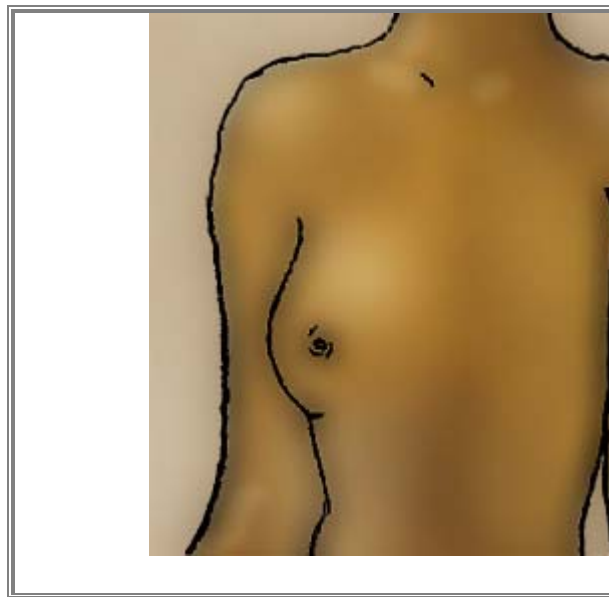
El tratamiento vendrá determinado por el tamaño del tumor y si ha habido extensión a los ganglios u otras zonas del cuerpo. Por lo general, cuando el tumor es menor de 1'5 centímetros de diámetro, la cirugía es suficiente para terminar con el cáncer y no se precisa de quimioterapia. Si el tumor mide más de 6 centímetros se suele administrar quimioterapia después de la cirugía. Cuando el tumor es mayor de 9 cm., puede administrarse quimioterapia antes de la cirugía para intentar reducir el tamaño.

La intervención quirúrgica permite el control local de la enfermedad y llevar a cabo un diagnóstico riguroso gracias a que se pueden determinar las características del tumor y el número de ganglios afectados por células malignas. Detectado a tiempo, el cáncer puede ser tratado sólo con radiaciones algunas veces, aunque en casi todos los casos un tumor maligno debe ser extirpado quirúrgicamente.

Durante la operación, el cirujano también extirpa los nódulos linfáticos de la axila porque la única manera de saber si el cáncer ha empezado a extenderse (metástasis) es examinar estos nódulos por el microscopio. Si aparecen células malignas, se necesitará

un tratamiento adicional, bien con medicamentos o bien con radiaciones. Si aparecen pocos nódulos cancerosos es mejor signo que si aparecen muchos.

En las operaciones de cáncer de mama, los cirujanos extirpan una cantidad de tejido muy variable y hay mucha controversia sobre qué procedimiento se debe seguir para obtener mejores resultados a largo plazo. Todos los casos son diferentes. Su médico debe considerar el tamaño del tumor, su localización, tipo de cáncer, comparar el tamaño y ver si ha crecido y cuanto. De esta manera podrá evaluar las posibilidades quirúrgicas.



MASTECTOMÍA RADICAL

Hasta hace 10 años ésta era la única opción. Ahora es utilizada raramente, excepto cuando el tumor ha invadido los músculos subyacentes a la mama. Una mastectomía radical extirpa la capa de músculos pectorales y nódulos linfáticos a lo largo del pecho, y deja a la paciente con menos tejido cubriendo el pecho, lo que hace que la posibilidad de una prótesis sea menor ya que hay muchas más posibilidades de una inflamación y mucha menos movilidad.

MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA

El cirujano extirpa la mama entera así como los nódulos linfáticos de la axila. Como los músculos del pecho son conservados hay menos problemas en la cicatrización, el resultado estético es mejor y es más fácil hacer una reconstrucción protésica. La proporción de curaciones con este procedimiento es parecida a la de la mastectomía radical.

MASTECTOMÍA SIMPLE

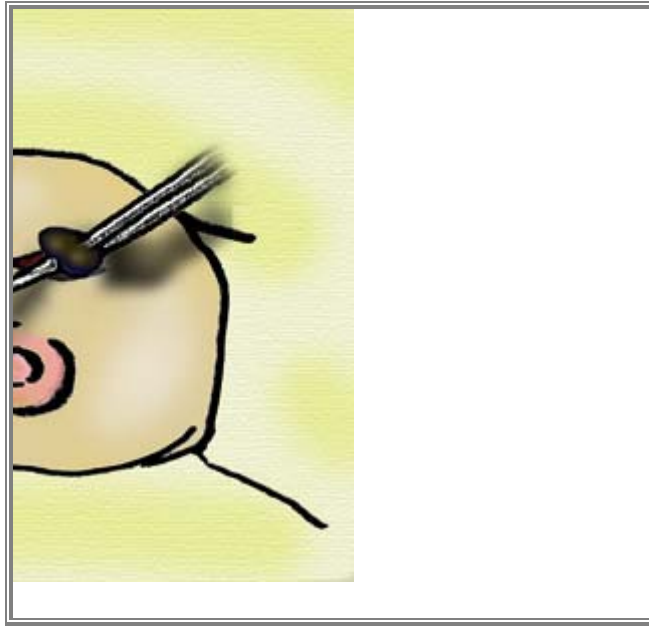
El cirujano extirpa solo la mama y toma una muestra del nódulo linfático de la axila.

MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA

El tejido de la mama es extirpado pero la piel y el tejido superficial se deja en su sitio. En esta caso es posible insertar debajo de la piel una mama artificial hecha con material sintético (silicona). Algún nódulo de la axila es también extirpado.

LUMPECTOMÍA

El cirujano extirpa sólo la masa o, si no, hace una incisión en cuña para extirpar también el tejido de alrededor.



En cualquier caso los nódulos son extraídos de la axila. Las lumpectomías generalmente son realizadas si el tumor es pequeño y, normalmente, después se radia la zona para matar cualquier célula cancerosa que pueda quedar en el área. El tratamiento a más largo plazo es siempre necesario si aparecen nódulos linfáticos en la axila que sean cancerosos. Incluso cuando los nódulos no lo son, la radiación, la terapia con hormonas o la quimioterapia son a veces utilizadas como precaución.

Estudios recientes indican que si el cáncer es detectado a tiempo, y a la lumpectomía le sigue una radiación, las posibilidades de sobrevivir son muy buenas así como con la mastectomía radical modificada. (La mastectomía es también llamada a veces tylectomía, amplia escisión, resección segmental o mastectomía parcial).

La radioterapia consiste en el empleo de rayos de alta energía, como rayos X, para destruir o disminuir el número de células cancerosas. Es un tratamiento local que se administra después de la cirugía conservadora (cuando se emplea después de la mastectomía es porque se considera que existe riesgo de que el tumor se reproduzca). Se desarrolla a lo largo de

unos días (los que el oncólogo y el radiólogo hayan creído convenientes), y la paciente va de forma ambulatoria a la clínica o sala donde se realice la radioterapia; no tiene que estar ingresada para ello.

La aplicación de radiaciones ionizantes altera las moléculas vitales para la célula provocando su lesión o su muerte. Este es el efecto que utiliza la radioterapia al actuar sobre los tejidos mamarios. Hay que tener en cuenta que ésta acción se produce tanto en los tejidos sanos como en los tumorales respondiendo a la ley de "todo o nada".

Hay varios sistemas de irradiación terapéutica que dependen de la fuente de emisión, ya sea a partir de radioisótopos artificiales emisores de radiaciones gamma (cobalto, cesio o iridio) o por generadores de rayos X y de electrones de gran energía (acelerador lineal y betatrón).

La aplicación de la irradiación debe ser fraccionada en dosis limitadas diariamente para evitar efectos contraproducentes. Se suele irradiar la mama completamente y se realiza una sobre dosificación en el lecho tumoral. En ocasiones esta última maniobra se realiza con agujas de Iridio que es lo que denominamos Curí terapia.

La radioterapia se utiliza sobre el tejido mamario restante en casos de tratamiento conservador. A veces, si el tumor es muy extenso, se aplica también al lecho de la mastectomía. Generalmente la axila no necesita ser irradiada; tan solo en los casos en los que más de 4 ganglios estén afectados o bien en aquellas ocasiones en las que se hallen células tumorales en la grasa ínter ganglionar se realizará una irradiación axilar.

En sí, el tratamiento dura unos minutos. No es doloroso sino que es algo parecido a una radiografía sólo que la radiación es mayor y está concentrada en la zona afectada. Lo que se consigue con la radioterapia es disminuir el tamaño del tumor, para luego retirarlo quirúrgicamente o, una vez realizada la intervención, limpiar la zona de células malignas.

Los efectos secundarios de este tratamiento son cansancio o fatiga, inflamación y pesadez en la mama, enrojecimiento y sequedad en la piel (como después de una quemadura solar), que suelen desaparecer tras seis o 12 meses. La acción de los aparatos suele estar muy focalizada de manera que sus efectos suelen ser breves y, generalmente, bien tolerados por las pacientes. Una buena combinación de descanso, actividad física y prendas delicadas puede atenuar estas molestias.

La quimioterapia consiste en la administración de medicamentos que destruyen las células cancerosas y evitan la aparición del tumor en otras partes del cuerpo. Existen varias vías de administración, pero las más frecuentes son la vía oral y la vía intravenosa.

No es necesaria la hospitalización para recibir este tratamiento, se puede hacer de forma ambulatoria. Esto dependerá del estado de la paciente y del tiempo de duración del tratamiento, uno completo puede prolongarse entre cuatro y ocho meses. El tratamiento quimioterápico puede realizarse a modo adyuvante, es decir, sumado a la cirugía o como tratamiento único, para los casos de recidivas y que la cirugía no sea una solución.

La quimioterapia neoadyuvante es aquella que se realiza antes de la cirugía y sólo en algunos casos. En la actualidad, se están realizando numerosos estudios sobre este tipo de tratamiento para valorar la eficacia de esta terapia. Lo que se quiere conseguir con ella es aumentar el número de pacientes a las que se les realice una cirugía conservadora de la mama.

Se realizará en aquellos casos en los que el tumor tenga un tamaño determinado, para que se reduzca con los fármacos y pueda extraerse en su totalidad sin necesidad de extirpar más tejido mamario, siempre que no haya afectación ganglionar.

La quimioterapia adyuvante se realiza después de la cirugía para eliminar las posibles células cancerosas que hayan quedado en cantidades microscópicas e impedir su

crecimiento.

Sólo hay un 10% de todas las pacientes que no reciben tratamiento postoperatorio y que son aquellas que tienen afectados los ganglios y el tumor es menor de 1 cm. o los receptores hormonales son positivos.

Estos medicamentos se administran a modo de ciclos, con un período de recuperación entre cada uno. La duración total del tratamiento varía en función de la quimioterapia que precise la paciente pero oscila entre tres y seis meses.

Los efectos secundarios de la quimioterapia: debido a que son medicamentos muy fuertes, presentan unos efectos secundarios que, en algunos casos, resultan muy molestos. Hay que decir que se administran, junto con ellos, otros fármacos que disminuyen algunos de esos efectos.

Los más frecuentes son: náuseas y vómitos, pérdida de apetito, pérdida del cabello, llagas en la boca, cansancio, riesgo elevado de infecciones.

Depresión.

La inmensa mayoría de los médicos usa el término depresión para significar el estado particular de un sujeto que tiene sus reacciones habituales frente a los acontecimientos, mostrando un estado de ánimo abatido y triste. Esto implica un cambio cualitativo en la conducta y en los sentimientos de las personas y no un cambio meramente cuantitativo, como cuando se dice que hay depresión de determinada función fisiológica, por ejemplo la respiración, indicando una disminución de esa función.

Los griegos, como Hipócrates, describieron los estados de tristeza, que denominaron melancolía (bilis negra), este estado estaba caracterizado por una aversión a

los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza. La influencia del planeta Saturno, hacia que el hígado secretara la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema.

Dentro de las escuelas psicológicas, ya Freud y Stekel, habían hecho el señalamiento de que algunos trastornos físicos presentes en una depresión podían, por su intensidad, ocultar o desfigurar los síntomas de esta. En la obra de Devaux y Logre (1917), se describía formas monosintomáticas de melancolía, en que la única manifestación patológica era el insomnio, la impotencia, o un dolor o cenestopatía, con características intermitentes. También Montassut (1938) mencionó casos semejantes y Ziegler(1939), publicó ciento once casos de pacientes con trastornos físicos, que le habían sido enviado por médicos generales, encontrando después que eran depresiones.

Pero en realidad, aunque se mencionen estos antecedentes es justo atribuir a Foster Kennedy (1942), el famoso neurólogo inglés que trabajó en Norteamérica, el haber hecho el señalamiento, de que manifestaciones somáticas y psíquicas aparentemente no depresiva, cedían a la electro convulsión y solo a ella, puesto que esos casos habían sido tratados ante de diversa manera sin obtener alivio, precisamente por el fracaso de lo demás tratamientos, se le sometía al nuevo procedimiento que significaba una esperanza. No escapó a la perspicacia de Foster Kennedy la relación entre esos síndromes y las depresiones, por lo que fueron llamadas “equivalentes maniaco-depresivas”, tanto si se trataba de síntomas somáticos como psíquicos.

Las depresiones reactivas por falta o privación de un afecto o posición, habrían sido vistas por todas las escuelas y la depresión anaclítica (Spitz, 1946: Kaufman y Rosenbaum, 1967) hace muchos años que había sido señalada y estudiada.

Un actor de orientación psicoanalítica, Bibring(1953), postuló que el mecanismo básico de la depresión era que el yo de sujeto constataba su “desamparo” en relación con la obtención de sus aspiraciones, de modo que la persona deprimida pierde sus incentivos y abandona sus objetivos, sino la persecución de ellos, convencida de que esta es inútil.

Hay autores soviéticos (Protopópov, principalmente) que han explicado los principales síntomas de las psicosis maniaco-depresivas por una patología hipotalámica, que daría un trastorno central de la regulación vegetativa y también trastornos endocrinos. De acuerdo con las ideas de Paulov, tendrá importancia la perturbación de las regulaciones dinámicas entre subcorteza y corteza; en las crisis, un estado de excitación subcortical, se irradiara a la corteza, dando el estado maniaco, mientras que si se produce lo contrario, una inducción negativa cortical habría depresión.

Lazarus (1968), desde el punto de vista de la conducta terapia mantuvo que la depresión podía verse como una consecuencia de una función de reforzamiento inadecuado o insuficiente, en que falta algún elemento reforzador significativo.

Melges y Bowlby (1969) plantearon que lo esencial del deprimido estaba en que creía que sus planes de acción para conseguir sus objetivos habían dejado de ser efectivos y que esta condición de falta de esperanza o desesperanza, era el elemento más fundamental.

Akisbal y Mekinney (1973), publicaron su hipótesis, de que el elemento común de las depresiones era el defecto de reforzamiento, estableciendo una relación entre esto defecto y la hipótesis de las aminos biógenas, mencionando también las ideas de Stein sobre el aspecto bioquímico de los sistemas de recompensas y de castigo. Para estos autores, una multiplicidad de factores genéticos, de desarrollo, farmacológicos y de las relaciones interpersonales pueden converger para dar lugar a un trastorno funcional

reversible de los mecanismos de reforzamiento, que se manifestara en la conducta como un fenómeno depresivo.

Lehman (1974), en las conclusiones de un simposio internacional titulado “Depression in everyday practice” expresó que si se le preguntaba si existía un síndrome nuclear de la depresión, su respuesta sería que había que concentrarse en tres factores: pérdida de energía, falta de interés y disminución en la habilidad para obtener satisfacción en las cosas.

Agregando que estas características se encuentran en las personas deprimidas en todo el mundo, sin importar su cultura y que con esos elementos podemos distinguir la depresión de la ansiedad, porque aunque el ansioso pueda admitir que tiene menos energía y menos satisfacciones, sin embargo, todavía está interesado en las cosas y hasta más interesado en algunas, las que conciernen al motivo de su ansiedad.

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión. Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. (Zaratigue, R, 2000)

De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI.

Depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

La depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión. Muchos creen erróneamente que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopáusicas, madres primerizas o en personas que padecen enfermedades crónicas. Pero éste es un concepto equivocado, no importa la edad, el sexo o la situación de la vida, la depresión nunca es algo normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición.

La Dra. Celia Antonini plantea lo siguiente: Imagínese por un momento que está dentro de una habitación, ubicado en uno de los extremos (el extremo D). Desde ese ángulo tiene una visión de las cosas definida por el lugar en el que se encuentra. Desde ahí cada objeto de la habitación lo ve desde una única perspectiva, y no importa cuántas veces le pidan la descripción de los objetos que hay dentro de la habitación, desde ese lugar, usted va a verlo siempre de la misma manera. Si pudiese caminar dentro de la habitación tendría una visión diferente, podría observar nuevas cosas, nuevos ángulos y nuevas perspectivas. Si pudiese caminar.... pero no puede. La depresión es uno de los extremos de la habitación (el extremo D). Un extremo en donde el que llega, queda inmovilizado, atrapado y sin poder salir a caminar.

Cientos de circunstancias y acontecimientos de la vida lo pueden llevar a ese lugar, cada persona llega al extremo de la habitación por motivos y situaciones diferentes. Quizás usted vivió su infancia sintiendo que no era lo suficientemente querido, o creyó que

era menos que los otros, o ha sufrido pérdidas de las cuáles no se recuperó, quizás un día no se sintió merecedor de vivir una vida mejor y lo aceptó. O tal vez usted vivió una infancia y adolescencia feliz, sin mayores sobresaltos y un día sin motivos aparentes se encontró en el extremo de la habitación. ¿Pero cómo se llega a ese extremo? ¿Cuántos pasos hay que dar para llegar a la depresión? Puede ser sólo un gran paso, o dos más pequeños, o cuatro más cortos o cientos de pasitos. Se puede demorar semanas o muchos años en llegar al extremo, pero cuando uno se encuentre ahí se sentirá atrapado, inmovilizado y a oscuras. Al llegar al extremo D cada uno manifiesta su depresión de forma diferente, de acuerdo a la sintomatología que padezca, se clasifican en diferentes tipos de depresión.

En los ultimos tiempos se ha incrementado la preocupación científica por la depresión clínica y algunos autores han planteado la necesidad de valorar 5 ejes fundamentales al analizar su diagnóstico. (Casullo, 1998)

Estos ejes son: síntomas anímicos donde predomina la tristeza y la afectación del estado emocional, síntomas motivacionales donde es común encontrar la desesperanza y la pérdida del interés por las cosas, síntomas cognoscitivos donde se destacan los cambios en la memoria, la estabilidad tensional y el retraimiento al tener que reflexionar, síntomas psíquicos donde se incluyen variados síntomas que van desde disminución de las necesidades sexuales y el apetito hasta dolores de espalda y cambios en la expresión del rostro y síntomas vinculares donde son reconocidos los cambios de la conducta social del paciente deprimido que generalmente se retrae y tiende a aislarse.

Epidemiología

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la población. se ha estimado que aproximadamente un 1 por mil de la población general son emitidos anualmente en un hospital por trastorno depresivo. Alrededor de un 3 por mil son

remitidos al psiquiátrico, y un 3% de los enfermos con síntomas depresivos son atendidos en las consultas del médico general. En diversos estudios epidemiológicos se ha estimado una prevalencia de un 5% de sujetos con depresión en la población general. Por tanto, como los enfermos que consultan al psiquiátrico por estos síntomas constituye solo la punta del iceberg del total de enfermos afectados.

Un campo de interés en el estudio epidemiológico de la depresión ha sido el hallazgo de variables sociodemográfica que se asocian con el desarrollo de cuadros depresivos. En relación con la edad la aparición de la enfermedad se había asumido que era propia de la edad media y avanzada; sin embargo, en estudios recientes de muestras de población general y de pacientes tratados se han encontrado edades medias muchos más jóvenes, entre los 30 y los 40 años.

Uno de los hallazgos más constantes en el estudio de las variables demográfica es la mayor frecuencia del sexo femenino, que oscila de 2:1 a 3:1. Se ha tratado de explicar esta diferencia de acuerdo con mecanismos biológicos y sobretodo, con variables psicosociales. En este sentido, la diferencia se ha atribuido a una mayor vulnerabilidad social de la mujer.

Otro factor que explicaría esta diferencia en incidencia de la enfermedad depresiva entre los sexos sería el menor reconocimiento de los cuadros depresivos en los varones y su distinta expresividad. Algunos autores han planteado que el malestar de los trastornos afectivos se expresaría en los hombres con alteraciones de la conducta como sociopatía y alcoholismo.

En relación con las variables socioeconómicas, durante algún tiempo se mantuvo que los trastornos afectivos, en contraste con la esquizofrenia, tenían una presencia mayor

en las clases altas. Hoy día parece mantenerse esta tendencia en los cuadros bipolares, pero en los estudios epidemiológicos comunitarios se ha encontrado una mayor frecuencia de cuadros depresivos en las clases sociales con menos recursos económicos.

Etiología

En los últimos años unas de las áreas de mayor investigación psiquiátrica han sido el estudio de los factores etiológicos en los trastornos afectivos, fundamentalmente en el campo de los factores genéticos, biológicos y psicosociales.

Factores genéticos:

Los estudios genéticos y familiares confirman la independencia de los trastornos afectivos en relación con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Los trastornos del humor tienen patrones de presentación claramente familiares, y el riesgo de padecer la enfermedad aumenta varias veces entre los familiares de primer grado. Los pacientes con trastornos bipolares tienen familiares bipolares y unipolares, mientras que entre los pacientes con trastornos unipolares se encuentran sobretodo familiares unipolares. Existe también una asociación entre los trastornos depresivos y la presencia de alcoholismo paterno, pero no parece tener componentes genéticos, y sería debido a factores de tipo ambiental.

La existencia de un sustrato genético es el factor biológico con más claridad en los trastornos afectivos mayores. La mayor carga genética se asocia a los trastornos bipolares, mientras que las depresiones neuróticas son las que están menos influidas por los factores genéticos. La concordancia genética para el trastorno bipolar se acerca al 70% en los gemelos monocigóticos y solo es el 15% en los dicigóticos, lo que confirma el papel

de la vulnerabilidad genética. Para el trastorno unipolar, la concordancia en gemelos monocigóticos es del 40%. La transmisión genética de los trastornos afectivos es seguramente poligénica. Algunas investigaciones han relacionado los trastornos afectivos con la presencia de genes específicos en el cromosoma 6 y en el brazo corto del cromosoma 11, aunque los datos no son aún definitivos.

Factores biológicos:

En relación con los mecanismos biológicos implicados en la etiopatogenia de los trastornos afectivos, los datos son cada día más abundantes y de difícil integración en una única hipótesis.

En esta área la investigación se inició hace aproximadamente tres décadas, ante la observación de que existían determinadas sustancias que provocaban alteraciones en el estado de ánimo. Así, la izoniacida, un fármaco empleado en el tratamiento de la tuberculosis se asociaba con euforia en algunos pacientes, mientras que la reserpina, medicamento utilizado para el control de la hipertensión arterial desencadenaba cuadros depresivos. A partir de estas observaciones se planteó la existencia de una relación entre un trastorno bioquímico cerebral y ciertos cambios en el estado de ánimo, abriéndose la posibilidad de disponer de tratamientos eficaces con acción a este nivel. A partir de entonces son muchos los medicamentos desarrollados con probado efecto antidepresivos, y diversas las teorías explicativas de los mecanismos biológicos a partir de los cuales se puede obtener un efecto terapéutico.

En casi todas las teorías “biologicistas” sobre la etiopatogenia de las depresiones se menciona la explicación de los neurotransmisores cerebrales que controlan las interacciones neuronales a partir de las cuales se desarrollan los pensamientos, la conducta y las emociones humanas. En la actualidad es grande la evidencia a favor de la implicación

de la neurotransmisión noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica en los trastornos afectivos, aunque también están implicadas en otros muchos cuadros psiquiátricos.

Los estudios del patrón del sueño en los enfermos con trastornos afectivos han contribuido también a identificar ciertas alteraciones que pueden servir de marcadores biológicos de la enfermedad para confirmar el diagnóstico en los casos dudosos. Quizás el dato más sugestivo en este campo de investigación es la posibilidad que ofrece la supresión del sueño como instrumento terapéutico en el tratamiento de los episodios depresivos.

Los estudios de la posible implicación de los mecanismos hormonales en la etiopatogenia de los trastornos afectivos partieron de la observación de síntomas depresivos frecuentes en el Síndrome de Cushing, que es producido por una liberación excesiva de cortisona, y en el Hipotiroidismo. En investigaciones realizadas en enfermos depresivos tanto unipolares como bipolares se han podido comprobar a menudo alteraciones en los niveles plasmáticos de numerosas hormonas (cortizol, ACTH, hormona tirotrópica, hormona del crecimiento, melatonina, prolactina, etc.) que se ponen de manifiesto cuando se administran sustancias estimulantes o inhibidoras de la secreción hormonal correspondiente. Estos hallazgos, en principio muy prometedores permiten conocer mejor las alteraciones de los neurotransmisores cerebrales implicados en la génesis del trastorno depresivo, y ofrecen también gran interés por sus aplicaciones como pruebas de valor diagnóstico y para seguir el curso de la enfermedad hasta la remisión de los síntomas, que debe ser simultánea a la normalización de la alteración hormonal.

Factores psicológicos:

Para el psicoanálisis, la existencia de una dependencia de carácter regresivo en el paciente depresivo impide la actuación normal ante las situaciones de pérdidas. Las teorías cognitivas proponen que la depresión es el resultado de un estilo cognitivo distorsionado

con tendencia a la visión negativa de los acontecimientos y a la infravaloración del propio ser. Clásicamente se ha considerado la aparición de la depresión como consecuencia de pérdidas afectivas, frustraciones o rechazos. Sin embargo, solo un 20% de los individuos que sufren este tipo de pérdidas desarrollan una depresión, lo que sugiere la presencia de otros factores

Factores sociales:

En relación con el papel de los factores sociales en la etiología de los trastornos afectivos las opiniones son muy dispares. En un polo se sitúan los autores que propugnan que la depresión es fundamentalmente un fenómeno social; otros en cambio ponen el acento en los factores heredo biológicos y atribuyen a los eventos vitales un papel causal muy marginal. Es evidente que en las reacciones de duelo y en los trastornos adaptativos las situaciones de estrés tienen un papel precipitante. Por el contrario, en los llamados trastornos afectivos mayores esta relación no es tan simple: tienen un papel desencadenante en los primeros episodios depresivos y mucho menor en la aparición de los episodios recidivantes posteriores. Con frecuencia, cuando un paciente describe un suceso que presuntamente ha desencadenado los síntomas este es de muy poca importancia, y profundizando en el interrogatorio se pueden encontrar síntomas del cuadro depresivo previos a la aparición del suceso. Además, es frecuente encontrar pacientes en los que el episodio depresivo aparece tras un suceso positivo, como puede ser un ascenso en el trabajo, la consecución de una meta a largo tiempo perseguida, etc. Diversos autores han resaltado el papel de factores traumáticos en la infancia que inciden de algún modo en la formación de una personalidad proclive al desarrollo de cuadros depresivos.

A la hora de establecer un diagnóstico de depresión el médico no debe atender solo a la existencia de una circunstancia desencadenante, es necesario considerar todas las

circunstancias biográficas del individuo en torno al desarrollo del cuadro para conseguir una comprensión adecuada del paciente.

Un aspecto muy debatido en psiquiatría es la existencia de un tipo de personalidad cuya presencia predispone el desarrollo de trastorno depresivo. Tellenbach describió el tipo de personalidad melancólica tras observar una amplia muestra de enfermos depresivos unipolares. Su característica fundamental sería su afán de orden. Son sujetos con un rígido sentido del deber con relaciones interpersonales marcadas por la escrupulosidad moral, que evitan los conflictos y que son autoexigentes en el plano laboral. Autores posteriores han señalado otras características de la personalidad depresiva: inseguridad, timidez, introversión, tendencia a las rumiaciones obsesivas y ciertos síntomas que se han señalados como subclínicos, como la astenia y la irritabilidad.

Tipos de depresión

Al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos de depresión más comunes son: Trastorno depresivo mayor, el Trastorno distímico y el Trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

El trastorno depresivo mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

El trastorno distímico es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento

y el bienestar de la persona. La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo.

Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros.

Puede llevar a que la persona se meta en graves problemas y en situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca un individuo puede sentirse feliz o eufórico, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas.

Síntomas del trastorno depresivo mayor

No todos experimentan la depresión de la misma manera, los síntomas varían según las personas. La depresión puede ser calificada como leve, moderada o grave dependiendo de la cantidad y gravedad de sus síntomas.

Los síntomas son: estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente, sentimientos de desesperanza y pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban,

incluyendo la actividad sexual, disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta" , dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones, insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta, pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso, pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio, inquietud, irritabilidad, síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Síntomas del trastorno afectivo bipolar

El trastorno afectivo bipolar produce cambios del ánimo patológicos de manía a depresión, con una tendencia a recurrir y a desaparecer espontáneamente. Tanto los episodios maníacos como los depresivos pueden predominar y producir algunos cambios en el estado de ánimo, o los patrones de cambios del estado de ánimo pueden ser cíclicos, comenzando a menudo con una manía que termina en una depresión profunda.

A algunas personas se las denomina cicladores rápidos porque su ánimo puede cambiar varias veces en un día. Otros presentan lo que se llama "estados mixtos", en donde los pensamientos depresivos pueden aparecer en un episodio de manía o viceversa. Cuando el trastorno afectivo bipolar se presenta en niños, generalmente aparece en su forma mixta.

Durante la fase depresiva el paciente presenta: pérdida de la autoestima, ensimismamiento, sentimientos de desesperanza o minusvalía, sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados, fatiga (cansancio o aburrimiento) que dura semanas o meses, lentitud exagerada (inercia), somnolencia diurna persistente, insomnio, problemas de concentración, fácil distracción por sucesos sin trascendencia, dificultad para tomar decisiones, pérdida del apetito, pérdida involuntaria de peso, pensamientos

anormales sobre la muerte, pensamientos sobre el suicidio, planificación de suicidio o intentos de suicidio, disminución del interés en las actividades diarias, disminución del placer producido por las actividades cotidianas.

En la fase maníaca se presentan: exaltación del estado de ánimo, aumento de las actividades orientadas hacia metas, ideas fugaces o pensamiento acelerado, autoestima alta, menor necesidad de dormir, agitación, logorrea (hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando), incremento en la actividad involuntaria (es decir, caminar de un lado a otro, torcer las manos), inquietud excesiva, aumento involuntario del peso, bajo control del temperamento, patrón de comportamiento de irresponsabilidad extrema, aumento en la actividad dirigida al plano social o sexual, compromiso excesivo y dañino en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias dolorosas (andar en juergas, tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y otras drogas), creencias falsas (delirios), alucinaciones.

Los síntomas maníacos y depresivos se pueden dar simultáneamente o en una sucesión rápida en la denominada fase mixta.

Síntomas del trastorno distímico

Las características asociadas al trastorno distímico son parecidas a las de un episodio depresivo mayor. Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno distímico son: sentimientos de incompetencia, pérdida generalizada de interés o placer, aislamiento social, sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado, sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva descenso de la actividad, la eficiencia y la productividad.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo: en los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del

rendimiento escolar y de la interacción social. En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales y son pesimistas. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

La depresión es un término con un significado que varía desde las bajadas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. El psicólogo Coderch describe lo que es la depresión con las siguientes palabras: "En la depresión existe una pérdida general de vitalidad, expresando el enfermo falta de interés y energía. El sujeto se muestra cansado y triste. Puede rehuir de las actividades sociales y su rendimiento decrece en todas las esferas. Una totalidad de desesperanza y pesimismo invadirá sus fantasías y sus ideas".

Las depresiones pueden ser endógenas, exógenas o somatógenas. Todas ellas se caracterizan por una serie de alteraciones en el área psíquica y en la orgánica.

En el área psíquica estar deprimido produce tristeza, desmoralización y pérdida de autoestima. En la orgánica da astenia, abatimiento, hipoactividad, pérdida de apetito, pérdida de peso, alteraciones del sueño, disminución de la libido y en casos graves, incluso ideas delirantes.

Depresión endógena

Este tipo de depresión tiene una causa fundamentalmente biológica. No existe continuidad con la historia vital de la persona, no hay motivos para estar triste o melancólico, ni existen causas externas. Estas personas tienden a encontrarse mejor por las tarde y su patología se relaciona con el cambio de estación (hay un aumento de síntomas

depresivos en primavera y otoño). Frecuentemente su iniciación y curso se asocia a ritmos biológicos. Suelen ser hereditarias.

Depresión exógena

Depresión fundamentalmente causada por factores ambientales externos. También se denomina depresión reactiva, pues se producen como respuesta a una pérdida, un desengaño, una tensión u otros acontecimientos externos recientes. Se supone que las depresiones sin una historia de tensión externa se deben a algún proceso biológico intrínseco o endógeno.

Los factores exógenos son inespecíficos, además se dan diferencias intraindividuales según el momento evolutivo, influyendo la persistencia de los factores, la profundidad de la experiencia vivida y si son inesperados o no, en la depresión que producirán

Existe una amplia literatura sobre la relación entre la tensión, la separación, la pérdida y otros acontecimientos vitales con los diversos síndromes de la depresión reactiva. Hay que subrayar la importancia de las causas experienciales y ambientales, ya que los acontecimientos de la vida se consideran significativos en la patogénesis de la depresión.

Pay Kel (1979) afirma que "existe un riesgo seis veces mayor de desarrollar una depresión en los seis meses siguientes a la aparición de acontecimientos vitales estresantes", como por ejemplo la independencia y el abandono del hogar por parte de los hijos. Toda la fisiología y la patología del estrés son inseparables de la emoción, de la angustia y de la depresión, sobretodo en cuanto representan los esfuerzos adaptativos del organismo para afrontar una situación de alarma.

Depresión somatógena

Este tipo de depresión es secundaria a causas físicas específicas y patologías orgánicas demostrables. También se llaman depresiones orgánicas, las causas más frecuentes son: trastornos tiroideos, anemias, infecciones víricas, lupus, cáncer, parkinson, causas yatrógenas: fármacos como anticonceptivos orales, corticoides, antihipertensivos, psicodélicos y otros.

La depresión es un síntoma muy común entre la población y aparece con mayor frecuencia en la mujeres (entre un 10 y un 15%), en los hombres la probabilidad es menor (entre el 5 y el 12%). Puede surgir a cualquier edad, aunque suelen aparecer los síntomas entre los 20 y 50 años.

Criterios para diagnosticar un episodio depresivo mayor

Los sujetos que padecen depresión tienen la capacidad disminuida para pensar, concentrarse y tomar decisiones, pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria.

El trastorno de ánimo deprimido se caracteriza por lo menos por dos de los síntomas siguientes durante un período mínimo de dos semanas, representando un cambio en su actividad previa. Uno de los síntomas ha de ser el 1 o el 2. Se presentan durante la mayor parte de los días y son manifestados por las personas que lo conocen: ánimo deprimido, acentuada disminución del interés o del placer en la mayoría de las actividades cotidiana, disminución o aumento del apetito, insomnio o somnolencia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o disminución de energía, sentimientos de indignidad o culpabilidad excesivos o inadecuados, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, ideas de muerte, ideas de suicidio sin un plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

En la depresión el estado de ánimo varía de un día a otro. En algunos casos la ansiedad y el malestar pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por irritabilidad, comportamiento histriónico o preocupaciones somáticas.

En la depresión mayor habrá un síndrome somático cuando estén presentes cuatro de las siguientes características: pérdida de la libido, alteración del peso, empeoramiento matutino del humor, despertarse horas antes de lo habitual, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales agradables, disminución de la capacidad de disfrutar de las actividades que le eran placenteras.

La diferenciación de la gravedad de los cuadros depresivos se basa en el número, tipo y gravedad de los síntomas. Un buen indicador podría ser la actividad laboral, en el hogar, la cotidiana o la social.

Factores de riesgo

Existe una predisposición genética a experimentar estos trastornos afectivos, ya que el índice de prevalencia entre los familiares de los pacientes es dos o tres veces superior, especialmente en parientes de primer grado. La prevalencia de trastornos depresivos es mayor en gemelos homocigóticos que en dicigóticos. "Cada individuo posee un patrón genético, evolutivo, ambiental, social, personal y fisiológico que lo predispone o lo protege frente a la depresión en cualquier momento de su vida" (Creist y Jefferson, 1992).

También se ha demostrado que las personas con este trastorno poseen un déficit en la mayoría de los neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina. Es en este aspecto donde se basa el tratamiento farmacológico de la depresión.

Por otro lado, hay una mayor tendencia femenina a presentar ansiedad y depresión asociada a síntomas de tipo somático por consideraciones endocrinológicas, como una más alta frecuencia de trastornos afectivos en períodos premenstruales, en los postpartos y en el pre y el post menopausias. Los trastornos afectivos de los ciclos reproductivos están relacionados con las hormonas reproductivas y la susceptibilidad a sus variaciones.

No hemos de olvidar todos los factores psicosociales que rodean a la persona con el ánimo melancólico y que pueden haber precipitado su enfermedad, como los acontecimientos vitales: pérdida de un ser querido, desempleo, escasa relación interpersonal, frustración, etc.

Tratamiento de la depresión

El tratamiento farmacológico de la depresión se realiza bajo un estricto seguimiento médico con antidepresivos orales, lo más utilizados son los Tricíclicos o Tertracíclicos. También se utilizan los IMAO (Inhibidores de Monoaminoxidasa) y los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). La respuesta terapéutica a la medicación suele aparecer a las 4 o 6 semanas posteriores al inicio del tratamiento, y se debe hacer un mantenimiento durante unos 6 meses para evitar una recaída. Cada vez están apareciendo en el mercado nuevos medicamentos más selectivos y con menos efectos secundarios que los tradicionales.

En las depresiones bipolares, las fases maníacas se atenúan y abrevian con neurolépticos. En muchos casos el tratamiento continuado con sales de litio evita la aparición de nuevas recaídas intensas.

La Terapia Electro Convulsiva (TEC) es un tratamiento eficaz cuando existen síntomas graves y para pacientes que no responden a la medicación o la psicoterapia.

Antes de someterse a este tratamiento los pacientes han de pasar un examen físico y neurológico previo. Deben permanecer en ayunas desde seis horas antes del TEC y se les administran anestésicos generales antes de ser estimulados eléctricamente.

Conjuntamente se puede hacer tratamiento psicoterapéutico, con una acción centrada en los aspectos psicosociales, cognitivos e interpersonales. Existen muchos tipos de terapias de ayuda, individuales o grupales, todo depende de la orientación psicológica del terapeuta. A continuación resumiremos algunas de las más importantes:

Terapia cognitiva

Se basa en el cambio del estilo de interpretación del mundo por parte del paciente afectado de depresión. Este tipo de terapia intenta cambiar las creencias y los pensamientos que llevan a la persona a tener esta enfermedad, fomentando el pensamiento lógico y racional sobre su situación y sus posibles salidas. Este tratamiento puede combinarse con la utilización de fármacos antidepresivos.

Terapia interpersonal

El objetivo principal es aliviar los síntomas a través de la resolución de los problemas interpersonales actuales del paciente, reduciendo así el estrés en la familia o el trabajo y mejorando las habilidades de comunicación interpersonal. El terapeuta trabaja con el paciente entrenando sus habilidades sociales. También puede combinarse con la administración de antidepresivos.

Terapia psicodinámica

Esta terapia promueve un cambio de personalidad a través del entendimiento de los conflictos de la infancia no resueltos. Trata de descubrir el origen del conflicto a través de los relatos del paciente e intenta reforzar sus capacidades adaptativas, va más allá de la simple mejoría sintomática. Es un tratamiento de muy larga duración.

En los últimos años la comunidad científica internacional ha mostrado gran interés en el estudio del cáncer, enfermedad que se ha estudiado en seres humanos de diferentes sexos y edades y tiene variadas formas de expresión. En la mujer el cáncer más frecuente es el de mama y en el hombre el broncopulmonar. (Vinaccio, Arango, 2003)

Existe una considerable evidencia que menciona la depresión como rasgo para la salud y establece un nexo estrecho entre afectación del sistema inmunológico, el cáncer y la depresión. Este complejo fenómeno sugiere que los índices de inmunocompetencia son más bajos en depresivos clínicos. (Vera – Villoroel, Biula – Casal, 1999)

La depresión en pacientes oncológicos

Los pacientes oncológicos son los que más frecuentemente presentan síntomas depresivos con una prevalencia de síndrome depresivo mayor que otros enfermos médicos (Creer, 1983). La prevalencia de los trastornos mentales en los pacientes oncológicos es aproximadamente el doble de la que se observa en pacientes con otras patologías medicas, y el triple en la población general (Salvador, 1987).

Es fundamental el diagnóstico y tratamiento de la depresión en los pacientes oncológicos, ya que puede influir negativamente en aspectos como la duración del ingreso hospitalario, el autocuidado, el cumplimiento terapeutico, la calidad de vida y la supervivencia (McDaniel, 1995).

La alta prevalencia de depresión encontrada en estos enfermos no se acompaña de igual número de diagnósticos detectados en la práctica clínica. Algunos pacientes son reconocidos y tratados, en ocasiones no son reconocidos, otras veces lo son pero no son tratados y en otros casos pacientes no refieren los síntomas. Es decir, la dificultad de detección de la depresión por médicos y cirujanos es elevada (Maguire y Faulkner, 1988). La presencia de síntomas somáticos, como anorexia, fatiga, pérdida ponderal, insomnio,

enlentecimiento psicomotor o pérdida del interés sexual, es básica para el diagnóstico de depresión en los pacientes sin enfermedades medicas, junto con los síntomas psíquicos descritos anteriormente. Sin embargo estos indicadores tienen poca utilidad diagnóstica en los pacientes oncológicos, ya que son comunes a las enfermedad neoplasica y a la depresión (Cavanagh, 1983). El personal médico que atiende al paciente podría sospechar un trastorno afectivo en el caso de observar síntomas somáticos desproporcionados a la gravedad del cáncer. Pero un diagnóstico fiable debe basarse en los síntomas cognitivos de tipo afectivo que caracterizan al síndrome depresivo: estado de ánimo deprimido, anhedonia, desinterés, dificultad de concentración, sentimiento de desesperanza, impotencia, culpa, soledad, inutilidad, estorbo o indefensión, pérdida de la autoestima e ideas autolíticas. Estos pacientes suelen infradiagnosticarse por atribución equivocada de síntomas depresivos al cáncer o a los efectos secundarios de su tratamiento, y por focalizar la atención en la exploración clínica de los síntomas físicos excluyendo los psicológicos.

Distintos factores influirán de forma positiva o negativa sobre el estado emocional del paciente, sobre su capacidad de reacción y sobre la aparición de un síndrome depresivo. Estos son: factores relacionados con la propia enfermedad, los relacionados con la vida del paciente y los relacionados con el propio sujeto.

Los factores relacionados con la propia enfermedad pueden influir en el desarrollo de una depresión, como el tipo de neoplasia, su localización, la clínica asociada, su evolución y el tipo de tratamiento.

La gravedad e intensidad de la clínica somática y la presencia de intenso sufrimiento emocional en el momento del diagnóstico, el dolor físico mal controlado, los estadios avanzados de la enfermedad, los procesos y/o tratamientos asociados a deformación o disfunción corporal, las bajas expectativas de curación o tratamiento, la

quimioterapia agresiva, y el uso de esteroides e interferón, tratamiento más frecuentemente asociados a inestabilidad emocional, incrementan de forma importante el riesgo de morbilidad por trastornos mentales.

Los factores relacionados con la vida del paciente también son importantes, como el nivel de adaptación previo, la existencia de otros procesos morbosos, las actitudes culturales y creencias religiosas, la presencia de soporte social en el ambiente que le rodea, o el sentimiento de amenaza para poder alcanzar los objetivos propios de cada etapa y esfera de la vida (adolescencia, vejez, desarrollo intelectual, aficiones, mundo laboral, familia, etc.). Evidentemente se asociaran a mayor riesgo de depresión situaciones como la falta de apoyo social, los problemas familiares o económicos previos al diagnóstico, la edad temprana, los bajos niveles de actividad y la existencia de experiencias negativas relacionadas con el cáncer en la familia.

Los factores relacionados con el propio sujeto, como su personalidad y estilo de afrontamiento de problemas, la tendencia a no expresar sentimientos negativos, su potencial para la rehabilitación física y psicológica, la presencia de historia psiquiátrica previa o el abuso de alcohol.

El síndrome depresivo en el paciente oncológico puede ser debido a diferentes causas. Puede tratarse de un cuadro adaptativo, yatrogeno, sintomático o un trastorno afectivo primario.

La depresión adaptativa o reactiva se presenta en relación al estrés que suele producir el diagnóstico de la enfermedad oncológica, la pérdida de salud acompañante y el modo en que el paciente y su familia perciben el trastorno. El síndrome depresivo reactivo es consecuencia del daño psíquico provocado por la enfermedad o sus consecuencias, suponiendo un derrumbe de la capacidad de adaptación del paciente.

El proceso de adaptación en la enfermedad oncológica se asocia a la aparición de diversos temores asociados a su diagnóstico y tratamiento, temores que Holland en 1979 recogió en las “6 D”:

- muerte: miedo a las pérdidas ocasionadas por la enfermedad, como la pérdida de salud o el riesgo de mortalidad
- Dependencia: de la familia, del personal sanitario, o de otros miembros de su entorno social
- Deformación: cambios corporales físicos o funcionales
- Discapacidad: interferencia en la consecución de objetivos laborales o personales
- Disrupción: ruptura de relaciones interpersonales
- Disconfort: molestias o incomodidades derivadas de la enfermedad, del tratamiento, del dolor en fases terminales, etc.

Delante de la amenaza que supone el diagnóstico de la enfermedad, la pérdida de salud y la proximidad de la muerte, el paciente reacciona utilizando diferentes mecanismos de afrontamiento.

Los más frecuentes en los pacientes oncológicos son la evaluación de la enfermedad de un modo no amenazante, el manejo de las cogniciones relacionadas con la enfermedad (modificar las cogniciones que evalúan la enfermedad como amenazante), el manejo de las emociones relacionadas con la enfermedad (limitación de la respuesta emocional, estrategias de intelectualización), el mantenimiento del control (a Dios, a los médicos) , el manejo de la incertidumbre como principal fuente de ansiedad (crearse

objetivos a corto plazo), y el manejo de la visión de uno mismo con respecto a la enfermedad (minimizar la enfermedad y el tratamiento, maximizar la fuerza personal) (Alvarez y Rojo, 1997).

Cuando las defensas o los mecanismos de afrontamiento de la persona no son suficientes o la agresión es intensa da lugar al trastorno de adaptación, con aparición de sintomatología depresiva o ansiosa, que requerirá ser detectada y evaluada, analizando los factores que influyen en el fracaso de la adaptación

La depresión yatrogena es aquella que esta ocasionada con los diversos tratamientos antineoplásicos utilizados (fármacos antineoplásicos y radioterapia), tratamientos que pueden asociarse a efectos neuropsiquiátricos importantes, siendo un aspecto a considerar en el estudio de los trastornos depresivos en el paciente oncológico.

La depresión sintomática en el caso del síndrome depresivo constituye una manifestación clínica más de la enfermedad médica. Es difícil distinguir si la depresión es reactiva a la situación estresante o es un síntoma de la enfermedad oncológica. Igualmente, determinados tipos de cáncer se asocian con más facilidad a cuadros depresivos y en, algunos casos, como en el páncreas, es frecuente que la depresión preceda a la clínica somática.

En la depresión primaria los trastornos primarios aparecerán y seguirán un curso independiente de la enfermedad orgánica. Los cuadros depresivos primarios pueden ser neuróticos, como la distimia

Los trastornos primarios aparecerían y seguirían un curso independiente de la enfermedad orgánica. Los cuadros depresivos primarios pueden ser neuróticos, como la distimia, o endógenos, como la melancolía, de causa fundamentalmente biológica. Estos ultimos incluyen los trastornos afectivos endógenos unipolares y las fases depresivas de los

trastornos afectivos bipolares, ambos poseen características clínicas diferenciales, como despertar precoz, mejoría vespertina, inicio en primavera- otoño, enlentecimiento psicomotriz y, frecuentemente, antecedentes personales o familiares de episodios similares y presentan una respuesta a la terapéutica biológicas (antidepresivos tricíclicos y terapia electroconvulsivante).

Es evidente la influencia del tipo de cáncer, sus manifestaciones clínicas o las diversas etapas evolutivas del mismo en la aparición de un cuadro depresivo y en su intensidad.

El cáncer de mama es el tipo de cáncer femenino más frecuente en muchos países, y suele asociarse a diversos trastornos psiquiátricos derivados de la amenaza de una enfermedad potencialmente fatal y de los cambios corporales experimentados tras el tratamiento quirúrgico (mastectomía) o durante la quimioterapia (alopecia, fatiga, aumento de peso; etc.). En estas pacientes se dan con frecuencia síntomas depresivos (15-25%) (Bos- Branolte, 1996).

El padecimiento del cáncer abarca diferentes etapas evolutivas, que pueden acompañarse de respuestas emocionales adaptativas o desadaptativas propias. Según Fawzy y cols (1993) estas fases evolutivas pueden estructurarse de la siguiente forma:

En la fase prediagnóstico como respuesta normal presenta preocupación sobre la posibilidad de padecer cáncer y como respuesta anormal hay hipervigilancia, preocupación y temores excesivos, desarrollo ficticio de síntomas propios del cáncer (somatización, conversión).

En la fase de diagnóstico como respuesta normal presenta conmoción psíquica, tendencia a la incredulidad y/o negación, irritabilidad, hostilidad y como respuesta anormal hay negación del diagnóstico, fatalismo y rechazo al tratamiento, conductas evitativas

(alcoholismo), síndrome depresivo con ideación autolítica, reacciones paranoides y búsqueda de curas alternativas.

En la fase inicial , en la cirugía como respuesta normal presentan miedo al dolor, la anestesia, la muerte y posibles cambios de imagen corporal y como respuesta anormal intentan retrasar la intervención, buscan tratamientos alternativos y depresión depresiva reactiva posquirúrgica, en la radioterapia como respuesta normal presentan miedo a las radiaciones y sus efectos y como respuesta anormal presentan reacción psicótica (alucinaciones) y en la quimioterapia como respuesta normal presentan miedo a los efectos secundarios, ansiedad y depresión leve, miedo a los cambios de autoimagen, aislamiento, actitudes altruistas y como respuesta anormal presentan psicosis por aislamiento, o secundarias a fármacos y trastorno orgánico cerebral.

En la fase postratamiento como respuesta normal presenta readaptación a normas anteriores, miedo a las recaídas y metástasis, depresión y ansiedad moderada, como respuesta anormal hay depresión y ansiedad grave posterior al tratamiento.

En la fase de recaídas como respuesta normal presenta conmoción psíquica, tendencia a la incredulidad y la negación, irritabilidad, hostilidad, ansiedad, depresión reactiva y como respuesta anormal hay depresión reactiva grave con insomnio, anorexia, desasosiego, ansiedad e irritabilidad, abuso y adicción al alcohol y conductas evitativas.

En la fase de empeoramiento como respuesta normal presentan desesperación y búsqueda de información en medicinas y como respuesta anormal hay depresión reactiva grave con ideación autolítica.

En la fase terminal y curas paliativas como respuesta normal presentan miedo a la indefensión, miedo a perder la compostura, sensación de trabajo inacabado, luto subjetivo

anticipatorio, fantasías de posmuerte y miedo a lo desconocido y como respuesta anormal hay depresión y cuadros confusionales y delirium.

El síndrome depresivo debe ser diferenciado de otros cuadros que pueden encontrarse con frecuencia en el paciente oncológico. La ansiedad y el delirium son los principales cuadros clínicos con los que debemos realizar el diagnóstico diferencial

La ansiedad es un estado emocional caracterizado por tensión, inquietud, sensación de alarma, temor y sintomatología somática de tipo vegetativo. Se suele asociar a situaciones de incertidumbre o amenaza, como la espera del diagnóstico, de exploraciones complementarias, de tratamientos quirúrgicos, ante los cambios terapéuticos, al notificar recaídas, en los aniversarios de acontecimientos relacionados con el cáncer o junto a síntomas físicos como el dolor o alteraciones metabólicas. Puede manifestarse como ansiedad generalizada, crisis de pánico relacionadas con estresantes ambientales, o como fobias simples, como por ejemplo miedo a las agujas o claustrofobia durante algunas pruebas o tratamientos que requieren aislamiento.

Es frecuente confundir el síndrome ansioso y el depresivo, ya que en los cuadros depresivos suelen aparecer síntomas ansiosos, y los cuadros ansiosos cronificados suelen asociarse a síntomas depresivos. La distinción es fácil en el caso de depresión endógena, pero puede ser difícil en las depresiones neuróticas. En este caso síntomas como la tristeza, la anhedonia y el tono hipovital orientan hacia la depresión.

El delirium es un síndrome cerebral orgánico de inicio brusco, curso fluctuante y corta duración, caracterizado por la alteración del nivel de conciencia. Puede ser ocasionado por múltiples causas, desde los efectos directos de un tumor cerebral sobre el sistema nervioso central, hasta el desequilibrio hidroelectrolítico, los estados anóxicos o diversas causas tóxico- metabólicas, incluyendo fármacos. En sus estadios iniciales puede mostrarse

exagerados los aspectos vulnerables de la personalidad del paciente, más tarde aparece el cuadro confuso, con oscilaciones del nivel de conciencia, desorientación e, incluso, agitación y alucinaciones visuales.

Estudios realizados en diferentes regiones de Brasil indican que muchas de las manifestaciones depresivas que aparecen en la adultez asociada a diferentes cuadros clínicos tienen su génesis mucho antes, en particular durante la adolescencia o asociadas a diferentes formas clínicas de la esquizofrenia (Bahls, de Araujo, Petribú, Bastos, 2002)

Cáncer de mama

La humanidad desde sus albores ha sido marcada por numerosas enfermedades con variedad de síntomas, subsistiendo la dolencia, el sufrimiento o el padecimiento y la incapacidad que han limitado la evolución estable de la vida de los individuos.

A lo largo de la historia, y hasta los años 70 del siglo pasado las enfermedades infectocontagiosas fueron las más importantes a nivel de morbilidad y mortalidad. A partir de la década de los años setenta empieza a ponerse de manifiesto la importancia de las enfermedades de origen no infeccioso y se insiste en ofrecer una valoración más integral de los cuadros sanitarios en la mayoría de las naciones.

En la actualidad en los países desarrollados se produce una gran prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas por diferentes razones entre ellas; el control de las enfermedades infecciosas y el aumento de los trastornos asociados con el estilo de vida. En los países subdesarrollados las enfermedades infecciosas siguen manteniendo un elevado nivel de prevalencia que alcanza cifras considerables en las naciones más pobres del planeta. En los países industrializados la realidad higiénico sanitaria es otra y las preocupaciones básicas se encuentran en el incremento notable de las enfermedades crónicas, en particular las de origen tumoral y de carácter oncológico.

La enfermedad crónica se define como un "proceso incurable, con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible".(Palerm,E; De Sojo, Peira, 1999)

El cáncer se considera un tipo de enfermedad crónica no transmisible. El cáncer, enfermedad que constituye un grave problema para la salud del hombre genera un gran impacto psicológico ya que se asocia con la muerte, el dolor y el sufrimiento; por lo que

representa para muchos soledad y desamparo. Neoplasia significa literalmente nuevo crecimiento.

El término tumor se aplicó primero a la tumefacción debida a la inflamación, pero posteriormente debido a que las neoplasias daban lugar a tumefacción se aplicó el término a las neoplasias. El término cáncer designa a todos los tumores malignos.

La definición más aproximada de neoplasia es la de Sir Rupert Willis: una neoplasia es una masa anormal de tejido, con un crecimiento que sobrepasa al de los tejidos normales y no coordinado con el de estos, que conserva el mismo carácter excesivo una vez concluido el estímulo que lo provocó.

Los tumores constan de células proliferantes llamadas parénquima tumoral. También constan de un estroma que es similar a un tejido conjuntivo que le aporta los vasos y el soporte físico. La proporción estroma/parénquima varía de unos tumores a otros. Algunos tumores, como por ejemplo algunos de la mama, son escleróticos (de consistencia pétreas) y esto se debe a que tienen mucho estroma. Sin embargo, cuanto más pequeño sea el estroma, más comprometidas estarán las células parenquimatosas. (Bleiker, E, 1999)

El parénquima suele estar constituido por un solo tipo celular que se sitúa en la periferia del tumor constituyendo el borde agresivo. En función de las células que lo constituyen se denomina: carcinoma (células epiteliales), leiomioma (músculo liso), condroma (cartílago). También hay parénquimas mixtos como p. ej. el fibroadenoma de la mama (células epiteliales + tejido fibroso).

Los tumores tienden a tener un crecimiento más intenso que el de los tejidos de los que derivan. Además este crecimiento se hace a expensas del tejido sano. El crecimiento persiste aunque haya cesado el estímulo que lo causó. Se ha comprobado en animales de

experimentación, en los que se inducen tumores mediante carcinógenos y al retirar estos, el proceso tumoral no concluye. Las células tumorales se vuelven inmortales.

Básicamente, hay dos tipos de tumores: benignos o no cancerosos, malignos o cancerosos. Los tumores benignos tienen seis características principales: sólo crecen hasta un determinado tamaño, normalmente no crecen muy rápido, no destruyen células normales, no se propagan al tejido que les rodea, normalmente no producen efectos secundarios graves, por lo general crecen de una manera ordenada.

Los tumores malignos se conocen por su capacidad para invadir y destruir tejidos y órganos, tanto los que están cerca como los que están lejos del tumor original. La muerte se produce cuando la propagación del cáncer daña de tal manera los tejidos y los órganos vitales, que no pueden funcionar. (Vincent, De Vita; Samuel, Hallman, 1993)

El cáncer de mama constituye uno de los grandes problemas médicos sociales de la actualidad, por su alta frecuencia y aumento progresivo en el número de mujeres que lo padecen. Este trastorno constituye la primera causa de muerte por cáncer en la mujer y representa la primera causa de muerte en la mujer entre los 25-45 años

Es el cáncer más frecuente en la mujer y el que causa mayor índice de mortalidad por neoplasia. Su incidencia ha aumentado progresivamente en las últimas décadas apareciendo cada vez en edades más tempranas. Los avances de la medicina han logrado por una parte descubrir tumores en estadios más tempranos y por otra alargar la vida de las pacientes afectadas. Es sin embargo el control periódico de las mujeres y la postura social frente al problema lo que logrará a largo plazo reducir la enfermedad a cotas razonables.

El cáncer de mama es un importante problema de salud pública. En 1999, aproximadamente 190,000 mujeres de Estados Unidos de América fueron diagnosticadas con esta enfermedad. A pesar de que del 65% al 70% de los cánceres de mama ocurren en

mujeres de 50 años de edad o más, miles de mujeres más jóvenes son diagnosticadas cada año con patología mamaria maligna. Menos aún, el chance de que cualquier mujer en forma individual desarrolle un cáncer de mama antes de los 50 años es pequeña: sólo 1 en 2525 mujeres desarrollará cáncer de mama a los 30 años, y sólo 1 en 217 a la edad de 40 años. (Bahls, S, 2002)

A pesar de que los números absolutos son pequeños, la incidencia de cáncer de mama aumenta bruscamente a lo largo de los años de la premenopausia. Después de la menopausia, la tasa de aumento declina, pero persiste en algún grado a todo lo largo de la expectativa de vida. De algún modo, entonces, el cáncer de mama puede ser visto como dos enfermedades separadas, una afectando a las mujeres premenopáusicas y otra afectando a las mujeres mayores.

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de éste tejido. La mama está formada por una serie de glándulas mamarias, que producen leche tras el parto, y a las que se les denomina lóbulos y lobulillos. Los lóbulos se encuentran conectados entre sí por unos tubos, conductos mamarios, que son los que conducen la leche al pezón, durante la lactancia, para alimentar al bebé. Las glándulas (o lóbulos) y los conductos mamarios están inmersos en el tejido adiposo y en el tejido conjuntivo, que, junto con el tejido linfático, forman el seno. A modo de muro de contención, actúa el músculo pectoral que se encuentra entre las costillas y la mama.

La piel recubre y protege toda la estructura mamaria. El sistema linfático está formado por recipientes y vasos o conductos que contienen y conducen la linfa, que es un líquido incoloro formado por glóbulos blancos, en su mayoría linfocitos. Estas células reconocen cualquier sustancia extraña al organismo y liberan otras sustancias que destruyen al agente agresor.

La mayoría de los tumores que se producen en la mama son benignos, no cancerosos, y son debidos a formaciones fibroquísticas en ella. Los tumores benignos están relacionados, la gran mayoría, con factores genéticos. Los síntomas que producen son dolor e inflamación pero, ni se diseminan al resto del organismo ni son peligrosos.

Dentro de los tumores malignos, existen varios tipos en función del lugar de la mama donde se produzca el crecimiento anormal de las células y según su estadio.

Los tumores pueden ser localizados o haberse extendido, a través de los vasos sanguíneos o mediante los vasos linfáticos, y haber dado lugar a metástasis, es decir, a un cáncer en un órgano distante al originario. De todos los casos de cáncer de mama, sólo el 7% de ellos presentan metástasis de inicio.

Clasificación del cáncer de mama:

El carcinoma ductal in situ se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. Es un cáncer muy localizado, que no se ha extendido a otras zonas. Por este motivo, puede extirparse fácilmente. La cifra de curación en las mujeres que presentan este tipo de cáncer ronda el 100%. Este tipo de tumor se puede detectar a través de una mamografía.

El carcinoma ductal infiltrante (o invasivo) es el que se inicia en el conducto mamario pero logra atravesarlo y pasa al tejido adiposo de la mama y luego puede extenderse a otras partes del cuerpo. Es el más frecuente de los carcinomas de mama, se da en el 80% de los casos.

El carcinoma lobular in situ se origina en las glándulas mamarias (o lóbulos) y, aunque no es un cáncer verdadero, aumenta el riesgo de que la mujer pueda desarrollar un cáncer en el futuro. Se suele dar antes de la menopausia. Una vez que es detectado, es importante que la mujer se realice una mamografía de control al año y varios exámenes clínicos para

vigilar el posible desarrollo de cáncer.

El carcinoma lobular infiltrante (o invasivo) comienza en las glándulas mamarias pero se puede extender y destruir otros tejidos del cuerpo. Entre el 10% y el 15% de los tumores de mama son de este tipo. Este carcinoma es más difícil detectarlo a través de una mamografía.

El carcinoma inflamatorio del seno es un cáncer poco común, tan sólo se presenta en un 1% del total de los tumores cancerosos de la mama. Es agresivo y de crecimiento rápido. Hace enrojecer la piel del seno y aumentar su temperatura. La apariencia de la piel se vuelve gruesa y ahuecada, como la de una naranja y pueden aparecer arrugas y protuberancias en ella. Estos síntomas son debidos al bloqueo que producen las células cancerosas sobre los vasos linfáticos.

La edad es el factor de riesgo más importante para el cáncer de mama, pero la localización geográfica también juega un rol. Por ejemplo, las mujeres Asiáticas, comparadas con las Norteamericanas o de Europa Occidental, tienen un riesgo muy bajo de desarrollar la enfermedad. De todos modos, los estudios de migración han mostrado que el riesgo de cáncer de mama de por vida de las mujeres Asiáticas que migran a los Estados Unidos aumenta hasta un nivel que se ubica entre el que se encuentra en Asia y el que se encuentra en Norteamérica. Y la primera generación de mujeres Asiáticas-Americanas tiene un riesgo de cáncer de mama a lo largo de su vida que es idéntico al de las mujeres Caucásicas Nativas Norteamericanas. (Bahls, S, 2002)

La incidencia de cáncer preinvasivo (por ej. Carcinoma ductal in situ) ha aumentado recientemente; este cambio ha sido atribuido, en parte, al menos, a un dramático aumento en el screening mamográfico que comenzó a mediados de los 80s. Este aumento, ajustado por edad ha sido observado tanto en mujeres caucásicas como Afroamericanas, pero es

menos dramático en las mujeres entre 35 a 39 años de edad. Al mismo tiempo, la incidencia de carcinoma invasor ha caído, acompañado por una pequeña caída en la mortalidad. Las razones para esta disminución no se conocen, pero puede involucrar tanto al uso más amplio de la mamografía así como a las mejoras en la hormonoterapia adyuvante y quimioterapia. El cáncer tiene un pronóstico y tratamiento distintos en función de la etapa de desarrollo que se encuentre y de los factores de riesgo que tenga la mujer. Para conocer esto, hay que realizar una serie de análisis que nos facilitarán clasificarlo en uno u otro estadio.

El Comité Conjunto Americano del Cáncer utiliza el sistema de clasificación TNM: La letra **T**, seguida por un número que va del 0 al IV, indica el tamaño del tumor y la propagación a la piel o a la pared del tórax debajo de la mama. A un número más alto le corresponde un tumor más grande y/o una mayor propagación a los tejidos cercanos. La letra **N**, seguida por un número que va del 0 al 3, indica si el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos cercanos a la mama y, si es así, si estos ganglios están adheridos a otras estructuras.

La letra **M**, seguida por un 0 o un 1, expresa si el cáncer se ha extendido a otros órganos distantes o a ganglios linfáticos no próximos a la mama.

La clasificación, para los subgrupos, se realiza con números que van del I al IV. El estadio I indica que el tumor es menor de 2cm y no hay metástasis (no se ha extendido).

El estadio II abarca las siguientes situaciones: el cáncer no mide más de 2 cm pero los ganglios linfáticos de la axila están afectados, el cáncer mide entre 2 y 5 cm y puede haberse extendido o no, el cáncer mide más de 5 cm pero los ganglios linfáticos axilares no están afectados.

El estadio III se divide en estadio IIIA y IIIB: el estadio III A puede integrar a las siguientes

formas: el tumor mide menos de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, y éstos están unidos entre sí o a otras estructuras, el tumor mide más de 5 cm y los ganglios linfáticos axilares también están afectados. El estadio III B puede darse en los siguientes casos: el cáncer se ha extendido a otros tejidos cerca de la mama (piel, pared torácica, incluyendo costillas y músculos del tórax), el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón. El estadio IV se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo. Los órganos en los que suele aparecer metástasis con mayor frecuencia son los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro. También puede ser que el tumor haya afectado localmente a la piel y a los ganglios linfáticos dentro del cuello, cercanos a la clavícula. Los índices de supervivencia relativa a 5 años, según el estadio del cáncer, son los siguientes: I - 98%, IIA - 88%, IIB - 76%, IIIA - 56%, IIIB - 49%, IV - 16%.

La causa del cáncer de mama no se conoce pero sí se sabe algunos factores de riesgo. Se considera factor de riesgo aquella situación que aumente las probabilidades de padecer la enfermedad.

Factores de riesgo:

Sexo: el cáncer de mama se da principalmente en la mujer aunque también puede afectar a los hombres pero la probabilidad es mucho menor.

Edad: una mayor edad conlleva un aumento del número de cánceres. El 60% de los cánceres de mama ocurren en mujeres de más de 60 años. Este porcentaje aumenta mucho más después de los 75 años.

Genes: existen dos genes identificados que, cuando se produce algún cambio en ellos (mutación), se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar el cáncer de mama.

Estos genes se denominan BRCA1 y BRCA2. Según algunos estudios realizados parece

que entre el 50% y el 60% de mujeres, que han heredado estos genes mutados, pueden desarrollar el cáncer antes de los 70 años. Pero estas cifras no son completamente fiables pues han aparecido otros estudios que ponen en duda esas cifras.

Antecedentes familiares: cuando un pariente de primer grado (madre, hermana, hija) ha tenido cáncer de mama, se duplica el riesgo de padecerlo. Mientras que si es un pariente más lejano (abuela, tía, prima) sólo aumenta el riesgo ligeramente.

Antecedentes personales: una enfermedad mamaria benigna previa parece aumentar el riesgo en aquellas mujeres que tienen un gran número de conductos mamarios. Aún así, este riesgo es moderado. Algunos resultados anormales de biopsia de mama pueden estar relacionados con un riesgo ligeramente elevado de padecer cáncer de mama. El riesgo de desarrollar cáncer en el otro seno, en aquellas mujeres que han tenido un cáncer de mama, es distinto de la recurrencia o reaparición del primer cáncer.

Color de la piel: las mujeres blancas de piel blanca son más propensas a padecer esta enfermedad que las mujeres negra, aunque la mortalidad en éstas últimas es mayor. Las que tienen menor riesgo de padecerlo son las mujeres asiáticas e hispanas.

Períodos menstruales: cuanto antes se comienza con la menstruación (antes de los 12 años), mayor es el riesgo (de dos a cuatro veces mayor) de padecerlo si se compara con aquellas que comenzaron más tarde (después de los 14 años). Lo mismo ocurre con la menopausia, las mujeres con una menopausia tardía (después de los 55 años) tienen mayor riesgo.

El embarazo después de los 30 años, tener la primera regla a una edad muy temprana o la retirada menstrual demasiado tarde, son situaciones que también aumentan el riesgo.

Estos factores, aunque muy frecuentes, suelen tener poca incidencia sobre el riesgo de padecer cáncer.

Se encuentran factores psicológicos en particular relacionados con el estilo de vida:

Uso prolongado de anticonceptivos: los últimos estudios han demostrado que el uso prolongado de anticonceptivos no está relacionado con el cáncer de mama.

Terapia de reposición estrogénica: esta terapia, que se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia, parece aumentar a largo plazo (más de 10 años) el riesgo de sufrir cáncer de mama, pero esto no es seguro.

Alcohol y dieta: el consumo de alcohol o el exceso de peso durante años están claramente vinculados al riesgo elevado de cáncer de mama.

Exceso de peso: el exceso de peso parece estar relacionado con un riesgo más alto de tener esta enfermedad, aunque no existe ninguna evidencia que un tipo determinado de dieta (dieta rica en grasas) aumente ese riesgo.

También se debe conocer que, en la actualidad, entre el 70% y el 80% de todos los cánceres mamarios aparecen en mujeres sin factores de riesgo aplicables y que sólo del 5% al 10% tienen un origen genético por poseer los genes mutados BRCA1 y BRCA2. En la actualidad, cualquier mujer cuya madre o hermanas estén afectadas por la enfermedad puede solicitar consejo genético, es decir, una valoración médica especializada que determine el riesgo que tiene de llegar a padecer la enfermedad.

En los estadios iniciales del cáncer de mama, la mujer no suele presentar síntomas. El dolor de mama no es un signo de cáncer, aunque el 10% de estas pacientes lo suelen presentar sin que se palpe ninguna masa.

El primer signo suele ser un bulto que, al tacto, se nota diferente del tejido mamario que lo rodea. Se suele notar con bordes irregulares, duro, que no duele al tocarlo. En ocasiones aparecen cambios de color y tirantez en la piel de la zona afectada.

No todos los tumores malignos presentan estas características pues algunos tienen bordes

regulares y son suaves al tacto. Por este motivo, cuando se detecte cualquier anomalía se debe consultar con el médico. En las primeras fases, el bulto bajo la piel se puede desplazar con los dedos.

En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza. El tumor suele ser claramente palpable e incluso los ganglios de las axilas pueden aumentar de tamaño. Los síntomas de estas etapas son muy variados y dependen del tamaño y la extensión del tumor.

Otros signos que pueden aparecer son: dolor o retracción del pezón, irritación o hendiduras de la piel, inflamación de una parte del seno, enrojecimiento o descamación de la piel o del pezón, secreción por el pezón, que no sea leche materna.

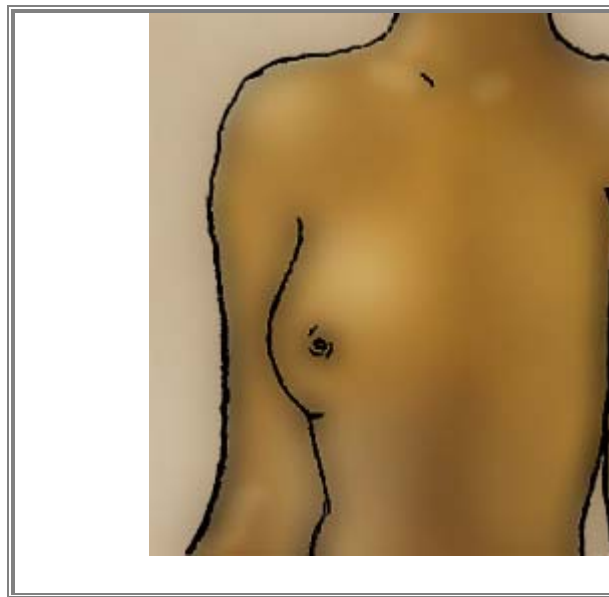
El tratamiento vendrá determinado por el tamaño del tumor y si ha habido extensión a los ganglios u otras zonas del cuerpo. Por lo general, cuando el tumor es menor de 1'5 centímetros de diámetro, la cirugía es suficiente para terminar con el cáncer y no se precisa de quimioterapia. Si el tumor mide más de 6 centímetros se suele administrar quimioterapia después de la cirugía. Cuando el tumor es mayor de 9 cm., puede administrarse quimioterapia antes de la cirugía para intentar reducir el tamaño.

La intervención quirúrgica permite el control local de la enfermedad y llevar a cabo un diagnóstico riguroso gracias a que se pueden determinar las características del tumor y el número de ganglios afectados por células malignas. Detectado a tiempo, el cáncer puede ser tratado sólo con radiaciones algunas veces, aunque en casi todos los casos un tumor maligno debe ser extirpado quirúrgicamente.

Durante la operación, el cirujano también extirpa los nódulos linfáticos de la axila porque la única manera de saber si el cáncer ha empezado a extenderse (metástasis) es examinar estos nódulos por el microscopio. Si aparecen células malignas, se necesitará

un tratamiento adicional, bien con medicamentos o bien con radiaciones. Si aparecen pocos nódulos cancerosos es mejor signo que si aparecen muchos.

En las operaciones de cáncer de mama, los cirujanos extirpan una cantidad de tejido muy variable y hay mucha controversia sobre qué procedimiento se debe seguir para obtener mejores resultados a largo plazo. Todos los casos son diferentes. Su médico debe considerar el tamaño del tumor, su localización, tipo de cáncer, comparar el tamaño y ver si ha crecido y cuanto. De esta manera podrá evaluar las posibilidades quirúrgicas.



MASTECTOMÍA RADICAL

Hasta hace 10 años ésta era la única opción. Ahora es utilizada raramente, excepto cuando el tumor ha invadido los músculos subyacentes a la mama. Una mastectomía radical extirpa la capa de músculos pectorales y nódulos linfáticos a lo largo del pecho, y deja a la paciente con menos tejido cubriendo el pecho, lo que hace que la posibilidad de una prótesis sea menor ya que hay muchas más posibilidades de una inflamación y mucha menos movilidad.

MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA

El cirujano extirpa la mama entera así como los nódulos linfáticos de la axila. Como los músculos del pecho son conservados hay menos problemas en la cicatrización, el resultado estético es mejor y es más fácil hacer una reconstrucción protésica. La proporción de curaciones con este procedimiento es parecida a la de la mastectomía radical.

MASTECTOMÍA SIMPLE

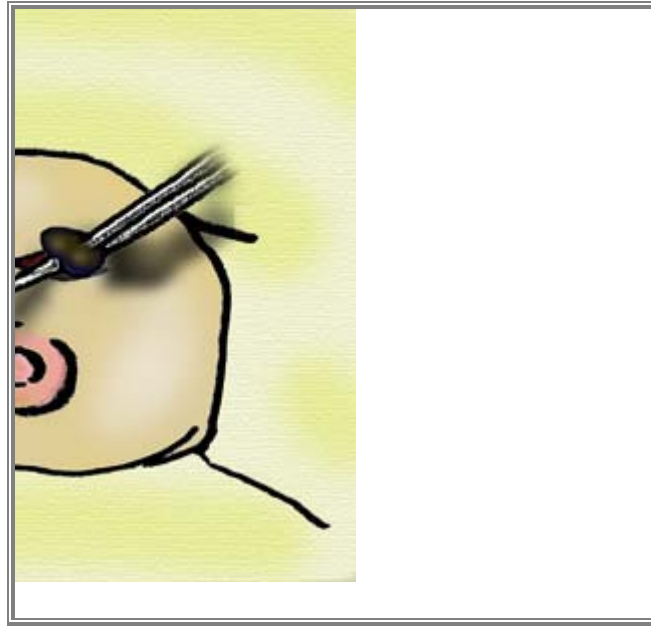
El cirujano extirpa solo la mama y toma una muestra del nódulo linfático de la axila.

MASTECTOMÍA SUBCUTÁNEA

El tejido de la mama es extirpado pero la piel y el tejido superficial se deja en su sitio. En esta caso es posible insertar debajo de la piel una mama artificial hecha con material sintético (silicona). Algún nódulo de la axila es también extirpado.

LUMPECTOMÍA

El cirujano extirpa sólo la masa o, si no, hace una incisión en cuña para extirpar también el tejido de alrededor.



En cualquier caso los nódulos son extraídos de la axila. Las lumpectomías generalmente son realizadas si el tumor es pequeño y, normalmente, después se radia la zona para matar cualquier célula cancerosa que pueda quedar en el área. El tratamiento a más largo plazo es siempre necesario si aparecen nódulos linfáticos en la axila que sean cancerosos. Incluso cuando los nódulos no lo son, la radiación, la terapia con hormonas o la quimioterapia son a veces utilizadas como precaución.

Estudios recientes indican que si el cáncer es detectado a tiempo, y a la lumpectomía le sigue una radiación, las posibilidades de sobrevivir son muy buenas así como con la mastectomía radical modificada. (La mastectomía es también llamada a veces tylectomía, amplia escisión, resección segmental o mastectomía parcial).

La radioterapia consiste en el empleo de rayos de alta energía, como rayos X, para destruir o disminuir el número de células cancerosas. Es un tratamiento local que se administra después de la cirugía conservadora (cuando se emplea después de la mastectomía es porque se considera que existe riesgo de que el tumor se reproduzca). Se desarrolla a lo largo de

unos días (los que el oncólogo y el radiólogo hayan creído convenientes), y la paciente va de forma ambulatoria a la clínica o sala donde se realice la radioterapia; no tiene que estar ingresada para ello.

La aplicación de radiaciones ionizantes altera las moléculas vitales para la célula provocando su lesión o su muerte. Este es el efecto que utiliza la radioterapia al actuar sobre los tejidos mamarios. Hay que tener en cuenta que ésta acción se produce tanto en los tejidos sanos como en los tumorales respondiendo a la ley de "todo o nada".

Hay varios sistemas de irradiación terapéutica que dependen de la fuente de emisión, ya sea a partir de radioisótopos artificiales emisores de radiaciones gamma (cobalto, cesio o iridio) o por generadores de rayos X y de electrones de gran energía (acelerador lineal y betatrón).

La aplicación de la irradiación debe ser fraccionada en dosis limitadas diariamente para evitar efectos contraproducentes. Se suele irradiar la mama completamente y se realiza una sobre dosificación en el lecho tumoral. En ocasiones esta última maniobra se realiza con agujas de Iridio que es lo que denominamos Curí terapia.

La radioterapia se utiliza sobre el tejido mamario restante en casos de tratamiento conservador. A veces, si el tumor es muy extenso, se aplica también al lecho de la mastectomía. Generalmente la axila no necesita ser irradiada; tan solo en los casos en los que más de 4 ganglios estén afectados o bien en aquellas ocasiones en las que se hallen células tumorales en la grasa ínter ganglionar se realizará una irradiación axilar.

En sí, el tratamiento dura unos minutos. No es doloroso sino que es algo parecido a una radiografía sólo que la radiación es mayor y está concentrada en la zona afectada. Lo que se consigue con la radioterapia es disminuir el tamaño del tumor, para luego retirarlo quirúrgicamente o, una vez realizada la intervención, limpiar la zona de células malignas.

Los efectos secundarios de este tratamiento son cansancio o fatiga, inflamación y pesadez en la mama, enrojecimiento y sequedad en la piel (como después de una quemadura solar), que suelen desaparecer tras seis o 12 meses. La acción de los aparatos suele estar muy focalizada de manera que sus efectos suelen ser breves y, generalmente, bien tolerados por las pacientes. Una buena combinación de descanso, actividad física y prendas delicadas puede atenuar estas molestias.

La quimioterapia consiste en la administración de medicamentos que destruyen las células cancerosas y evitan la aparición del tumor en otras partes del cuerpo. Existen varias vías de administración, pero las más frecuentes son la vía oral y la vía intravenosa.

No es necesaria la hospitalización para recibir este tratamiento, se puede hacer de forma ambulatoria. Esto dependerá del estado de la paciente y del tiempo de duración del tratamiento, uno completo puede prolongarse entre cuatro y ocho meses. El tratamiento quimioterápico puede realizarse a modo adyuvante, es decir, sumado a la cirugía o como tratamiento único, para los casos de recidivas y que la cirugía no sea una solución.

La quimioterapia neoadyuvante es aquella que se realiza antes de la cirugía y sólo en algunos casos. En la actualidad, se están realizando numerosos estudios sobre este tipo de tratamiento para valorar la eficacia de esta terapia. Lo que se quiere conseguir con ella es aumentar el número de pacientes a las que se les realice una cirugía conservadora de la mama.

Se realizará en aquellos casos en los que el tumor tenga un tamaño determinado, para que se reduzca con los fármacos y pueda extraerse en su totalidad sin necesidad de extirpar más tejido mamario, siempre que no haya afectación ganglionar.

La quimioterapia adyuvante se realiza después de la cirugía para eliminar las posibles células cancerosas que hayan quedado en cantidades microscópicas e impedir su

crecimiento.

Sólo hay un 10% de todas las pacientes que no reciben tratamiento postoperatorio y que son aquellas que tienen afectados los ganglios y el tumor es menor de 1 cm. o los receptores hormonales son positivos.

Estos medicamentos se administran a modo de ciclos, con un período de recuperación entre cada uno. La duración total del tratamiento varía en función de la quimioterapia que precise la paciente pero oscila entre tres y seis meses.

Los efectos secundarios de la quimioterapia: debido a que son medicamentos muy fuertes, presentan unos efectos secundarios que, en algunos casos, resultan muy molestos. Hay que decir que se administran, junto con ellos, otros fármacos que disminuyen algunos de esos efectos.

Los más frecuentes son: náuseas y vómitos, pérdida de apetito, pérdida del cabello, llagas en la boca, cansancio, riesgo elevado de infecciones.

Depresión.

La inmensa mayoría de los médicos usa el término depresión para significar el estado particular de un sujeto que tiene sus reacciones habituales frente a los acontecimientos, mostrando un estado de ánimo abatido y triste. Esto implica un cambio cualitativo en la conducta y en los sentimientos de las personas y no un cambio meramente cuantitativo, como cuando se dice que hay depresión de determinada función fisiológica, por ejemplo la respiración, indicando una disminución de esa función.

Los griegos, como Hipócrates, describieron los estados de tristeza, que denominaron melancolía (bilis negra), este estado estaba caracterizado por una aversión a

los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza. La influencia del planeta Saturno, hacia que el hígado secretara la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema.

Dentro de las escuelas psicológicas, ya Freud y Stekel, habían hecho el señalamiento de que algunos trastornos físicos presentes en una depresión podían, por su intensidad, ocultar o desfigurar los síntomas de esta. En la obra de Devaux y Logre (1917), se describía formas monosintomáticas de melancolía, en que la única manifestación patológica era el insomnio, la impotencia, o un dolor o cenestopatía, con características intermitentes. También Montassut (1938) mencionó casos semejantes y Ziegler(1939), publicó ciento once casos de pacientes con trastornos físicos, que le habían sido enviado por médicos generales, encontrando después que eran depresiones.

Pero en realidad, aunque se mencionen estos antecedentes es justo atribuir a Foster Kennedy (1942), el famoso neurólogo inglés que trabajó en Norteamérica, el haber hecho el señalamiento, de que manifestaciones somáticas y psíquicas aparentemente no depresiva, cedían a la electro convulsión y solo a ella, puesto que esos casos habían sido tratados ante de diversa manera sin obtener alivio, precisamente por el fracaso de lo demás tratamientos, se le sometía al nuevo procedimiento que significaba una esperanza. No escapó a la perspicacia de Foster Kennedy la relación entre esos síndromes y las depresiones, por lo que fueron llamadas “equivalentes maniaco-depresivas”, tanto si se trataba de síntomas somáticos como psíquicos.

Las depresiones reactivas por falta o privación de un afecto o posición, habrían sido vistas por todas las escuelas y la depresión anaclítica (Spitz, 1946: Kaufman y Rosenbaum, 1967) hace muchos años que había sido señalada y estudiada.

Un actor de orientación psicoanalítica, Bibring(1953), postuló que el mecanismo básico de la depresión era que el yo de sujeto constataba su “desamparo” en relación con la obtención de sus aspiraciones, de modo que la persona deprimida pierde sus incentivos y abandona sus objetivos, sino la persecución de ellos, convencida de que esta es inútil.

Hay autores soviéticos (Protopópov, principalmente) que han explicado los principales síntomas de las psicosis maniaco-depresivas por una patología hipotalámica, que daría un trastorno central de la regulación vegetativa y también trastornos endocrinos. De acuerdo con las ideas de Paulov, tendrá importancia la perturbación de las regulaciones dinámicas entre subcorteza y corteza; en las crisis, un estado de excitación subcortical, se irradiara a la corteza, dando el estado maniaco, mientras que si se produce lo contrario, una inducción negativa cortical habría depresión.

Lazarus (1968), desde el punto de vista de la conducta terapia mantuvo que la depresión podía verse como una consecuencia de una función de reforzamiento inadecuado o insuficiente, en que falta algún elemento reforzador significativo.

Melges y Bowlby (1969) plantearon que lo esencial del deprimido estaba en que creía que sus planes de acción para conseguir sus objetivos habían dejado de ser efectivos y que esta condición de falta de esperanza o desesperanza, era el elemento más fundamental.

Akisbal y Mekinney (1973), publicaron su hipótesis, de que el elemento común de las depresiones era el defecto de reforzamiento, estableciendo una relación entre esto defecto y la hipótesis de las aminoras biógenas, mencionando también las ideas de Stein sobre el aspecto bioquímico de los sistemas de recompensas y de castigo. Para estos autores, una multiplicidad de factores genéticos, de desarrollo, farmacológicos y de las relaciones interpersonales pueden converger para dar lugar a un trastorno funcional

reversible de los mecanismos de reforzamiento, que se manifestara en la conducta como un fenómeno depresivo.

Lehman (1974), en las conclusiones de un simposio internacional titulado “Depression in everyday practice” expresó que si se le preguntaba si existía un síndrome nuclear de la depresión, su respuesta sería que había que concentrarse en tres factores: pérdida de energía, falta de interés y disminución en la habilidad para obtener satisfacción en las cosas.

Agregando que estas características se encuentran en las personas deprimidas en todo el mundo, sin importar su cultura y que con esos elementos podemos distinguir la depresión de la ansiedad, porque aunque el ansioso pueda admitir que tiene menos energía y menos satisfacciones, sin embargo, todavía está interesado en las cosas y hasta más interesado en algunas, las que conciernen al motivo de su ansiedad.

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión. Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebrovascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. (Zaratigue, R, 2000)

De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI.

Depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

La depresión es una enfermedad tratable, al igual que la diabetes o la hipertensión. Muchos creen erróneamente que la depresión es normal en personas mayores, adolescentes, mujeres menopáusicas, madres primerizas o en personas que padecen enfermedades crónicas. Pero éste es un concepto equivocado, no importa la edad, el sexo o la situación de la vida, la depresión nunca es algo normal. Cualquier persona que experimente síntomas depresivos debe ser diagnosticada y tratada para revertir su condición.

La Dra. Celia Antonini plantea lo siguiente: Imagínese por un momento que está dentro de una habitación, ubicado en uno de los extremos (el extremo D). Desde ese ángulo tiene una visión de las cosas definida por el lugar en el que se encuentra. Desde ahí cada objeto de la habitación lo ve desde una única perspectiva, y no importa cuántas veces le pidan la descripción de los objetos que hay dentro de la habitación, desde ese lugar, usted va a verlo siempre de la misma manera. Si pudiese caminar dentro de la habitación tendría una visión diferente, podría observar nuevas cosas, nuevos ángulos y nuevas perspectivas. Si pudiese caminar.... pero no puede. La depresión es uno de los extremos de la habitación (el extremo D). Un extremo en donde el que llega, queda inmovilizado, atrapado y sin poder salir a caminar.

Cientos de circunstancias y acontecimientos de la vida lo pueden llevar a ese lugar, cada persona llega al extremo de la habitación por motivos y situaciones diferentes. Quizás usted vivió su infancia sintiendo que no era lo suficientemente querido, o creyó que

era menos que los otros, o ha sufrido pérdidas de las cuáles no se recuperó, quizás un día no se sintió merecedor de vivir una vida mejor y lo aceptó. O tal vez usted vivió una infancia y adolescencia feliz, sin mayores sobresaltos y un día sin motivos aparentes se encontró en el extremo de la habitación. ¿Pero cómo se llega a ese extremo? ¿Cuántos pasos hay que dar para llegar a la depresión? Puede ser sólo un gran paso, o dos más pequeños, o cuatro más cortos o cientos de pasitos. Se puede demorar semanas o muchos años en llegar al extremo, pero cuando uno se encuentre ahí se sentirá atrapado, inmovilizado y a oscuras. Al llegar al extremo D cada uno manifiesta su depresión de forma diferente, de acuerdo a la sintomatología que padezca, se clasifican en diferentes tipos de depresión.

En los ultimos tiempos se ha incrementado la preocupación científica por la depresión clínica y algunos autores han planteado la necesidad de valorar 5 ejes fundamentales al analizar su diagnóstico. (Casullo, 1998)

Estos ejes son: síntomas anímicos donde predomina la tristeza y la afectación del estado emocional, síntomas motivacionales donde es común encontrar la desesperanza y la pérdida del interés por las cosas, síntomas cognoscitivos donde se destacan los cambios en la memoria, la estabilidad tensional y el retraimiento al tener que reflexionar, síntomas psíquicos donde se incluyen variados síntomas que van desde disminución de las necesidades sexuales y el apetito hasta dolores de espalda y cambios en la expresión del rostro y síntomas vinculares donde son reconocidos los cambios de la conducta social del paciente deprimido que generalmente se retrae y tiende a aislarse.

Epidemiología

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la población. se ha estimado que aproximadamente un 1 por mil de la población general son emitidos anualmente en un hospital por trastorno depresivo. Alrededor de un 3 por mil son

remitidos al psiquiátrico, y un 3% de los enfermos con síntomas depresivos son atendidos en las consultas del médico general. En diversos estudios epidemiológicos se ha estimado una prevalencia de un 5% de sujetos con depresión en la población general. Por tanto, como los enfermos que consultan al psiquiátrico por estos síntomas constituye solo la punta del iceberg del total de enfermos afectados.

Un campo de interés en el estudio epidemiológico de la depresión ha sido el hallazgo de variables sociodemográfica que se asocian con el desarrollo de cuadros depresivos. En relación con la edad la aparición de la enfermedad se había asumido que era propia de la edad media y avanzada; sin embargo, en estudios recientes de muestras de población general y de pacientes tratados se han encontrado edades medias muchos más jóvenes, entre los 30 y los 40 años.

Uno de los hallazgos más constantes en el estudio de las variables demográfica es la mayor frecuencia del sexo femenino, que oscila de 2:1 a 3:1. Se ha tratado de explicar esta diferencia de acuerdo con mecanismos biológicos y sobretodo, con variables psicosociales. En este sentido, la diferencia se ha atribuido a una mayor vulnerabilidad social de la mujer.

Otro factor que explicaría esta diferencia en incidencia de la enfermedad depresiva entre los sexos sería el menor reconocimiento de los cuadros depresivos en los varones y su distinta expresividad. Algunos autores han planteado que el malestar de los trastornos afectivos se expresaría en los hombres con alteraciones de la conducta como sociopatía y alcoholismo.

En relación con las variables socioeconómicas, durante algún tiempo se mantuvo que los trastornos afectivos, en contraste con la esquizofrenia, tenían una presencia mayor

en las clases altas. Hoy día parece mantenerse esta tendencia en los cuadros bipolares, pero en los estudios epidemiológicos comunitarios se ha encontrado una mayor frecuencia de cuadros depresivos en las clases sociales con menos recursos económicos.

Etiología

En los últimos años unas de las áreas de mayor investigación psiquiátrica han sido el estudio de los factores etiológicos en los trastornos afectivos, fundamentalmente en el campo de los factores genéticos, biológicos y psicosociales.

Factores genéticos:

Los estudios genéticos y familiares confirman la independencia de los trastornos afectivos en relación con la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Los trastornos del humor tienen patrones de presentación claramente familiares, y el riesgo de padecer la enfermedad aumenta varias veces entre los familiares de primer grado. Los pacientes con trastornos bipolares tienen familiares bipolares y unipolares, mientras que entre los pacientes con trastornos unipolares se encuentran sobretodo familiares unipolares. Existe también una asociación entre los trastornos depresivos y la presencia de alcoholismo paterno, pero no parece tener componentes genéticos, y sería debido a factores de tipo ambiental.

La existencia de un sustrato genético es el factor biológico con más claridad en los trastornos afectivos mayores. La mayor carga genética se asocia a los trastornos bipolares, mientras que las depresiones neuróticas son las que están menos influidas por los factores genéticos. La concordancia genética para el trastorno bipolar se acerca al 70% en los gemelos monocigóticos y solo es el 15% en los dicigóticos, lo que confirma el papel

de la vulnerabilidad genética. Para el trastorno unipolar, la concordancia en gemelos monocigóticos es del 40%. La transmisión genética de los trastornos afectivos es seguramente poligénica. Algunas investigaciones han relacionado los trastornos afectivos con la presencia de genes específicos en el cromosoma 6 y en el brazo corto del cromosoma 11, aunque los datos no son aún definitivos.

Factores biológicos:

En relación con los mecanismos biológicos implicados en la etiopatogenia de los trastornos afectivos, los datos son cada día más abundantes y de difícil integración en una única hipótesis.

En esta área la investigación se inició hace aproximadamente tres décadas, ante la observación de que existían determinadas sustancias que provocaban alteraciones en el estado de ánimo. Así, la izoniacida, un fármaco empleado en el tratamiento de la tuberculosis se asociaba con euforia en algunos pacientes, mientras que la reserpina, medicamento utilizado para el control de la hipertensión arterial desencadenaba cuadros depresivos. A partir de estas observaciones se planteó la existencia de una relación entre un trastorno bioquímico cerebral y ciertos cambios en el estado de ánimo, abriéndose la posibilidad de disponer de tratamientos eficaces con acción a este nivel. A partir de entonces son muchos los medicamentos desarrollados con probado efecto antidepresivos, y diversas las teorías explicativas de los mecanismos biológicos a partir de los cuales se puede obtener un efecto terapéutico.

En casi todas las teorías “biologicistas” sobre la etiopatogenia de las depresiones se menciona la explicación de los neurotransmisores cerebrales que controlan las interacciones neuronales a partir de las cuales se desarrollan los pensamientos, la conducta y las emociones humanas. En la actualidad es grande la evidencia a favor de la implicación

de la neurotransmisión noradrenérgica, serotoninérgica y dopaminérgica en los trastornos afectivos, aunque también están implicadas en otros muchos cuadros psiquiátricos.

Los estudios del patrón del sueño en los enfermos con trastornos afectivos han contribuido también a identificar ciertas alteraciones que pueden servir de marcadores biológicos de la enfermedad para confirmar el diagnóstico en los casos dudosos. Quizás el dato más sugestivo en este campo de investigación es la posibilidad que ofrece la supresión del sueño como instrumento terapéutico en el tratamiento de los episodios depresivos.

Los estudios de la posible implicación de los mecanismos hormonales en la etiopatogenia de los trastornos afectivos partieron de la observación de síntomas depresivos frecuentes en el Síndrome de Cushing, que es producido por una liberación excesiva de cortisona, y en el Hipotiroidismo. En investigaciones realizadas en enfermos depresivos tanto unipolares como bipolares se han podido comprobar a menudo alteraciones en los niveles plasmáticos de numerosas hormonas (cortizol, ACTH, hormona tirotrópica, hormona del crecimiento, melatonina, prolactina, etc.) que se ponen de manifiesto cuando se administran sustancias estimulantes o inhibidoras de la secreción hormonal correspondiente. Estos hallazgos, en principio muy prometedores permiten conocer mejor las alteraciones de los neurotransmisores cerebrales implicados en la génesis del trastorno depresivo, y ofrecen también gran interés por sus aplicaciones como pruebas de valor diagnóstico y para seguir el curso de la enfermedad hasta la remisión de los síntomas, que debe ser simultánea a la normalización de la alteración hormonal.

Factores psicológicos:

Para el psicoanálisis, la existencia de una dependencia de carácter regresivo en el paciente depresivo impide la actuación normal ante las situaciones de pérdidas. Las teorías cognitivas proponen que la depresión es el resultado de un estilo cognitivo distorsionado

con tendencia a la visión negativa de los acontecimientos y a la infravaloración del propio ser. Clásicamente se ha considerado la aparición de la depresión como consecuencia de pérdidas afectivas, frustraciones o rechazos. Sin embargo, solo un 20% de los individuos que sufren este tipo de pérdidas desarrollan una depresión, lo que sugiere la presencia de otros factores

Factores sociales:

En relación con el papel de los factores sociales en la etiología de los trastornos afectivos las opiniones son muy dispares. En un polo se sitúan los autores que propugnan que la depresión es fundamentalmente un fenómeno social; otros en cambio ponen el acento en los factores heredo biológicos y atribuyen a los eventos vitales un papel causal muy marginal. Es evidente que en las reacciones de duelo y en los trastornos adaptativos las situaciones de estrés tienen un papel precipitante. Por el contrario, en los llamados trastornos afectivos mayores esta relación no es tan simple: tienen un papel desencadenante en los primeros episodios depresivos y mucho menor en la aparición de los episodios recidivantes posteriores. Con frecuencia, cuando un paciente describe un suceso que presuntamente ha desencadenado los síntomas este es de muy poca importancia, y profundizando en el interrogatorio se pueden encontrar síntomas del cuadro depresivo previos a la aparición del suceso. Además, es frecuente encontrar pacientes en los que el episodio depresivo aparece tras un suceso positivo, como puede ser un ascenso en el trabajo, la consecución de una meta a largo tiempo perseguida, etc. Diversos autores han resaltado el papel de factores traumáticos en la infancia que inciden de algún modo en la formación de una personalidad proclive al desarrollo de cuadros depresivos.

A la hora de establecer un diagnóstico de depresión el médico no debe atender solo a la existencia de una circunstancia desencadenante, es necesario considerar todas las

circunstancias biográficas del individuo en torno al desarrollo del cuadro para conseguir una comprensión adecuada del paciente.

Un aspecto muy debatido en psiquiatría es la existencia de un tipo de personalidad cuya presencia predispone el desarrollo de trastorno depresivo. Tellenbach describió el tipo de personalidad melancólica tras observar una amplia muestra de enfermos depresivos unipolares. Su característica fundamental sería su afán de orden. Son sujetos con un rígido sentido del deber con relaciones interpersonales marcadas por la escrupulosidad moral, que evitan los conflictos y que son autoexigentes en el plano laboral. Autores posteriores han señalado otras características de la personalidad depresiva: inseguridad, timidez, introversión, tendencia a las rumiaciones obsesivas y ciertos síntomas que se han señalados como subclínicos, como la astenia y la irritabilidad.

Tipos de depresión

Al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres tipos de depresión más comunes son: Trastorno depresivo mayor, el Trastorno distímico y el Trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

El trastorno depresivo mayor se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

El trastorno distímico es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento

y el bienestar de la persona. La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo.

Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros.

Puede llevar a que la persona se meta en graves problemas y en situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca un individuo puede sentirse feliz o eufórico, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas.

Síntomas del trastorno depresivo mayor

No todos experimentan la depresión de la misma manera, los síntomas varían según las personas. La depresión puede ser calificada como leve, moderada o grave dependiendo de la cantidad y gravedad de sus síntomas.

Los síntomas son: estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente, sentimientos de desesperanza y pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo, pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban,

incluyendo la actividad sexual, disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta" , dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones, insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta, pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso, pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio, inquietud, irritabilidad, síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Síntomas del trastorno afectivo bipolar

El trastorno afectivo bipolar produce cambios del ánimo patológicos de manía a depresión, con una tendencia a recurrir y a desaparecer espontáneamente. Tanto los episodios maníacos como los depresivos pueden predominar y producir algunos cambios en el estado de ánimo, o los patrones de cambios del estado de ánimo pueden ser cíclicos, comenzando a menudo con una manía que termina en una depresión profunda.

A algunas personas se las denomina cicladores rápidos porque su ánimo puede cambiar varias veces en un día. Otros presentan lo que se llama "estados mixtos", en donde los pensamientos depresivos pueden aparecer en un episodio de manía o viceversa. Cuando el trastorno afectivo bipolar se presenta en niños, generalmente aparece en su forma mixta.

Durante la fase depresiva el paciente presenta: pérdida de la autoestima, ensimismamiento, sentimientos de desesperanza o minusvalía, sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados, fatiga (cansancio o aburrimiento) que dura semanas o meses, lentitud exagerada (inercia), somnolencia diurna persistente, insomnio, problemas de concentración, fácil distracción por sucesos sin trascendencia, dificultad para tomar decisiones, pérdida del apetito, pérdida involuntaria de peso, pensamientos

anormales sobre la muerte, pensamientos sobre el suicidio, planificación de suicidio o intentos de suicidio, disminución del interés en las actividades diarias, disminución del placer producido por las actividades cotidianas.

En la fase maníaca se presentan: exaltación del estado de ánimo, aumento de las actividades orientadas hacia metas, ideas fugaces o pensamiento acelerado, autoestima alta, menor necesidad de dormir, agitación, logorrea (hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando), incremento en la actividad involuntaria (es decir, caminar de un lado a otro, torcer las manos), inquietud excesiva, aumento involuntario del peso, bajo control del temperamento, patrón de comportamiento de irresponsabilidad extrema, aumento en la actividad dirigida al plano social o sexual, compromiso excesivo y dañino en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias dolorosas (andar en juergas, tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y otras drogas), creencias falsas (delirios), alucinaciones.

Los síntomas maníacos y depresivos se pueden dar simultáneamente o en una sucesión rápida en la denominada fase mixta.

Síntomas del trastorno distímico

Las características asociadas al trastorno distímico son parecidas a las de un episodio depresivo mayor. Varios estudios sugieren que los síntomas más frecuentemente encontrados en el trastorno distímico son: sentimientos de incompetencia, pérdida generalizada de interés o placer, aislamiento social, sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado, sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva descenso de la actividad, la eficiencia y la productividad.

Síntomas dependientes de la edad y el sexo: en los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos y provoca frecuentemente un deterioro del

rendimiento escolar y de la interacción social. En general, los niños y adolescentes con un trastorno distímico están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima y escasas habilidades sociales y son pesimistas. En los adultos las mujeres son dos o tres veces más propensas que los varones a presentar un trastorno distímico.

La depresión es un término con un significado que varía desde las bajadas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. El psicólogo Coderch describe lo que es la depresión con las siguientes palabras: "En la depresión existe una pérdida general de vitalidad, expresando el enfermo falta de interés y energía. El sujeto se muestra cansado y triste. Puede rehuir de las actividades sociales y su rendimiento decrece en todas las esferas. Una totalidad de desesperanza y pesimismo invadirá sus fantasías y sus ideas".

Las depresiones pueden ser endógenas, exógenas o somatógenas. Todas ellas se caracterizan por una serie de alteraciones en el área psíquica y en la orgánica.

En el área psíquica estar deprimido produce tristeza, desmoralización y pérdida de autoestima. En la orgánica da astenia, abatimiento, hipoactividad, pérdida de apetito, pérdida de peso, alteraciones del sueño, disminución de la libido y en casos graves, incluso ideas delirantes.

Depresión endógena

Este tipo de depresión tiene una causa fundamentalmente biológica. No existe continuidad con la historia vital de la persona, no hay motivos para estar triste o melancólico, ni existen causas externas. Estas personas tienden a encontrarse mejor por las tarde y su patología se relaciona con el cambio de estación (hay un aumento de síntomas

depresivos en primavera y otoño). Frecuentemente su iniciación y curso se asocia a ritmos biológicos. Suelen ser hereditarias.

Depresión exógena

Depresión fundamentalmente causada por factores ambientales externos. También se denomina depresión reactiva, pues se producen como respuesta a una pérdida, un desengaño, una tensión u otros acontecimientos externos recientes. Se supone que las depresiones sin una historia de tensión externa se deben a algún proceso biológico intrínseco o endógeno.

Los factores exógenos son inespecíficos, además se dan diferencias intraindividuales según el momento evolutivo, influyendo la persistencia de los factores, la profundidad de la experiencia vivida y si son inesperados o no, en la depresión que producirán

Existe una amplia literatura sobre la relación entre la tensión, la separación, la pérdida y otros acontecimientos vitales con los diversos síndromes de la depresión reactiva. Hay que subrayar la importancia de las causas experienciales y ambientales, ya que los acontecimientos de la vida se consideran significativos en la patogénesis de la depresión.

Pay Kel (1979) afirma que "existe un riesgo seis veces mayor de desarrollar una depresión en los seis meses siguientes a la aparición de acontecimientos vitales estresantes", como por ejemplo la independencia y el abandono del hogar por parte de los hijos. Toda la fisiología y la patología del estrés son inseparables de la emoción, de la angustia y de la depresión, sobretodo en cuanto representan los esfuerzos adaptativos del organismo para afrontar una situación de alarma.

Depresión somatógena

Este tipo de depresión es secundaria a causas físicas específicas y patologías orgánicas demostrables. También se llaman depresiones orgánicas, las causas más frecuentes son: trastornos tiroideos, anemias, infecciones víricas, lupus, cáncer, parkinson, causas yatrógenas: fármacos como anticonceptivos orales, corticoides, antihipertensivos, psicodélicos y otros.

La depresión es un síntoma muy común entre la población y aparece con mayor frecuencia en la mujeres (entre un 10 y un 15%), en los hombres la probabilidad es menor (entre el 5 y el 12%). Puede surgir a cualquier edad, aunque suelen aparecer los síntomas entre los 20 y 50 años.

Criterios para diagnosticar un episodio depresivo mayor

Los sujetos que padecen depresión tienen la capacidad disminuida para pensar, concentrarse y tomar decisiones, pueden dar la impresión de distraerse con facilidad o quejarse de falta de memoria.

El trastorno de ánimo deprimido se caracteriza por lo menos por dos de los síntomas siguientes durante un período mínimo de dos semanas, representando un cambio en su actividad previa. Uno de los síntomas ha de ser el 1 o el 2. Se presentan durante la mayor parte de los días y son manifestados por las personas que lo conocen: ánimo deprimido, acentuada disminución del interés o del placer en la mayoría de las actividades cotidiana, disminución o aumento del apetito, insomnio o somnolencia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o disminución de energía, sentimientos de indignidad o culpabilidad excesivos o inadecuados, disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, ideas de muerte, ideas de suicidio sin un plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.

En la depresión el estado de ánimo varía de un día a otro. En algunos casos la ansiedad y el malestar pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por irritabilidad, comportamiento histriónico o preocupaciones somáticas.

En la depresión mayor habrá un síndrome somático cuando estén presentes cuatro de las siguientes características: pérdida de la libido, alteración del peso, empeoramiento matutino del humor, despertarse horas antes de lo habitual, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales agradables, disminución de la capacidad de disfrutar de las actividades que le eran placenteras.

La diferenciación de la gravedad de los cuadros depresivos se basa en el número, tipo y gravedad de los síntomas. Un buen indicador podría ser la actividad laboral, en el hogar, la cotidiana o la social.

Factores de riesgo

Existe una predisposición genética ha experimentar estos trastornos afectivos, ya que el índice de prevalencia entre los familiares de los pacientes es dos o tres veces superior, especialmente en parientes de primer grado. La prevalencia de trastornos depresivos es mayor en gemelos homocigóticos que en dicigóticos. "Cada individuo posee un patrón genético, evolutivo, ambiental, social, personal y fisiológico que lo predispone o lo protege frente a la depresión en cualquier momento de su vida" (Creist y Jefferson, 1992).

También se ha demostrado que las personas con este trastorno poseen un déficit en la mayoría de los neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina. Es en este aspecto donde se basa el tratamiento farmacológico de la depresión.

Por otro lado, hay una mayor tendencia femenina a presentar ansiedad y depresión asociada a síntomas de tipo somático por consideraciones endocrinológicas, como una más alta frecuencia de trastornos afectivos en períodos premenstruales, en los postpartos y en el pre y el post menopausias. Los trastornos afectivos de los ciclos reproductivos están relacionados con las hormonas reproductivas y la susceptibilidad a sus variaciones.

No hemos de olvidar todos los factores psicosociales que rodean a la persona con el ánimo melancólico y que pueden haber precipitado su enfermedad, como los acontecimientos vitales: pérdida de un ser querido, desempleo, escasa relación interpersonal, frustración, etc.

Tratamiento de la depresión

El tratamiento farmacológico de la depresión se realiza bajo un estricto seguimiento médico con antidepresivos orales, lo más utilizados son los Tricíclicos o Tertracíclicos. También se utilizan los IMAO (Inhibidores de Monoaminoxidasa) y los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina). La respuesta terapéutica a la medicación suele aparecer a las 4 o 6 semanas posteriores al inicio del tratamiento, y se debe hacer un mantenimiento durante unos 6 meses para evitar una recaída. Cada vez están apareciendo en el mercado nuevos medicamentos más selectivos y con menos efectos secundarios que los tradicionales.

En las depresiones bipolares, las fases maníacas se atenúan y abrevian con neurolépticos. En muchos casos el tratamiento continuado con sales de litio evita la aparición de nuevas recaídas intensas.

La Terapia Electro Convulsiva (TEC) es un tratamiento eficaz cuando existen síntomas graves y para pacientes que no responden a la medicación o la psicoterapia.

Antes de someterse a este tratamiento los pacientes han de pasar un examen físico y neurológico previo. Deben permanecer en ayunas desde seis horas antes del TEC y se les administran anestésicos generales antes de ser estimulados eléctricamente.

Conjuntamente se puede hacer tratamiento psicoterapéutico, con una acción centrada en los aspectos psicosociales, cognitivos e interpersonales. Existen muchos tipos de terapias de ayuda, individuales o grupales, todo depende de la orientación psicológica del terapeuta. A continuación resumiremos algunas de las más importantes:

Terapia cognitiva

Se basa en el cambio del estilo de interpretación del mundo por parte del paciente afectado de depresión. Este tipo de terapia intenta cambiar las creencias y los pensamientos que llevan a la persona a tener esta enfermedad, fomentando el pensamiento lógico y racional sobre su situación y sus posibles salidas. Este tratamiento puede combinarse con la utilización de fármacos antidepresivos.

Terapia interpersonal

El objetivo principal es aliviar los síntomas a través de la resolución de los problemas interpersonales actuales del paciente, reduciendo así el estrés en la familia o el trabajo y mejorando las habilidades de comunicación interpersonal. El terapeuta trabaja con el paciente entrenando sus habilidades sociales. También puede combinarse con la administración de antidepresivos.

Terapia psicodinámica

Esta terapia promueve un cambio de personalidad a través del entendimiento de los conflictos de la infancia no resueltos. Trata de descubrir el origen del conflicto a través de los relatos del paciente e intenta reforzar sus capacidades adaptativas, va más allá de la simple mejoría sintomática. Es un tratamiento de muy larga duración.

En los últimos años la comunidad científica internacional ha mostrado gran interés en el estudio del cáncer, enfermedad que se ha estudiado en seres humanos de diferentes sexos y edades y tiene variadas formas de expresión. En la mujer el cáncer más frecuente es el de mama y en el hombre el broncopulmonar. (Vinaccio, Arango, 2003)

Existe una considerable evidencia que menciona la depresión como rasgo para la salud y establece un nexo estrecho entre afectación del sistema inmunológico, el cáncer y la depresión. Este complejo fenómeno sugiere que los índices de inmunocompetencia son más bajos en depresivos clínicos. (Vera – Villoroel, Biula – Casal, 1999)

La depresión en pacientes oncológicos

Los pacientes oncológicos son los que más frecuentemente presentan síntomas depresivos con una prevalencia de síndrome depresivo mayor que otros enfermos médicos (Creer, 1983). La prevalencia de los trastornos mentales en los pacientes oncológicos es aproximadamente el doble de la que se observa en pacientes con otras patologías medicas, y el triple en la población general (Salvador, 1987).

Es fundamental el diagnóstico y tratamiento de la depresión en los pacientes oncológicos, ya que puede influir negativamente en aspectos como la duración del ingreso hospitalario, el autocuidado, el cumplimiento terapeutico, la calidad de vida y la supervivencia (McDaniel, 1995).

La alta prevalencia de depresión encontrada en estos enfermos no se acompaña de igual número de diagnósticos detectados en la práctica clínica. Algunos pacientes son reconocidos y tratados, en ocasiones no son reconocidos, otras veces lo son pero no son tratados y en otros casos pacientes no refieren los síntomas. Es decir, la dificultad de detección de la depresión por médicos y cirujanos es elevada (Maguire y Faulkner, 1988). La presencia de síntomas somáticos, como anorexia, fatiga, pérdida ponderal, insomnio,

enlentecimiento psicomotor o pérdida del interés sexual, es básica para el diagnóstico de depresión en los pacientes sin enfermedades medicas, junto con los síntomas psíquicos descritos anteriormente. Sin embargo estos indicadores tienen poca utilidad diagnóstica en los pacientes oncológicos, ya que son comunes a las enfermedad neoplasica y a la depresión (Cavanagh, 1983). El personal médico que atiende al paciente podría sospechar un trastorno afectivo en el caso de observar síntomas somáticos desproporcionados a la gravedad del cáncer. Pero un diagnóstico fiable debe basarse en los síntomas cognitivos de tipo afectivo que caracterizan al síndrome depresivo: estado de ánimo deprimido, anhedonia, desinterés, dificultad de concentración, sentimiento de desesperanza, impotencia, culpa, soledad, inutilidad, estorbo o indefensión, pérdida de la autoestima e ideas autolíticas. Estos pacientes suelen infradiagnosticarse por atribución equivocada de síntomas depresivos al cáncer o a los efectos secundarios de su tratamiento, y por focalizar la atención en la exploración clínica de los síntomas físicos excluyendo los psicológicos.

Distintos factores influirán de forma positiva o negativa sobre el estado emocional del paciente, sobre su capacidad de reacción y sobre la aparición de un síndrome depresivo. Estos son: factores relacionados con la propia enfermedad, los relacionados con la vida del paciente y los relacionados con el propio sujeto.

Los factores relacionados con la propia enfermedad pueden influir en el desarrollo de una depresión, como el tipo de neoplasia, su localización, la clínica asociada, su evolución y el tipo de tratamiento.

La gravedad e intensidad de la clínica somática y la presencia de intenso sufrimiento emocional en el momento del diagnóstico, el dolor físico mal controlado, los estadios avanzados de la enfermedad, los procesos y/o tratamientos asociados a deformación o disfunción corporal, las bajas expectativas de curación o tratamiento, la

quimioterapia agresiva, y el uso de esteroides e interferón, tratamiento más frecuentemente asociados a inestabilidad emocional, incrementan de forma importante el riesgo de morbilidad por trastornos mentales.

Los factores relacionados con la vida del paciente también son importantes, como el nivel de adaptación previo, la existencia de otros procesos morbosos, las actitudes culturales y creencias religiosas, la presencia de soporte social en el ambiente que le rodea, o el sentimiento de amenaza para poder alcanzar los objetivos propios de cada etapa y esfera de la vida (adolescencia, vejez, desarrollo intelectual, aficiones, mundo laboral, familia, etc.). Evidentemente se asociaran a mayor riesgo de depresión situaciones como la falta de apoyo social, los problemas familiares o económicos previos al diagnóstico, la edad temprana, los bajos niveles de actividad y la existencia de experiencias negativas relacionadas con el cáncer en la familia.

Los factores relacionados con el propio sujeto, como su personalidad y estilo de afrontamiento de problemas, la tendencia a no expresar sentimientos negativos, su potencial para la rehabilitación física y psicológica, la presencia de historia psiquiátrica previa o el abuso de alcohol.

El síndrome depresivo en el paciente oncológico puede ser debido a diferentes causas. Puede tratarse de un cuadro adaptativo, yatrogeno, sintomático o un trastorno afectivo primario.

La depresión adaptativa o reactiva se presenta en relación al estrés que suele producir el diagnóstico de la enfermedad oncológica, la pérdida de salud acompañante y el modo en que el paciente y su familia perciben el trastorno. El síndrome depresivo reactivo es consecuencia del daño psíquico provocado por la enfermedad o sus consecuencias, suponiendo un derrumbe de la capacidad de adaptación del paciente.

El proceso de adaptación en la enfermedad oncológica se asocia a la aparición de diversos temores asociados a su diagnóstico y tratamiento, temores que Holland en 1979 recogió en las “6 D”:

- muerte: miedo a las pérdidas ocasionadas por la enfermedad, como la pérdida de salud o el riesgo de mortalidad
- Dependencia: de la familia, del personal sanitario, o de otros miembros de su entorno social
- Deformación: cambios corporales físicos o funcionales
- Discapacidad: interferencia en la consecución de objetivos laborales o personales
- Disrupción: ruptura de relaciones interpersonales
- Disconfort: molestias o incomodidades derivadas de la enfermedad, del tratamiento, del dolor en fases terminales, etc.

Delante de la amenaza que supone el diagnóstico de la enfermedad, la pérdida de salud y la proximidad de la muerte, el paciente reacciona utilizando diferentes mecanismos de afrontamiento.

Los más frecuentes en los pacientes oncológicos son la evaluación de la enfermedad de un modo no amenazante, el manejo de las cogniciones relacionadas con la enfermedad (modificar las cogniciones que evalúan la enfermedad como amenazante), el manejo de las emociones relacionadas con la enfermedad (limitación de la respuesta emocional, estrategias de intelectualización), el mantenimiento del control (a Dios, a los médicos) , el manejo de la incertidumbre como principal fuente de ansiedad (crearse

objetivos a corto plazo), y el manejo de la visión de uno mismo con respecto a la enfermedad (minimizar la enfermedad y el tratamiento, maximizar la fuerza personal) (Alvarez y Rojo, 1997).

Cuando las defensas o los mecanismos de afrontamiento de la persona no son suficientes o la agresión es intensa da lugar al trastorno de adaptación, con aparición de sintomatología depresiva o ansiosa, que requerirá ser detectada y evaluada, analizando los factores que influyen en el fracaso de la adaptación

La depresión yatrogena es aquella que esta ocasionada con los diversos tratamientos antineoplásicos utilizados (fármacos antineoplásicos y radioterapia), tratamientos que pueden asociarse a efectos neuropsiquiátricos importantes, siendo un aspecto a considerar en el estudio de los trastornos depresivos en el paciente oncológico.

La depresión sintomática en el caso del síndrome depresivo constituye una manifestación clínica más de la enfermedad médica. Es difícil distinguir si la depresión es reactiva a la situación estresante o es un síntoma de la enfermedad oncológica. Igualmente, determinados tipos de cáncer se asocian con más facilidad a cuadros depresivos y en, algunos casos, como en el páncreas, es frecuente que la depresión preceda a la clínica somática.

En la depresión primaria los trastornos primarios aparecerán y seguirán un curso independiente de la enfermedad orgánica. Los cuadros depresivos primarios pueden ser neuróticos, como la distimia

Los trastornos primarios aparecerían y seguirían un curso independiente de la enfermedad orgánica. Los cuadros depresivos primarios pueden ser neuróticos, como la distimia, o endógenos, como la melancolía, de causa fundamentalmente biológica. Estos ultimos incluyen los trastornos afectivos endógenos unipolares y las fases depresivas de los

trastornos afectivos bipolares, ambos poseen características clínicas diferenciales, como despertar precoz, mejoría vespertina, inicio en primavera- otoño, enlentecimiento psicomotriz y, frecuentemente, antecedentes personales o familiares de episodios similares y presentan una respuesta a la terapéutica biológicas (antidepresivos tricíclicos y terapia electroconvulsivante).

Es evidente la influencia del tipo de cáncer, sus manifestaciones clínicas o las diversas etapas evolutivas del mismo en la aparición de un cuadro depresivo y en su intensidad.

El cáncer de mama es el tipo de cáncer femenino más frecuente en muchos países, y suele asociarse a diversos trastornos psiquiátricos derivados de la amenaza de una enfermedad potencialmente fatal y de los cambios corporales experimentados tras el tratamiento quirúrgico (mastectomía) o durante la quimioterapia (alopecia, fatiga, aumento de peso; etc.). En estas pacientes se dan con frecuencia síntomas depresivos (15-25%) (Bos- Branolte, 1996).

El padecimiento del cáncer abarca diferentes etapas evolutivas, que pueden acompañarse de respuestas emocionales adaptativas o desadaptativas propias. Según Fawzy y cols (1993) estas fases evolutivas pueden estructurarse de la siguiente forma:

En la fase prediagnóstico como respuesta normal presenta preocupación sobre la posibilidad de padecer cáncer y como respuesta anormal hay hipervigilancia, preocupación y temores excesivos, desarrollo ficticio de síntomas propios del cáncer (somatización, conversión).

En la fase de diagnóstico como respuesta normal presenta conmoción psíquica, tendencia a la incredulidad y/o negación, irritabilidad, hostilidad y como respuesta anormal hay negación del diagnóstico, fatalismo y rechazo al tratamiento, conductas evitativas

(alcoholismo), síndrome depresivo con ideación autolítica, reacciones paranoides y búsqueda de curas alternativas.

En la fase inicial , en la cirugía como respuesta normal presentan miedo al dolor, la anestesia, la muerte y posibles cambios de imagen corporal y como respuesta anormal intentan retrasar la intervención, buscan tratamientos alternativos y depresión depresiva reactiva posquirúrgica, en la radioterapia como respuesta normal presentan miedo a las radiaciones y sus efectos y como respuesta anormal presentan reacción psicótica (alucinaciones) y en la quimioterapia como respuesta normal presentan miedo a los efectos secundarios, ansiedad y depresión leve, miedo a los cambios de autoimagen, aislamiento, actitudes altruistas y como respuesta anormal presentan psicosis por aislamiento, o secundarias a fármacos y trastorno orgánico cerebral.

En la fase postratamiento como respuesta normal presenta readaptación a normas anteriores, miedo a las recaídas y metástasis, depresión y ansiedad moderada, como respuesta anormal hay depresión y ansiedad grave posterior al tratamiento.

En la fase de recaídas como respuesta normal presenta conmoción psíquica, tendencia a la incredulidad y la negación, irritabilidad, hostilidad, ansiedad, depresión reactiva y como respuesta anormal hay depresión reactiva grave con insomnio, anorexia, desasosiego, ansiedad e irritabilidad, abuso y adicción al alcohol y conductas evitativas.

En la fase de empeoramiento como respuesta normal presentan desesperación y búsqueda de información en medicinas y como respuesta anormal hay depresión reactiva grave con ideación autolítica.

En la fase terminal y curas paliativas como respuesta normal presentan miedo a la indefensión, miedo a perder la compostura, sensación de trabajo inacabado, luto subjetivo

anticipatorio, fantasías de posmuerte y miedo a lo desconocido y como respuesta anormal hay depresión y cuadros confusionales y delirium.

El síndrome depresivo debe ser diferenciado de otros cuadros que pueden encontrarse con frecuencia en el paciente oncológico. La ansiedad y el delirium son los principales cuadros clínicos con los que debemos realizar el diagnóstico diferencial

La ansiedad es un estado emocional caracterizado por tensión, inquietud, sensación de alarma, temor y sintomatología somática de tipo vegetativo. Se suele asociar a situaciones de incertidumbre o amenaza, como la espera del diagnóstico, de exploraciones complementarias, de tratamientos quirúrgicos, ante los cambios terapéuticos, al notificar recaídas, en los aniversarios de acontecimientos relacionados con el cáncer o junto a síntomas físicos como el dolor o alteraciones metabólicas. Puede manifestarse como ansiedad generalizada, crisis de pánico relacionadas con estresantes ambientales, o como fobias simples, como por ejemplo miedo a las agujas o claustrofobia durante algunas pruebas o tratamientos que requieren aislamiento.

Es frecuente confundir el síndrome ansioso y el depresivo, ya que en los cuadros depresivos suelen aparecer síntomas ansiosos, y los cuadros ansiosos cronificados suelen asociarse a síntomas depresivos. La distinción es fácil en el caso de depresión endógena, pero puede ser difícil en las depresiones neuróticas. En este caso síntomas como la tristeza, la anhedonia y el tono hipovital orientan hacia la depresión.

El delirium es un síndrome cerebral orgánico de inicio brusco, curso fluctuante y corta duración, caracterizado por la alteración del nivel de conciencia. Puede ser ocasionado por múltiples causas, desde los efectos directos de un tumor cerebral sobre el sistema nervioso central, hasta el desequilibrio hidroelectrolítico, los estados anóxicos o diversas causas tóxico- metabólicas, incluyendo fármacos. En sus estadios iniciales puede mostrarse

exagerados los aspectos vulnerables de la personalidad del paciente, más tarde aparece el cuadro confuso, con oscilaciones del nivel de conciencia, desorientación e, incluso, agitación y alucinaciones visuales.

Estudios realizados en diferentes regiones de Brasil indican que muchas de las manifestaciones depresivas que aparecen en la adultez asociada a diferentes cuadros clínicos tienen su génesis mucho antes, en particular durante la adolescencia o asociadas a diferentes formas clínicas de la esquizofrenia (Bahls, de Araujo, Petribú, Bastos, 2002)

METODOLOGIA

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo con 33 pacientes recién diagnosticadas con cáncer de mama, que presentaron depresión, atendidas en la Consulta

del Servicio de Oncología del Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau” de Santa Clara, Villa Clara, en el período comprendido desde diciembre del año 2004 a junio de 2005.

Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico intencional que abarcó a las pacientes recién diagnosticadas de cáncer de mama. Con el fin de analizar las posibles diferencias significativas existentes entre las manifestaciones clínicas de la depresión que presentó este grupo de pacientes (grupo estudio) con las que presentó, (en otro estudio realizado simultánea y paralelamente, en la misma institución y en el mismo Servicio, con variables similares), otro grupo de pacientes recién intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama (grupo testigo con 38 pacientes), se procedió a comparar los resultados, en cuanto a dichas manifestaciones clínicas, de los dos estudios en cuestión.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y de exclusión.

Criterios de inclusión:

- Que las mujeres estén recién diagnosticadas de cáncer de mama.
- Que tuvieran edades entre 30 y 69 años.
- Disposición de las pacientes para cooperar en la investigación con el consentimiento informado. (Anexo 1)

Criterios de exclusión:

- Presencia de deficiencia intelectual.
- Pacientes con antecedentes de tratamiento psicológico o psiquiátrico que lo mantienen.
- Pacientes que se nieguen a cooperar con la investigación.

A las 40 pacientes que tenían las características indicadas anteriormente, en la consulta donde se realizó el diagnóstico, se les aplicó el Inventario de depresión de Beck, (Anexo 2) para determinar si presentaban depresión o no. Una vez realizado este paso, se procedió a aplicar a las pacientes con depresión, el Inventario de IDERE, (Anexo 3) para determinar la intensidad de la depresión como estado y como rasgo.

Estas pruebas psicológicas se aplicaron bajo las siguientes condiciones:

- Después de terminada la consulta médica.
- En un lugar confortable.
- Individualmente.
- Bajo la supervisión del investigador.

Seguidamente se comenzó a recoger los datos.

Descripción de las técnicas empleadas:

- Revisión de Historias Clínicas Individuales: Como la historia clínica es un documento donde se recogen los datos generales, clínicos y patológicos del paciente, para que pueda ser conocido por cualquier miembro del equipo de salud, las enfermedades y evolución del paciente, es la razón por la cual se realiza la revisión de este documento, con el objetivo de extraer los datos que se necesitan para el desarrollo de esta investigación.
- Cuestionario. (Anexo 4) Es un instrumento que persigue como objetivo información acerca de un tema específico, para lo cual el investigador elabora previamente un conjunto de preguntas estructuradas o semi-estructuradas para que el sujeto ofrezca sus valoraciones.
- Calificación: La evaluación de los resultados se realiza de manera cualitativa a partir de la interpretación de las respuestas ofrecidas por los sujetos. En todos los

casos se persigue la triangulación de la información obtenida para garantizar la confiabilidad de los resultados.

- **Inventario de Depresión de Beck (IDB):** El IDB es un instrumento de autoinforme ampliamente utilizado en el campo clínico por ser breve y fácil de administrar. (Beck, 1974, Beck y Beck, 1974) El IDB está conformado por los reactivos de selección múltiple sobre una categoría específica de síntomas y signos asociados a la depresión. Cada reactivo consta de cuatro oraciones auto-evaluativas con puntuaciones que fluctúan entre 0 y 3. La puntuación total fluctúa entre 0 y 63. A mayor puntuación en el inventario, mayor es la sintomatología depresiva. Las puntuaciones pueden ser categorizadas en niveles de depresión: 0 – 9 estado no depresivo, 10 – 18 sintomatología depresiva leve, 19 – 29 moderada y 30 – 63 severa. (Beck y cols., 1988). El IDB pretende identificar niveles de depresión, provee una evaluación inmediata (eje: suicidio), indica cualquier cambio importante en sintomatología y ayuda a evaluar la efectividad de las intervenciones. (Beck, 1974, Beck y Beck, 1974). El material aparece en el Anexo 2.
- **Inventario de IDERE.:** El IDERE, constituye una prueba para la investigación de dos dimensiones de depresión, como rasgo y estado. Consiste en un total de cuarenta y dos expresiones que los sujetos emplean para describirse, (22 preguntas miden la depresión como rasgo y 20 como estado actualmente).
- La técnica consta de 2 escalas de autoevaluación separadas. La escala de depresión como rasgo, incluye 22 afirmaciones, a las cuales el sujeto debe responder cómo se siente generalmente. La escala de depresión como estado, conforma 20 items que describen cómo se siente el sujeto en el momento en que está trabajando con la

prueba, seleccionando en ambas, de cuatro categorías que se le ofrecen, la intensidad con que experimentan el contenido de cada ítems.

Calificación:

Depresión como estado:

$$1 + 2 + 6 + 8 + 9 + 10 + 13 + 15 + 18 + 20 = \text{Total A}$$

$$3 + 4 + 5 + 7 + 11 + 12 + 14 + 16 + 17 + 19 = \text{Total B}$$

$$(A - B) + 50 =$$

$$\text{____ Alto } \geq 43$$

$$\text{____ Medio: de } 35 - 42$$

$$\text{____ Bajo } \leq 34$$

Depresión como rasgo:

$$1 + 3 + 5 + 7 + 8 + 11 + 14 + 16 + 17 + 20 + 22 = \text{Total A}$$

$$2 + 4 + 6 + 9 + 10 + 12 + 13 + 15 + 18 + 19 + 21 = \text{Total B}$$

$$(A - B) + 50 =$$

$$\text{____ Alto } \geq 47$$

$$\text{____ Medio: de } 36 \text{ a } 46$$

$$\text{____ Bajo } \leq 35$$

Para recoger el resto de la información se confeccionó un cuestionario (Anexo 4) con las variables de interés, para que el sujeto ofrezca sus valoraciones, las que se obtuvieron por el método de encuesta, a través de la observación y de la revisión de las historias clínicas individuales. La otra parte de la información se obtuvo de la aplicación de los Inventarios anteriormente mencionados. Dichas variables fueron: depresión, intensidad de la depresión, manifestaciones clínicas de la depresión, antecedentes familiares de cáncer de mama, edad, escolaridad, estado civil y estadios clínicos de la enfermedad.

Los datos recolectados fueron introducidos en una base de datos, siendo computados y procesados mediante el paquete de programas estadísticos computacional SPSS, versión 11.0 para Windows, los que fueron resumidos en tablas y gráficos estadísticos. Se determinaron frecuencias absolutas (número de casos) y relativas (porcentajes) en las distribuciones de frecuencia conformadas.

Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizaron técnicas estadísticas acordes al diseño de un estudio descriptivo, las que incluyeron tablas de contingencia para demostrar asociaciones entre variables cualitativas, análisis porcentual y se aplicaron las pruebas de hipótesis para la diferencia de proporciones y la de independencia de variables.

Para determinar si existían diferencias o relaciones significativas entre las variables, se aplicó la prueba de hipótesis para la independencia de variables, mostrándose como resultado de la misma, el valor del estadígrafo χ^2 y su significación asociada p. Para la interpretación de los valores de p, se tomaron los siguientes criterios:

Si $p < 0,05 \rightarrow$ la relación o diferencia es significativa.

Si $p < 0,01 \rightarrow$ la relación o diferencia es altamente significativa.

Si $p < 0,001 \rightarrow$ la relación o diferencia es muy altamente significativa.

Si $0,05 \leq p \leq 0,09 \rightarrow$ la relación o diferencia es moderadamente significativa.

Si $p > 0,05$ ó $0,09 \rightarrow$ No existe relación o diferencia significativa.

Para determinar si existían diferencias significativas entre las manifestaciones clínicas de la depresión que presentaron las pacientes recién diagnosticadas y las pacientes recién intervenidas quirúrgicamente, se aplicó la prueba de hipótesis para la diferencia de proporciones, mostrándose como resultado de la misma, el valor del estadígrafo z y su significación asociada p. Para la interpretación de los resultados de p, se tomaron los mismos criterios anteriormente mencionados.

Se establecieron en ambas pruebas de hipótesis aplicadas, las hipótesis nulas y alternativas, planteándose en la primera, la no existencia de diferencias significativas y en la segunda, la existencia de diferencias significativas.

Para la aplicación de las pruebas estadísticas, se utilizó el mencionado paquete computacional SPSS, el cual fue ejecutado en un ordenador Pentium IV, XP.

DEFINICIONES OPERACIONALES:

Edad: Se consideró la edad cumplida en el momento de ser diagnosticada con cáncer de mama y para su análisis se agruparon en los siguientes intervalos:

- De 30 – 39 años
- De 40 – 49 años
- De 50 – 59 años
- De 60 – 69 años.

Estado civil: Se consideraron las siguientes categorías, precisando si actualmente está con su pareja.

- Soltera
- Casada o acompañada
- Viuda.

Escolaridad: Se consideraron los siguientes niveles:

- Primaria
- Secundaria
- Preuniversitario
- Universitario.

Estadio de la enfermedad: Se tomó de la historia clínica oncológica y se consideraron los siguientes: (Ver Control Semántico)

- Estadio I
- Estadio II
- Estadio III
- Estadio IV.

CONTROL SEMÁNTICO

Depresión: La palabra depresión viene del latín depressio: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia. Es un trastorno afectivo que varía desde bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad. La depresión es una enfermedad tratable.

En los últimos tiempos, se ha planteado la necesidad de valorar 5 ejes fundamentales al analizar el diagnóstico de la depresión: (Casullo, 1998)

1. Síntomas anímicos, donde predomina la tristeza y la afectación del estado emocional.
2. Síntomas motivacionales, donde es común encontrar la desesperanza y la pérdida del interés por las cosas.
3. Síntomas cognoscitivos; aquí se destacan los cambios en la memoria, la estabilidad tensional y el retraimiento al tener que reflexionar.
4. Síntomas físicos; en este indicador se incluyen variados síntomas, que van desde disminución de las necesidades sexuales y el apetito hasta dolores de espalda y cambios en la expresión del rostro.
5. Síntomas vinculares; aquí son reconocidos los cambios de la conducta social del paciente deprimido, que generalmente se retrae y tiende a aislarse.

Estadios del cáncer de mama: (DEXEUS: Cáncer de mama)

El estadio I indica que el tumor es menor de 2 centímetros y no hay metástasis. (No se ha extendido).

El estadio II abarca las siguientes situaciones:

- El cáncer no mide más de 2 centímetros, pero los ganglios linfáticos de la axila están afectados.
- El cáncer mide entre 2 y 5 centímetros y puede haberse extendido o no.
- El cáncer mide más de 5 centímetros, pero los ganglios linfáticos axilares no están afectados.

El estadio III abarca las siguientes situaciones:

- El tumor mide menos de 5 centímetros y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares, y éstos están unidos entre sí o a otras estructuras.
- El tumor mide más de 5 centímetros y los ganglios linfáticos axilares también están afectados.
- El cáncer se ha extendido a otros tejidos cerca de la mama (piel, pared torácica, incluyendo costillas y músculos del tórax).
- El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos dentro de la pared torácica cerca del esternón.

El estadio IV se produce cuando el cáncer se ha diseminado a otras estructuras del cuerpo.

Los órganos en los que suele aparecer metástasis con mayor frecuencia son los huesos, los pulmones, el hígado o el cerebro. También puede ser que el tumor haya afectado localmente a la piel y a los ganglios linfáticos dentro del cuello, cercanos a la clavícula.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la presente investigación han permitido llegar a las siguientes generalizaciones.

- ❖ Se evidenció un predominio de pacientes con cáncer de mama recién diagnosticada que presentaron depresión, siendo más frecuentes la depresión moderada, con

mayor frecuencia de intensidad media como estado e intensidad media y alta como rasgo.

- ❖ Prevalecen las pacientes con tristeza, falta de ilusión y desinterés, sentimientos de culpa y minusvalía, pérdida de autoestima, pérdida del impulso vital y pesimismo, como síntomas psíquicos; y como síntomas somáticos, la hipoactividad, y las alteraciones del sueño.
- ❖ El pesimismo se relaciona significativamente con la edad de las pacientes y moderadamente con el hecho de tener antecedentes familiares de cáncer de mama, mientras que el estado civil y los estadios de la enfermedad influyen significativamente en la aparición de la astenia, así como, la anorexia y la pérdida ponderal dependen de forma significativa del estadio de la enfermedad.
- ❖ Se constató que en las pacientes intervenidas quirúrgicamente se atenuaron algunos síntomas psíquicos, como la falta de ilusión y desinterés y el pesimismo y se incrementaron los síntomas somáticos, a diferencia de las recién diagnosticadas, donde aparecieron de forma acentuada los síntomas psíquicos. La tristeza estuvo presente en todas las mujeres estudiadas. Las manifestaciones clínicas que mejor diferenciaron los dos grupos analizados fueron, la falta de ilusión y desinterés, la astenia, la anorexia, la pérdida ponderal y las alteraciones del sueño.

RECOMENDACIONES

1. Continuar la presente línea investigativa, priorizando el estudio de los estilos de afrontamiento a la enfermedad en las pacientes con cáncer de mama recién diagnosticadas.

2. Se sugiere considerar las manifestaciones de depresión encontradas en las pacientes estudiadas en la valoración integral del cuadro clínico y establecimiento de estrategias de tratamiento del cáncer de mama, incluyendo su seguimiento en la evolución por enfermería.
3. Ofrecer preparación a profesionales y técnicos vinculados con la atención del cáncer de mama en nuestro medio, teniendo en cuenta la estructuración de la depresión y su base psiconeuroinmunológica e influencia en la evolución de las pacientes con cáncer de mama.
4. Brindar atención psicológica a las pacientes, a partir del momento en que se confirme el diagnóstico de cáncer de mama, se ofrezca o no el resultado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aapro MS. Adjuvant therapy of primary breast cancer: a review of Key Findings from the 7th International Conference, St. Gallen. February 2001. *Oncologist* 2001;6:376-85.
2. Algara López M, Foro Arnalot P, Reig Castillejo A. Edad avanzada y neoplasia de mama. Utilidad del hipofraccionamiento: Resultados preliminares. *Oncología*. 2000;22:163-8.
3. Andersen BL (1992). Psychological intervention for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 552-568.
4. Atención Primaria 98. Bases de datos sobre recursos asistenciales, normativos y de investigación. Jano, Medicina y humanidades. Extra abril 1998. Ediciones Doyma.

5. Atención Primaria 99. Bases de datos sobre recursos asistenciales, normativos y de investigación. Jano, Medicina y humanidades. Extra mayo 1999. Ediciones Doyma.
6. Atención Psicológica al paciente con cáncer de mama (en línea) 2001 septiembre 10 (Fecha de acceso 5 julio 2004). Disponible en: <http://www.launion.com.ar/230811/230811sal00a.htm-30k>
7. Bahls SC. (2002). Epidemiology of depressive symptoms in adolescents of public school in Curitiba, Brazil: Rev Brasileira de Psiquiatria; 24(2):63-67.
8. Barber J. “Tratamiento del dolor mediante hypnosis y sugestion” Desclée, Bilbao. 2000.
9. Bleihier EM, Van der Ploeg HM, Hendriks JH, Ader HJ. (1999). Personality factors and breast cancer development: A prospective longitudinal study. *Journal of the National Cancer Institute*. 88(20):1478-1482.
10. Bosnic MR. Humanización de la salud. Rev Quirón. 1999;30:2-5.
11. Buddeberg C, Sieber M, Wof C, Landolt-Ritter C, Richter D, Steiner R. (1996). Are coping strategies related to disease outcome in early breast cancer?. *Journal of Psychosomatic Research*. 40(3):255-264.
12. Caja López C, López Pisa RM. Enfermería comunitaria. Educación Sanitaria. Masson S.A. 1997.
13. Cáncer de mama y embarazo. . . Disponible en: www.inmedsuc.com.mx/especialidades/ginecol.htm-17
14. Carver CS, Pozo-Kaderman C, Harris SD, Noriega V, Scheier MF, Robinson DS, et al. (1994). Optimism versus pessimism predicts the quality of women's adjustment to early stage breast cancer. *Cancer*, 73(4):1213-1220.
15. Casullo MM. (1998). Adolescentes en riesgo. Buenos Aires: Paidós.

16. Cella DF, Pratt A, Holland JC. "Persistent anticipatory". En: Tye VL, Mulhern RK, Bieberich AA. Anticipatory nausea and vomiting in pediatric cancer patients: An analysis of conditioning and coping variables. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 1997; 18(1):27-33.
17. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Cáncer de Mama. La Habana: MINSAP. 1986.
18. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Oficina del registro provincial del cáncer. Departamento de Estadísticas. Santa Clara: Sectorial Provincial de Salud; 2000.
19. Davison G, Neale J. (2000). *Psicología Anormal*. Limusa. Wiley, México D.F.
20. De Araujo F, Petribu K, Bastos O. (2002). Depressão em esquizofrenia. *Rev Brasileira de Psiquiatria*. 24(2):86-96.
21. De la Heras González M, Salinas Ramos J, Serna Berna A, Brow K, Carthew P, Lim CK, et al. Utilidad de la radioterapia adyuvante tras la mastectomía: teorías, limitaciones y evidencias. *Oncología*. 1999;22:147-62.
22. DEXEUS: CÁNCER DE MAMA. . . . Subir ETIOLOGÍA: La causa directa de la aparición de un cáncer de mama es actualmente desconocida. . . . Subir DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA. Disponible en: . . . www.iudexeus.uab.es/aparien/salud/mamacont.htm.1-42k
23. Difusión. *Avances de Enfermería*; 2002. p. 120-135.
24. Difusión. *Avances de Enfermería 21: Enfermería Médico Quirúrgica*. Madrid: Difusión *Avances de Enfermería*; 2002.
25. El extremo de mi visión sobre la depresión. (en línea). 2004 sep 22 (Fecha de acceso, noviembre 2004). Disponible en: <http://www.respuestasaladepresion.com/-21k>

26. Enfermería. (en línea) 1999, octubre 10 (Fecha de acceso: 10 de julio de 2003).
URL disponible en: <http://www.ocenf.org/cantabria/psiquiatria.htm>
27. En los cánceres de la mama y del cuello uterino es factor “promotor . . . Disponible en: <http://www.inmedsuc.com.mx/scripts/viewwart.php?id=94-71k>
28. Enfermería oncológica. En: Enciclopedia de la enfermería. Vol. 2. Barcelona: Océano. 1997. p. 197-205.
29. Erickson M. Ciertos principios en la hipnosis médicas. Rev Iber-Amer de Sofrología y Med Psicosomática. 1980; VIII(3):192-194.
30. Fernández Ballesteros R, Zamarrón MD, Ruiz MA, Sebastián J, Spielberger CD. (1997). Assessing emotional expression: Spanish adaptation of the Rationality/Emotional Defensiveness Scale. *Personality and Individual Differences*. 22(5):719-129.
31. Generalidades del cancer de mama (en línea). 2002 octubre 14 (Fecha de acceso: 4 de octubre de 2004). Disponible en: <http://www.amfem.edu.mx/programaonc.doc>
32. Grassi L, Cappellari L. (1988). State and trait psychological characteristics of breast cancer patients. *New Trends in experimental and Clinical Psychiatric*. 4(2):99-109.
33. Greer S, Watson M. (1985). Towards a psychological model of cancer: Psychological considerations. *Social Science and Medicine*. 20(8):773-777.
34. Heim E, Augustiny KF, Schaffner L, Valach L. (1993). Coping with breast cancer over time and situation. *Journal of Psychosomatic Research*. 37:523-542.
35. Knapp E, León M, Suárez Mc. (2003) La representación social de la salud humana. *Rev Cubana de Psicología*. 20(1):37-42.

36. La buena comunicación evita la depresión en enfermas de cáncer (en línea). 2001 septiembre 10. (Fecha de acceso: 4 de agosto 2004). Disponible en: <http://www.psicoactiva.com/depre.htm>
37. Last JM. Salud Pública y Medicina Preventiva. Biblioteca Enfermería Profesional. Volumen IV, 121 ediciones. Interamericana Mc-Graw Hill.
38. Loran Meler ME, Rojo Rodes JE, Vallejo Ruiloba J. Depresión en patologías orgánicas. Madrid: Smith Kline Beecham. 1999.
39. Malvezzi Taboada C, Gubel I. Milton Erickson en Buenos Aires. Hipnosis. La esperanza del cambio. Perspectivas Sistémicas. 1990; 12:8.
40. Mazarrasa Alvear L, German Bes C, Sánchez Moreno A. Salud Pública y enfermería comunitaria. Volumen 1. Mc Graw-Hill-Interamericana. Madrid. 1996.
41. Memoria de gestión. 1996. Hospital General de Elda. Consellería de Sanitat Generalitat Valenciana.
42. Morales Catalayud F. Psicología de la salud: Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. Ciudad Habana: Editorial Científico-Técnica. 1999.
43. Nieto J, Abad MA, Esteban M, Tejerina M. (2004). Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad. Madrid. España: Edit. Mc Graw-Hill Interamericana.
44. Novel Martí G, Lluch Canut MT. Enfermería psico-social. Serie Manuales de Enfermería. Salvat. Editores S.A. Barcelona: 1991.
45. Núñez de Villavicencio F. Psicología y Salud. Ciudad Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2001. p. 175-208.
46. Océano/Centrum. Enciclopedia de la Enfermería. Barcelona: Océano/Centrum. 1997. p. 197-205.

47. OPS (2000). Calidad en los servicios de salud. Washington D.C. Boletín Panamericano de la Salud.
48. Organización Mundial de la Salud. Centros colaboradores de la Información de la OMS: información general. Ginebra: Oficina de la Promoción y Desarrollo de la Investigación de la OMS. 2000.
49. Organización Mundial de la Salud. Asistencia paliativa. En: Programas nacionales de lucha contra el cáncer, directrices sobre política y gestión. Ginebra: OMS. 1999. p. 83-6.
50. Palerm ME, De Soyo Persa I, Anguera. El marco biopsicosocial en la asistencia de los pacientes crónicos y Terminal. En: de Sojo Peira I, Anguera. Medicina psicosomática. Barcelona: Doyma; 1999. p. 49-52.
51. Penman D, Holland JC, Bahna G, Morrow G, Schmale A, Derogatis L, et al. Informed consent for investigational chemotherapy: Patients and physicians perceptions. Journal of Clinical Oncology. 1984; 2:849-855.
52. Pérez Suárez C, Pérez Suárez M, Pérez Proptet E, Ojeda Ojeda M. Afecciones mamarias: el comportamiento en nuestro medio. Rev Cubana Oncol. 1999; 13(2):104-10.
53. Phillip R, Godding Richard D, Anulty David A, Wittrock Dana M, Britt Tawfiq K. Predictors of Depression Among Male Cancer Patients. J Nerv Ment Dis. 1998; 183(2):95-98.
54. Piedrola Gil G, Rey Calero J, Domínguez Carmona M. Medicina Preventiva y Salud Pública. 91 ediciones. Masson-Salvat. 1998.

55. Psicooncología: ¿Qué le pasa al paciente con cáncer. . . . Cuando un paciente se encuentra en esta situación y . . . de un Centro de Atención Psicológica para pacientes. . . Disponible en: www.launion.com.ar/230811/230811sa100a.htm-30k
56. Rocen PP. Factores que influyen en la supervivencia y el pronóstico del carcinoma mamario. J Clin Oncol. 1999;9(3):805-37.
57. Rodríguez G. (2002), Caracterización del cuadro vivencial en mujeres climatéricas. Trabajo de Diploma. Facultad de Psicología UCLV. (Daylanis Figueroa, tutora)
58. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Comunicación interpersonal. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 1995.
59. Vera-Villarroel P, Bulla-Casal C. (1999). Psico-neuroinmunología: relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en humanos. Rev Latinoamericana de Psicología. 31(2):251-271.
60. Vidal Benito MC. La Psico-Oncología: Conceptos Básicos. Temas de Salud Mental. Pub Dpto Inst Nac de Salud Mental. Buenos Aires Argentina. 1998 jul-dic; 2(2):29-36.
61. Vinaccia S, Arango C. (2003). Evaluación de la calidad de vida y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colestomizadas con diagnóstico de cáncer colorectal. Rev Suma Psicológica. Colombia. 19(1):43-65.
62. Vincent T, De Vita Jr, Hellmann S, Stevan A, Rosenberg. Cancer: Principles and Practice of Oncology. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1993.
63. Zaratiegue R. (2000). Duración de tratamiento como factor de riesgo para recaídas / recurrencias. Reunión Panamericana de líderes de depresión. “Guías para el tratamiento de largo plazo de la depresión”. Chicago: Ed. Asociación Colombiana de Psiquiatría.

ANEXO 1

UNIVERSIDAD CENTRAL “MARTA ABREU” DE LAS VILLAS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: Manifestaciones clínicas de la depresión en pacientes con cáncer de mama recién diagnosticadas.

Se le pide a usted su cooperación voluntaria para un estudio que se realizará en la Facultad de Psicología de la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, cuyo propósito es caracterizar las manifestaciones clínicas de la depresión en pacientes con cáncer de mama recién diagnosticadas en la Consulta del Servicio de Oncología del Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau” de Villa Clara.

Usted puede ser seleccionada, si así lo desea, para conformar nuestra muestra. Es completamente libre para poder decidir si participa o no en el estudio, que le garantiza la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Se le agradece mucho su participación y el valioso aporte que pueda brindar. Si le surge alguna duda, no vacile en hacer las preguntas que necesite. Si ha comprendido lo anterior y está de acuerdo en participar, se le ruega que lo indique.

Declaración voluntaria: He entendido el propósito del estudio, he leído la información que me brindaron y he tenido la oportunidad para preguntar sobre diferentes aspectos de la misma.

Yo acepto voluntariamente en participar como una de las personas del grupo y mantenerme en el estudio.

Firma de la paciente: _____ Firma del investigador: _____

ANEXO 2

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

Inventario de Beck.

Nombre: _____ Edad: _____

A

_____ No estoy triste

_____ Siento desganar de vivir, o bien estoy triste.

_____ Siento siempre desganar de vivir, o bien estoy siempre triste o bien no lo puedo remediar.

_____ Estoy tan triste y me siento tan desgraciado que sufro mucho.

_____ Estoy tan siempre triste y me siento tan desgraciado que no lo puedo soportar más.

B

_____ No estoy demasiado pesimista, ni me siento muy desanimado con respecto a mi futuro.

_____ Me siento desanimado por lo que se refiere a mi futuro..

_____ Creo que no debo esperar ya nada.

_____ Creo que jamás me libraré de mis penas y preocupaciones.

_____ Tengo la impresión de que mi futuro es desesperado y que no mejorará mi situación.

C

_____ No tengo la sensación de haber fracasado.

_____ Tengo la sensación de haber fracasado más que otras personas.

- _____ Creo que he fracasado por completo.
- _____ Cuando pienso en mi vida veo que no he tenido más que fracasos.
- _____ Creo que he fracasado por completo.

D

- _____ No estoy particularmente descontento.
- _____ Casi siempre me siento aburrido.
- _____ No hay nada que me alegre como me alegraba antes.
- _____ No hay nada en lo absoluto que me proporcione una satisfacción.
- _____ Estoy descontento del todo.

E

- _____ No me siento particularmente culpable.
- _____ Siento muchas veces que hago las cosas mal o que no valgo nada.
- _____ Me siento culpable.
- _____ Ahora tengo constantemente la impresión de que hago las cosas mal o de que no valgo nada.
- _____ Considero que soy muy malo, que hago todo muy mal y que no valgo nada absolutamente.

F

- _____ No tengo la impresión de merecer un castigo.
- _____ Creo que me podría pasar algo muy malo.
- _____ Tengo la impresión de que ahora o muy pronto voy a ser castigado.
- _____ Creo que merezco ser castigado.
- _____ Quiero ser castigado.

G

- _____ No estoy descontento de mi mismo.
- _____ Estoy descontento de mi mismo.
- _____ Me gusto a mi mismo.

___ No puedo soportarme a mi mismo.

___ Me odio.

H

___ No tengo la impresión de ser peor que los demás.

___ Tengo muy en cuenta mis propias faltas y mis propios defectos.

___ Me hago reproches por todo lo que no sale bien.

___ Tengo la impresión de que mis defectos son muchos y muy grandes.

I

___ No pienso ni se me ocurre quitarme la vida.

___ A veces se me ocurre quitarme la vida, pero no lo haré.

___ Pienso que sería preferible que muriera.

___ He planeado cómo podría suicidarme.

___ Creo que sería mejor para mi familia que yo muriera.

___ Si pudiera, me suicidara.

J

___ No lloro más de lo corriente.

___ Lloro con mucha frecuencia, mucho más de lo corriente.

___ Me paso todo el tiempo llorando y no puedo dejar de hacerlo.

___ Ahora ya no puedo llorar, aunque quisiera, como lo hacía antes.

K

___ No me siento más irritado que de costumbre.

___ Me enfado y me irrito con más facilidad que antes.

___ Estoy constantemente irritado.

___ Ahora no me irritan ya las cosas con las que antes me enfadaba.

L

- ☐ No he perdido el interés por los demás.
- ☐ Me intereso por los demás menos que antes.
- ☐ Los demás no me interesan nada, todo el mundo me es totalmente indiferente.
- ☐ He perdido casi por completo el interés por los demás y siento poca simpatía por las demás personas.

M

- ☐ Tengo la misma facilidad que antes para tomar decisiones.
- ☐ Ahora me siento menos seguro de mí mismo y procuro evitar el tomar decisiones.
- ☐ Ya no puedo tomar decisiones sin que me ayude alguien a hacerlo.
- ☐ Me siento completamente incapaz de tomar alguna decisión por pequeña que sea.

N

- ☐ No tengo la impresión de presentar peor aspecto que de costumbre.
- ☐ Tengo la impresión de presentar peor aspecto cada vez más.
- ☐ Temo que mi aspecto cause mala impresión o de aparecer avejentado.
- ☐ Tengo la impresión de que mi aspecto es feo, desagradable y repulsivo.

O

- ☐ Trabajo con la misma facilidad de siempre.
- ☐ Ahora me cuesta más esfuerzo que antes ponerme a trabajar.
- ☐ Ya no trabajo tan bien como antes.
- ☐ Tengo que hacer un gran esfuerzo para realizar cualquier cosa.
- ☐ Me siento incapaz de realizar cualquier trabajo por pequeño que sea.

P

- ☐ Duermo tan bien como de costumbre.
- ☐ Por la mañana me levanto más cansado que de costumbre.
- ☐ Me despierto demasiado temprano por la mañana y no puedo dormir más de cinco horas.

___ Me despierto una o dos horas más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir.

Q

___ No me canso más que de costumbre.

___ Me canso más pronto que antes.

___ Cualquier cosa que hago me cansa.

___ Me siento tan cansado que soy incapaz de hacer cualquier cosa por poco esfuerzo que me cueste.

R

___ Mi apetito no es peor que de costumbre.

___ No tengo tanto apetito como antes.

___ Tengo mucho menos apetito que antes.

___ No tengo en absoluto ningún apetito.

S

___ No he perdido peso, si lo he perdido lo he perdido poco.

___ He perdido más de 2 kg de peso.

___ He perdido más de 4 kg de peso.

___ He perdido más de 7 kg de peso.

T

___ Mi salud me preocupa más que de costumbre.

___ Me molesto constantemente por mis molestias físicas.

___ No hago nada más que pensar en mis molestias físicas.

___ Mis molestias físicas me afectan y me preocupan tanto que me resulta difícil pensar en otras cosas.

U

____ No he notado que desde hace poco haya cambiado mi interés por las cosas sexuales.

____ Me intereso menos que antes por cosas relativas al sexo.

____ He perdido todo interés por las cosas del sexo.

ANEXO 3
INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO-ESTADO (IDERE)

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada, de acuerdo a como usted se sienta ahora mismo en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos.

No, en absoluto → 1

Un poco → 2

Bastante → 3

Mucho → 4

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación. ()
2. Estoy preocupado ()
3. Me siento con confianza en mí mismo ()
4. Siento que me canso con facilidad ()
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme ()
6. Siento deseos de quitarme la vida ()
7. Me siento seguro ()
8. Deseo desinteresarme de todos los problemas que tengo ()
9. Me canso más pronto que antes ()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas ()
11. Me siento bien sexualmente ()
12. Ahora no tengo ganas de llorar ()
13. He perdido la confianza en mí mismo ()
14. Siento necesidad de vivir ()
15. Siento que nada me alegra como antes ()
16. No tengo sentimientos de culpa ()
17. Duermo perfectamente ()

18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea ()
19. Tengo gran confianza en el porvenir ()
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir ()

IDERE

Instrucciones: Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo como se sienta usted generalmente. No hay respuestas malas o buenas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos generalmente.

Casi nunca → 1

Algunas veces → 2

Frecuentemente → 3

Casi siempre → 4

1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo ()
2. Creo no haber fracasado más que otras personas ()
3. Pienso que las cosas me van a salir mal ()
4. Creo que he tenido suerte en la vida ()
5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás ()
6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro ()
7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones ()
8. Me deprimó por pequeñas cosas ()
9. Tengo confianza en mí mismo ()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas ()
11. Me siento aburrido ()
12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen ()
13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales ()
14. Soy indiferentes ante las situaciones emocionales ()
15. Todo me resulta de interés ()
16. Me afectan tanto los engaños que no me los puedo quitar de la cabeza ()
17. Me falta confianza en mí mismo ()

- 18. Me siento lleno de fuerzas y energías ()
- 19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente ()
- 20. Me ahogo en un vaso de agua ()
- 21. Soy una persona alegre ()
- 22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago ()

ANEXO 4

CUESTIONARIO

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Sexo: _____ Ocupación: _____

Estadio de la enfermedad: _____ I _____ II _____ III _____ IV

Antecedentes familiares de cáncer de mama: _____ Si _____ No

Nivel escolar: _____ Primaria _____ Secundaria _____ Preuniversitario _____ Universitario

Estado civil: _____ Soltera _____ Casada o acompañada _____ Viuda

Se está realizando una investigación en el centro sobre el estado emocional de las pacientes que acuden a este servicio. Deseamos, que si usted está dispuesta a cooperar, lo haga con la mayor sinceridad posible. Su información puede resultar de extrema utilidad para la atención a las personas que como usted acuden a esta institución.

1. ¿Cómo usted considera que es su estado de ánimo.

_____ Excelente _____ Bueno _____ Regular _____ Malo

Argumente por qué usted afirma que está así su estado anímico.

2. ¿Cómo es la calidad de su sueño?

_____ Excelente _____ Buena _____ Regular _____ Mala

Argumente por qué usted afirma que es así la calidad de su sueño

3. En su vida cotidiana generalmente se encuentra:

_____ Muy alegre _____ Alegre _____ Poco alegre _____ Nada alegre

¿Por qué estima que se encuentra así?

4. En la actualidad tiende con frecuencia a:

_____ Relacionarse con las personas que le conocen de forma marcada.

____ Relacionarse como de costumbre.

____ Evitar el contacto con las amistades

____ Aislarse

¿A qué atribuye este comportamiento?

5. Al pensar sobre su vida futura predomina en usted:

____ Optimismo ____ Poco optimismo ____ Nada de optimismo

¿Por qué cree que piensa de esta manera?

6. Su rendimiento intelectual es:

____ Muy bueno ____ Bueno ____ Regular ____ Malo

¿A qué atribuye este rendimiento?

7. Su memoria es: ____ Excelente ____ Buena ____ Regular ____ Mala

¿Por qué cree que es así su memoria?

8. La atención actualmente es: ____ Excelente ____ Buena ____ Regular ____ Mala

9. En las actividades físicas:

____ Me siento muy bien ____ Me canso a veces ____ Casi siempre me canso

10. Mi estado de salud es: ____ Muy bueno ____ Bueno ____ Regular ____ Malo.

Considero que mi salud es así por _____

11. Mi percepción de la vida es:

____ Muy positiva ____ Positiva ____ Algo negativa ____ Muy negativa

12. ¿Cuáles son sus principales preocupaciones en la actualidad?

TABLA 1

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA RECIÉN
DIAGNOSTICADAS DE ACUERDO A LA PRESENCIA O NO DE
DEPRESIÓN SEGÚN EL INVENTARIO DE BECK
*HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA VILLA CLARA DICIEMBRE 2004 – JUNIO 2005***

Depresión	Número	%
Leve	13	39,4
Moderada	15	45,5
Grave	5	15,1
Subtotal	33	82,5
Ninguna	7	17,5
Total	40	100,0

Fuente: Resultado del Inventario de Beck.

TABLA 2

**INTENSIDAD DE LA DEPRESIÓN POR EL INVENTARIO DE IDERE
DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA
RECIÉN DIAGNOSTICADAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA VILLA CLARA DICIEMBRE 2004 – JUNIO 2005**

Depresión	Número	%
<u>Como estado</u>		
Alto	5	22,7
Medio	10	45,5
Bajo	7	31,8
Subtotal	22	66,7
<u>Como rasgo</u>		
Alto	4	36,4
Medio	4	36,4
Bajo	3	27,2
Subtotal	11	33,3
Total	33	100,0

Fuente: Resultado del Inventario de IDERE.

TABLA 3

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA RECIÉN
DIAGNOSTICADAS QUE PRESENTARON DEPRESIÓN SEGÚN LAS
MANIFESTACIONES CLÍNICAS DETECTADAS
*HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA VILLA CLARA DICIEMBRE 2004 – JUNIO 2005***

Manifestaciones clínicas	Número	%
<u>Síntomas psíquicos</u>		
Tristeza	33	100,0
Falta de ilusión y desinterés	31	93,9
Pesimismo	19	57,6
Pérdida de autoestima	28	84,8
Sentimientos de culpa y minusvalía	29	87,9
Pérdida del impulso vital	19	57,6
<u>Síntomas somáticos</u>		
Astenia	10	30,3
Hipoactividad	33	100,0
Anorexia	13	39,4
Pérdida ponderal	13	39,4
Alteraciones del sueño	33	100,0

Fuente: Historias Clínicas, observación y resultados de la aplicación del cuestionario.

Nota: Los porcentajes se obtienen del total de pacientes (33).

TABLA 4

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA RECIÉN
DIAGNOSTICADAS QUE PRESENTAN DEPRESIÓN SEGÚN
MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ANTECEDENTES
FAMILIARES DE DICHO CARCINOMA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA VILLA CLARA DICIEMBRE 2004 – JUNIO 2005**

Manifestaciones clínicas	Antecedentes familiares de cáncer de mama				Total (33)	
	Sí (15)		No (18)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<u>Síntomas psíquicos</u>						
Tristeza	15	100,0	18	100,0	33	100,0
Falta de ilusión y desinterés	14	93,3	17	94,4	31	93,9
Pesimismo *	6	40,0	13	72,2	19	57,6
Pérdida de autoestima	13	86,7	15	83,3	28	84,8
Sentimientos de culpa y minusvalía	14	93,3	15	83,3	29	87,9
Pérdida del impulso vital	9	60,0	10	55,6	19	57,6
<u>Síntomas somáticos</u>						
Astenia	6	40,0	4	22,2	10	30,3
Hipoactividad	15	100,0	18	100,0	33	100,0
Anorexia	5	33,3	8	44,4	13	39,4
Pérdida ponderal	5	33,3	8	44,4	13	39,4
Alteraciones del sueño	15	100,0	18	100,0	33	100,0

* $p < 0,09$

Fuente: Historias Clínicas, observación y resultados de la aplicación del cuestionario.

Nota: Los porcentajes se obtienen del total de cada columna que aparece en la fila de los encabezamientos. Sí → 15 pacientes; No → 18 pacientes; Total → 33 pacientes.

TABLA 5

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA RECIÉN
DIAGNOSTICADAS QUE PRESENTAN DEPRESIÓN SEGÚN
MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y EDAD
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA VILLA CLARA DICIEMBRE 2004 – JUNIO 2005**

Manifestaciones clínicas	Edad (en años)								Total	
	30 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<u>Síntomas psíquicos</u>										
Tristeza	5	100,0	11	100,0	13	100,0	4	100,0	33	100,0
Falta de ilusión y desinterés	5	100,0	10	90,9	12	92,3	4	100,0	31	93,9
Pesimismo *	2	40,0	10	90,9	6	46,2	1	25,0	19	57,6
Pérdida de autoestima	4	80,0	10	90,9	12	92,3	2	50,0	28	84,8
Sentimientos de culpa y minusvalía	4	80,0	10	90,9	12	92,3	3	75,0	29	87,9
Pérdida del impulso vital **	2	40,0	8	72,7	5	38,5	4	100,0	19	57,6
<u>Síntomas somáticos</u>										
Astenia	3	60,0	4	35,4	2	15,4	1	25,0	10	30,3
Hipoactividad	5	100,0	11	100,0	13	100,0	4	100,0	33	100,0
Anorexia	2	40,0	5	45,5	4	30,8	2	50,0	13	39,4
Pérdida ponderal	2	40,0	5	45,5	4	30,8	2	50,0	13	39,4
Alteraciones del sueño	5	100,0	11	100,0	13	100,0	4	100,0	33	100,0

** $p < 0,09$ * $p < 0,05$

Fuente: Historias Clínicas, observación y resultados de la aplicación del cuestionario.

Nota: Los porcentajes de los distintos grupos de edad se obtienen del total de pacientes con dichas edades y el del total se logra del total de pacientes (33).

De 30 – 39 años → 5 pacientes; de 40 – 49 años → 11 pacientes;

de 50 – 59 años → 13 pacientes; de 60 – 69 → 4 pacientes.

TABLA 6

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA
RECIÉN DIAGNOSTICADAS QUE PRESENTAN DEPRESIÓN SEGÚN
MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ESTADO CIVIL
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA VILLA CLARA DICIEMBRE 2004 – JUNIO 2005**

Manifestaciones clínicas	Estado civil						Total	
	Soltera		Casada o acompañada		Viuda			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<u>Síntomas psíquicos</u>								
Tristeza	7	100,0	21	100,0	5	100,0	33	100,0
Falta de ilusión y desinterés	6	85,7	20	95,2	5	100,0	31	93,9
Pesimismo	4	57,1	13	61,9	2	40,0	19	57,6
Pérdida de autoestima	6	85,7	19	90,5	3	60,0	28	84,8
Sentimientos de culpa y minusvalía	6	85,7	19	90,5	4	80,0	29	87,9
Pérdida del impulso vital	5	71,4	11	52,4	3	60,0	19	57,6
<u>Síntomas somáticos</u>								
Astenia *	5	71,4	5	23,8	-	-	10	30,3
Hipoactividad	7	100,0	21	100,0	5	100,0	33	100,0
Anorexia	3	42,0	8	38,1	2	40,0	13	39,4
Pérdida ponderal	3	42,9	8	38,1	2	40,0	13	39,4
Alteraciones del sueño	7	100,0	21	100,0	5	100,0	33	100,0

* $p < 0,05$

Fuente: Historias Clínicas, observación y resultados de la aplicación del cuestionario.

Nota: Los porcentajes de los distintos estados civiles se obtienen del total de pacientes con dichos estados y el del total se logra del total de pacientes (33).

Soltera → 7 pacientes; Casada o acompañada → 21 pacientes; Viuda → 5 pacientes.

TABLA 7

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA RECIÉN
DIAGNOSTICADAS QUE PRESENTAN DEPRESIÓN SEGÚN
MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ESCOLARIDAD
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA VILLA CLARA DICIEMBRE 2004 – JUNIO 2005**

Manifestaciones clínicas	Escolaridad								Total	
	Primaria		Secundaria		Preuniversitario		Universitario			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<u>Síntomas psíquicos</u>										
Tristeza	4	100,0	7	100,0	13	100,0	9	100,0	33	100,0
Falta de ilusión y desinterés	3	75,0	6	85,7	13	100,0	9	100,0	31	93,9
Pesimismo	-	-	5	71,4	8	61,5	6	66,7	19	57,6
Pérdida de autoestima	4	100,0	6	85,7	12	92,3	6	66,7	28	84,8
Sentimientos de culpa y minusvalía	4	100,0	6	85,7	12	92,3	7	77,8	29	87,9
Pérdida del impulso vital	2	50,0	4	57,1	5	38,5	8	88,9	19	57,6
<u>Síntomas somáticos</u>										
Astenia	1	25,0	3	42,9	4	30,8	2	22,2	10	30,3
Hipoactividad	4	100,0	7	100,0	13	100,0	9	100,0	33	100,0
Anorexia	1	25,0	5	71,4	3	23,1	4	44,4	13	39,4
Pérdida ponderal	1	25,0	5	71,4	3	23,1	4	44,4	13	39,4
Alteraciones del sueño	4	100,0	7	100,0	13	100,0	9	100,0	33	100,0

Fuente: Historias Clínicas, observación y resultados de la aplicación del cuestionario.

Nota: Los porcentajes de los distintos niveles de escolaridad se obtienen del total de cada nivel y el del total se logra del total de pacientes (33).

Primaria → 4 pacientes; Secundaria → 7 pacientes; Preuniversitario → 13 pacientes

Universitario → 9 pacientes.

TABLA 8

**DISTRIBUCIÓN DE LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA RECIÉN
DIAGNOSTICADAS QUE PRESENTAN DEPRESIÓN SEGÚN
MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA VILLA CLARA DICIEMBRE 2004 – JUNIO 2005**

Manifestaciones clínicas	Estadios de la enfermedad								Total	
	I		II		III		IV			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<u>Síntomas psíquicos</u>										
Tristeza	21	100,0	6	100,0	4	100,0	2	100,0	33	100,0
Falta de ilusión y desinterés	20	95,2	5	83,3	4	100,0	2	100,0	31	93,9
Pesimismo	9	42,9	5	83,3	3	75,0	2	100,0	19	57,6
Pérdida de autoestima	16	76,2	6	100,0	4	100,0	2	100,0	28	84,8
Sentimientos de culpa y minusvalía	17	81,0	6	100,0	4	100,0	2	100,0	29	87,9
Pérdida del impulso vital	10	47,6	3	50,0	4	100,0	2	100,0	19	57,6
<u>Síntomas somáticos</u>										
Astenia *	3	14,3	3	50,0	2	50,0	2	100,0	10	30,3
Hipoactividad	21	100,0	6	100,0	4	100,0	2	100,0	33	100,0
Anorexia **	6	28,6	1	16,7	4	100,0	2	100,0	13	39,4
Pérdida ponderal **	6	28,6	1	16,7	4	100,0	2	100,0	13	39,4
Alteraciones del sueño	21	100,0	6	100,0	4	100,0	2	100,0	33	100,0

** $p < 0,001$ * $p < 0,05$

Fuente: Historias Clínicas, observación y resultados de la aplicación del cuestionario.

Nota: Los porcentajes de los distintos estadios se obtienen del total de cada estadio y el del total se logra del total de pacientes (33).

Estadio I → 21 pacientes; Estadio II → 6 pacientes; Estadio III → 4 pacientes

Estadio IV → 2 pacientes.

TABLA 9

**COMPARACIÓN DE LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN
EN LAS PACIENTES ESTUDIADAS RECIÉN DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER
DE MAMA CON LAS DE LAS PACIENTES DE IGUALES CARACTERÍSTICAS
PERO RECIÉN OPERADAS
*HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA VILLA CLARA DICIEMBRE 2004 – JUNIO 2005***

Manifestaciones clínicas	Pacientes				p
	Recién diagnosticadas		Recién operadas		
	Nº	%	Nº	%	
<u>Síntomas psíquicos</u>					
Tristeza	33	100,0	38	100,0	-
Falta de ilusión y desinterés *	31	93,9	18	47,4	0,0000
Pesimismo	19	57,6	14	36,8	0,0806
Pérdida de autoestima	28	84,8	27	71,1	0,1720
Sentimientos de culpa y minusvalía	29	87,9	36	94,7	0,3002
Pérdida del impulso vital	19	57,6	22	57,9	0,9784
<u>Síntomas somáticos</u>					
Astenia *	10	30,3	37	97,4	0,0000
Hipoactividad	33	100,0	34	89,5	0,0550
Anorexia *	13	39,4	37	97,4	0,0000
Pérdida ponderal *	13	39,4	36	94,7	0,0000
Alteraciones del sueño **	33	100,0	32	84,2	0,0170

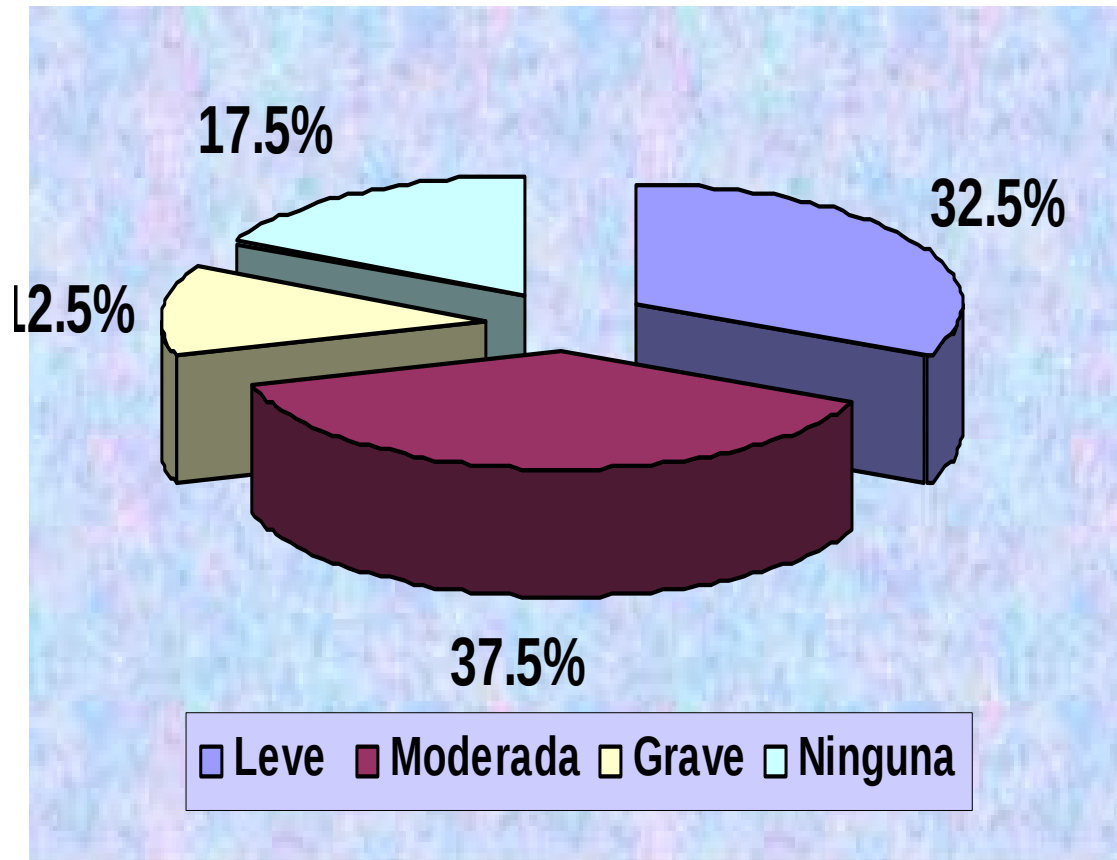
* $p < 0,001$ ** $p < 0,05$

Fuente: Historias Clínicas, observación, resultados de la aplicación del cuestionario y resultados del estudio de las recién operadas.

Nota: Los porcentajes de los dos estudios se obtienen del total de pacientes de cada uno.
Recién diagnosticadas → 33 pacientes; Recién operadas → 38 pacientes.

GRÁFICO 1

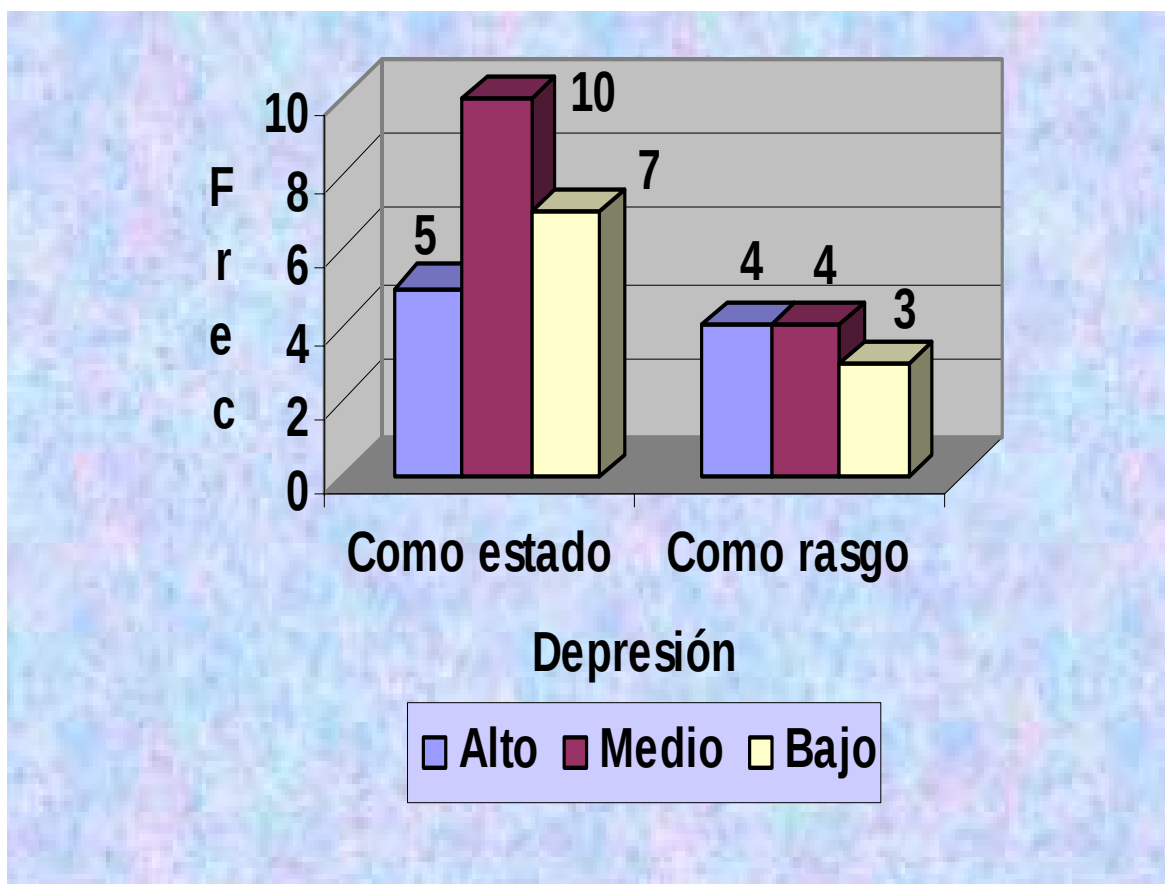
**PRESENCIA O NO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER
DE MAMA RECIÉN DIAGNOSTICADAS SEGÚN EL INVENTARIO DE BECK
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA VILLA CLARA DICIEMBRE 2004 – JUNIO 2005**



Fuente: Datos de la tabla 1.

GRÁFICO 2

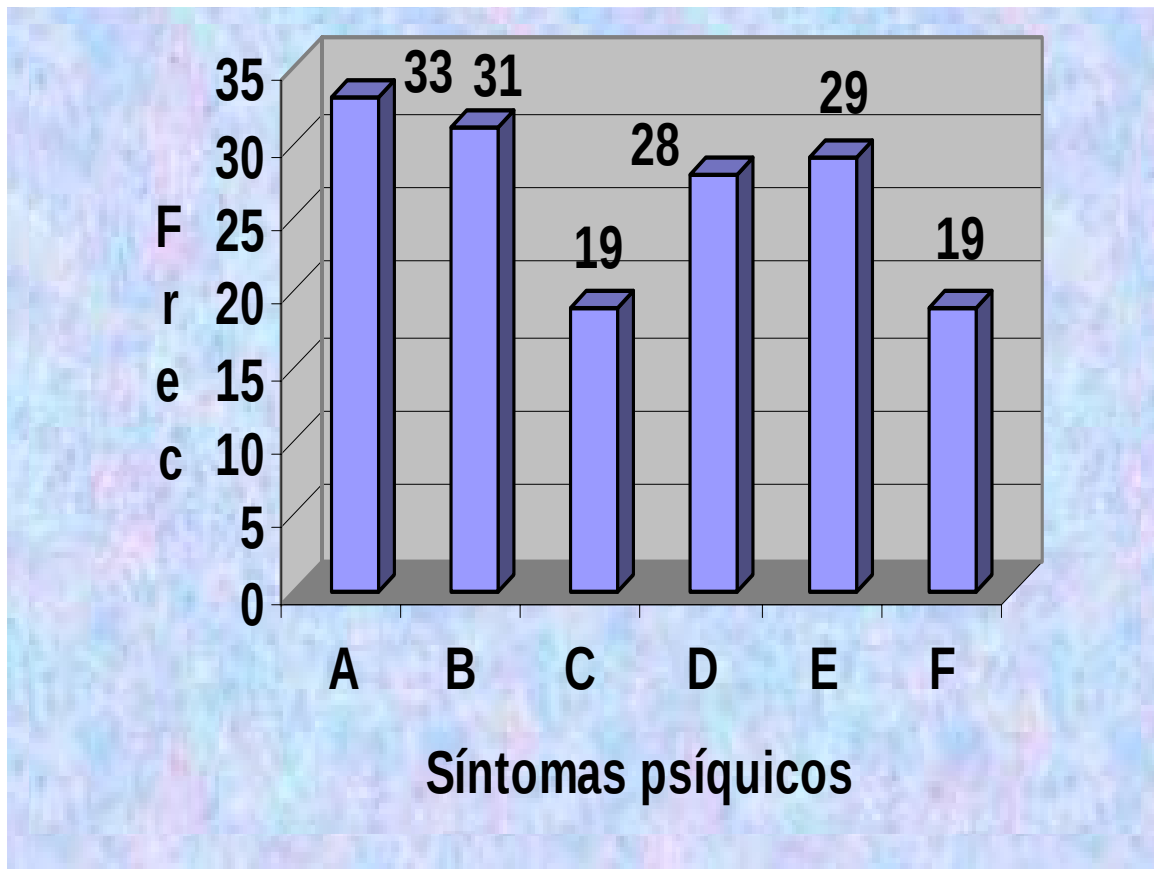
**INTENSIDAD DE LA DEPRESIÓN DE LAS PACIENTES ESTUDIADAS
POR EL INVENTARIO DE IDERE
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA VILLA CLARA DICIEMBRE 2004 – JUNIO 2005**



Fuente: Datos de la tabla 2.

GRÁFICO 3

FRECUENCIA DE PACIENTES RECIÉN DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA QUE PRESENTARON SÍNTOMAS PSÍQUICOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA VILLA CLARA DICIEMBRE 2004 – JUNIO 2005

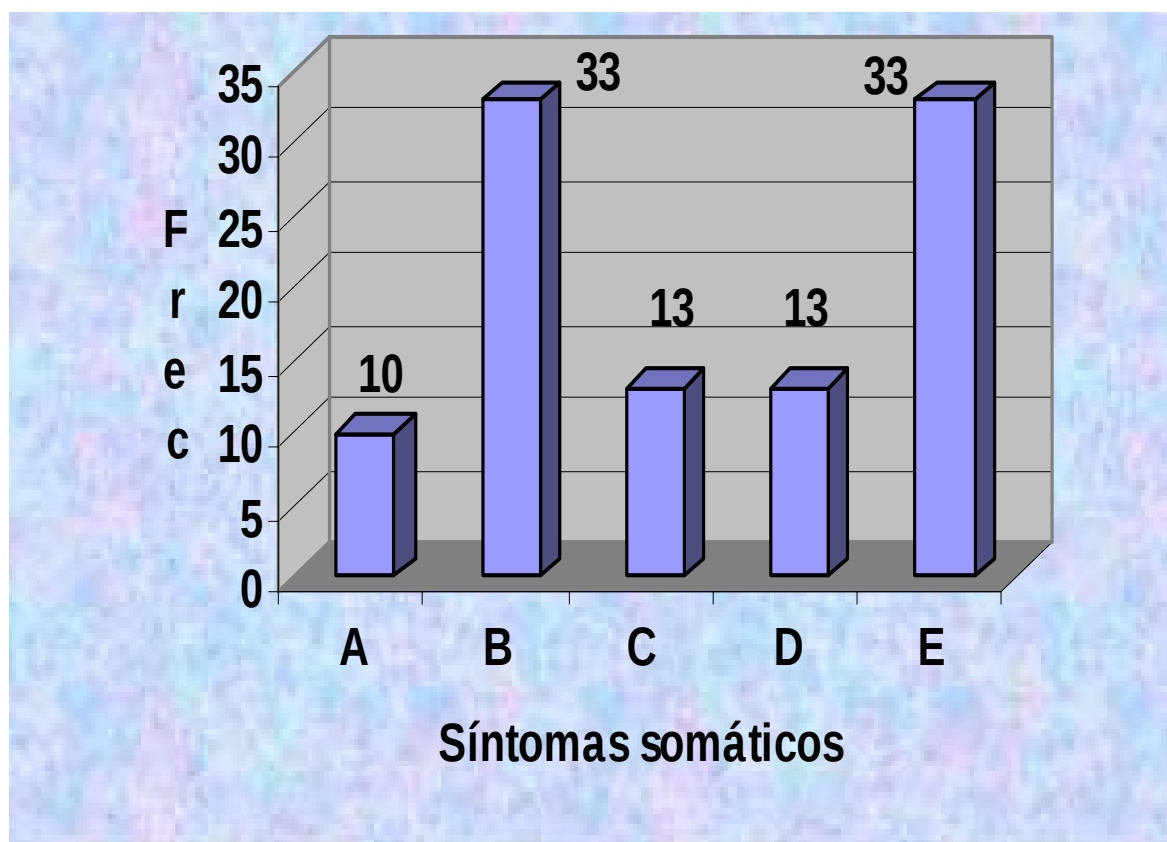


Leyenda: A → Tristeza; B → Falta de ilusión y desinterés; C → Pesimismo
D → Pérdida de autoestima; E → Sentimientos de culpa y minusvalía
F → Pérdida del impulso vital

Fuente: Datos de la tabla 3.

GRÁFICO 4

FRECUENCIA DE PACIENTES RECIÉN DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER DE MAMA QUE PRESENTARON SÍNTOMAS SOMÁTICOS
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
SANTA CLARA VILLA CLARA DICIEMBRE 2004 – JUNIO 2005



Leyenda: A → Astenia; B → Hipoactividad; C → Anorexia;
D → Pérdida ponderal; E → Alteraciones del sueño

Fuente: Datos de la tabla 3.

