

❖ **PSIQUIATRÍA ONCOLÓGICA Y PSICOONCOLOGÍA: SEXUALIDAD, DISTRÉS, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DESMORALIZACIÓN ANTE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA**

Dra. Adriana Beatríz Romeo (Jefa Departamento de Salud Mental y Psiquiatría Oncológica)

Dra. Mirta Alicia Di Pretoro (Jefa Servicio de Psico-Oncología, Departamento de Salud Mental y Psiquiatría Oncológica)

Dra. Diana Bequelman (Médica Psico-oncóloga del Departamento de Salud Mental y Psiquiatría Oncológica).

➤ **SEXUALIDAD Y CÁNCER**

El diagnóstico de cáncer implica la confrontación con las consecuencias orgánicas y psicológicas de una enfermedad que afecta a partes del cuerpo llenas de significaciones subjetivas y culturales.

Además, el proceso oncológico y sus tratamientos producen múltiples pérdidas en el organismo, en la representación del cuerpo y en la relación con el otro. Por consiguiente, estas pérdidas generan procesos afectivos de elaboración de distintos duelos que conducen a la construcción de una nueva imagen corporal y al reencuentro con el otro (1).

Los pacientes enfermos de cáncer deberán enfrentarse a distintos tipos de estresores a lo largo del proceso. Entre estos últimos, cabe mencionar estresores agudos limitados en el tiempo como la cirugía; estresores intermitentes como la espera de resultados de las pruebas diagnósticas durante el seguimiento y estresores crónicos como la pérdida de un órgano o el temor a la recidiva (2).

Así, no todos los individuos responden de igual modo al mismo estrés, por lo que la respuesta multimodal al estresor no depende de la calidad del mismo sino de la evaluación cognitiva que cada persona realiza sobre él de acuerdo con el bagaje socio-genético-cultural que posea.

De este modo, a pesar de ser las alteraciones de la función sexual del paciente oncológico un tema poco tratado en la literatura científica, existen diversos trabajos que destacan su presencia o ausencia como consecuencia del estrés a través de las diferentes etapas de la enfermedad.

En consecuencia, la identidad sexual, la función sexual y las relaciones sexuales pueden afectarse severamente cuando el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos irrumpen en la vida del paciente y en la de su familia (3).

En relación, el cáncer impacta de manera negativa en la vida sexual de las parejas afectadas y, como un evento traumático, también puede producir cambios en el funcionamiento físico, en la percepción tanto de la femineidad como de la masculinidad y alterar la función psicosexual y la intimidad de los individuos (4).

En este orden, para Vidal y Benito (5) y [Vaziri y Lotfi Kashani](#) (6) las disfunciones sexuales secundarias a los diversos tratamientos, deben ser diagnosticadas y manejadas con una aproximación sistemática y con premisas multidisciplinares.

En línea, es importante mencionar que existen distintos autores que señalan el papel relevante de la pareja, en la colaboración con las conductas de autocuidado del paciente, en las demostraciones de afecto, en preservar la intimidad, en la comprensión y en el logro de una comunicación abierta y sin prejuicios, claves todas para colaborar en la satisfacción sexual de las personas afectadas durante y luego de los tratamientos onco-específicos (7).

Sin embargo, la temática relacionada con las parejas de los pacientes oncológicos no se ha constituido, hasta el momento, en un objeto de estudio habitual desconociéndose aspectos como la manera en que aquellas son afectadas por la enfermedad oncológica de sus seres queridos, los factores que inciden en su búsqueda de ayuda y en su nivel de necesidad, la forma óptima de apertura de los canales de comunicación para facilitar el acercamiento a sus respectivas parejas y las diferentes alternativas que se les puede brindar a esta población (4).

En síntesis, pese a quedar demostrado que la calidad de vida en general y la función sexual en particular son muy importantes para el paciente oncológico, se observa una falta de comunicación activa y útil en relación con temas acordes a la sexualidad, incluso cuando los profesionales médicos piensan que el paciente puede llegar a experimentar alguna problemática en esa esfera (8).

Además, se debe considerar que las alteraciones sexuales no son explicitadas en los consentimientos informados que los pacientes deben firmar antes de la realización de procedimientos, tratamientos o ingesta de medicación onco-específica (4).

Al respecto, la información y las técnicas de intervención de soporte alivian las dificultades sexuales y facilitan la renegociación sexual que debe ser ofrecida a todos los pacientes, aunque no esté afectada la zona genital destacando, también, la importancia de incluir a las parejas en dichas intervenciones tendientes a mejorar la esfera sexual (9).

Por tanto, Incrocci (10) sugiere que el manejo del paciente oncológico a lo largo de todas las etapas de su enfermedad, debe ser realizado con una estricta colaboración de todos los proveedores de salud incluyendo especialistas médicos, fisioterapeutas, psicólogos, médicos sexólogos y enfermeras, ya que desde el inicio del diagnóstico oncológico hasta el tratamiento llegando luego al estadio de sobreviviente, existen variedades de estresores psicosociales para él, su pareja y demás seres queridos.

A su vez, el autor agrega que el cáncer afecta la cantidad y la calidad de vida y, por tanto, el desafío para los médicos y otros profesionales de la salud es aconsejar y educar al paciente y a su pareja acerca del nuevo funcionamiento sexual (11).

➤ **CÁNCER Y DISTRÉS**

El diagnóstico de cáncer impacta en el sujeto, ataca su integridad y repercute en sus diferentes áreas física, familiar, laboral, económica, social, espiritual y psicológica. Así, tanto el paciente como su familia se enfrentan con temores, fantasías y creencias sobre las cuales inician un proceso de duelo que implica la pérdida de la salud.

El primer temor es a la muerte, pero el que persiste a lo largo de la enfermedad oncológica es el temor al sufrimiento. En consecuencia, surge la necesidad de

ajustarse a la nueva situación. Algunos pacientes y familiares lo realizan de manera adecuada sin ninguna intervención psicosocial y, en otros, aparecen sentimientos muy dolorosos que llevan a altos niveles de padecimiento y desadaptación a la enfermedad.

Se desprende, entonces, que las emociones desempeñan un papel fundamental en oncología y pueden ser factores de riesgo o de protección.

En relación, el estrés, se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas corporales y/o ambientales (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto. Los elementos que considerar en la interacción potencialmente estresante son: variables situacionales, variables individuales y las consecuencias ocasionadas por el estrés (12).

En este orden, la demanda de los factores estresores requiere respuestas adaptativas. Sin embargo, si estas últimas son vivenciadas como excesivas o si el paciente no cuenta con recursos internos para enfrentar dicha demanda, pueden ocurrir una serie de reacciones emocionales negativas como ansiedad, ira y depresión.

La percepción de una situación estresante genera una respuesta homeostática del organismo que consiste en la activación del sistema nervioso autónomo simpático y del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA). Así, las manifestaciones de síntomas de dolor agudo como taquicardia, palidez, sudoración, náuseas, etc., son atribuibles a la activación simpática. En referencia al eje HHA, la respuesta homeostática se inicia en el hipotálamo donde se incrementa la síntesis del factor liberador de corticotrofina (CRF). Este último induce la secreción hipofisaria de adrenocorticotrofina (ACTH), hormona que, a su vez, provoca la liberación de cortisol por la corteza adrenal. Este proceso hormonal, precedido por la activación del sistema nervioso simpático, prepara al cuerpo para la lucha o la huida (13).

Por su parte, el estrés no sólo ha sido estudiado como estímulo y como respuesta neurofisiológica, sino que también, desde un punto de vista psicológico, se destacan una serie de procesos cognitivos de valorización de las situaciones conflictivas -modelo de valoración de Lazarus y Folkman (14). Así, es importante señalar la interacción entre las características de la situación traumática y los recursos del individuo para hacer frente a las consecuencias negativas de la situación. Si el sujeto interpreta la situación como peligrosa o amenazante y, además considera que sus recursos son escasos para hacer frente a estas consecuencias negativas, surgirán los síntomas de distrés.

Al respecto, los seres humanos realizan permanentemente esfuerzos cognitivos y conductuales para adecuar diversas situaciones vitales destacando que, no toda situación generadora de estrés presenta consecuencias negativas. Pero si la situación estresante desborda los recursos internos y, por ende, la capacidad de afrontamiento, se producen consecuencias negativas. A esta respuesta negativa se la denomina distrés, a diferencia del estrés positivo o eustrés, buen regulador de la actividad conductual.

Continuando, Jackson & Jackson (15) mencionan que aproximadamente el 50% de todas las personas diagnosticadas con cáncer experimentan niveles significativamente elevados de distrés emocional y la mayoría de sus síntomas no son reconocidos y/o tratados por el personal profesional de centros hospitalarios.

En concordancia, el National Comprehensive Cancer Network (16) define el distrés en pacientes con cáncer como “una experiencia emocional desagradable de naturaleza psicológica, social, y espiritual, que interfiere con la habilidad de afrontar de manera efectiva el diagnóstico de cáncer y sus diversas formas de tratamiento”. Asimismo, aclara que este distrés emocional varía desde “sentimientos normales de tristeza, vulnerabilidad y temor a problemas que pueden generar un grado de discapacidad, tales como depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y una crisis espiritual de gran magnitud” (p. 113). Actualmente, existen evidencias científicas que indican que los pacientes con cáncer experimentan niveles significativamente altos de distrés emocional no sólo en el momento del diagnóstico inicial de la enfermedad sino también en el caso de su recurrencia y/o terminalidad (17) (18).

También, en relación con el padecimiento oncológico, la observación clínica señala que este último, tal fue mencionado, puede producir tanto diferentes intensidades de distrés como trastornos adaptativos y síntomas incluidos en el trastorno depresivo mayores. Todos los anteriores inciden, negativamente, en la evolución de la enfermedad de base (19).

Cuando el dolor de un paciente con enfermedad crónica se acentúa y perdura en el tiempo, como ocurre en los neoplásicos, se produciría la hiperactividad continua del eje HHA con el consecuente incremento del cortisol. De este modo, este glucocorticoide generaría un aumento extremo de la actividad catalítica, responsable de ocasionar cambios neuroplásticos negativos en el hipocampo. Estas modificaciones en las estructuras neuronales (atrofias de dendritas y axones, incluidas la muerte celular), se manifestarían con la aparición de síntomas depresivos (20).

A su vez, la enfermedad oncológica como un factor de estrés crónico no sólo produciría atrofia neuronal a nivel de las células del giro dentado del hipocampo, sino que, también, causaría una disminución importante del volumen de la corteza a nivel frontal y una reducción de la densidad de la glía en la corteza prefrontal que se traduciría en sentimientos de inutilidad, desamparo, culpa, fatalidad e ideación suicida (21) (22). Debido a que puede inferirse que los procesos asociados al estrés que afectan la neuroplasticidad habrían de revertir al desaparecer el estresor, con tratamientos específicos (antidepresivos) se podrían, entonces, recuperar no sólo las conexiones nerviosas afectadas tanto en el hipocampo como en la corteza prefrontal sino también las alteraciones de la glía. En consecuencia, estas modificaciones neuroplásticas positivas mejorarían el estado de ánimo.

➤ **ANSIEDAD Y ESTRÉS**

Los términos ansiedad y estrés suelen usarse como sinónimos debido a que, en ambos casos, pareciera existir un mismo tipo de reacción emocional caracterizada por una alta activación fisiológica. Sin embargo, el estrés es un proceso más amplio de

adaptación al medio a la vez que, la ansiedad es una reacción emocional de alerta ante situaciones vivenciadas como riesgosas. Así, dentro de los cambios psicológicos que genera el estrés, la ansiedad se constituye en la reacción emocional más frecuente.

➤ **ANSIEDAD Y CÁNCER**

El cáncer, por lo general, es vivido como un acontecimiento traumático que produce reacciones emocionales tales como trastornos de ansiedad y estado de ánimo depresivo. Por ende, esta situación considerada como inesperada y penosa, aflige no sólo al paciente que la padece sino también a su entorno familiar y social.

Con respecto a la ansiedad, sin embargo, resulta similar tanto en los pacientes oncológicos como en la población general (6,4%). Una importante investigación de la Organización Mundial de la Salud efectuada en seis países europeos (Alemania, España, Bélgica, Francia, Italia y Holanda) observó, mediante la utilización de la entrevista diagnóstica, que la prevalencia de los trastornos de ansiedad de los pacientes oncológicos en los últimos 12 meses era del 6,4%, similar a la de la población general que fue del 6% en el último año (23).

La ansiedad se caracteriza por ser una reacción universal, de carácter esencial y adaptativa, que emerge ante situaciones de alarma, dudosas, confusas, de amenaza, de resultados inciertos o de peligro, ya sea presente o futura. Su meta es generar conductas apropiadas que permitan enfrentar dichas situaciones y su objetivo es preservador. A tal fin, se produce la activación de mecanismos biológicos de adaptación, genéticamente programados, cuya "función es de protección de sí mismo y su descendencia ante posibles daños" (24).

La ansiedad, generalmente vivenciada como una experiencia desagradable, es una reacción natural que puede presentarse en distintos momentos de la enfermedad del paciente y también durante la incertidumbre que, a causa de esta última, se genera. Los síntomas de ansiedad suelen aliviarse cuando se proporcionan, a la brevedad posible, información detallada sobre la enfermedad, se aclara el diagnóstico y/o se proponen tratamientos específicos.

No obstante, cuando la ansiedad es frecuente, intensa, severa y persistente, se torna patológica y da origen a los trastornos de ansiedad. Estos últimos, modifican los sistemas fisiológicos produciendo un exceso de activación que genera alteraciones tanto en los procesos cognitivos como en el sistema inmune.

En consecuencia, los trastornos de ansiedad disminuyen la capacidad de adaptación del paciente al medio ambiente y no sólo provocan síntomas que afectan su vida personal sino también la familiar, académica, laboral y social.

El padecimiento de algún trastorno de ansiedad depende directamente de la estructura de personalidad previa a la enfermedad oncológica. Es así como la mayoría de los individuos que nunca han tenido problemas de ansiedad, no suelen desarrollar el trastorno al contraer dicha afectación. En cambio, las personas que han

experimentado episodios de ansiedad intensa antes de la aparición de la enfermedad usualmente manifiestan esta sintomatología que puede interferir en la adherencia a los tratamientos indicados.

A su vez, un primer trabajo publicado por Derogatis (25) y más tarde confirmado por varios trabajos posteriores, señala que el 53% de los pacientes oncológicos presenta reacciones normales y que los trastornos más frecuentes son los adaptativos con una prevalencia del 37%. El autor también destaca que, estos últimos, se producen cuando la enfermedad oncológica es percibida como una amenaza y genera, en consecuencia, una reacción emocional con una respuesta mayor a la esperada dando origen a los trastornos adaptativos. Éstos se caracterizan por producir marcada ansiedad, cambios en el humor y conductas inadecuadas. De este modo el paciente puede presentar: inquietud, impaciencia, desesperanza, irritabilidad, nerviosismo severo, preocupación, temores, temblores, insomnio y/o dificultades para concurrir al trabajo, realizar actividades académicas o relacionarse con otras personas.

Entre los trastornos adaptativos el más frecuente es el adaptativo con estado de ánimo depresivo (15%), seguido por el trastorno con ansiedad (12%), luego el mixto: depresión y ansiedad (8%) y, finalmente, ambas alteraciones previas acompañadas de trastorno de comportamiento (2%) (5). Es notable que dicha sintomatología pueda ser atenuada cuando los pacientes se sienten contenidos por el equipo médico, su familia y el medio social.

Por otra parte, el trastorno de angustia, caracterizado por síntomas neurovegetativos de comienzo brusco y /o temor a perder el control sobre sí mismos, se observa en pacientes oncológicos con marcada ansiedad cuyo miedo, tan intenso, les impide seguir realizando estudios y/o tratamientos indicados. La sintomatología puede durar unos minutos o varias horas y, al ser muy similar a la de otros trastornos médicos, requiere un minucioso esclarecimiento diagnóstico y un efectivo tratamiento precoz.

En esta línea, cabe mencionar que la fobia es un trastorno de ansiedad caracterizado por un temor excesivo y persistente que se focaliza en un objeto o situaciones particulares tendientes a ser evitadas por el paciente, dado el riesgo inmediato de una intensa ansiedad. De esta manera, algunos pacientes oncológicos pueden tener miedo a los pinchazos y presentar una crisis de angustia durante la aplicación de drogas oncológicas y/o temer a los espacios cerrados (claustrofobia), manifestando dificultades para realizar ciertos estudios (resonancia magnética, tomografía computada, etc.) o tratamientos específicos (radioterapia, braquiterapia, etc.).

Si el miedo es intenso e impide la realización de estudios y/o tratamientos oncológicos, se requiere de una evaluación psicológica –psiquiátrica inmediata.

Continuando, los pacientes neoplásicos con un trastorno obsesivo-compulsivo tienen ideas, imágenes y pensamientos, recurrentes de carácter intrusivo que se les impone (obsesiones) acompañados, por lo general, de conductas repetitivas que se sienten obligados a cumplir como rituales (compulsiones) evitando, así, el sufrimiento de una intensa angustia. Este tipo de trastornos, excepcional en pacientes sin historia previa a la aparición de la enfermedad oncológica, puede impedir, mediante ideas y actos, la

realización de los tratamientos. En consecuencia, su detección obliga a la necesidad de atención en servicios especializados a tal fin.

Con respecto al trastorno por estrés agudo, algunos pacientes vivencian a la enfermedad oncológica como una amenaza a su integridad física siendo su respuesta emocional intensa. Así, al informarse el diagnóstico pueden presentar síntomas de embotamiento, desapego, indiferencia, aplanamiento afectivo, aturdimiento y/o amnesia disociativa (no recordar absolutamente nada de lo dicho por el médico). Dicha sintomatología puede durar desde días a un mes y, si además de ser su intensidad severa, se agregan otros padecimientos como el insomnio, irritabilidad, inquietud, falta de concentración, hipervigilancia, sobresalto, desrealización y despersonalización, el paciente sufre un trastorno de ansiedad que debe ser tratado a la brevedad.

En el caso de padecimiento de un trastorno de estrés postraumático, el impacto traumático de la enfermedad neoplásica puede producir síntomas compatibles con un trastorno de ansiedad por estrés postraumático (26). De este modo, la información del diagnóstico y/o los diferentes tratamientos puede provocar que una persona que ya ha pasado por una situación que puso su vida en peligro, reviva el trauma asociado a ese evento. En relación, estudios realizados observaron que el 2 % de los pacientes oncológicos presentan recuerdos recurrentes e intrusivos del acontecimiento traumático relacionado, directamente, con la vivencia de la enfermedad y suelen ser reactivados durante los controles.

Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada pueden experimentar ansiedad extrema y constante, irritabilidad, inquietud, impaciencia, tensión muscular, taquicardia, sudoración, mareos, fatiga, dificultad para concentrarse y tomar decisiones. En consecuencia, es fundamental que dichos enfermos reciban un seguimiento psicoterapéutico específico que les permita realizar los estudios y tratamientos oncológicos.

Con respecto a los trastornos de ansiedad causados por otras condiciones médicas generales, la ansiedad en los pacientes con enfermedad oncológica puede dar síntomas somáticos que se confunden con la sintomatología propia de la enfermedad. Así, en algunos pacientes, la ansiedad suele causar náuseas, vómitos, disfagia, precordialgia, trastornos del sueño o intensificación de la sensación de dolor. A su vez, las manifestaciones clínicas propias de la enfermedad como el padecimiento de fuertes dolores o la falta de autonomía por inmovilización, y/ o incapacidad física, también pueden provocar síntomas de ansiedad que llegan a ser muy extenuantes. Al respecto, dado que la ansiedad de estos pacientes puede confundirse con los síntomas producidos por enfermedad neoplásica, es necesaria una detallada evaluación clínica psicológica / psiquiátrica para poder realizar los diagnósticos diferenciales y adecuar los diversos tratamientos.

En síntesis, la enfermedad oncológica, al ser percibida como una amenaza, genera una reacción emocional de marcada ansiedad que tenderá a ser más intensa si el paciente siente que no puede elaborar la información que le suministran los miembros del equipo de salud o que sus recursos internos para afrontar el peligro no le son suficientes.

➤ **DEPRESIÓN Y CÁNCER**

Diversos autores han señalado que los pacientes con enfermedad médica, como el cáncer, tienen mayor riesgo de padecer síntomas depresivos que la población general (5) (25). Así, la prevalencia de depresión es de 25 a 30 % y la mayoría de los autores coincide en señalar que ese porcentaje aumenta con el progreso de la enfermedad (5) (19) (27).

Al respecto, Holland (27) describe respuestas emocionales consideradas normales en los pacientes oncológicos, tanto frente al diagnóstico como a los períodos de realización de estudios y/o tratamientos, que remiten espontáneamente entre la primera y segunda semana luego del suceso. Plantea que a veces pueden prolongarse algo más, pero agrega que, si estos síntomas, entre ellos tristeza, persisten o aumentan de intensidad, deben clasificarse como un trastorno depresivo.

En relación, otros autores coinciden con Endicott (28) en sostener que la mayoría de los pacientes neoplásicos presenta sintomatología depresiva y, al ser considerada “habitual”, no necesita ni medicación, ni tratamiento psicoterapéutico específico. Esta creencia, para Schuler (29), refleja la idea errónea de que la depresión es una respuesta “normal” en pacientes oncológicos y no merece el esfuerzo de un diagnóstico sistemático y de tratamiento específico. Para Lindberg, citado por Collazo, Megale y Soria (30) un síntoma de aparición temprana que sugiere depresión y que no le permite al enfermo realizar las tareas hogareñas que físicamente está en condiciones de llevar a cabo, es el cansancio. El autor refiere que este último, por lo general, se acompaña de falta de motivación y, en consecuencia, ante la presencia de situaciones inesperadas el paciente tiene la sensación de que le resulta muy difícil afrontarlas.

Por lo tanto, la depresión subdiagnosticada complica los esfuerzos del paciente para hacer frente a la enfermedad y adherencia al tratamiento oncológico (31). Al respecto, el paciente oncológico, suele manifestar tristeza en relación a las modificaciones que la enfermedad ocasiona en su vida. Pero, si se deprime, aumenta la intensidad y persistencia de la misma y puede llegar a sentirse inútil, desamparado, desganado, desesperanzado y pensar que la enfermedad le “arruinó su vida”. Así, resulta importante poder individualizar los síntomas depresivos para que puedan ser tratados (5).

Cuando el paciente presenta antecedentes de síntomas depresivos mínimos, durante cualquier etapa de la enfermedad y de la aparición del dolor oncológico, aumentan las posibilidades de padecer un trastorno depresivo mayor recidivante. Asimismo, cuantos más episodios depresivos haya tenido el enfermo a lo largo de la vida, mayor será la tendencia a sufrir recaídas que pueden ser cada vez más graves.

Además, no es fácil de diagnosticar la depresión leve con sintomatología predominantemente somática debido a que se confunde con ciertos aspectos de la enfermedad de base tales como anorexia, pérdida de peso, trastornos del sueño,

estreñimiento, fatiga, astenia con falta de voluntad y energía, disminución de la libido, enlentecimiento psicomotriz y del pensamiento (bradipsiquia). Sin embargo, mientras que en los trastornos depresivos se pierde el sentido de la vida y predominan las culpas, los autorreproches y la ideación suicida, en el enfermo que por su patología manifiesta síntomas que pueden confundirse con una depresión leve con sintomatología somática, se evidencian deseos de vivir (5).

En resumen, si los síntomas depresivos no son correctamente reconocidos se complica el abordaje del problema médico oncológico porque, por lo general, aquellos no sólo se agravan, sino que al perdurar y progresar la enfermedad se acentúan más aún y así, los enfermos, pueden también sufrir otros síntomas negativos al tornarse la vida insoportable o sin sentido. De este modo, el paciente podría llegar a un estado de desesperación e ideación suicida que podría haberse evitado con medicación asociada a un tratamiento psicoterapéutico.

➤ **Desmoralización y cáncer**

El síndrome de desmoralización se observa frecuentemente en los pacientes con enfermedad oncológica avanzada. Los síntomas emocionales y cognitivos del mismo son la tristeza, el desánimo, desaliento, desamparo, desesperanza, aislamiento, sentimiento de impotencia y dependencia, angustia, sensación de deterioro, miedo a la pérdida de la autonomía, dignidad e integridad, desapercibimiento de apoyo social y familiar con marcado sentimiento de soledad, ideación pesimista e incapacidad de afrontamiento de situaciones vitales extremas.

En consecuencia, los individuos que lo padecen presentan malestar existencial con pérdida del sentido de la vida y de proyectos mediatos, pero, mantienen la capacidad de interactuar con el entorno y de disfrutar el presente aún sin mucho entusiasmo.

En relación, los distintos trabajos de investigación señalan al síndrome de desmoralización como un constructo independiente de la depresión (32).

Es importante resaltar que estos enfermos no presentan anhedonia -falta total de interés y de la capacidad de disfrutar-. En adición, sus necesidades tanto emocionales como espirituales responden a las intervenciones psicoterapéuticas (33) (34).

➤ **Diagnóstico diferencial entre depresión y desmoralización**

Depresión

- Tristeza profunda y permanente.
- Sentimientos de inutilidad y desesperanza.
- Síntomas cognitivos (falta de atención, concentración, decisión).
- Anhedonia.
- Aislamiento, retraimiento (no hay percepción de la ayuda social recibida).
- Síntomas somáticos: cambios en apetito y peso, trastornos del sueño, cansancio extremo e inmovilidad.
- Pérdida del sentido de la vida.
- Predominio de autorreproches, ideas de culpa y/o ruina.
- Ideación suicida.
- Tratamiento: Antidepresivos y Psicoterapia.

Desmoralización

- Tristeza, desesperanza, desánimo, desamparo.
- Necesidades emocionales y espirituales.
- Posibilidad de interactuar con el entorno familiar y/o social pese a los síntomas afectivos negativos y/o pesimistas.
- Ausencia de anhedonia.
- Capacidad de disfrutar el presente sin entusiasmo ni apasionamiento.
- Tratamiento: la Psicoterapia permite alcanzar el bienestar espiritual, trabajar sobre aspectos pendientes y encontrar un significado a la vida, sin que sea imprescindible la utilización de psicofármacos.

Así, en la clínica se puede evidenciar un aumento gradual de la sintomatología depresiva y en cambio, no una graduación en lo referente al síndrome de desmoralización. A su vez, en pacientes oncológicos progresados, el mayor nivel de desmoralización no coincide con la intensidad de los síntomas depresivos (35) (36) (37).

Según Cornelius (38), las enfermedades oncológicas avanzadas conllevan un mayor grado de desmoralización en determinados grupos de pacientes. De este modo, hace referencia a enfermos progresados, mujeres, jóvenes, viudos o solteros, individuos que se sienten aislados y sin apoyo social recibido, pacientes que manifiestan intensa ansiedad, sentimiento de soledad y/o mayor nivel de deterioro físico asociado a menor índice de afrontamiento de la situación vivencial. Por lo tanto, una menor calidad de vida se corresponde con un mayor grado de desmoralización.

En suma, una correcta evaluación asociada a un adecuado seguimiento psicoterapéutico permitirá a los pacientes que padecen síntomas compatibles con el síndrome de desmoralización, trabajar sobre aspectos pendientes, alcanzar un bienestar espiritual y encontrar un significado a la vida, intentando mejorar su calidad.

➤ Tratamiento

En el tratamiento de los trastornos de depresión y ansiedad, es esencial implementar la *combinación de psicofármacos y psicoterapia*. Algunos investigadores afirman que, a partir de la combinación de dichos tratamientos, se pueden revertir las alteraciones fisiológicas y neurobiológicas producidas por los trastornos que ambos cuadros ocasionan a nivel del Sistema Nervioso Central. Así, estos cambios de los mecanismos celulares favorecen la neuroplasticidad (39).

Por ende, la medicación regula el desbalance fisiológico y neuroplástico actuando sobre determinadas áreas del sistema nervioso central como la amígdala (benzodicepinas) y el hipocampo (antidepresivos). A su vez, el funcionamiento celular normal del hipocampo permite formar nuevos engramas de aprendizaje y memoria y, es la psicoterapia, la que, al ejercer su acción sobre la corteza prefrontal, modula los mecanismos que modifican esos engramas. De este modo, se permite la incorporación de nuevas experiencias positivas que refuerzan las modificaciones neurobiológicas efectuadas por la medicación.

Asimismo, la psicoterapia de pacientes con patología oncológica y su entorno, debe centrarse en la individualidad, en el momento del ciclo vital de aparición de la misma, focalizada en las necesidades del paciente y en los requerimientos acordes a cada etapa de la enfermedad.

El abordaje psicoterapéutico en el paciente oncológico se basa en un encuadre dinámico, sin tiempos ni lugares rígidos. Además, apela a la utilización de nuevas tecnologías con el objetivo de lograr un vínculo empático entre el psicoterapeuta y el paciente/familia sin dejar de lado la escucha de la subjetividad y permite, en cada caso particular y único, mediante técnicas integrativas, lograr un proceso creativo adecuado a la realidad.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Díaz Facio Lince, V. Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama. *Pensamiento Psicológico*. 2010; 7 (14), 155-160.
- 2- Olivares Crespo, M. E. Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2004; 22, 29-48.
- 3- Graziottin, A. *Cáncer de mama: Calidad de vida y Sexualidad*. [Internet] 2003; disponible en: <http://www.womanlab.com/spanish/menopause/info/aboutmen9.htm>.
- 4- Di Pretoro, M. *Función Sexual Femenina, Afrontamiento e Imagen Corporal en Mujeres con Cáncer*. Tesis Doctoral. Argentina: Universidad de Palermo. 2016
- 5- Vidal y Benito, M. C. *Psiquiatría y Psicología del Paciente con Cáncer*. (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Polemos; 2012.
- 6- Vaziri, Sh y Lotfi Kashani, F. Sexuality after breast cancer: need for guideline. *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 2012; 5(1), 10-5.
- 7- Schover, L.R., van der Kaaij, M., van Dorst, E., Creutzberg, C. y Kiserud, CE. Sexual dysfunction and infertility as late effects of cancer treatment. *Eur J of Cancer*. 2014; 12(1), 41-53.
- 8- Incrocci, L. Is there a sexual life after treatment of cancer? *Translational Andrology and Urology (Cancer and Sexual Health) Editorial*. 2015; 4 (2).
- 9- Perz, J., Ussher, J.M. y Gilbert, E. Feeling well and talking about sex: psycho-social predictors of sexual functioning after cancer. *J of Biol and Med Cancer*. 2014; 14, 228.
- 10- Incrocci, L. Cancer Survivorship and Sexual Health. Supplement of the Journal of Sex Medicine. 2013;10 (1), 1-2. En L Incrocci. Is there a sexual life after treatment of cancer? *Translational Andrology and Urology (Cancer and Sexual Health) Editorial*. 2015; 4 (2).
- 11- Incrocci, L. Talking about sex to oncologists and cancer to sexologists. *The Journal of Sexual Medicine*. 2011; 8, 3251-3.
- 12- Castillo, A. Estrés ambiental e impacto de los factores ambientales en la escuela. *Pampedia*. 2010; 7: 3-18.
- 13- Nemeroff, C. B. Neurobiología de la depresión, trastornos mentales. *Investigación y Ciencia*. 2000; 22: 28-35.
- 14- Lazarus, R. y Folkman, S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Ed. Martínez Roca. S.A; 1986.
- 15- Jackson, C. W. & Jackson, K. H. Comorbid Depression in Adult Oncology. *J of Pharmacy Practice*. 2007; 20 (5): 360-367.
- 16- National Comprehensive Cancer Network Proceedings. NCCN practice guidelines for the management of psychological distress. *Oncology*. 1999; 13: 113-147.
- 17- Frojd, C., Larsson, G., Lampic, C. & von Essen, L. Health related quality of life and psychosocial function among patients with carcinoid tumours. A longitudinal, prospective, and comparative study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2007, 5: 18.

- 18- Neipp, M. C., Lopez-Roig, S., Terol, M. C. & Pastor-Mira, M. A. Afrontamiento y adaptación de pacientes con cáncer de mama en la etapa de seguimiento. *Ansiedad y Estrés*. 2008; 14: 115-126
- 19- Romeo, A. Tesis Doctoral: "Depression en el Paciente con Dolor Oncológico". UBA: 2013.
- 20- Zieher, L. M. Hipótesis de redes en la depresión. Tratado de psicofarmacología y Neurociencia. Volumen II Trastornos depresivos. Parte I Neurobiología y consideraciones diagnósticas. Buenos Aires, Argentina: Ed Sciens; 2010.
- 21- Burkhart Bron, M. El origen del dolor. *Mente y cerebro*. 2004; 6: 20-27
- 22- Fields, D. El dolor Crónico. *Investigación y Ciencia*. 2010; 340: 40-49
- 23- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(420):21-7.
- 24- Cano, A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2 (1): 71- 80. 2005
Disponible:
- 25- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., Henrichs, M. & Carnicke, L. M. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*. 1983; 249: 751-157.
- 26- Olivares Crespo ME, Sanz Cortes A, Roa Álvaro A. Trastorno de Estrés Postraumático asociado a cáncer: revisión teórica. *Ansiedad y Estrés*. 2004; 10(1):43-61.
- 27- Holland, J. C. *Psycho-oncology*. EE.UU. Ed Oxford University Press; 2015
- 28- Endicott, J. Measurement of Depression in Patients With Cancer. *Cancer*. 1984; 53 (10): 2243-2249.
- 29- Schuler, U. Most patients depressed by cancer do not need drugs. *BMJ*, 325: 1115. Recuperado el 6, 8, 2011 de: [BMJ 2002; 325 de: 10.1136/bmj.325.7372.1115
- 30- Collazo, C., Megale, G., Soria, C. A. Copilación: Stagnaro, J. "EL Dolor de la Depresión" ¿Una Máscara?, Tomo I, Buenos Aires: Ed Polemos; 2005.
- 31- Jackson, C. W. & Jackson, K. H. Comorbid Depression in Adult Oncology. *Journal of Pharmacy Practice*. 2007; 20 (5): 360-367.
- 32- Quintero, L., et al. "El síndrome de desmoralización en pacientes avanzados" 19th World Congress of Psycho-oncology and Psychosocial Academy - IPOS 2017, Berlín. Abs. 737, Alemania
- 33- García-Soriano, G. & Barreto, P. "Trastorno del estado de ánimo al final de la vida ¿Desmoralización o depresión?" *Rev de Psicopatología y Psicología clínica*. Universidad de Valencia, España. 2008; Vol 13 (3):123-133
- 34- Rudilla D, et al Síndrome de desmoralización como alternativa diagnóstica en el estado de ánimo depresivo en pacientes paliativos. *Rev. Psicooncología*. Universidad de Valencia, España. 2015; Vol 12 (2-3): 315-334
- 35- Grossi, L. et al. "Comparación del síndrome de desmoralización entre pacientes con cáncer y otras enfermedades orgánicas crónicas con trastornos psiquiátricos" 19th World Congress of Psycho-oncology and Psychosocial Academy - IPOS 2017, Berlín. Abs: 823, Italia.
- 36- Ignatius, J. et. Al. *Características de la desmoralización y síntomas depresivos en pacientes durante el tratamiento de quimioterapia ambulatoria*" 19th World

Congress of Psycho-oncology and Psychosocial Academy - IPOS 2017, Berlín. Abs.794, EEUU.

- 37- Vehly S. et al. *“Asociación longitudinal de desmoralización y depresión en pacientes con cáncer que ingresaron a la sala de internación de Clínica Oncológica de un hospital de Hamburgo.* 19th World Congress of Psycho-oncology and Psychosocial Academy - IPOS 2017, Berlín. Abs. 796, Alemania
- 38- Cornelius, DJ, et al. *Estudio del síndrome de desmoralización en mujeres portadoras de la mutación BRCA 1/2* 19th World Congress of Psycho-oncology and Psychosocial Academy - IPOS 2017, Berlín. Abs. 227, Holanda.
- 39- Alvano,S; Moncaut, M;& Zieher. *Farmacoterapia Psicoterapia en los Trastornos de Ansiedad y Depresión: aspectos neurobiológicos y resultados clínicos.* Rev: *Psiconeurofarmacología.* 2009; 58: 9-16.

