

Severidad depresiva en pacientes con cáncer de próstata metastásico orquiectomizados

Severity of depression in patients with metastatic prostate cancer treated with orchiectomy

Medina-Coello EX,¹ Jiménez-Ríos MA,² González-Hernández S,³ Saldaña-Guajardo M,⁴ Alvarado-Aguilar S.⁵

▷ RESUMEN

Objetivo: Determinar el grado de severidad de depresión en los pacientes con cáncer de próstata metastásico en tratamiento con orquiectomía simple bilateral, en el Instituto Nacional de Cancerología de México.

Pacientes y métodos: Se seleccionaron a 11 pacientes, los cuales fueron evaluados mediante el inventario de depresión de Beck BDI y una entrevista semiestructurada. La evaluación se realizó en dos momentos, 15 días antes de la orquiectomía simple bilateral (A1) y 15 días después de la cirugía (A2).

Resultados: Los pacientes con cáncer de próstata metastásico antes de la operación presentaron: depresión mínima 45.5%, leve 36.4%, moderada 9.1% y severa 9.1%. Después de la cirugía los valores sufrieron un cambio: mínima 54.5%, leve 27.3% y moderada 18.2% mientras que el grado de depresión severa desapareció.

Palabras clave: depresión, cáncer de próstata, orquiectomía simple bilateral.

▷ ABSTRACT

Aim: To determine the degree of severity of depression in patients with metastatic prostate cancer treated with bilateral simple orchiectomy in the National Cancer Institute of Mexico.

Patients and methods: We selected 11 patients who were evaluated with the Beck Depression Inventory BDI and a semistructured interview. The evaluation was conducted on two occasions, 15 days before bilateral simple orchiectomy (A1) and 15 days after surgery (A2).

Results: Patients with metastatic prostate cancer before the operation showed depression at least 45.5%, mild 36.4%, moderate 9.1% and severe 9.1%. After surgery the values were changing: minimum 54.5%, mild 27.3% and moderate 18.2%, while the degree of depression severe disappeared.

Key words: depression, prostate cancer, bilateral simple orchiectomy.

1 Universidad Católica Cuenca-Ecuador. 2 Servicio de Urología. Instituto Nacional de Cancerología de México. 3 Facultad de Psicología de la UNAM. 4 Servicio de Urología. Instituto Nacional de Cancerología de México. 5 Servicio de Psicooncología. Instituto

Nacional de Cancerología de México. Correspondencia: Dr. Esteban Xavier Medina Coello. Viracochabamba 3-60 y Quillañan. Cuenca-Ecuador. Correo electrónico: xaviermedinac@hotmail.com

▷ INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata es el tumor maligno más común en el hombre; uno de cada seis hombres serán diagnosticados con esta patología en algún momento de su vida.¹ El riesgo de presentar esta enfermedad aumenta con la edad, la incidencia en pacientes menores de 50 años de edad es de 0.8 a 1.1%, la bibliografía reporta menos de veinte casos de cáncer de próstata en pacientes menores a 40 años de edad.²

En México en 1996, el cáncer de próstata fue la tercera causa de muerte en hombres mayores de 65 años.³ Según el Instituto de Salud del Estado de México, en el 2005 el cáncer de próstata fue la primera causa de muerte en hombres en edad posproductiva.⁴

El tratamiento que se ofrece a los pacientes con cáncer de próstata metastásico tiene por objeto disminuir la circulación de andrógenos producidos por los testículos, dado que éstos estimulan la proliferación de las células tumorales de la próstata. Existen 2 opciones de tratamientos distintos para lograr este objetivo: la orquiectomía simple bilateral o castración quirúrgica y la terapia hormonal con análogos de la LHRH o castración química.

Carballido Rodríguez JA y cols.,⁵ afirman que la orquiectomía simple bilateral, permite una deprivación androgénica muy rápida con una importante disminución del volumen tumoral de entre 6 y 8 semanas, y con este procedimiento, 72-80% de los pacientes presentan una mejoría en los síntomas, especialmente en el dolor.

Desde la observación de Huggin y Hodges,⁶ la castración quirúrgica ha sido la más utilizada para la deprivación androgénica. Ésta puede ser bilateral o subcapsular y es un procedimiento relativamente simple, seguro y de bajo costo. Los efectos más frecuentes de esta deprivación androgénica son: pérdida de la libido, impotencia y desarrollo de andropausia. La orquiectomía reduce rápidamente la circulación de testosterona alrededor de 95% en niveles inferiores a 20 ng/mL en 24 horas. La concentración intraprostática de DHT es menos afectada y puede quedar de 30-40% de los niveles normales. Dejando a un lado estas ventajas, las consecuencias psicológicas hacen a esta técnica inaceptable para muchos pacientes.

Para Sellick y Crooks⁷ muchos individuos que tienen síntomas de depresión, no alcanzan los criterios de trastorno depresivo mayor. Valente y Saunders,⁷ opinan que los médicos pueden pasar por alto los síntomas psicológicos, ya que esperan que los pacientes los reporten espontáneamente; asumen que son una reacción normal al diagnóstico y esperan que las personas conozcan por qué los experimentan.

El Manual Diagnóstico y Estadístico, texto revisado (DSM IV-TR), considera a la depresión como la presencia de ánimo deprimido o la pérdida del interés o placer en todas las actividades por un periodo de al menos dos semanas; para realizar el diagnóstico de este trastorno, la persona debe presentar 4 síntomas cognitivos y somáticos adicionales, los cuales deben producirle deterioro o malestar significativo en las áreas social, ocupacional y física. Además de los síntomas mencionados, las personas deben presentar otros síntomas como pérdida de peso o apetito, alteraciones en el sueño, agitación o retardo psicomotor observable, fatiga, culpa inapropiada, pobre concentración y pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio.

▷ SUJETOS Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio transversal en pacientes con carcinoma de próstata metastásico identificado en el departamento de Urología del Instituto Nacional de Cancerología de México. Se incluyeron pacientes que acudieron al Instituto durante el periodo de octubre a diciembre debido a que la evaluación se efectuó antes y después de su tratamiento.

▷ INSTRUMENTOS

Se aplicó el inventario de Beck de Depresión BDI: Es el instrumento más utilizado en el mundo para medir la severidad de los síntomas de depresivos; este test consta de 21 puntos, e identifica niveles de depresión: mínima, leve, moderada y severa. Este test es una versión estandarizada por Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández de la Facultad de Psicología de la UNAM.

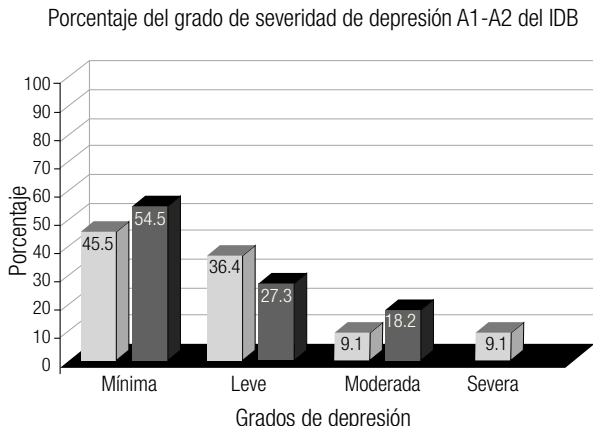
La necesidad de la entrevista semiestructurada radica en que las medidas de tamizaje no permiten determinar características diagnósticas como duración de los síntomas, y trastornos psiquiátricos comórbidos.

▷ PROCEDIMIENTO

A aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado se les aplicó el inventario de Beck (BDI) para identificar depresión y se les realizó una entrevista semiestructurada para confirmar el diagnóstico de depresión, según los criterios establecidos en el sistema DSM IV-TR. Participaron pacientes con cáncer de próstata metastásico, tratados a través de la orquiectomía simple bilateral en el Instituto Nacional de Cancerología de México, atendidos en el periodo de octubre a diciembre del 2008. Los pacientes fueron informados sobre el objetivo y procedimientos

Imagen 1.

Grado de severidad de la depresión A1 y A2



del estudio antes de ingresar a la cirugía, obteniéndose el consentimiento informado.

Posteriormente se aplicó una entrevista semiestructurada y el inventario de Beck, antes de la cirugía y 15 días después.

▷ **ANÁLISIS DE DATOS**

Se utilizó el programa SPSS versión 13 para la obtención de resultados estadísticos, efectuándose la descripción de los datos mediante el uso de las tablas de doble entrada y graficación. Para las variables numéricas se utilizaron imágenes de barras. Se efectuó comparación de medias mediante la prueba *t* de Student. Las variables con valor significativo fueron reportadas de un estudio de análisis de varianza.

▷ **RESULTADOS**

Descripción de la muestra

Se evaluaron a 11 pacientes con edades comprendidas entre los 52-84 años, la edad promedio fue de 64.5 con diagnóstico de cáncer de próstata metastásico tratados a través de orquiectomía simple bilateral.

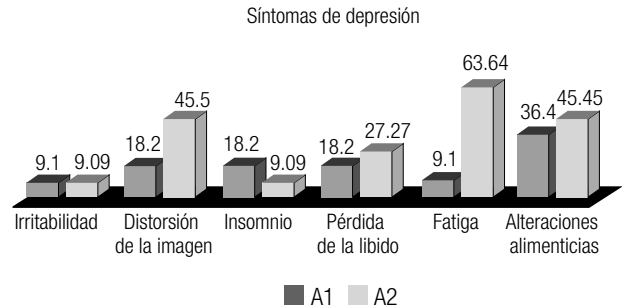
Lugar de residencia: El 54.5% eran provenientes del Estado de México, 27.3% de Hidalgo y 18.2% del Distrito Federal.

Escolaridad: Analfabetas 18.2%, Primaria 54.5%, Secundaria 18.2%, Bachillerato 9.1%.

Estado civil: El 81.1% casados o unión libre y 18.2% viudos.

Imagen 2.

Síntomas de depresión A1 y A2



Análisis de resultados

Los resultados arrojados en el inventario de depresión de Beck reportaron la presencia y grados de síntomas de depresión de la siguiente manera: En la primera aplicación (A1) presentaron depresión severa 9.1%, depresión moderada 9.1%, depresión leve 36.4% y depresión mínima 45.5%. En la segunda aplicación (A2) presentó depresión moderada, 27.3% leve y 54.5% depresión mínima (**Imagen 1**).

Los síntomas del inventario de Beck de Depresión (BDI), que se presentaron con mayor frecuencia, fueron: irritabilidad: 9.1% (A1), 9.09% (A2), distorsión de imagen: 18.2% (A1), 45.45% (A2), insomnio: 18.2% (A1), 9.09% (A2), pérdida de la libido: 18.2% (A1), 27.27% (A2), fatiga: 9.1% (A1), 63.6% (A2), alteraciones alimenticias: 36.4% (A1), 45.45% (A2) (**Imagen 2**).

▷ **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El padecimiento de una enfermedad como el cáncer afecta profundamente los aspectos psicológicos, sociales y culturales del enfermo.⁷ Las personas que padecen cáncer de este tipo lo viven con un alto grado de estrés emocional. Son probables reacciones: la negación, ira y depresión.⁸ La expresión de miedos en torno a la incapacidad, sexualidad, el sufrimiento y la muerte.

Es importante mencionar el impacto psicológico que experimenta el individuo, que en la mayoría de las veces se resiste a ser mutilado, influyendo en él factores culturales, emocionales y familiares, sintiéndose lesionado en su integridad.

Sanna y Bruera⁹ afirman que 25-50% de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica mantenida principalmente en forma de trastorno depresivo.

En un estudio de Litwin y cols.,¹⁰ la función social es una de las áreas de la calidad de vida que más se afecta después de los tratamientos para el cáncer de próstata, debido a las limitaciones físicas y psicológicas que pueden alterar las actividades sociales que se realizan normalmente.

Por la localización del tumor, uno de los grandes miedos de los pacientes con cánceres genitales masculinos es el manejo de la sexualidad; no es extraña la presencia de pensamientos en torno al contagio, a la impotencia, a la higiene, a la esterilidad, a cómo acercarse a la pareja y a cómo comunicarse con ella.¹¹

De acuerdo a la investigación y gracias a la entrevista semiestructurada, se pudo observar que a los pacientes les preocupaba su sexualidad.

La extirpación total del pene o de los testículos es vivida por el hombre como una mutilación que diezma profundamente su integridad. Según Hutton & Williams,¹¹ la cirugía se asocia con impacto en la imagen corporal, aislamiento, problemas psicosexuales y dificultades en el funcionamiento social.

La cirugía produce cambios en el equilibrio hormonal masculino. Es probable que el cuerpo del paciente distorsione su imagen y le prive de los elementos definitorios de masculinidad. Una imagen corporal negativa puede causar el distanciamiento hacia los otros: “*Si yo no me acepto, cómo me van a aceptar los demás*”.¹² Un tercio de la autoestima se refiere a lo positivo o negativo que resulte la propia imagen.⁷ De ahí que sea frecuente la aparición de síntomas depresivos.

Los datos obtenidos respecto a este punto, demuestran que luego de la cirugía se incrementó la preocupación acerca de su imagen corporal de 18.2% (A1) a 45.45% (A2). Los efectos secundarios de la orquiectomía se conocen desde hace más de medio siglo, como lo describe Huggins, con disminución de la libido, disminución en la capacidad mental, pérdida del tono muscular y astenia.¹³ A través del estudio se pudo corroborar que luego de la cirugía, la libido disminuyó, ya que los pacientes perdieron el interés en el sexo de 18.2% (A1) a 27% (A2).

Respecto a los tratamientos oncológicos Knobf y cols.,¹⁴ han observado que la quimioterapia, la terapia hormonal, la inmunoterapia, las cirugías y la radioterapia se consideran como procedimientos invasivos que perturban la vida de los pacientes y les recuerda constantemente que tienen cáncer.

El insomnio está asociado con los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos, y afectan a 40-60% de los pacientes, según varios autores.¹⁵ De acuerdo a la investigación se reportó que 18.8% de los pacientes

presentaron insomnio, siendo el dolor, la frecuencia urinaria y síntomas de depresión las principales causas.

Otros efectos asociados a la enfermedad y al tratamiento que reportó el presente estudio, que influyeron en la calidad de vida del paciente con cáncer de próstata metastásico son: irritabilidad, que se mantuvo tanto en la primera como en la segunda aplicación en 9.1%, a diferencia de la fatiga que aumentó de 9.1 a 64%, las alteraciones alimentarias también se incrementaron de 36.4 a 45%.

Es importante recalcar que de la población investigada la mayoría son de bajos recursos económicos, lo que les obliga a optar por la orquiectomía debido al alto costo del tratamiento hormonal LHRH. También se observó que la decisión de practicarse la cirugía no fue fácil de tomar, afirmaban: “*Es mi vida o una parte de mi cuerpo*”. Los pensamientos más frecuentes para tomar la decisión eran: miedo a dejar de ser hombres, la impotencia, miedo al rechazo de la pareja y de la sociedad.

Después de la cirugía su forma de pensar cambió, decían: “*Tengo una segunda oportunidad de vivir*”.

Bibliografía

1. Moul JW. Population screening for prostate cancer and emerging concept for young man. *Clin Prostate Cancer* 2003;2(2):87-97.
2. D'April M, Santini D, Di Cosimo S, Rabitti C, Tonini G, Vicenzi B et al. Atypical case of metastatic undifferentiated prostate carcinoma in 36 years old man: clinical report and literature review. *Clin Ter* 2000;151(5):371-374.
3. Jiménez MA, Martínez P, Zonana E, Aragón M, Sedano A, Hernández N et al. Estudio de eficacia y seguridad de la nilutamida en el tratamiento del cáncer de próstata avanzado. *Rev Mex Urol* 2003;63(4):130-136.
4. ISEM, Principales Causas de Mortalidad 2005. Disponible en: URL:<http://www.salud.edomexico.gob.mx> Consultado julio 14, 2008.
5. Carballido Rodríguez JA. Cáncer de próstata avanzado. *Inf Ter Sist Nac Salud* 1998;22:33-43.
6. Huggin y Hodges, Harris Katherine A, Small Eric J. Androgen Deprivation Therapy: Timing and Type, American Cancer Society. *Atlas of Clinical Oncology Prostate Cancer* 2002;5(4):326.
7. Baider L. La familia del enfermo adulto. En: Die Trill María. *Psicooncología*, España: Ades, 2003:476-485.
8. Heidenreich A, Hofmann R. Quality of life issues in the treatment of testicular cancer. *World J Urol* 1999;17(4):230-8.
9. Sanna P, Bruera E. Insomnia and Sleep Disturbance. *Eur J Pall Care* 2002;9:8-12 En: Maté J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología* 2004;1:211-230.
10. Litwin M, McGuigan K, Shpall, A. Recovery of health related quality of life in the year after radical prostatectomy: early experience. *Journal of Urology* 1999;161(2):515-519.
11. Camacho S. Tumores Propios del Varón. En: Die Trill María. *Psicooncología*, España: Ades, 2003:239-248.
12. Halfin VP, Althausen AF, Goldstein I, Burke MB, Tessier J, Roddy T. Sexuality and Cancer. American Cancer Society; 1990. En: Camacho S. *Psicooncología*, España: Ades, 2003:239-248.
13. Huggin C, Hodges C, Stevens R. Studies of prostatic cancer. Effect of castration, estrogen and androgen injection of serum phosphatases in metastatic carcinoma of the prostate. *Cancer Res* 1941;1:293.
14. Knobf, MT, Pasacreta, JV, Valentine A. Chemotherapy 1998. En: Holland JC. *Psychooncology*. New York: Oxford University Press, 1989:277-288.
15. Portenoy RK, Itri IM. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. *Oncologist* 1999;4:1-10 En: Maté J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, ansiedad, y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología* 2004;1:211-230.