

# Repercusión emocional del cáncer de piel y el envejecimiento cutáneo



**Gabriel Rubio Valladolid**  
Jefe de Sección.  
Servicio de Psiquiatría.  
Hospital Universitario  
12 de Octubre. Madrid.

## INTRODUCCIÓN

La vejez es un período de retos adaptativos, dado el cambio gradual de las condiciones de salud física y mental, las dificultades para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y las restricciones a la participación social. Condiciones a las que se suman las limitaciones en el acceso a los servicios sociales y de salud. El cáncer de piel no relacionado con el melanoma es una de las enfermedades dermatológicas más frecuentes, por lo que es fácil hipotetizar que pueda generar un relevante impacto emocional en personas mayores. En el presente artículo, se resumirán los cambios, biológicos y psicológicos, más importantes ocurridos durante el proceso de envejecimiento y, posteriormente, se expondrán los trabajos más significativos que abordan el impacto emocional del cáncer de piel en personas mayores.

## CAMBIOS PRODUCIDOS DURANTE EL ENVEJECIMIENTO

En el ámbito de la salud, solemos distinguir entre *personas mayores sanas*, cuando tienen más de 65 años, sin graves problemas médicos, y *personas mayores frágiles*, cuando tienen pluriopatología. Reservamos el término de *paciente geriátrico* cuando las personas

sobrepasan los 75 años y tienen múltiples enfermedades médicas<sup>1</sup>.

A continuación, sintetizamos los cambios más significativos producidos durante el proceso de envejecimiento<sup>1</sup>.

## Cambios biológicos

Puede producirse una pérdida total de determinadas funciones, como ocurre con la pérdida de la capacidad reproductiva en la mujer pasada la edad de la menopausia. También pueden observarse cambios funcionales secundarios a cambios estructurales, como sucede con la disminución del funcionamiento renal o la pérdida de masa ósea. Asimismo, aparecen pérdidas de funciones sin alteraciones anatómicas demostrables, como es el caso de la disminución de la velocidad de conducción en el nervio periférico, sin alteraciones morfológicas demostrables.

## Cambios psicológicos

El envejecimiento no es un proceso marcado solamente por cambios a nivel corporal, sino, además, en la esfera psicológica, que abarcan la actitud y el comportamiento frente al entorno, los cuales están muy relacionados con los acontecimientos vividos durante toda la vida y con muchas circunstancias impuestas por la situación en que se encuentran las perso-

nas de edad avanzada. En esta etapa de la vida, existe disminución de la capacidad para resolver problemas, acompañada de falta de espontaneidad en los procesos de pensamiento; la capacidad de lenguaje y de expresión suelen estar alteradas; la creatividad e imaginación se conservan; existen alteraciones en la memoria, sobre todo, de la memoria inmediata; y suelen padecer de amnesia focalizada en el tiempo. Por otra parte, la capacidad de adaptación suele estar disminuida por el miedo ante situaciones desconocidas. La personalidad no suele alterarse, a menos que se produzcan alteraciones patológicas.

### **Cambios sociales**

Existen cambios de roles tanto a nivel individual como social. Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones: el anciano como individuo, como integrante del grupo familiar y como sujeto capaz de afrontar las pérdidas.

En su última etapa de vida, se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente a la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas. Sin embargo, para otros, es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. La relación con sus hijos y nietos pasa por distintas etapas. La primera etapa se caracteriza por un anciano independiente que ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa es cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y el anciano se hace dependiente de la familia; muchas veces, suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia o la búsqueda de un cuidador.

La ancianidad es una etapa caracterizada por pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económi-

cas, de rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas de gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar. En el anciano, se distinguen dos tipos de soledad: soledad física (ausencia o pérdida de relación con otra persona que nos produzca satisfacción y seguridad) y soledad social (la no pertenencia a un grupo que ayude a compartir intereses y preocupaciones), que se conoce, además, como «soledad en compañía».

### **Cambio de rol en la comunidad**

La sociedad valora, sobre todo, al hombre activo, el cual es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa; sin embargo, tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual. El gran cambio laboral de la vejez ocurre con la jubilación del individuo, pero el anciano debe tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. Generalmente, la adaptación es difícil, porque la vida y sus valores están orientados en torno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral, y los recursos económicos disminuyen. Se considera que la experiencia adquirida puede contribuir a que la vejez sea vista como un período de posible enriquecimiento y realización, aunque también sea un período de deterioro y pérdida. La síntesis de esos dos factores, realización y pérdida, es lo que constituye la dinámica particular de la vejez y su singular aporte de «sabiduría» a la sociedad. En las últimas décadas, se han ampliado los conocimientos sobre el proceso de envejecimiento y las consecuencias funcionales de este proceso en las personas, tanto en lo que se refiere al estado de salud como a las necesidades de ayuda social o médicas de la vejez. En nuestras

sociedades, cada día nuestros ancianos son más cultos y exigentes y poseen más conciencia de sus derechos y deberes. De hecho, los diferentes estudios realizados en los últimos 50 años nos han permitido desactivar una serie de mitos relacionados con la vejez (tabla 1).

### LA VEJEZ DENTRO DEL PROCESO EVOLUTIVO

Aunque, a juzgar por los párrafos anteriores, se pudiese considerar la vejez como un período caracterizado por las pérdidas, si observamos bien nuestro ciclo vital, en todas las etapas de la vida hay ganancias y pérdidas, por lo que sería un error pensar que en la vejez únicamente hay pérdidas<sup>2</sup>. Desde el punto de vista del desarrollo evolutivo, las principales metas inherentes al propio desarrollo son: el crecimiento, el mantenimiento del funcionamiento y la capacidad para regular las pérdidas. Durante la época de juventud, la mayor parte de nuestros recursos se destinan al crecimiento y al mantenimiento de nuestras trayectorias vitales, y dedicamos escasos recursos a la regulación de las pérdidas, sin embargo, durante la vejez, se invierten dichas inversiones. En la vejez, la inversión en el crecimiento personal es nula; no lo es tanto lo que tiene que ver con el mantenimiento del funcionamiento individual y, por supuesto, es muy importante lo relacionado con mantener nuestra capacidad de adaptarnos a las pérdidas y a los cambios del contexto. De ahí que actualmente se hable de *envejecimiento exitoso* o *activo* y de *envejecimiento no exitoso*<sup>3</sup>. El primero estará determinado por la capacidad de optimizar lo que

se ha conseguido y por la adaptación a las pérdidas que se producen durante este período, mientras que el segundo vendrá determinado por la incapacidad de adaptación y por el aislamiento. En el envejecimiento exitoso o activo, las prioridades del sujeto se invierten respecto del período de juventud, y se da la denominada «paradoja del envejecimiento»: los ancianos dicen ser más felices que los jóvenes. Esto puede deberse a varios factores; uno de ellos es que las personas con un envejecimiento activo conservan un importante número de relaciones significativas, y el otro se debe a la capacidad de ajustar sus metas evolutivas a su proceso vital. Respecto a las relaciones sociales, durante la vejez, se produce una selección de relaciones sociales significativas, a costa de las relaciones sociales superficiales, de tal forma que se produce una mayor ganancia emocional y una optimización de las relaciones, lo que podría explicar el sentimiento de bienestar psicológico de muchos de nuestros mayores.

La tabla 2 refleja las prioridades vitales que dicen tener los grupos etarios y cómo evolucionan a lo largo de la vida. El envejecimiento exitoso consiste, como se ha comentado, en un proceso de adaptación/ajuste a las metas evolutivas, de tal forma que se acorta la distancia entre el estado actual y la meta evolutiva. Este proceso puede estar determinado por un mecanismo de asimilación (considerar que estamos más cerca de las metas propuestas) o de acomodación (modificamos las metas para acercarnos más a ellas), de tal forma que la persona mayor siente que «su vida ha valido la pena», porque ha conseguido realizar gran parte de sus metas previstas. En los mayores, hay

**Tabla 1.** Mitos asociados al envejecimiento

<b>Educación</b>	«Los ancianos no son capaces de incorporar nuevos conocimientos»
<b>Enfermedad</b>	«Los viejos están enfermos y necesitan cuidados»
<b>Jubilación</b>	«La jubilación laboral implica la jubilación de la vida»
<b>Ingreso en centros geriátricos</b>	«Las personas mayores viven mejor en residencias»

un acercamiento entre el presente y lo ideal, a costa de reducir los ideales. Se observa el futuro como un dominio en el que, si todo va bien, se podrán mantener las condiciones positivas del presente. La persona mayor intenta consensuar lo que se tiene y lo que se pretendía, de forma que se disfruta de lo conseguido, más que lamentarse de lo no alcanzado. Las estrategias de acomodación también son muy utilizadas en esta edad: nos comparamos con aquellos que están peor que nosotros, minimizamos nuestras pérdidas y se subrayan las ganancias y, cuando valoramos nuestra propia trayectoria evolutiva, consideramos que ha habido más estabilidad que cambios, lo que evita tener una perspectiva de declive.

### IMPACTO PSICOLÓGICO DEL CÁNCER DE PIEL EN LA VEJEZ

La relación entre las enfermedades dermatológicas y los trastornos mentales es bastante estrecha, estimándose que alrededor del 25 % de los pacientes con eccema, psoriasis o picores padecen trastornos de ansiedad o depresión. Esta relación también implica que dichas lesiones se ven agravadas por la presencia de esos estados emocionales<sup>4</sup>.

Las enfermedades dermatológicas más prevalentes son las enfermedades inflamatorias crónicas. La psoriasis, los eccemas, el acné y el eccema de manos tienen una prevalencia combinada de, aproximadamente, el 25 % en los países desarro-

llados, seguidos por el cáncer de piel distinto al melanoma<sup>5</sup>.

De los estudios comunitarios realizados en Noruega<sup>4,6</sup> y otros países<sup>7-9</sup>, sabemos que los individuos con picazón en la piel, eccema y psoriasis tienen el doble de probabilidades de estar deprimidos que la población en general<sup>10</sup>. Se ha demostrado que la depresión comórbida, la ansiedad y la ideación suicida son comunes en pacientes con afecciones cutáneas<sup>11</sup>.

La depresión, la ansiedad, el estrés agudo y los acontecimientos vitales negativos han demostrado tener un papel importante en el desencadenamiento de una enfermedad crónica de la piel, y pueden empeorar aún más la condición de la enfermedad dermatológica, a través del bajo cumplimiento y la falta de adherencia al régimen de tratamiento<sup>12,13</sup>. La ideación suicida en estos pacientes es más común en los que padecen depresión, y puede ser previa a la presencia de alteraciones dermatológicas o aparecer como una complicación de la condición de la piel o desencadenada por la medicación dermatológica<sup>14-16</sup>. Con estos antecedentes, parece razonable pensar que este tipo de cánceres cutáneos podrían incrementar, de forma importante, el riesgo de trastornos psiquiátricos. Sin embargo, los estudios realizados no parecen apoyar esta hipótesis.

Posiblemente, el estudio que mejor recoja el impacto emocional del cáncer de piel distinto al

**Tabla 2.** Prioridades vitales de las personas según el grupo etario

Grado de prioridad	25-34 años	35-54 años	55-65 años	66-84 años	85-105 años
1	Trabajo	Familia	Familia	Familia	Salud
2	Amistades	Trabajo	Salud	Salud	Familia
3	Familia	Amistades	Amistades	Competencia cognitiva	Pensar sobre la vida
4	Independencia	Competencia cognitiva	Competencia cognitiva	Amistades	Competencia cognitiva

melanoma es el realizado por Dalgard *et al.*<sup>11</sup> en varios países europeos. Fueron incluidos 3635 pacientes y 1359 controles en 13 países europeos, entre ellos, España (249 pacientes y 116 controles). Los pacientes con cáncer de piel distinto al melanoma representaban el 10,9 % del total, y los tumores benignos de la piel, el 4,2 %. Los síntomas de ansiedad, de depresión y la ideación suicida se midieron mediante la escala hospitalaria para determinar la ansiedad y la depresión, que se compone de dos subescalas (una para la depresión y otra para la ansiedad), que evalúan síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con problemas médicos. Se consideró que una puntuación superior a 11 en la subescala de depresión se asociaba a «probable depresión clínica», y que una puntuación superior a 11 en la subescala de ansiedad se asociaba al riesgo de «caso de ansiedad». La ideación suicida se evaluó mediante una pregunta que hacía referencia a la presencia de ideación suicida en el sujeto.

Para el riesgo de depresión, el cáncer de piel distinto al melanoma no se asociaba a dicho trastorno psiquiátrico de forma significativa (razón de posibilidades u *odds ratio* [OR] = 0,97-0,41-2,32; nivel de significación estadística [*p*] = 0,729), ni tampoco lo hacían los tumores benignos de piel (OR = 1,43-0,55-3,74; *p* = 0,58).

Para el riesgo de «caso de ansiedad», el cáncer de piel distinto al melanoma (OR = 1,17-0,60-2,27; *p* = 0,06) presentaba cierto riesgo de asociarse a la ansiedad patológica, no así los tumores benignos de piel (OR = 1,59-0,80-3,15; *p* = 0,75). Por lo que respecta a las ideas de suicidio, ninguna de las dos enfermedades cancerosas dermatológicas se asociaba significativamente a la presencia de este tipo de ideas (OR = 1,60-0,78-3,29, *p* = 0,39; y OR = 1,21-0,61-2,41, *p* = 0,28).

El trabajo llevado a cabo por Balieva *et al.*<sup>17</sup> confirma los datos del estudio multicéntrico europeo. Ellos evaluaron a 577 pacientes, de los que el 10,6 % tenían cáncer de piel distinto al melanoma y el 3,6 % estaban tratados por melanoma. También utilizaron la escala de ansiedad y depre-

sión hospitalaria, con el punto de corte de 11 para determinar si había «caso de ansiedad» o «de depresión». Los resultados fueron parecidos a los del grupo europeo, de forma que la presencia de un cáncer de piel no se asoció a «caso de ansiedad o de depresión», pero sí a la presencia de acontecimientos estresantes en los seis meses previos a la evaluación.

Los autores consideran que este tipo de lesiones cancerosas que suelen ser únicas y que habitualmente tienen buen pronóstico con la cirugía no parecen aumentar la comorbilidad psiquiátrica, a diferencia de las lesiones dermatológicas de tipo inflamatorio. El hecho de que este tipo de lesiones no genere alteraciones generalizadas en la piel ni síntomas como el picor puede explicar la escasa repercusión psiquiátrica<sup>17</sup>.

Ahora bien, el hecho de no encontrar asociación estadística entre este tipo de cánceres y la patología psiquiátrica no significa que no existan pacientes en los que este tipo de lesiones provoquen alteraciones emocionales<sup>18</sup>. En aquellos casos en los que esto ocurre, las preocupaciones que suelen tener los pacientes se recogen en la tabla 3. Es frecuente que las lesiones dérmicas les lleven a un cierto retraimiento social por la apariencia física que provocan las lesiones. En algunos casos, donde la persona tiene otras enfermedades, puede haber un cierto rechazo a la cirugía o a tomar más medicaciones, lo que nos debe llevar a explorar este tipo de ideas<sup>19</sup>. En otros casos, las dificultades cognitivas relacionadas con la demencia pueden requerir que el especialista se tome su tiempo para poder explicar el alcance de la lesión y las consecuencias de las alternativas terapéuticas<sup>20</sup>. Las dificultades para firmar el consentimiento informado de estos pacientes pueden ser determinantes para solicitar la ayuda de la familia.

En resumen, el envejecimiento se asocia a una mayor fragilidad física y psicológica, lo que puede condicionar la respuesta emocional a la patología tumoral. A pesar de la idea de que los tumores de la piel se pueden asociar a mayor comorbilidad psiquiátrica, los resultados de diferentes



**Tabla 3.** Preocupaciones y tarea psicoeducativa que se debe hacer con las personas que tienen cáncer de piel

Preocupaciones de las personas mayores por la presencia de lesiones cancerosas en la piel	Psicoeducación de los pacientes mayores con cáncer de piel
<b>Apariencia física</b>	Explicar las expectativas de las intervenciones que se van a realizar
<b>Temor a las metástasis/muerte</b>	Conocer lo que este tipo de cáncer supone para sus vidas
<b>Evitación de la interacción social</b>	Favorecer que puedan explicar la relevancia de las lesiones a los que conviven con ellos
<b>Miedos a las complicaciones del tratamiento</b>	

trabajos de investigación no parecen avalar dicha hipótesis. No obstante, el hecho de que algunas personas mayores con tumores en la piel tengan importantes repercusiones psicológicas no es descartable y, en ellos, es necesario conocer su nivel de capacitación para tomar decisiones respecto de las alternativas terapéuticas.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Ribera JM, Cruz AJ. Manual de geriatría. Madrid: IDEPSA; 2002.
- Baltes PB, Lindenberger U, Staudinger UM. Life span theory in developmental psychology. En: Damon W, Lerner RM (eds.). Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development. 6.ª ed. Nueva York: Wiley; 2006. p. 569-664.
- Dulcey-Ruiz E, Uribe Valdivieso C. Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. Rev Latinoam Psicol. 2002;34(1-2):17-27.
- Dalgard F, Svensson A, Sundby J, Dalgard OS. Self-reported skin morbidity and mental health. A population survey among adults in a Norwegian city. Br J Dermatol. 2005;153(1):145-9.
- Karimkhani C, Boyers LN, Prescott L, Welch V, Delamere FM, Nasser M, et al. Global burden of skin disease as reflected in Cochrane Database of Systematic Reviews. JAMA Dermatol. 2014;150(9):945-51.
- Halvorsen JA, Dalgard F, Thoresen M, Bjertness E, Lien L. Itch and mental distress: a cross-sectional study among late adolescents. Acta Derm Venereol. 2009;89(1):39-44.
- Niemeier V, Nippesen M, Kupfer J, Schill WB, Gieler U. Psychological factors associated with hand dermatoses: which subgroup needs additional psychological care? Br J Dermatol. 2002;146(6):1031-7.
- Kurd SK, Troxel AB, Crits-Christoph P, Gelfand JM. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. Arch Dermatol. 2010; 146(8):891-5.
- Sanna L, Stuart AL, Pasco JA, Jacka FN, Berk M, Maes M, et al. Atopic disorders and depression: findings from a large, population-based study. J Affect Disord. 2014;155:261-5.
- Halvorsen JA, Stern RS, Dalgard F, Thoresen M, Bjertness E, Lien L. Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: a population-based study. J Invest Dermatol. 2011;131(2):363-70.
- Dalgard FJ, Gieler U, Tomás-Aragónés L, Lien L, Poot F, Jemec GB, et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries. J Invest Dermatol. 2015;135(4):984-91.
- Renzi C, Picardi A, Abeni D, Agostini E, Baliva G, Pasquini P, et al. Association of dissatisfaction with care and psychiatric morbidity with poor treatment compliance. Arch Dermatol. 2002;138(3):337-42.
- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Arch Intern Med. 2000;160(14):2101-7.
- Harth W, Hillert A, Hermes B, Seikowski K, Niemeier V, Freudemann RW. Suizidalität in der Dermatologie. Hautarzt. 2008;59(4):289-96.
- Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. Am J Clin Dermatol. 2003;4(12):833-42.
- Saitta P, Keehan P, Yousif J, Way BV, Grekin S, Brancaccio R. An update on the presence of psychiatric comorbidities in acne patients, Part 2: Depression, anxiety, and suicide. Cutis. 2011;88(2):92-7.
- Balieva F, Lien L, Kupfer J, Halvorsen JA, Dalgard F. Are common skin diseases among Norwegian dermatological out-patients associated with psychological problems compared with controls? An observational study. Acta Derm Venereol. 2016;96(2):227-31.
- Tuckman A. The potential psychological impact of skin conditions. Dermatol Ther (Heidelb). 2017;7(Suppl 1):53-7.
- Köner A, Garland R, Czajkowska Z, Coroiu A, Khanna M. Supportive care needs and distress in patients with non-melanoma skin cancer: Nothing to worry about. Eur J Oncology Nurs. 2016;20:150-5.
- Lee WW, Ashley W, Cotliar J, Jung J. Management of elderly patients with skin cancer. J Geriatr Oncol. 2016;7(1):7-9.