

EL CANCER DE LARINGE: REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS (1)

R. ESTEVE

A. GAVINO

A. GODOY

C. RODRIGUEZ-NARANJO.

Departamento de Psicología de Málaga.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA.

RESUMEN

En este trabajo se ha estudiado la depresión y ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer de laringe, la influencia de esta enfermedad en las actividades y ejercicio físico y, finalmente, los efectos producidos por los tratamientos médicos de tal enfermedad en las variables psicológicas antes señaladas, depresión y ansiedad. El estudio se ha realizado en dos momentos, en la primera consulta al médico y tres meses después de haber sido diagnosticados de cáncer de laringe. La muestra de sujetos ha comprendido dos grupos formados tras la primera consulta al médico: pacientes con cáncer y pacientes sin cáncer que acudieron al médico por molestias en la garganta.

Los resultados indican que en los pacientes con cáncer, respecto a los que no lo padecen, aumenta significativamente el grado de depresión entre el primer y el segundo pase. No se aprecian otras diferencias.

SUMMARY

A study into anxiety and depression levels; the effect of laryngeal cancer on leisure activities and physical exercise; effects of medical treatment (laryngectomy and chemotherapy) on anxiety and depression levels in patients with diagnosed cancer of the larynx.

The study comprised two phases: the first medical consultation and the three.

months after diagnosis. The initial group was made up of patients with throat complaints, possibly symptomatic of cancer. Following diagnosis, patients were divided into cancer and non-cancer groups.

A post-diagnosis comparison between the two groups three months later showed a significantly increased level of depression in the cancer group. No other significant differences were noted.

INTRODUCCIÓN

En estos últimos años la aparición de la enfermedad del sida ha relegado el miedo popular hacia el cáncer a un segundo puesto. Sin embargo, la palabra "cáncer" continúa rodeada de un halo de misterio y de terror que le confiere a quien la padece un papel muy específico en la sociedad. Ambas enfermedades son en la actualidad lo que la peste fue para la Edad Media y la tuberculosis para el siglo XIX. Se han convertido en "el mal de nuestro siglo", representando lo incurable, lo desconocido. Seguramente cada fin de semana los accidentes de tráfico producen más víctimas mortales que los que estas enfermedades causan en mucho tiempo, sin embargo, éstas se han convertido en tabú y en señal de muerte irremediable. Como señala Ibañez (1984):

"El paciente canceroso no sólo se enfrenta a un proceso orgánico grave sino que además tiene que luchar contra el significado sociocultural que el concepto encierra...".

Centrándonos ya en el cáncer, objeto de estudio de este trabajo, podemos decir que su erradicación es un gran desafío para la ciencia. En efecto, el cáncer, como todas las enfermedades que no se ajustan al modelo infeccioso, pone en cuestión de forma frontal nuestros hábitos, y a la vez, nos exige un modo de pensamiento holístico y globalizador, muy lejano ya de un modelo causal simple. Sin embargo, durante mucho tiempo se han ido sucediendo investigaciones de forma asistemática y desordenada, guiadas por la observación o la intuición clínica, siempre bajo un enfoque unicausal.

Sólo recientemente el modelo sistemático de la enfermedad ha empezado a prevalecer y guiar algunos esfuerzos (Silberfarb y Bloom, 1982) encaminados a considerar el cáncer dentro de una jerarquía de sistemas biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Por lo que se refiere a los aspectos psicológicos relacionados con el cáncer, tema que nos interesa en este estudio, Levy (1982) ha establecido los siguientes:

- Variables sociales implicadas: actitudes de la población hacia la enfermedad y el paciente.
- Estudio de las variables demográficas implicadas: trabajos epidemiológicos.
- El comportamiento del sujeto como variable independiente en la apari-

ción del trastorno: exposición a sustancias carcinogénicas y situaciones de stress, dieta, etc.

- El comportamiento del sujeto como variable independiente en la progresión de la enfermedad: respuesta emocional, comportamiento de abandono del tratamiento, entre otros.

- El comportamiento como variable dependiente: dolor, desórdenes alimenticios, respuestas emocionales de ansiedad y depresión, etc.

El presente trabajo se enmarca dentro de una investigación más general que ha intentado estudiar cada uno de los puntos anteriores. No obstante vamos a referirnos aquí únicamente al último punto: el comportamiento como variable dependiente; en concreto, la depresión y la ansiedad, consideradas como respuestas emocionales y desligadas de su caracterización "patológica". Los otros temas serán objeto de sucesivas publicaciones.

Numerosos trabajos han estudiado el grado de ansiedad y depresión como principales respuestas emocionales de los pacientes con cáncer (Coursey y cols. 1975; Fiore, 1979; Giner Ubago y cols. 1983; Hughes, 1981; Massie y cols. 1979; Peck, 1972; Rennerker y Cutler, 1952; Salvador y cols. 1984; Silberfarb, 1984; Wirsching y cols. 1982). Según estas investigaciones, la depresión y la ansiedad aparecen como reacción al cáncer. Sin embargo, en muchos de estos estudios los cuestionarios que se utilizan para medir la depresión poseen items de carácter somático que pueden ser propios de la enfermedad y estar, por tanto, contaminando los resultados. Es decir, existe un problema metodológico en parte de estos trabajos porque la mayoría de las escalas utilizadas para medir la depresión contienen items tales como "cansancio", "pérdida del apetito" y "alteraciones del sueño" que pueden ser síntomas del mismo proceso canceroso o efectos secundarios de los tratamientos. No obstante, existen algunos trabajos que han tenido en cuenta este aspecto y han separado los problemas somáticos de los psicológicos (Buckberg y cols. 1984; Hughes, 1985a y b; Plum y Holland, 1977). Sus resultados son contradictorios, mientras Plum y Holland (1977) no encuentran problemas depresivos en los enfermos de cáncer al eliminar los síntomas somáticos, los trabajos de Buckberg y cols. (1984) y Hughes (1985a y b) revelan la existencia de tales problemas.

También se han llevado a cabo trabajos en los que se estudia el grado de depresión y de ansiedad en grupos de sujetos con cáncer que siguen un determinado tipo de tratamiento.

Los tratamientos contra el cáncer han aumentado considerablemente el tiempo de supervivencia de los pacientes afectados de esta enfermedad. Sin embargo, estos procedimientos tienen multitud de efectos secundarios que colocan al enfermo en una situación paradójica: por primera vez en su vida el

tratamiento de una enfermedad en vez de "mejorar" su estado, disminuyendo sus molestias, lo "empeora", sufriendo vómitos, cansancio, malestar general, etc. Por otra parte, carente de la información necesaria, el paciente de cáncer suele interpretar este malestar como síntomas de recurrencia del tumor o empeoramiento, lo cual generalmente va a dar como resultado respuestas de depresión y ansiedad.

Los estudios que han investigado la relación entre tipo de tratamiento y depresión-ansiedad encuentran en su mayoría altos grados de estas variables emocionales asociados a algunos tratamientos. Por ejemplo, Peck y Bolard (1977) y Forester y cols. (1978), entre otros, evalúan los efectos psicológicos de la radioterapia. Por otro lado, Cooper (1971) encuentra que el tratamiento de citostáticos está ligado a un grado mayor de problemas psicológicos que el tratamiento de radioterapia.

Meyerowitz y cols. (1979) evalúan las consecuencias psicológicas de la quimioterapia en mujeres que también habían sido mastectomizadas -lo cual es una limitación pues la mastectomía tiene per se una serie de consecuencias en la vida de la enferma que no pueden ser ignoradas. En su estudio, el 88% de las mujeres señalaron un descenso en sus actividades relacionado con los efectos secundarios de la quimioterapia y un 41% manifestaron que su vida sexual y familiar se habían visto afectadas adversamente.

Otro trabajo también interesante es el de Olafsdottir y cols. (1986) donde una muestra de sujetos que recibía quimioterapia experimentaba ansiedad anticipatoria al tratamiento en una media de 3,4 días antes del mismo.

A las anteriores investigaciones se añaden las realizadas por otros autores que informan de un descenso general de la actividad y un proceso de aislamiento de la comunidad fruto todo ello de los efectos secundarios de los tratamientos de cáncer (Devlin, 1971; Eardley, 1973; Meyerowitz y cols. 1983; Winik y Robbins, 1977; Wirsching y cols. 1975).

Respecto a la laringotomía, Nahum y Golden (1963) encuentran que después de la operación priman la depresión por la pérdida de la voz y la ansiedad por el miedo a la recurrencia de la neoplasia, la pérdida del trabajo y las discordias matrimoniales. Barton (1965) y Davis y Beumont (1973) encuentran resultados similares. El primero halla que sólo un pequeño porcentaje de sujetos hayan aprendido a hablar de nuevo, que sigan desempeñando las mismas actividades de recreo que antes y que no hayan desarrollado ninguna otra enfermedad.

Drummond (1967), por su parte, señala que sólo una minoría de enfermos de su muestra operados de cáncer de laringe presentaban depresión y dificultades para volver al trabajo.

En consecuencia con estos estudios, y en un intento por superar algunas de las dificultades e inconvenientes que éstos presentan, en este trabajo se analizará el comportamiento del sujeto con cáncer como variable dependiente respecto a la enfermedad, con el propósito de rechazar o confirmar, dentro de nuestras limitaciones, las principales hipótesis que se han postulado en este área de investigación. Así pues, nuestro objetivo ha ido encaminado a comprobar que la depresión y la ansiedad aparecen como consecuencia de la enfermedad cancerosa, que las actividades que los pacientes realizaban antes del cáncer disminuyen significativamente en los meses posteriores a ser diagnosticados de cáncer y que aquellos sujetos que reciben tratamientos de citostáticos presentarán un grado mayor de depresión y ansiedad que aquellos otros que han sido traqueotomizados y operados.

Centraremos el objeto de nuestro trabajo en un tipo determinado de cáncer, las neoplasias de laringe. El motivo de ello es doble: por una parte presenta una alta incidencia en nuestro país (Lopez-Abente, 1984), y por otra, los enfermos que la padecen tienen un período largo de supervivencia (Merck, 1986) que permite no sólo una investigación prolongada con estos pacientes sino también superar uno de los grandes problemas que presentan muchas de las investigaciones revisadas. Nos estamos refiriendo a la mezcla de localizaciones, mezcla que oscurece con frecuencia los datos ya que, dependiendo del tipo de cáncer, los sujetos se ven sometidos a experiencias muy distintas.

Las variables que hemos investigado en relación al cáncer han sido, por tanto, la depresión y la ansiedad. La evaluación de estas variables se ha hecho en dos momentos, en la primera consulta al médico, y por tanto antes de saber el diagnóstico, y tres meses después de haber sido diagnosticados, cuando están siguiendo un tratamiento. De esta forma, al comparar los niveles de ansiedad y depresión antes y después del diagnóstico, pretendíamos determinar si éstos eran, de forma probable, función del impacto emocional de la enfermedad o si, por el contrario, estaban ya presentes antes de que el cáncer fuera diagnosticado. Además se ha comparado a este grupo de sujetos con cáncer con otro grupo de sujetos que no padecen tal enfermedad pero que habían acudido al médico por problemas en la garganta, al igual que los que luego resultaron poseer cáncer.

Hemos intentado superar la contaminación diagnóstica debida a los síntomas somáticos de los enfermos cancerosos y que coinciden con los de la depresión. La escala que hemos utilizado para medir la depresión ha sido el BDI de Beck y hemos utilizado la información que da esta escala de dos formas: teniendo en cuenta todos sus ítems, y eliminando aquellos ítems cargados de contenidos orgánicos (los relativos al insomnio, pérdida de peso, apetito e interés sexual, cansancio y preocupación por la salud).

Respecto a los tratamientos, en nuestra investigación compararemos únicamente entre sujetos que reciben tratamiento de quimioterapia y los que están operados y traquetomizados. Se eliminan sujetos que habiendo sido traquetomizados no se les había extirpado la laringe y recibían citostáticos, y sujetos que recibían radioterapia ya que su número era muy pequeño.

En resumen, nuestro trabajo estudia en pacientes con y sin cáncer:

1. La ansiedad y la depresión.
2. Las actividades placenteras y el ejercicio físico.
3. La relación entre las actividades placenteras y la depresión.
4. La influencia de los distintos tratamientos en la depresión de pacientes con cáncer de laringe.

MÉTODO

Variables

Para la obtención de nuestros objetivos se ha realizado un estudio en el que se han empleado como instrumentos los más frecuentemente utilizados en otros trabajos sobre el cáncer (Barreto, 1984): autoinformes e inventarios de personalidad. Bayes (1985) y Blanco Ruiz y Navia (1986), sin embargo, critican la utilización de estos instrumentos en el área de la psicología oncológica. Sus críticas se basan en la polémica de la "Teoría de Rasgos" aceptando e supuesto situacionista de que las pruebas "de rasgos" asumen una inflexibilidad tal en la conducta que pareciera que ésta sea insensible a los cambios estimulares. No es objetivo de este trabajo entrar en dicha controversia. Solo añadir que, independientemente del valor que se confiera a una investigación del tipo de la llevada a cabo aquí, la propuesta de Bayes (1985) de correlacionar las respuestas de los sujetos a los cuestionarios con observaciones objetivas del comportamiento de los mismos, nos parece del todo inviable si no es con sujetos internados -con lo que contaríamos con una muestra muy parcial- o con fines terapéuticos de forma que los sujetos o sus familiares recibiesen una compensación por realizar esta labor de observación pero aquí se daría un importante fenómeno de autoselección de la muestra.

De cualquier forma el uso de autoinformes y pruebas de personalidad evita el problema de la ambigüedad en la definición de las variables evaluadas de la que han sido acusados otros trabajos similares (Blanco Ruiz y Navia, 1986).

En resumen, las variables de las que se han recabado datos en este estudio han sido:

1. Variables demográficas: edad, sexo, estado civil, formación escolar, profesión, situación laboral, situación económica y lugar de residencia.

2. Variables relativas a la enfermedad: enfermedad (con cáncer y sin cáncer).

3. Variables de reacciones emocionales: ansiedad, depresión. En estas variables se han estudiado lo que hemos denominado "diferencia ansiedad-rasgo", "diferencia depresión" y "diferencia depresión sin contenido orgánico":

3.1. Diferencia ansiedad-rasgo: esta variable se ha construido restando a la puntuación total en la escala A/R del STAI de la segunda medición (una vez diagnosticados los pacientes), la puntuación total en la misma escala de la primera medición (antes de ser diagnosticados los pacientes).

3.2. Diferencia depresión: esta variable se ha construido restando a la puntuación total en el BDI de Beck de la segunda medición, la puntuación total en esta prueba de la segunda medición.

3.3. Diferencia depresión sin contenido orgánico: en esta variable se ha restado a la puntuación total en depresión sin contenido orgánico de la segunda medición, la puntuación total en depresión sin contenido orgánico de la primera medición (mediante la eliminación de los ítems cargados de contenidos orgánicos de la escala de depresión de Beck).

4. Variables de nivel de actividad: actividades placenteras, nivel de ejercicio físico. Al igual que en las variables emocionales, se han construido dos variables, "diferencia actividades placenteras" y "diferencia ejercicio físico", de la misma manera que aquellas.

Instrumentos

Los instrumentos que se han utilizados son los siguientes:

1. Cáncer Survey Schedule. Prueba creada por Cautela en 1983, ha sido utilizada en nuestro país en un estudio sobre mujeres con cáncer de mama (Barreto, 1984). No hemos empleado la versión íntegra de este instrumento por dos razones:

- Las pruebas referidas a la enfermedad y los tratamientos no parecieron pertinentes ya que no se tenía información fidedigna del grado de conocimiento que tenían los sujetos sobre su enfermedad, puesto que los médicos no consi-

deraban oportuno informar al paciente de que tenía cáncer.

- Muchas de las preguntas, referidas a apetito, sueño, nerviosismo, etc. estaban ya recogidas en otros instrumentos utilizados en este trabajo.

Por todo ello, redujimos la extensión de la prueba quedando una serie de preguntas que pueden ser consideradas como formando cuatro áreas distintas: datos demográficos, preguntas relativas al hábito de fumar, ejercicio físico y actividades placenteras (las dos últimas presentadas en forma de escalas graduadas de las que se obtiene una puntuación total).

2. Inventario de Ansiedad Estado -Rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970).

3. Escala de valoración conductual de la depresión de Beck (Beck y cols. 1961).

Procedimiento

Se hicieron dos mediciones: en la primera consulta que hacían los pacientes al laringólogo, por molestias en la garganta y tres meses después. Es muy importante señalar que en la primera entrevista, los sujetos no habían sido aún diagnosticados y, por tanto, nadie conocía la naturaleza de la enfermedad que padecían. Así, contábamos con un grupo único que quedó dividido en función de un "tratamiento" también adjudicado de forma natural: tener o no tener cáncer. En el segundo pase los pacientes con cáncer habían sido operados o habían recibido tratamiento cistotático. Los sujetos intervenidos aunque habían perdido la voz, todavía no habían comenzado a asistir a rehabilitación al ser muy pronto para ellos.

En el grupo de sujetos a los que se les diagnosticó otra enfermedad, solo una minoría había sido operada de nodulos benignos en la garganta y a la mayor parte, simplemente se le administró la medicación pertinente.

Ambos grupos (con cáncer/sin cáncer) son comparados respecto a las variables planteadas en este trabajo. No se realizan comparaciones directas entre las puntuaciones de los sujetos en la primera medición. Solo en tres comparaciones (ansiedad, depresión y actividades placenteras y ejercicio físico) se halla una diferencia entre ambas puntuaciones, construyendo una nueva puntuación en la que son comparados los sujetos de ambos grupos (tal y como se ha expuesto en el apartado de las variables)

Sujetos

El total de la muestra fue de 48 sujetos, de los cuales 17 recibieron el

diagnóstico recibido, que presentaban patologías diversas: dos de ellos tenían amigdalitis crónica; dos, laringitis crónica; tres no presentaban ninguna alteración otorrinolaringológica, siendo uno dado de alta, y de los otros dos, uno remitido a neumología y otro a dermatología por lesiones en la mucosa oral. Tres sujetos presentaban problemas en la zona submaxilar de tipo no tumoral; un sujeto tenía una hernia de hiato y otros dos, además en la mucosa laríngea. Los 14 sujetos restantes presentaban formaciones tumorales benignas como pólipos, nódulos laríngeos, hiperqueratosis y leucoplasias en las cuerdas vocales y papiloma.

Las medias de edad de los sujetos con y sin cáncer son significativamente diferentes: con cáncer $x = 61.2941$, D.T. = 9.16; sin cáncer $x = 46.61$, D.T. = 14.85; $t = 3.551$ $p = 0.001$. Como puede comprobarse, la variable edad presenta relación significativa respecto al hecho de tener o no tener cáncer.

Al ser, pues, la edad una variable con una relación significativa con el hecho de tener o no tener cáncer, decidimos emparejar a los sujetos de ambos grupos por la edad, de forma que las medias en esta variable fuesen prácticamente iguales (2).

Realizado el proceso de emparejamiento, la N queda reducida a 30, 15 sujetos con cáncer y 15 sujetos que no padecen cáncer. La media de edad promedio para ambos grupos queda en 59 años, con una desviación típica de 8. Los 15 sujetos con cáncer son todos varones y de los 15 sin cáncer, 4 son mujeres y 11 hombres.

Respecto al estado civil, en el grupo de los sujetos con cáncer contamos con un 13.3% de solteros, un 73.3% de casados y un 13.3% de viudos. Entre los sujetos sin cáncer, el 93,3% está casado y un 6,7% viudos y ningún sujeto está soltero.

En situación laboral, en el grupo de sujetos con cáncer, 33.3% está en activo; un 40% está parado y un 26.7% jubilado. En el grupo de sujetos sin cáncer, el 53.3% trabaja; el 46.7% está jubilado, y ningún sujeto está parado. Estos porcentajes ofrecen algunas indicaciones importantes, teniendo en cuenta sobre todo que se ha eliminado el efecto de la edad, que aquí podía estar jugando un papel importante.

Ambos grupos no diferían significativamente respecto a su grado de formación escolar (aplicada la prueba U de Mann-Whitney: $U = 104$; $z = -0.4789$; $p = 0.632$ - dos colas); ni respecto a la economía (prueba U de Mann-Whitney: $U = 80$; $z = -1.3916$; $p = 0.5141$ - dos colas).

En cuanto a los tratamientos que eran aplicados a los sujetos que tenían cáncer, 6 habían sido operados y se les había extirpado la neoplasia; 8 estaban recibiendo tratamiento de citostáticos, y en el momento de entrevistarlos estaban en el primer ciclo de medicación; dos recibían radioterapia; y un suje-

to no recibía ningún tipo de tratamiento ni había sido intervenido quirúrgicamente porque se negaba a ello.

RESULTADOS

En "depresión" (ver Tabla 1) encontramos algunas diferencias significativas. Aunque considerando la puntuación total en el BDI, no aparecen diferencias significativas entre los sujetos con y sin cáncer; en la variable "diferencia en depresión" entre la primera y segunda medición, sí existen diferencias significativas, de forma que dicha variable ha aumentado significativamente más (3) en los sujetos con cáncer que en los sujetos sin cáncer ($t = 1.80$, $p = 0.042$, ver Tabla 1).

TABLA 1.- Ansiedad y depresión en hombres y mujeres emparejados por la edad.

VARIABLE	CÁNCER			NO CÁNCER			t	p (una cola)
	X	Sx	n	X	Sx	n		
ansiedad-estado	19.083	11.317	12	15.091	7.782	11	0.98	0.168
ansiedad-rasgo	8.438	2.449	12	19.546	6.203	11	0.52	0.305
Diferencia ansiedad-rasgo	-0.417	7.128	12	1.909	9.016	11	-0.69	0.249
Depresión	13.909	7.327	11	10.091	7.648	11	1.20	0.123
Diferencia Depresión	3.818	5.456	11	-0.091	4.721	11	1.80	0.042
Depresión sin conte- nido orgánico	10.364	5.537	11	6.636	4.632	11	1.71	0.051
Diferencia depresión sin contenido orgánico	4.182	5.231	11	0.453	2.697	11	2.10	0.027

También aparecen diferencias significativas respecto a la variable "depresión sin contenido orgánico" de manera que ésta es mayor para los sujetos con cáncer ($t = 1.71$, $p = 0.051$); aparecen diferencias significativas entre las medias de "Diferencia en depresión sin contenido orgánico" entre la primera y la segunda medición, de forma que esta diferencia es significativamente mayor en los sujetos que tenían cáncer ($t = 2.10$, $p = 0.027$).

Como puede observarse en la Tabla 1, aplicada la prueba t de Student, no existen diferencias significativas respecto a "Ansiedad-rasgo" ($t = 0.52$, $p = 0.305$), "Ansiedad-estado" ($t = 0.98$, $p = 0.168$) y "Diferencia Ansiedad-rasgo" ($t = 0.69$, $p = 0.249$) entre la primera y la segunda medición, entre sujetos con y sin cáncer.

Respecto a las actividades placenteras y el ejercicio físico, podemos ver en la Tabla 2 que, aplicada la prueba U de Mann-Whitey, los rangos medios en esta variable no son significativamente distintos en los sujetos con y sin cáncer ni tampoco las medias de la diferencia en estas variables entre la primera y la segunda medición.

TABLA 2. Actividades placenteras y ejercicio físico en hombres y mujeres emparejados por la edad.

VARIABLES	CÁNCER		NO CÁNCER		U	p (una cola)
	R	n	R	n		
Ejercicio físico	10.58	11	13.55	11	49.0	0.158
Actividades placenteras	12.63	11	11.32	11	58.5	0.325
Diferencia ejercicio físico	10.68	11	12.32	11	51.5	0.281
Diferencia actividades placenteras	13.41	11	9.59	11	39.50	0.086

En la Tabla 3 "Diferencias entre los sujetos "altos" y "bajos" en actividades placenteras entre la primera y segunda medición respecto a la variable depresión", aparece una ligera tendencia entre ambos grupos de sujetos en los que

esta diferencia es mayor, presentan también un grado más alto de depresión que los bajos en dicha diferencia ($t = 1.50$, $p = 0.076$).

TABLA 3. Diferencias entre los sujetos "altos" y "bajos" en "diferencias en actividades placenteras" entre la primera y segunda medición respecto a la variable "depresión" en hombres y mujeres emparejados por la edad.

VARIABLE	ALTOS			BAJOS			t	p (una cola)
	X	Sx	n	X	Sx	n		
Depresión	16.000	6.028	7	10.769	8.054		1.50	0.076

Por otra parte, como se observa en la Tabla 4, respecto a la variable "depresión" y "depresión sin contenidos orgánicos", no se diferencian los sujetos que reciben tratamiento de citostáticos y los traquetomizados y operados. Sin embargo, en la ansiedad-rasgo de la segunda medición aparece una ligera tendencia de los sujetos que reciben tratamiento de citostáticos a tener grados más elevados de ansiedad-rasgo ($t = 1.46$, $p = 0.089$).

TABLA 4. Comparación de sujetos con cáncer con tratamiento de citostáticos y traquetomizados y operados, respecto a la variable depresión y depresión sin contenido orgánico.

VARIABLE	T. de citostáticos			Traquetomizados y operados			t	p (una cola)
	X	Sx	n	X	Sx	n		
Depresión	15.667	8.165	6	11.800	6.380	5	0.86	0.206
Depresión sin contenido orgánico	11.167	5.742	6	9.400	5.771	5	0.51	0.312
Ansiedad-rasgo	21.167	3.601	6	16.800	6.221	5	1.46	0.089

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Antes de pasar a la discusión de los resultados hemos de señalar una limitación de este trabajo, ya esbozada más arriba: Los datos obtenidos de los pacientes con cáncer después de ser diagnosticados los hemos recogido tres meses después del diagnóstico, cuando ya están recibiendo algún tipo de tratamiento. Normalmente los médicos del Departamento de Otorrinolaringología no comunican claramente a sus pacientes el diagnóstico de cáncer, sino que les comunican la gravedad de su afección y la necesidad de intervenirlos o de comenzar con el tratamiento. Este es, pues, un elemento muy importante que está sin controlar, ya que no sabemos hasta qué punto los individuos conocían su estado y el alcance de su enfermedad. A pesar de la importancia que esta información tiene para nuestro trabajo, no se intentó recabar de los sujetos con el fin de respetar la política seguida por los médicos que los estaban tratando.

En los sujetos con cáncer, respecto a los que no lo padecen, aumenta significativamente el grado de depresión entre la primera y la segunda medición, cuando ya han sido diagnosticados y operados o están recibiendo tratamiento. Este aumento se mantiene e incluso es significativamente mayor eliminando el contenido orgánico de la variable depresión. No hay diferencias de ningún tipo respecto a la ansiedad, ya rasgo ya estado, ni tampoco entre ambas evaluaciones.

La ansiedad se ha descrito por algunos autores como la respuesta emocional más frecuente en los sujetos enfrentados a un proceso neoplásico (Coursey y cols. 1975; Giner Ubago y cols. 1983; Peck, 1972); otros, sin embargo, la encuentran en menor porcentaje, primando la reacción depresiva (Massie y cols. 1979). Por su parte, Jamison y cols. (1978), LLoyd (1979) y Maguire y cols. (1978), encuentran ansiedad principalmente asociada a la detección de los primeros signos de la enfermedad.

Sobre la base de estos trabajos postulábamos que los sujetos del grupo con cáncer presentarían un grado más elevado de ansiedad que los sujetos que no lo padecían -en la segunda evaluación, cuando ya estaban siendo tratados- y que además esta ansiedad habría aumentado significativamente más en el grupo con cáncer que en el otro grupo, en el que se esperaba que disminuyese. De los trabajos citados sólo uno, el realizado por Maguire y cols. (1978) cuenta con un grupo de comparación de sujetos con tumores de mama benignos y sus resultados se corresponden con los postulados por nosotros. Sin embargo, nuestros resultados no arrojan ninguna diferencia significativa entre los grupos cáncer/no cáncer respecto a la variable ansiedad, aunque

sí hallamos diferencias significativas en lo que respecta a la variable depresión, lo que nos hace pensar que ésta es, para nuestra muestra, la respuesta emocional dominante.

Aunque las medias en depresión de ambos grupos no son significativamente distintas, sí aparecen diferencias significativas en la variable "diferencia en depresión", lo que nos indica que en el grupo de los sujetos con cáncer se ha dado un aumento mayor en dicha variable respecto a los sujetos sin cáncer. Un alto grado de depresión es un hallazgo común en las investigaciones en este campo, pero adolecen del mismo defecto al que nos hemos referido al tratar de la ansiedad: no hay grupos de comparación, y se valen en su mayoría de la entrevista como medio de evaluación (Giner Ubago y cols., 1983; Massie y cols., 1979; Peck, 1972), por lo que los resultados son difícilmente comparables con los nuestros.

La evaluación de la depresión en individuos en los que el cáncer lleva ya implantado un tiempo considerable, y sobre todo, que están recibiendo tratamiento, es una cuestión delicada porque los efectos secundarios de éstos pueden ser confundidos fácilmente con síntomas propios de la depresión: pérdida de apetito, alteraciones del sueño, debilidad general, etc. (Silberfarb, 1984; Stoll, 1979). Por todo ello, se recordará que se elaboró una nueva variable eliminando los items de contenido orgánico del BDI, tal y como hicieron Plumb y Holland (1977). De acuerdo con sus resultados, era de esperar que, al eliminar los items de contenido orgánico, desapareciesen también las posibles diferencias, si las hubiera, a favor del grupo de sujetos con cáncer. Sin embargo, nos encontramos con un resultado del todo inesperado, pues al eliminar los contenidos orgánicos, no sólo no desaparecen las diferencias entre ambos grupos, sino que aumentan, llegando a alcanzar la significación estadística. Esto nos habla de un aumento mayor en el número de sujetos con cáncer respecto al de no-cáncer en los aspectos no orgánicos de la respuesta depresiva, tales como tristeza, culpabilidad, pérdida de interés por los demás, etc.

A la luz de estos resultados, permítasenos un salto atrás. Existen varios trabajos (Bacon y cols, 1952; Butler, 1954; Evans, 1926; Greene, 1954 (todos ellos en Leshan, 1959); Schmale, 1958) en los que se encuentra la siguiente relación: acontecimientos graves-depresión-cáncer. Esto no es de extrañar si tenemos en cuenta que los sujetos eran evaluados cuando ya habían sido diagnosticados y operados o estaban recibiendo tratamiento, cuando, de acuerdo con nuestros resultados, parece darse una importante reacción depresiva. Si nosotros hubiésemos intentado establecer dicha relación tomando como referencia las puntuaciones en depresión de este segundo pase probablemente también habríamos confirmado la existencia de dicha cadena.

Respecto a la disminución en actividades y ejercicio físico podemos decir que un grupo considerable de trabajos en este área se han dedicado a evaluar el grado de deterioro sufrido por el enfermo de cáncer a consecuencia de su enfermedad. En una palabra, han intentado determinar cuál era su calidad de vida (Ibañez, 1984; Schmale y cols. 1983).

De acuerdo con nuestros resultados no existe un deterioro sustancial en el nivel de ejercicio físico y actividades placenteras (la mayoría incluyen contactos sociales) al menos comparativamente a otro grupo de sujetos enfermos, aunque no de cáncer. Puede concluirse, pues, que no se ha obtenido apoyo a nuestro planteamiento inicial.

Nuestros resultados concuerdan en parte con los de Drummond (1967), quien encontró problemas de adaptación sólo en una minoría de individuos laringotomizados; tampoco aparecen estos problemas en el grupo de enfermos que recibían un tratamiento de quimioterapia en nuestra muestra, contradiciendo así los resultados de otros trabajos que hallan importantes descensos en el nivel de actividad y contactos sociales en los sujetos que reciben quimioterapia (Meyerowitz y cols., 1979, 1983). Estos resultados sugieren que tal vez el poder deteriorante real, al menos del cáncer de laringe y a tres meses de declarada la enfermedad, no sea mucho mayor que el de otras afecciones benignas, y que sea más el contenido social que lleva consigo la enfermedad "cáncer" el que pesa sobre el enfermo (Ibañez, 1984) pues, aunque le haya sido extirpado el tumor, ni él mismo ni los demás considerarán que está ya "curado".

En base al interesante trabajo de Buckberg y cols. (1984) quienes hallaron un mayor grado de depresión en los sujetos con más elevado deterioro físico y de relaciones sociales, hemos contemplado tal supuesto en nuestra investigación. Como hemos visto, los resultados dan sólo un apoyo débil, pues esta tendencia únicamente se da para el grupo de hombres y mujeres emparejados por la edad. De cualquier forma, ésta es una vía interesante de investigación que no creemos que deba ser abandonada y vale la pena profundizar en ella con instrumentos más precisos y exhaustivos que los utilizados en este trabajo.

Aunque contamos con una exigua bibliografía respecto a las repercusiones de la laringotomía, y al mismo tiempo con resultados contradictorios (Drummond, 1967) sí es mayor el contingente de trabajos que parecen indicar que el tratamiento de quimioterapia tiene consecuencias deteriorantes en la vida de los enfermos que lo reciben (Bernstein, 1978, 1982; Ibañez, 1984; Little y cols. 1984; Nerenz y cols., 1982; Nese y cols., 1980; Meyerowitz y cols., 1979, 1983; Weddington y cols., 1984), más que los que reciben radioterapia (Cooper, 1971) o que han sido mastectomizados (Maguire y cols., 1980).

Por todo ello predijimos un grado más alto de depresión y ansiedad en los

sujetos que recibían un tratamiento de quimioterapia que en los que estaban laringeotomizados y operados, aunque no contábamos con ninguna investigación en la que se comparasen los efectos de ambos tipos de tratamiento. Sin embargo, no se ha confirmado; únicamente se observa una ligera tendencia en el sentido predicho por parte de los sujetos que reciben tratamiento de citostáticos a presentar un grado más elevado de ansiedad-rasgo, tendencia que tal vez podría alcanzar la significación estadística al aumentar el número de sujetos, pues hay que tener en cuenta que en estas hipótesis trabajamos sólo con los sujetos que tienen cáncer y divididos éstos en dos grupos (se pierden además algunos sujetos: uno que recibía tratamiento de radioterapia, otro que no recibía ningún tratamiento), pensamos por ello que aquí hay una vía interesante de estudio para tenerla en cuenta en futuras investigaciones.

Una vez realizado un análisis detallado de los resultados, y en un intento de resumir brevemente las conclusiones más importantes, podemos decir que:

1. Se da un mayor aumento en depresión en los sujetos con cáncer de laringe respecto a un grupo de comparación de enfermos de laringe que no padecen cáncer. Esto ocurre incluso eliminando los contenidos orgánicos de la depresión.
2. El nivel de ejercicio físico y de actividades placenteras no aparece dañado como consecuencia de padecer cáncer de laringe.
3. Los sujetos que reciben tratamientos distintos -en este caso traqueotomizados y operados contra tratados con citostáticos- no se diferencian significativamente respecto a su grado de depresión y ansiedad: solo se da una ligera tendencia por parte de los sujetos que reciben citostáticos a presentar un grado más elevado de ansiedad-rasgo.

NOTAS

(1). Nuestro agradecimiento al Dr. Paredes, médico del servicio de oncología del hospital Carlos Haya, al Dr. Gonzalez Perez, médico del servicio de otorrinolaringología del mismo hospital, así como a todos los demás médicos, enfermeros y auxiliares de estos departamentos, por su inestimable ayuda que ha permitido el que tuvieramos acceso a la muestra y nos han facilitado en todo momento nuestra labor en el hospital.

Queremos agradecer también la ayuda recibida del profesor Antonio Marmolejo, gracias al cual pudimos reunir gran parte del material bibliográfico utilizados en nuestro trabajo.

(2). En nuestra investigación también hemos trabajado con la muestra total sin tener, por tanto, en cuenta la edad. Los resultados obtenidos no muestran diferencias significativas entre los dos grupos (cáncer/no cáncer) en ninguna de las variables estudiadas (para mayor información remítanse a los autores).

(3). En todos los casos que se ha realizado la comparación con la prueba t de Student, ésta se ha calculado bien para varianzas conjuntas, bien para varianzas separadas, según que estas fueran o no homogéneas.

BIBLIOGRAFÍA

- BACON, C.L.; RENNEKER, R. y CUTLER, M. (1952).- A psychosomatic survey of cancer of the breast. *Psychosomatic Medicine*, 14, 453-458.
- BARRETO, P. (1984).- *Factores psicológicos en pacientes con cáncer de mama*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.
- BARTON, T.T. (1965).- Life after Laryngectomy. *Laryngoscope*, 75, 1408-1415.
- BAYES, R. (1985).- *Psicología Oncológica*. Ed. Martinez Roca.
- BECK, A.T. y cols. (1961).- Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- BERNSTEIN, I.L. (1978).- Learned taste aversion in children receiving chemotherapy. *Science*, 204, 1302-1303.
- BERNSTEIN, I.L. (1982).- Physiological and Psychological Mechanisms of cancer anorexia. *Cancer Research, Suplemento* 42, 715-720.
- BLANCO, M.S. y NAVIA, V. (1986).- Factores psicosociales y cáncer: una visión crítica. *Estudios de Psicología*, 25, 5-35.
- BURLBERG, J.; PENMAN, D. y HOLLAND, J.C. (1984).- Depression in hospitalized Cancer Patients. *Psychosomatic Medicine*, 46, 3, 199-212.
- COOPER, A.F. (1971).- Psychiatric morbidity associated with adjuvant chemotherapy Following mastectomy for breast cancer. *British Journal of Surgery*, 66, 362.
- COURSEY, K.; DAWSON, J.J. y LUCE, J.K. (1975).- Comparative anxiety level of cancer patient and family members. *Proceeding of the American Association for Cancer Research*, 16, 246.
- DAVIS, H. y BEUMONT, P.J.V. (1973).- Psychiatric Aspects of Laryngectomy. *South African Medical Journal*, 47, 2192-94.
- DEVLIN, H.B.; PLANT, J.A. y GRIFFIN, M. (1971).- Aftermath of surgery for anorectal cancer. *British Medical Journal*, 3, 413-418.
- DRUMMOND, S. (1967).- Vocal rehabilitation after laryngectomy. *British Journal of Disorders of Communication*, 2, 39-44.
- EARDLEY, A.; GEORGE, W.D. y DAVIS, R.A. (1976).- Colostomy: the consequences of surgery. *Clinical Oncology*, 2, 39-44.
- FIORE, N. (1979).- Fighting cancer-one patients perspective. *New England Journal of Medicine*, 300, 248-289.
- FORESTER, B.M.; KORFELD, D.S. y FLEISS, J. (1978).- Psychiatry aspect of radiotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 13, 960-963.

- GINER UBAGO, J. y cols. (1983).- Aspectos médico-psicológicos en pacientes oncológicos (Personalidad previa y trastornos psíquicos), *Oncología*, 4, 37-44. Nov-Dic.
- HUGHES, J.E. (1981).- Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer, *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 227-283.
- HUGHES, J.E. (1985A).- Depressive Illness and lung cancer I. Depression before diagnosis. *European Journal of Surgical Oncology*, 11, 15-20.
- HUGHES, J.E. (1985B).- Depressive Illness and lung cancer II. Follow-up of inoperable patients. *European Journal of Surgical Oncology*, 11, 21-24.
- IBAÑEZ, E. (1984).- *Reflexiones sobre las relaciones entre depresión y cáncer*, Universidad de Valencia.
- JAMISON, K.R.; WELLISCH, D.K. y PASNAU, R.D. (1978).- Psychosocial aspects of mastectomy I. The women perspective. *American Journal of Psychosomatic Research*, 135, 432-436.
- LESHAN, L. (1959).- Psychological states as factors in the development of malignant disease: A critical review. *Journal of the National Cancer Institute*, 22, 1-18.
- LEVY, S.M. (1982).- Biobehavioral intervention in Behavioral Medicine, *Cancer*, 50, 9, 1928-1935.
- LITTLE, D. y cols (1984).- Toward a behavioral assessment of anticipatory symptoms associated with cancer chemotherapy. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 15, 2, 141-145.
- LOPEZ-ABENTE, G. (1984).- *Mortalidad por cáncer en Madrid*. Informa Asociación Española contra el cáncer. Madrid.
- LLOYD, G. (1979).- Psychological stress and coping mechanism in patients with cancer. En B.A. Stoll (Eds.): *Minds and Cancer prognosis*, Jhon Wiley and Sons, Chichester.
- MAGUIRE, P. y cols. (1980).- Psychiatric morbidity and physical toxicity associated with adjuvant chemotherapy after mastectomy. *British Medical Journal*, 281, 1179-1180.
- MASSIE, M.J.; GORZYNSKI, J.C. y MASTROLATO, R. (1979).- The diagnosis of depression in hospitalized patients with cancer. *Proceedings of the American Association for Cancer Research and the American Society of Clinical Oncology*, 20, 432.
- MERCK, Sh. (1986).- *El manual Merck*. Ed. Interamericana. México.
- MEYEROWITZ, B.C.; SPARKS, F.C. y SPEARS, I.N. (1979).- Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma: psychosocial implications. *Cancer*, 43, 1613-1618.
- MEYEROWITZ, B.C.; WATKINS, I. y SPARKS, F.C. (1983).- Psychosocial implications of adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 52, 1541-1545.
- NAHUM, A.M. y GOLDEN, J.S. (1963).- Psychology of laryngectomy. *Transactions Pacific Coast Oto-Ophthalmological Society*, 44, 249-256.
- NERENZ, D.R.; LEVENTHAL, H. y LOVE, R.R. (1982).- Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*, 50, 1020-1027.
- NESSE, R.M. y cols. (1980).- Pretreatment nausea in cancer chemotherapy: a conditioned response. *Psychosomatic Medicine*, 42, 33-36.
- OLAFSDOTTIR, M.; SJODEN, P. y WESTLING, B. (1986).- Prevalence and prediction of chemotherapy-related anxiety, nausea and vomiting in cancer patients. *Behavioral Research and Therapy*, 24, 59-66.

- PECK, A. (1972).- Emotional reaction to having cancer. *American Journal of Roentgenology Radium Therapy and Nuclear Medicine*, 174, 591-599.
- PECK, A. y BOLAND, J. (1977).- Emotional Reaction to radiation treatment. *Cancer*, 40, 100-184.
- PLUMB, M.M. y HOLLAND, J. (1977).- Comparative Studies of psychological functions in patients with advanced cancer I. Self-reported depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 39, 264-276.
- RENNERKER, R. y CUTLER, M. (1952).- Psychological problems of adjustment to cancer of the breast. *JAMA*, 148, 833-838.
- SALVADOR, L. y cols. (1984).- Trastornos psiquiátricos en diversas muestras de pacientes oncológicos. *Revista Rol de Enfermería*, 69, 34.
- SCHMALE, A. (1958).- The relation of separation and depression to disease. *Psychosomatic Medicine*, 20, 259.
- SCHMALE, A. y cols. (1983).- Well-being of cancer survivors. *Psychosomatic Medicine*, 20, 163-169.
- SILBERFARB, P. (1982).- Research in adaptation to illness and psychosocial intervention. *Cancer*, 50, 9, 1921-1925.
- SILBERFARB, P. (1984).- Psychiatric problems in breast cancer. *Cancer*, 53, 820-824.
- SILBERFARB, P. y BLOOM, J. (1982).- Research in adaptation to illness and psychosocial intervention. *Cancer*, 50, 9, 1926-1927.
- SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L. y LUSHENE, R.E. (1978).- *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo*, TEA, Madrid.
- STOLL, B.A. (1979).- Restraints of growth and spontaneous regression of cancer. En B.A. Stoll (Eds.). *Minds and cancer prognosis*. John Wiley and Sons, Chichester.
- WEDDINGTON, W.W.; MELLER, N.J. y SWEET, D. (1984).- Anticipatory nausea and vomiting associated with cancer chemotherapy. *Journal of the psychosomatic Research*, 28, 73-77.
- WINIK, L. y ROBBINS, G.F. (1977).- Physical and psychological readjustment after mastectomy. *Cancer*, 39, 478-486.
- WIRSCHING, M.; DRUNER, H.V. y HERRMAN, C. (1975).- Results of psychosocial adjustment to longterm colostomy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 245-256.
- WIRSCHING, M. y cols. (1982).- Psychological identification of breast cancer patients before biopsy. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 1, 1-10.