



Your Facility Name Here

## Información Imprimida del CancerHelp®

### Aviso:

CancerHelp™ no tiene la intención, ni debe usarse, para hacer recomendaciones médicas. Su fin es únicamente proveer información que, posiblemente, le ayude tanto a usted como a su médico a tomar decisiones sobre su cuidado médico. La información se actualiza mensualmente.

## Depresión 02/03

### -- Descripción --

La depresión es una afección comórbida, un síndrome incapacitante que afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes con cáncer.[1] [2] [3] [4] Tanto los individuos como las familias que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer experimentarán diversos niveles de estrés y de perturbación emocional. El temor a la muerte, la alteración de los planes de vida, los cambios en la imagen corporal, autoestima, los cambios en el rol social y en el estilo de vida, así como las preocupaciones económicas y legales son asuntos importantes en la vida de cualquier persona con cáncer y, aún así, no todos los que están diagnosticados con cáncer experimentan depresión grave.

Existen muchos mitos sobre el cáncer y de la manera en la cual las personas se enfrentan a este, tales como: todas las personas con cáncer están deprimidas, la depresión en una persona con cáncer es normal; los tratamientos no ayudan, todo las personas con cáncer sufrirán y padecerán una muerte dolorosa. La tristeza y la pena son reacciones normales a las crisis que hay que enfrentar durante una enfermedad de cáncer. Estas reacciones las experimentarán periódicamente todas las personas. Ya que la tristeza y la depresión es común, es importante

distinguir entre los grados "normales" de tristeza y los trastornos depresivos. Una revisión de un artículo reciente del panel de consenso sobre la postrimería-de-la-vida, describe los detalles relacionados con esta importante distinción e ilustra los puntos principales mediante el uso de viñetas.[5] Un elemento crítico en el tratamiento del paciente es el poder reconocer los índices presentes de depresión para poder establecer el grado apropiado de intervención, que podría abarcar desde una consejería breve, a grupos de apoyo, medicación o sicoterapia. Por ejemplo, la relajación y la intervención mediante la consejería ha mostrado que puede reducir síntomas psicológicos en aquellas mujeres con un nuevo diagnóstico de cáncer ginecológico.[6] Algunas personas pueden tener más dificultad en ajustarse al diagnóstico de cáncer que otros, y variarán en la forma de responder al diagnóstico. La depresión mayor no es simplemente tristeza o falta de ánimo. Esta afecta aproximadamente a un 25% de los pacientes y tiene síntomas reconocibles que pueden ser diagnosticados y tratados, lo cual es algo que hay que hacer, debido a que esta tiene un impacto en la calidad de vida.[7] [8]

Generalmente, la respuesta emocional inicial de la persona al diagnóstico de cáncer suele ser breve, con una duración de varios días o semanas, y puede incluir sentimientos de incredulidad, rechazo o desesperación. Esta respuesta es normal y parte de un espectro de síntomas depresivos que van desde la tristeza normal, a un trastorno de adaptación de humor deprimido, hasta una depresión grave.[5] Otros de los síndromes descritos incluye la distimia y la depresión subsíndrome (también conocida como depresión menor o depresión subclínica). La distimia es un trastorno afectivo crónico durante el cual la persona se siente desanimada la mayor parte de los días por al menos 2 años. En contraste, la depresión subsíndrome es un trastorno de la afectividad agudo pero menos severo (en esta se presenta algunos, pero no todos los síntomas de diagnóstico) de una depresión mayor.

La respuesta emocional al diagnóstico de cáncer o a una recaída podría comenzar con un período disfórico, marcado por un aumento en la agitación. Durante este tiempo el individuo experimentará trastornos del sueño y del apetito, ansiedad, cavilaciones y temor al futuro. Sin embargo, estudios epidemiológicos indican que al menos la mitad de todas las

personas diagnosticadas con cáncer se adaptarán satisfactoriamente. Algunos indicadores de lo que podríamos considerar una adaptación exitosa son: mantenerse activo en los quehaceres cotidianos; tratar de reducir al mínimo el impacto que tiene la enfermedad en los papeles que a diario desempeñamos, como el de padre, esposo, empleado etc; y tratar de regular las emociones que le son normales a la enfermedad; y manejar los sentimientos de desesperanza, desvalidez, inutilidad o culpa.[9] Los indicadores siguientes podrían señalar que es necesario efectuar una intervención temprana: antecedentes de depresión; sistema precario de respaldo social (soltero, pocos amigos, ambiente laboral solitario); indicios de persistentes creencias irracionales o pensamiento negativo respecto al diagnóstico; pronóstico más grave; y mayor disfunción relacionada con el cáncer. Cuando el médico clínico comienza a tener sospechas de que un paciente está deprimido, hará una evaluación de sus síntomas. Algunos niveles de depresión se consideran ligeros y subclínicos, e incluyen algunos, pero no todos los criterios para el diagnóstico de una depresión severa, sin embargo, podrían ser también angustiantes y demandar cierto grado de intervención como la consejería de grupo o individual, ya sea a través de un profesional de salud mental o mediante la participación en un grupo de apoyo o autoayuda.[10] Aun en ausencia de síntomas, muchos pacientes manifiestan interés en la consejería de apoyo, y el personal sanitario debería tratar de referir a estos pacientes a un profesional en salud mental calificado. Sin embargo cuando estos síntomas se intensifican, se tornan duraderos o recurrentes, después de haber aparentemente desaparecido, es esencial que se sometan a tratamiento para aliviar los síntomas.[8] [11] [12] [13] La ansiedad y depresión al principio del tratamiento son buenos indicadores de que estas volverán a presentarse en 6 meses.[14]

#### Bibliografía:

1. Henriksson MM, Isometsä ET, Hietanen PS, et al.: Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord* 36 (1-2): 11-20, 1995.
2. Bodurka-Bervers D, Basen-Engquist K, Carmack CL, et al.: Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 78 (3 Pt 1): 302-8, 2000.

3. Lloyd-Williams M, Friedman T: Depression in palliative care patients--a prospective study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 10 (4): 270-4, 2001.
4. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249 (6): 751-7, 1983.
5. Block SD: Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians - American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 132 (3): 209-18, 2000.
6. Petersen RW, Quinlivan JA: Preventing anxiety and depression in gynaecological cancer: a randomised controlled trial. *BJOG* 109 (4): 386-94, 2002.
7. Massie MJ, Holland JC: The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *Med Clin North Am* 71 (2): 243-58, 1987.
8. Lynch ME: The assessment and prevalence of affective disorders in advanced cancer. *J Palliat Care* 11 (1): 10-8, 1995 Spring.
9. Spencer SM, Carver CS, Price AA: Psychological and social factors in adaptation. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al., eds.: *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press, 1998, pp 211-222.
10. Meyer TJ, Mark MM: Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 14 (2): 101-8, 1995.
11. Massie MJ, Holland JC: Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In: Holland JC, Rowland JH, eds.: *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. New York, NY: Oxford University Press, 1989, pp 273-282.
12. Massie MJ, Shakin EJ: Management of Depression and Anxiety in Cancer Patients. In: Breitbart W, Holland JC, eds.: *Psychiatric Aspects of Symptom Management in Cancer Patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993, pp 470-491.
13. Weisman AD, Worden JW: The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *Int J Psychiatry Med* 7(1): 1-15, 1976.
14. Nordin K, Glimelius B: Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *Br J Cancer* 79 (3-4): 525-9, 1999.

La información en este sistema fue producida y recopilada por el Instituto CancerHelp © Copyright, 1991-2002. CancerHelp™ es una marca registrada del Instituto CancerHelp. El Instituto CancerHelp, 1000 Skokie Blvd., Suite 100, Wilmette, IL 60091, Teléfono: (847) 256-3093, Fax: (847) 256-4985.