

ARTÍCULO DE OPINIÓN

ABORDAJE PSIQUIÁTRICO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

Barquero Madrigal, Alejandro

Departamento de Bioquímica, Universidad de Costa Rica y Hospital Nacional Psiquiátrico, San José, Costa Rica.

Resumen: Un importante porcentaje de pacientes con cáncer presenta manifestaciones neuropsiquiátricas. Desde la Psiquiatría, esto representa tareas como: un diagnóstico temprano, un abordaje que establezca con claridad el origen de los síntomas, la prevención de complicaciones, la atención del estado nutricional y la necesidad de psicoeducación.

Este trabajo expone los aportes de la Psiquiatría en el abordaje del paciente con cáncer. Para ello, se hizo una revisión de artículos publicados entre los años 2000 y 2015, en las bases de datos Pubmed y Medline.

La información encontrada demuestra que cáncer y psique son elementos que se influyen y modifican mutuamente. Los resultados obtenidos se organizaron en tres secciones: 1. Manifestaciones psiquiátricas del cáncer, 2. Factores ambientales que afectan la evolución tumoral, y 3. Manejo psiquiátrico del paciente oncológico.

Se concluye que, si bien existe alta correlación entre el diagnóstico del cáncer y depresión/ansiedad, no necesariamente todas las personas diagnosticadas de cáncer terminal o avanzado sufren de depresión, ansiedad o trastornos de adaptación. Además, no todos los pacientes con cáncer requerirán medicación antidepressiva (incluso dentro de aquellos que presenten depresión). En cuanto al abordaje psicológico, es importante que se les comunique a los pacientes sobre los procedimientos médicos, así como sus repercusiones físicas y emocionales.

Palabras clave: psiquiatría, psicología, oncología médica, neuropsiquiatría, manejo de atención al paciente, psicoterapia. Fuente: DeCS.

Recibido: 14 Marzo 2016. Aceptado: 23 Julio 2016. Publicado: 14 Octubre 2016.

PSYCHIATRY APPROACH OF THE ONCOLOGICAL PATIENT

Abstract: An important group of patients with cancer show neuropsychiatric manifestations. From Psychiatry, this represents duties like: an early diagnostic, an approach which clearly sets the symptoms' origin, the prevention of complications, the attention of the nutritional state and the need of psychoeducation. This work shows the Psychiatry contribution to the approach of cancer patients. To achieve this goal, we made a review of articles published between 2000 and 2015, in Pubmed and Medline databases.

The gathered information demonstrates that cancer and psyche influence and modify each other. The results were organized in three sections: 1. Psychiatric manifestations of cancer, 2. Environmental factors that influence tumor growth, and 3. Psychiatric management of the oncologic patient.

As a conclusion, even there is a high correlation between cancer diagnosis and depression/anxiety, not every person with cancer will necessarily suffer depression, anxiety or adaptation disorders. Furthermore, not every patient with cancer will need antidepressant medication (even those with depressive symptoms). In relation with psychological intervention, it is important to tell the patients about the medical procedures, as well as about their physical and emotional consequences.

Key words: Psychiatry, psychology, medical oncology, neuropsychiatry, patient care management and psychotherapy. Source: MeSH.

INTRODUCCIÓN

Un paciente oncológico es aquel portador de cáncer. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cáncer como un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células [1]. La misma OMS señala esta enfermedad como una de las principales causas de mortalidad, y prevé que, a nivel mundial, la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones) [2].

A nivel nacional, según la estadística de cáncer del Registro Nacional de Tumores (que estudia datos del año 2000 al 2012 para incidencia, y hasta 2013 para mortalidad) los tipos de cáncer más frecuentes en los hombres son: piel, próstata, estómago, colon, pulmón y sistema hematopoyético reticuloendotelial. En las mujeres, son: piel, mama, cérvix, tiroides, estómago, y colon. En cuanto a la mortalidad, en los hombres es el cáncer de próstata el que causa más muertes, mientras que en las mujeres corresponde al cáncer

de mama. De todos los anteriores, varios de ellos presentan una incidencia que va en aumento [3].

Ante esta realidad, se ha creado el Programa de la OMS de Lucha contra el Cáncer, cuyo objetivo es promover políticas, planes y programas nacionales de control del cáncer que estén integrados en las iniciativas de lucha contra las enfermedades no transmisibles y los otros problemas conexos [4]. En cuanto a las acciones en terreno nacional, existen varias iniciativas. Una de ellas data de 1998, y es la creación del Instituto Costarricense contra el Cáncer, un ente público corporativo de carácter no estatal, para la atención, la investigación y la docencia en la medicina oncológica [5]. Por otro lado, y justamente como respuesta al plan de la OMS, el Ministerio de Salud redactó en 2012 el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017.

En cuanto al papel de la Psiquiatría en la atención del paciente oncológico, basta con revisar la

sintomatología que acompaña los distintos tipos de cáncer. Así por ejemplo, se sabe que 70-80% de los pacientes portadores de cáncer gástrico presentan hiporexia y/o anorexia, con su correspondiente pérdida de peso [6]. Este solo elemento merece atención en el abordaje psiquiátrico, pues incluye cuestiones como: un posible diagnóstico tardío (y las complicaciones que esto conlleva), el riesgo de un mal abordaje (en el que no se establezca con claridad si la hiporexia es causa de depresión, o viceversa; o si más bien ocurren concomitantemente, en un acelerado círculo de muerte), la necesidad de psicoeducación y la atención del estado nutricional.

El presente trabajo pretende revisar información disponible sobre el papel de la Psiquiatría en el abordaje del paciente oncológico, enfocado de la siguiente manera:

1. Manifestaciones psiquiátricas del cáncer (influencia del cáncer sobre la psique).
2. Factores ambientales que afectan la evolución tumoral (influencia de la psique sobre el cáncer).
3. Principales abordajes psiquiátricos en el tratamiento del paciente oncológico.

METODOLOGÍA

Se escogieron artículos que cumplieran con los siguientes requisitos: publicación en las bases de datos Pubmed y Medline, entre los años 2000 y 2015 (última búsqueda el 19/10/2015), que respondieran a una o más de las palabras clave: Cáncer, Psiquiatría, Psicología, Oncología Médica, Neuropsiquiatría, Depresión, Estrés, Psicoterapia, Psiconeuroinmunología.

RESULTADOS

La lista de condiciones médicas que cursan con manifestaciones psiquiátricas es larga, y los primeros puestos están ocupados por patologías como: endocrinopatías, trastornos metabólicos, enfermedades inmunológicas, cáncer, enfermedades de sistema nervioso central y enfermedades infecciosas [7]. En vista de ello, sigue creciendo el número de publicaciones acerca de la fisiopatología del cáncer y su relación con

otros sistemas del organismo. Siguiendo el ejemplo que se usó en la introducción (cáncer gástrico), se ha estudiado la comunicación entre sistema nervioso central y sistema digestivo. Se conoce del intercambio bidireccional de información entre cerebro e intestino. Por un lado, cómo el cerebro comunica información al intestino: a través de estructuras del sistema nervioso autónomo (en sus dos ramas), del eje hipotálamo hipófisis glándulas adrenales, de vías monoaminérgicas descendentes, y de la amígdala cerebral. Por otro lado, cómo el intestino comunica información al cerebro; y en este sentido se ha descrito inclusive a nivel intracelular el modo en que los enterocitos reciben estímulos químicos y mecánicos, a través de receptores como GPR40, T1Rs y T2Rs, TLRs, y desencadenan una cascada de eventos en el citosol, que involucra fosfolipasa C y calcio intracelular, y que culminan en la liberación de péptidos gastrointestinales [8]. No es de extrañar, entonces, que se encuentren cambios en el comportamiento de una persona con cáncer del sistema digestivo, más allá de los producidos por cuestiones estrictamente psicodinámicas.

La Psicooncología es el estudio y práctica de aspectos psicológicos y psiquiátricos del cáncer. Abarca no sólo la manera en que el cáncer afecta al paciente, sino también cómo éste y su entorno afectan el progreso del cáncer.

Varios hospitales alrededor del mundo han desarrollado programas de Psicooncología, y muchos de los centros especializados en cáncer cuentan con un médico responsable del equipo psicooncológico [9].

1. Manifestaciones psiquiátricas del cáncer (influencia del cáncer sobre la psique)

Las manifestaciones psiquiátricas del cáncer son muy variadas, e incluyen: depresión, ansiedad, psicosis, hiporexia, insomnio, agitación o enlentecimiento psicomotrices, apatía, sólo por mencionar algunas.

El diagnóstico de tal sintomatología en pacientes con cáncer no siempre es tan sencillo como alguno podría pensar. Por ejemplo, existen varias barreras

para diagnosticar depresión en pacientes con cáncer, a saber: el mito de que todos los pacientes con cáncer estarán deprimidos; la dificultad para distinguir entre depresión y la tristeza normal; la mala interpretación de que la depresión es parte del proceso de la enfermedad; muchos síntomas depresivos se parecen a aquellos que emanan de la fisiopatología del cáncer; finalmente, muchos médicos temen explorar acerca de depresión en estos pacientes, pues consideran que se hallan en un momento especialmente vulnerable de sus vidas [10].

El origen de estas manifestaciones también es variado. Algunas, que podríamos llamar de origen orgánico, provienen tanto del proceso tumoral per se, como del tratamiento empleado. Pero también es frecuente que sean secundarias al proceso psicológico de adaptación a la enfermedad.

1.1. Debidas al proceso tumoral

Son múltiples los procesos y cambios que suceden desde que inicia una neoplasia. Casi todos ellos pueden llevar a manifestaciones psiquiátricas: inflamación, formación de nueva vascularización, metástasis, síndromes paraneoplásicos, cambios de enfermedad crónica.

En primer lugar, la inflamación. Desde hace ya bastantes años se ha propuesto el vínculo entre las expresiones clínicas del cáncer y los procesos inflamatorios subyacentes [11]. Inicialmente se estudió en procesos infecciosos: se observó que existen cambios comportamentales adaptativos, que el individuo desarrolla como respuesta de supervivencia, ante una infección. El cerebro conduce estos cambios, y se expresa un estado emocional que reorganiza las prioridades del individuo. Modelos análogos se han desarrollado para cáncer, y hoy día se propone que estas adaptaciones conductuales se inician con una activación periférica del sistema inmune innato: moléculas producidas por células necróticas y apoptóticas (como proteínas de choque térmico y proteínas S100) se ligan a receptores TLR en la membrana de las células del sistema inmune innato y, vía NF- κ B y MAPK, estimulan la

producción de citoquinas proinflamatorias [12]. Dentro de los marcadores inflamatorios frecuentes en cáncer está la IL-1. Existe extensa evidencia sobre la relación entre esta interleuquina y manifestaciones depresivas [13].

Otro trastorno que se encuentra en pacientes con cáncer y que puede provocar evidente sintomatología psiquiátrica, es la hiponatremia. Este desbalance hidroelectrolítico es muy habitual en los pacientes oncológicos (incidencia de 3-5%). Al igual que sucede con la anemia, la hiponatremia no tiene un solo origen. Dentro de sus posibles causas en pacientes con cáncer, se encuentran: el tumor primario; metástasis; náuseas y vómitos; depleción por pérdidas; dolor y estrés; efectos secundarios de los agentes quimioterapéuticos (ciclofosfamida, cisplatino, vincristina, vinblastina, melfalán), analgésicos (morfina y sus derivados), e inmunomoduladores (interferón, IL-2, levamisole); efectos iatrogénicos (hidratación excesiva, ya sea como prevención cuando se usan medios de contraste en estudios de imagen, o para evitar la toxicidad del síndrome de lisis tumoral). Dentro de todos estos, vale la pena resaltar un mecanismo por el cual frecuente se produce hiponatremia en los pacientes con cáncer: el síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética. La sintomatología neuropsiquiátrica debida a hiponatremia dependerá de si ésta es leve (sodio plasmático entre 130-135mEq/l: cefalea, irritabilidad, inatención, alteraciones de memoria, depresión), moderada (sodio plasmático entre 120-130mEq/l: confusión, desorientación, somnolencia, bradipsiquia) o severa (sodio plasmático menor de 120mEq/l: estupor, convulsiones, coma) [14].

Por último, entre los cambios asociados a enfermedad crónica, uno muy frecuente es la anemia. Este es, por mucho, de los cambios más frecuentemente asociados a clínica psiquiátrica y, además, de los más comunes en procesos tumorales en estadios medios y avanzados. La anemia en cáncer puede provenir de tres fuentes: anemia de enfermedad crónica; anemia inducida por fármacos (como antineoplásicos, antibióticos,

antiinflamatorios); y anemia perniciosa, en pacientes gastrectomizados. Algunos grupos han demostrado correlación entre niveles de hemoglobina y síntomas depresivos [15].

Sea cual la manifestación neuropsiquiátrica presente en el paciente oncológico, su presencia siempre debe obligar a explorar por metástasis.

1.2. Debidas al tratamiento

Un hallazgo interesante es que los síntomas en cáncer atribuidos al tratamiento aparecen en grupos o "clusters". Al día de hoy, no se cuenta con evidencia de los mecanismos que explican esto, pero cada vez hay más información de que la respuesta inflamatoria (producida tanto por la enfermedad, como por el tratamiento), alteraciones endocrinas y disfunción hematopoyética, podrían contribuir a este fenómeno.

Dentro de la gama de síntomas psiquiátricos en cáncer que se atribuyen al tratamiento, están: estrés emocional, distracción, alteraciones de memoria, depresión, ansiedad, irritabilidad, hiporexia, anhedonia, fatigabilidad, desorientación e insomnio [12].

Otro aspecto a destacar, en cuanto a consecuencias psiquiátricas del tratamiento empleado, es la repercusión en funciones cognitivas. Está bien establecido que existe un efecto deletéreo no deseado en el desempeño neurocognitivo, debido al uso del arsenal terapéutico contra el cáncer, tanto a corto plazo, como secuelas con el tiempo. Esta evidencia existe para quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia y hormoterapia, y es un elemento clave a la hora de elegir el tratamiento [16].

1.3. Debidas a la reacción de adaptación psicológica

El concepto de ajuste o adaptación psicosocial al cáncer se ha definido como un proceso ininterrumpido, en el cual el paciente procura mantener alejado el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con

el cáncer, para obtener dominio o el control de acontecimientos en la vida en conexión con esta afección [17].

Se han repasado algunas causas orgánicas de manifestaciones psiquiátricas del cáncer, con suficiente evidencia, por ejemplo, para síntomas como la depresión. No obstante, también hay numerosos datos que apoyan que estos síntomas psiquiátricos igual tienen un origen psicodinámico. Una de las principales manifestaciones de esta reacción de adaptación al cáncer es la ansiedad. En pacientes con cáncer, ésta puede provenir de experiencias tan diversas como: incertidumbre ante el pronóstico; preocupación por el propio cuerpo; miedo a la muerte; impacto de la enfermedad en el estilo de vida; estar solo o con extraños en un hospital; y miedo a reacciones negativas de los médicos [18].

2. Factores ambientales que afectan la evolución tumoral (influencia de la psique sobre el cáncer)

Los elementos del paciente y su entorno que influyen y modifican el proceso neoplásico, también son múltiples. Al respecto, hay abundante información, desde evidencia que objetiva cómo el distress psicológico y el dolor aumentan significativamente antes de morir en pacientes con cáncer de mama metastásico, hasta modelos animales que demuestran cómo las condiciones ambientales (vivienda) afectan el crecimiento tumoral [19, 20].

Factores comportamentales relacionados con estrés pueden activar el eje hipotálamo – hipófisis – adrenal, así como el sistema nervioso simpático. Los productos de la activación de estas vías (catecolaminas, glucocorticoides, y otros factores neuroendocrinos), pueden debilitar los mecanismos fisiológicos que intentan limitar el crecimiento en el microambiente tumoral. Dichas moléculas tienen un efecto directo sobre los procesos de señalización celular, angiogénesis, invasión tumoral y, finalmente, metástasis [21].

Cada vez hay más evidencia proveniente de estudios *in vitro*, *in vivo* y ensayos clínicos, que

apoya este efecto del ambiente sobre el crecimiento tumoral. Esto es importante, no sólo porque aporta conocimientos sobre los mecanismos fisiopatológicos, sino porque además permite ir generando recomendaciones acerca de medidas preventivas y, en última instancia, la búsqueda de agentes farmacológicos que intervengan en las vías celulares involucradas [22].

Finalmente, partiendo de que la modificación ambiental influye sobre el crecimiento tumoral, muchos investigadores han tratado de demostrar si la psicoterapia logra aumentar la sobrevida en pacientes oncológicos. No hay evidencia sólida de que exista una relación directa entre la intervención psicoterapéutica y el tiempo de sobrevida [23].

3. Principales abordajes psiquiátricos en el tratamiento del paciente oncológico

3.1. Psicofarmacológico

Existen varios aspectos para considerar al momento de escoger un fármaco dirigido a las manifestaciones neuropsiquiátricas del cáncer. Para empezar, hay que situar en qué estadio tumoral se encuentra el paciente [24]. Luego, determinar cuáles son los síntomas psiquiátricos que aqueja el paciente, y que se busca aliviar. Dentro de los más frecuentes en cáncer, están la ansiedad y la depresión [25]. Una vez establecido el diagnóstico psiquiátrico, la terapia se debe dirigir específicamente para cada persona, tomando en cuenta su realidad y sus características individuales [10].

Siguiendo ese esquema, una buena opción son los antidepresivos que también tengan indicación para síntomas ansiosos [26]. A partir de aquí, se deberá ir sacando de la lista a aquellos cuyo perfil farmacocinético y farmacodinámico no sean óptimos para el paciente en cuestión, así como aquellos cuyos efectos adversos riñan con la sintomatología previa del enfermo.

No existe un fármaco ideal para el paciente con cáncer, sin embargo, medicamentos que cumplan

con las características antes mencionadas, incluyen al citalopram y escitalopram. Cabe mencionar que, aunque no está en la lista de antidepresivos con buen efecto ansiolítico, la mirtazapina es un medicamento a tener en cuenta, dado que existe en una presentación dispersable, y sería útil para pacientes gastrectomizados, además de que se podría aprovechar su efecto sedante y eventual aumento de peso.

Si el paciente no tolera los antidepresivos vía oral, algunos existen en presentación parenteral. Tal es el caso de fluoxetina, amitriptilina e imipramina; pero su uso no es muy difundido en esta presentación. En ese caso, una opción válida y usada por muchos, es la de los antipsicóticos que cuentan con evidencia de efecto antidepresivo [27]. Dentro de ellos se encuentran: olanzapina, quetiapina y aripiprazole; y algunos cuentan también con presentación parenteral.

Lo que, en principio, para algunos podría resultar amenazante, para otros se podría convertir en la oportunidad de mayor arsenal terapéutico, pues, una patología multifacética, permite un tratamiento multifacético [28].

3.2. Psicoterapéutico

El inicio insidioso de los síntomas en algunos tipos de cáncer puede darle al paciente el tiempo para movilizar mecanismos de defensa psicológicos, como la negación y la racionalización. Muchos médicos fallan a la hora de reconocer estos mecanismos de afrontamiento que los pacientes desarrollan ante eventos amenazantes. Varios subrayan la necesidad de una cuidadosa entrevista médica, que mejore la comunicación médico paciente sobre los síntomas y signos del cáncer [29].

El abordaje psicológico es tan importante, que algunos se refieren a la medición del distrés emocional como el sexto signo vital. En todo caso, no existe evidencia de que un tratamiento sea superior al otro, y la recomendación sigue siendo el abordaje combinado: farmacoterapia y psicoterapia [30].

La psicoterapia en pacientes con cáncer va dirigida a varios aspectos. Dos de ellos muy frecuentes en esta población son la ansiedad y la depresión. Dentro de las propuestas psicoterapéuticas en los pacientes oncológicos se mencionan:

- Terapia narrativa basada en *mindfulness*: es una intervención psicoterapéutica que utiliza la narración de historias combinada con la aceptación del aquí y del ahora, de modo que, a diferencia de la terapia cognitivo conductual, enfatiza la aceptación más que estrategias de cambio, re examina conocimiento que se da por sentado, y promueve la alerta metacognitiva (darse cuenta del estado en que se está, y aceptarlo). Esta terapia disminuye estrés y ansiedad, mejora las dimensiones funcionales de calidad de vida, y promueve la adherencia al tratamiento [31].

- Terapia "CALM": por sus siglas en inglés (Managing Cancer and Living Meaningfully). Es una psicoterapia individual breve, semiestructurada, diseñada para pacientes con cáncer avanzado, para liberar estrés y promover el bienestar psicológico. Consiste en 6-8 sesiones a lo largo de 6 meses, cada una de 60 minutos. Se dirige a 4 dominios: manejo de síntomas y comunicación con equipo de salud; cambios en el self y en las relaciones con otros; bienestar espiritual para el sentido y propósito de la vida; preparación para el futuro y la muerte con esperanza [32].

- Terapia de Dignidad: es una psicoterapia breve, en la cual el paciente crea un documento "legal" en el cual registra sus memorias más preciadas, sus lecciones aprendidas en la vida, así como sus esperanzas y sueños para sus seres queridos [33].

- Terapia de familia: centrada en los aspectos de esperanza y desesperanza [34].

En cuanto a la influencia de la psicoterapia en la sobrevida, David Spiegel afirma que 8 de 15 ensayos revisados mostraron que la psicoterapia mejora la sobrevida, y ninguno de ellos mostró un efecto adverso de la psicoterapia en este aspecto.

Se cree que la intervención psicoterapéutica logra esto gracias a disminuir el estrés, pues éste se ha postulado como causa de acortar la sobrevida a través de varios mecanismos (desregulación diurna del cortisol, aumento de citoquinas pro inflamatorias, disminución de actividad de las células NK, acortamiento de telómeros, y supresión de actividad p53) [35].

DISCUSIÓN

Queda claro que la intervención psicofarmacológica, así como el abordaje psicoterapéutico, son particularmente diferentes en los pacientes con cáncer.

La omisión de cuestiones fundamentales, que podrían parecer perogrulladas, llevaría a un abordaje ineficiente y más doloroso para el paciente. Lo primero es establecer en qué estadio del cáncer se halla la persona. Ya este primer paso marcará la diferencia en cuanto al acercamiento terapéutico. El éxito del abordaje dependerá, de modo sustancial, de un adecuado y temprano diagnóstico.

Una vez establecido el diagnóstico, es mandatorio recordar que los pacientes portadores de cáncer tendrán una serie de particularidades, que habrá que tener en cuenta durante todo el proceso terapéutico. Aspectos como las condiciones fisiopatológicas que pueden agravar y/o perpetuar el cuadro, son de relevancia. Así, siempre deberá mantenerse monitoreo de cuestiones como: hemoglobinemia y hematocrito, metástasis a distancia (punto clave de estadios avanzados), desequilibrios hidroelectrolíticos, estado inflamatorio, comorbilidades, entre otros. Todos estos pueden provocar, per se, síntomas psiquiátricos y, desde luego, empeorar los ya provocados por otras causas. Considerar, por ejemplo, que la depresión en pacientes con cáncer es debida sólo a la noticia del padecimiento, es totalmente reduccionista. Como se mencionó, la depresión puede ser un síntoma de la anemia (una causa más fácilmente corregible y superable que las etapas del duelo y la aceptación de la enfermedad).

En la aproximación al cáncer desde la perspectiva psiquiátrica, un tema básico es la aplicación de estrategias que contemplen la realidad nacional. Sobre este punto el presente trabajo propone lo siguiente:

1. Solicitud de estudios complementarios, de acuerdo al estadiaje. En estadíos avanzados, una TAC de cerebro sería de gran utilidad, teniendo en cuenta la relación entre metástasis y manifestaciones psiquiátricas.
2. Valoración de delirium como causa frecuente de manifestaciones psiquiátricas en este grupo de pacientes, más allá de las razones meramente psicodinámicas.
3. Solicitud de algunos medicamentos en la lista oficial de medicamentos (LOM) de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Por ejemplo, antidepresivos de aplicación parenteral, y algunos antipsicóticos atípicos (tanto de administración oral como parenteral).
4. Asignación de profesionales en Psicología y Psiquiatría dentro de los servicios oncológicos. No sólo como interconsultantes lejanos, sino como parte constitucional del equipo que discute, intercambia impresiones y opiniones, hace propuestas basadas en evidencia; de modo que la conducta terapéutica elegida sea realmente interdisciplinaria.
5. Inclusión de los pacientes candidatos a cirugía por cáncer, en un programa de psicoterapia.

CONCLUSIONES

La bibliografía consultada revela que el diagnóstico y tratamiento del cáncer podrían desencadenar sintomatología ansiosa y depresiva como reacciones adaptativas. Si bien existe alta correlación entre el diagnóstico del cáncer y depresión o ansiedad, no necesariamente todas las personas diagnosticadas con cáncer sufren de depresión, ansiedad o trastornos de adaptación incapacitantes. En ese mismo sentido, no todos los pacientes con cáncer requerirán medicación antidepresiva.

Dentro de los pacientes que sí requerirán psicofármacos, el perfil de efectos adversos de los antidepresivos es particularmente importante en la población oncológica. Si se carece de antidepresivos parenterales, una opción son los antipsicóticos con efecto antidepresivo.

En cuanto al abordaje psicológico, es importante que se les comunique a los pacientes sobre los procedimientos médicos, así como sus repercusiones físicas y emocionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización mundial de la Salud. Temas de Salud: Cáncer. En: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>. Consultado el 05/10/2015.
2. Organización mundial de la Salud. ¿Aumenta o disminuye el número de casos de cáncer en el mundo? <http://www.who.int/features/qa/15/es/>. Consultado el 05/10/2015.
3. Ministerio de Salud de Costa Rica. Situación epidemiológica del cáncer. En: <http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/estadisticas-y-bases-de-datos/estadisticas/estadistica-de-cancer-registro-nacional-tumores/2722-situacion-epidemiologica-del-cancer/file>. Consultado el 05/10/2015.
4. Organización mundial de la Salud. Programa de la OMS de Lucha contra el Cáncer. En: <http://www.who.int/cancer/es/>. Consultado el 05/10/2015.
5. Situación del cáncer en Costa Rica. Rev Costarricense Salud Pública [online]. 2000 Jul; 9(16):80-82. En: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292000000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Consultado el 05/10/2015.
6. International Committee of Medical Journal Editors. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. 116155, Gastric carcinoma. En: <http://web.ebscohost.com/dynamed/detail?vid=3&sid=286baf73-70be-4fb4-b2e1-1d3a5097e2e3%40sessionmgr10&hid=22&bdata=jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1keW5hbWVkbWVxpdmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#db=dme&AN=116155>. Consultado el 05/10/2015.



7. Kamboj M, Ruqiya T. Management of Nonpsychiatric Medical Conditions Presenting with Psychiatric Manifestations. *Pediatr Clin North Am.* 2011 Feb; 58(1): 219-241.
8. Mayer E. Gut feelings: the emerging biology of gut-brain communication. *Nat Rev Neurosci.* 2011 Jul; 12(8): 453-466.
9. Breitbart W, Alici Y. Psycho-Oncology. *Harv Rev Psychiatry.* 2009; 17(6): 361-376.
10. Snyderman D, Wynn D. Depression in cancer patients. *Prim Care Clin Office Pract.* 2009 Dec; 36(4): 703-719.
11. Cleeland C, Bennett G, Dantzer R, Dougherty P, Dunn A, Meyers C, et al. Are the symptoms of cancer and cancer treatment due to a shared biologic mechanism? A cytokine-immunologic model of cancer symptoms. *Cancer.* 2003 Jun; 97(11): 2919-2925.
12. Dantzer R, Meagher M, Cleeland C. Translational approaches to treatment-induced symptoms in cancer patients. *Nat Rev Clin Onco.* 2012 May; 9(7): 414-426.
13. Demaria S, Pikarsky E, Karin M, Coussens L, Chen Y, El-Omar E, et al. Cancer and Inflammation: Promise for Biological Therapy. *J Immunother.* 2010 May; 33(4): 335-351.
14. Pérez N, López E. Hiponatremia en oncología. *Nefrología Sup Ext.* 2011 Sep; 2(6):61-6.
15. Skarstein J, Bjelland I, Dahl A, Laading J, Fossa S. Is there an association between haemoglobin, depression, and anxiety in cancer patients? *J Psychosom Res.* 2005 Jun; 58(6): 477- 483.
16. Garofalo J, Baum A. Neurocognitive sequelae of cancer therapies. *Curr Opin Psychiatry.* 2001 Nov; 14(6): 575-583.
17. Raymundo O, Ayala I. Impacto del tratamiento y fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer. *Rev Psicol.* 2011; 13(1): 59-73.
18. Hicks D, Cummings T, Epstein S. An Approach to the Patient with Anxiety. *Med Clin North Am.* 2010 Nov; 94(6): 1127-1139.
19. Butler L, Koopman C, Cordova M, Garlan R, Dimiceli S, Spiegel D. Psychological Distress and Pain Significantly Increase Before Death in Metastatic Breast Cancer Patients. *Psychosom Med.* 2003 May-Jun; 65(3):416-426.
20. Cao L, Xianglan L, En-Ju L, Chuanson W, Eugene C, Veronique R, et al. Environmental and genetic activation of a brain adipocyte BDNF/leptin axis causes cancer remission and inhibition. *Cell.* 2010 Jul; 142(1): 52-64.
21. Costanzo E, Sood A, Lutgendorf S. Biobehavioral Influences on Cancer Progression. *Immunol Allergy Clin N Am.* 2011 Feb; 31(1): 109-132.
22. Lutgendorf S, Sood A. Biobehavioral Factors and Cancer Progression: Physiological Pathways and Mechanisms. *Psychosom Med.* 2011 Nov-Dec; 73(9):724-730.
23. Edelman S, Craig A, Kidman A. Can psychotherapy increase the survival time of cancer patients? *J Psychosom Res.* 2000 Aug; 49(2): 149-156.
24. National Comprehensive Cancer Network, NCCN Guidelines for Treatment of Cancer by Site. En: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#site. Consultado el 05/10/2015.
25. Jackson C, Jackson K. Comorbid depression in adult oncology. *J Pharm Pract.* 2007 Oct; 20(5):360-7.
26. Satterfield JM, Rollman BL. Chapter 23. Anxiety. En: Feldman MD, Christensen JF, eds. *Behavioral Medicine: A Guide for Clinical Practice.* 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2008. En: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=6441496>. Consultado el 05/10/2015.
27. Möller, H. Antidepressive effects of traditional and second generation antipsychotics: a review of the clinical data. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2005 Apr; 255(2): 83-93.
28. Nicolson S, Caplan J, Williams D, Stern T. Comorbid Pain, Depression, and Anxiety: Multifaceted Pathology Allows for Multifaceted Treatment. *Harv Rev Psychiatry.* 2009; 17(6): 407-420.
29. Svedlund J, Sullivan M, Liedman B, Lundell L. Relationship of Tumor Burden and Patients' Minimization of Distress in Facing Surgery for Gastric Cancer. *Psychosomatics.* 2005 May; 46(3): 233-243.



30. Chaturvedi S, Venkateswaran C. New research in Psychooncology. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Mar; 21(2):206-210.
31. Rodríguez B, Bayón C, Palao A, Fernández A. Mindfulness-based Narrative Therapy for Depression in Cancer Patients. *Clin Psychol Psychother*. 2014 Sep-Oct; 21(5), 411-419.
32. Lo C, Hales S, Jung J, Chiu A, Panday T, Rydall A, et al. Managing Cancer And Living Meaningfully (CALM): Phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer. *Palliat Med*. 2014 Mar; 28(3): 234-242.
33. Montross-Thomas L, Irwin S, Meier E, Gallegos J, Golshan S, Roeland E, et al. Enhancing legacy in palliative care: study protocol for a randomized controlled trial of Dignity Therapy focused on positive outcomes. *BMC Palliat Care*. 2015 Sep; 14(44): 1-8.
34. McLean, P. Balancing Hope and Hopelessness in Family Therapy for People Affected by Cancer. *Aust N Z J Fam Ther*. 2011 Dec; 32(4): 329-342.
35. Spiegel, D. Minding the body: Psychotherapy and cancer survival. *Br J Health Psychol*. 2014 Sep; 19(3): 465-485.

INFORMACIÓN DEL AUTOR

Barquero Madrigal, Alejandro

barquero.ale@gmail.com

