

ATENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES CON CÁNCER Y SUS FAMILIARES: ¿QUÉ NOS ENCONTRAMOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA?

PSYCHOLOGICAL CARE FOR CANCER PATIENTS AND THEIR FAMILIES, WHAT DO WE FIND IN CLINICAL PRACTICE?

Belén Fernández Sánchez, Vanesa Jorge Martín, Carmen María Sánchez Vázquez, Eva Bejar Alonso

Resumen

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer supone un fuerte impacto emocional tanto en el paciente como en los familiares ya que, además de la clara amenaza para la salud que supone se ven afectadas todas las áreas de la vida, lo cual les puede llevar a demandar atención psicológica. Por este motivo, el objetivo de este estudio consiste en determinar el contexto clínico habitual en oncología, analizando para ello, una muestra de pacientes y familiares ($n = 4.924$) del servicio de atención psicológica de la AECC. Los instrumentos utilizados en la metodología son un autoinforme, en concreto el Termómetro de distrés (DT), y una entrevista. Los resultados obtenidos nos muestran que el perfil del beneficiario demandante de atención psicológica en la AECC es mujer (72%), de 55 años, casada o con pareja estable (64%), que además es una paciente en tratamiento activo (37%) o en fase avanzada de la enfermedad (26%) y con diagnóstico de cáncer de mama (28%). Un 85% de los usuarios presenta niveles de distrés altos o severos, manifestando como principal motivo de consulta el malestar emocional derivado de la enfermedad (42%). El número de sesiones de intervención realizadas varía significativamente en función del motivo de consulta. A modo de conclusión indicar que la intervención psicológica es más solicitada en aquellas fases de la enfermedad

Abstract

Facing a cancer diagnosis has a strong emotional impact on both patient and family because, in addition to the clear threat to health posed affecting all areas of life, which can lead them to demand psychological attention. Therefore, the objective of this study is to determine the usual clinical setting in oncology, analyzing for this, a sample of patients and relatives ($n = 4,924$) of the counseling service of AECC. The instruments used in the methodology are a self-report, specifically the distress thermometer (DT), and an interview. The results show that the profile of the primary beneficiary of psychological care in the AECC is female (72%), 55 ages, married or in a stable relationship (64%), which is also a patient in active treatment (37%) or at advanced disease (26%) and breast cancer diagnosis (28%). 85% of users presents high or severe levels of distress, manifesting as the main reason for consultation regarding emotional distress arising from the disease (42%). The number of intervention sessions conducted varies significantly according to the complaint. To conclude, indication that psychological intervention is requested on those stages of the disease where the levels of distress are clearly superior and deterioration of quality of life is significant. Therefore, it is essential to stress the importance of psychological care in cancer patients.

Correspondencia:

*Belén Fernández Sánchez
Asociación Española Contra el Cáncer
C/Amador de los Ríos, 5. 28010 Madrid
E-mail: belen.fernandez@aecc.es*

donde los niveles de distrés son claramente superiores y el deterioro de calidad de vida es significativo. Por tanto, resulta fundamental destacar la importancia de la atención psicológica en el paciente oncológico.

Palabras clave: Distrés, cáncer, triaje, adaptación psicológica.

Keywords: Distress, cancer, screening, triage, psychosocial adjustment.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de cáncer está asociado a una amenaza para la salud con repercusiones en todas las esferas de la vida de la persona enferma y de sus familiares. Supone una experiencia vital con importantes desafíos que en más de un tercio de los pacientes implica la aparición de sentimientos dolorosos que pueden derivar en altos niveles de sufrimiento y en problemas de adaptación a la enfermedad⁽¹⁻⁴⁾. Además, la angustia y los elevados niveles de distrés no se limitan a las fases de diagnóstico inicial y tratamiento activo sino que también son frecuentes una vez finalizado el tratamiento⁽⁵⁾.

Diversos estudios sugieren que entre el 25-50% de la población oncológica presenta alteraciones psicológicas derivadas del proceso de enfermedad⁽⁶⁻⁸⁾. Con respecto a la morbilidad psicológica de los pacientes con cáncer en España, un estudio multicéntrico desarrollado de forma conjunta por el Instituto Catalán de Oncología y dos centros de Italia y Portugal afirma que el 28,5% de los pacientes muestran síntomas ansioso-depresivos que precisan derivación a salud mental⁽⁹⁾. En esta misma línea, un estudio más reciente desarrollado por Gil et al. (2008) para determinar la prevalencia de trastornos mentales, en una amplia muestra de pacientes españoles con cáncer, señala que el 24% de los mismos presenta criterios para un diagnóstico psicopatológico según

el DSM-IV. De ellos, el 77% corresponde a trastornos adaptativos⁽¹⁰⁾. Los datos anteriormente expuestos señalan que el diagnóstico de cáncer se convierte en un momento de crisis vital de la persona que implica una importante transformación, así como un reajuste de comportamientos, actitudes, emociones y decisiones.

Las intervenciones psicológicas en oncología han sido objeto de varios meta-análisis y revisiones sistemáticas. En general, las diferentes intervenciones han logrado resultados favorables acorde con sus objetivos lo que recomendarían su aplicación. Distintas revisiones realizadas en los últimos años apuntan en esta dirección. La revisión de Newell et al.⁽¹¹⁾, centrándose en trabajos con las suficientes garantías metodológicas, aunque con cierta cautela reconoce los potenciales beneficios de este tipo de intervenciones. Destacan especialmente la terapia grupal, la intervención educativa, el counselling y la terapia cognitivo-conductual. Sin embargo, la revisión de Lepore y Coyne⁽¹²⁾ pone de manifiesto las diferencias entre las revisiones a la hora de concluir sobre la efectividad y los beneficios de la intervención psicológica en cáncer. En la revisión el más reciente, desarrollado por Faller et al⁽¹³⁾, se incluyen 198 trabajos que suponen un total de 22.238 pacientes. Dicho meta-análisis incluye únicamente intervenciones psicológicas presenciales y destaca el hallazgo de beneficios derivados de dichas intervenciones en los niveles

de distrés, angustia, ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud. En algunos de estos estudios los beneficios observados se mantuvieron en el seguimiento a medio y largo plazo, principalmente en las intervenciones de una mayor duración. Desafortunadamente, la mayoría de los estudios que se incluyen se refieren a pacientes en la fase de tratamiento activo con un enfoque desproporcionado sobre el cáncer de mama y con deficiencias metodológicas importantes^(4,12-19). De la situación anterior, tal como mencionan Villoria et al.⁽²⁰⁾, se desprende que aunque no es cuestionable el papel positivo de la intervención psicológica en los pacientes oncológicos, de hecho, se ha mostrado significativo en numerosos estudios, aún es necesario aclarar numerosas cuestiones al respecto.

Por otro lado, otro déficit importante de la literatura en Psicooncología es la escasez de estudios centrados en valorar las intervenciones psicológicas dirigidas a los familiares de los pacientes. Sin duda, el cáncer y su tratamiento, también genera malestar emocional y afectaciones físicas clínicamente significativas en los cuidadores primarios⁽²¹⁾. Los datos indican que los familiares pueden presentar afectaciones psicológicas como niveles de ansiedad y depresión superiores a los observados en población general⁽²¹⁻²⁶⁾. Se ha identificado una prevalencia de 67% de sintomatología depresiva leve, de 2% a 35% de sintomatología severa y un 40,7% de sintomatología ansiosa⁽²⁶⁾.

En el presente trabajo se realiza un análisis de la intervención psicológica desarrollada por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Con dicho análisis se pretende superar la escasa información que existe sobre cómo se pone en práctica la psicología clínica en el contexto oncológico frente al quehacer del psicólogo en el ámbito de salud mental, del que sí hay una mayor información⁽²⁷⁻³⁰⁾. Sin duda, el

conocimiento preciso de la práctica asistencial es del máximo interés, pues permitiría identificar el tipo de problemas por los que se demanda atención psicológica y sus características principales (sesiones de tratamiento, motivos de consulta, tiempo de duración de la intervención, razones por las que se finaliza la intervención, etc.) Es necesario valorar hasta qué punto el diseño de la intervención psicológica permite hacer funcionales los objetivos del trabajo para los pacientes a los que va dirigido, qué medidas y cómo han de realizarse, hasta dónde y en qué sentido las condiciones inherentes a la enfermedad condicionan la intervención, qué tipo de intervenciones se realizan en función de la fase de enfermedad, o en función de si es paciente o familiar, qué cantidad de sesiones son necesarias para lograr los objetivos, qué seguimientos deben tenerse en cuenta, etc. Cuestiones de alto interés práctico para establecer modelos de intervención que faciliten el trabajo de los profesionales de la psicología así como el de las personas que planifican y distribuyen los recursos sanitarios.

El presente estudio tiene como objetivo determinar el contexto clínico habitual en oncología, para ello se analizan las características y tratamientos aplicados en una muestra de pacientes y familiares en el servicio de atención psicológica de la AECC. Se identifican los motivos por los que se demanda atención, la duración de las intervenciones, los rasgos diferenciales entre el colectivo de pacientes y de familiares y las particularidades inherentes a la fase de enfermedad en la que se desarrolle el servicio.

¿Cómo se desarrolla la intervención psicológica en la AECC?

Antes de profundizar directamente en la metodología y resultados del trabajo, consideramos necesario realizar una

breve reseña sobre el protocolo de intervención psicológica que se utiliza en la AECC. Destacar que el proceso se inicia cuando el paciente entra en contacto con el programa a través de las diferentes vías de acceso (hospitales, sedes y servicio de atención telefónica Infocáncer). Una vez establecido el contacto, un profesional (médicos, psicólogos, trabajadores sociales y coordinadores de voluntariado) es responsable de la acogida, la evaluación de las necesidades y distrés del beneficiario y de realizar los trámites de derivación cuando sea pertinente. Los instrumentos que se utilizan para realizar la evaluación son el Termómetro de distrés (DT)⁽³¹⁻³⁸⁾ y una entrevista semiestructurada que permita conocer las necesidades que están generando el sufrimiento del usuario. En función de los puntajes obtenidos en la evaluación, se procede a la derivación al servicio de atención psicológica si presenta una necesidad emocional.

El psicólogo que recibe al usuario tras mantener una entrevista psicológica de evaluación individual, verifica la idoneidad de incorporar al paciente a un determinado grupo psicoterapéutico o a una intervención individual. En la entrevista se recopilarán datos demográficos e historia del paciente y se complementará con los cuestionarios que estime pertinentes para el caso. Dependiendo del paciente y sus necesidades se desarrollan diferentes tipos de intervención psicológica. Así, se desarrollan intervenciones de orientación o counselling ante problemas informativos y de comunicación, especialmente en las fases más iniciales de diagnóstico y tratamiento. Las intervenciones cognitivo-conductuales para mejorar el control de síntomas, efectos secundarios, estrés, ansiedad, depresión y problemas concretos de la vida cotidiana, fundamentalmente en la fase de tratamiento y recidiva. Las intervenciones de psicoterapia para los problemas emocionales y las necesidades de

reflexión existencial sobre la propia vida y los nuevos valores, de mayor utilidad en las fases de enfermedad avanzada, remisión y supervivencia.

MÉTODO

Participantes

Se incluye en este estudio 4.924 pacientes y familiares que han recibido una atención psicológica durante el año 2015 a través de las sedes de la AECC y diferentes hospitales públicos y privados de ámbito nacional. Los criterios de inclusión utilizados en este trabajo se refieren a dos categorías, una referida a las características del beneficiario y otra referida a la propia intervención de psicología.

Criterios de inclusión en función de las características del usuario:

- Enfermos de cáncer mayores de 18 años.
- Diagnóstico de malignidad confirmado por anatomía patológica en cualquier localización.
- Todos los estadios.
- Familiares de cualquier rango de enfermos que cumplan los requisitos anteriores.

Criterios de inclusión en función de la intervención de psicología realizada:

- Intervención psicología individual.
- Intervención psicológica ya finalizada, independientemente de la causa fin (alta profesional, exitus, abandono, deterioro estado físico, etc.).

Instrumentos

Autoinforme: El Termómetro de distrés (DT). El termómetro de distrés es una escala visual analógica de 10 puntos, donde el 0 es ausencia distrés y el 10 distrés ex-

tremo, el punto de corte se establece en el 5 que significa distrés moderado⁽³⁵⁾. Las directrices de la NCCN proporcionan un algoritmo para identificar de forma rápida a los pacientes con un grado de malestar emocional importante.

Entrevista: Se ha diseñado una entrevista semiestructurada "ad hoc" en función de los factores moduladores que han sido estudiados y han resultado relevantes en la bibliografía, la consulta a expertos y la interacción con pacientes oncológicos. Concretamente, se incluyen datos sociodemográficos, aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, información recibida sobre tratamientos, efectos secundarios, pronóstico, evolución, etc. Así como problemas emocionales derivados del diagnóstico, estrategias de afrontamiento de la experiencia, modalidad de comunicación familiar, apoyo social. Estos serían los contenidos mínimos recomendados para el desarrollo de la entrevista pero el profesional que realice el examen podrá incorporar otras áreas de evaluación si lo considera necesario.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la descripción de las características de los participantes se ha utilizado el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas para las variables nominales, mientras que para las variables continuas se empleó el cálculo de un valor central, media o mediana. En general se utilizaron estadísticos no paramétricos (χ^2 , prueba U de Mann-Whitney, test Kolmogorov-Smirnov) para averiguar el grado de relación entre las variables. La numerosa presencia de variables nominales, la falta de normalidad en la distribución de algunas de ellas, y las diferencias en el número de participantes que agrupaba cada categoría en las distintas variables recomendaban la utilización de este tipo de herramientas. Los datos fue-

ron procesados por el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, versión 19.0) para Windows.

RESULTADOS

Características demográficas y clínicas de los beneficiarios

Los datos referentes a las variables sociodemográficas y clínicas se muestran en la tabla 1 y 2 respectivamente.

En cuanto a las características generales de la muestra, el número de mujeres ha sido muy superior al de varones (un 72% y un 28%, respectivamente). Los participantes tenían una media de edad de 55 años (SD=14,8 años, rango 19-90 años) y la mayoría estaban casados o con pareja estable (64%). Respecto al tipo de beneficiario, el 64% de los usuarios del servicio de atención psicológica era paciente y el 36% restante familiar. El en grupo de familiares los grados de parentesco más representados fueron cónyuge/pareja (45%), hijo/a (34%), y padre/madre (8%). Los diagnósticos oncológicos más frecuentes fueron cáncer de mama (28%), cáncer de pulmón (15%), cáncer de colon (9%), tumores del sistema nervioso central (5%) y páncreas (5%). Respecto a la fase de la enfermedad en la que se encontraban los beneficiarios en el momento que recibieron la atención psicológica, el 37% de los mismos se encontraban en fase de tratamiento activo, el 26% en la fase de cuidados paliativos sintomáticos enfermedad avanzada y el 12% en la fase de supervivencia. Como cabría esperar (ver tabla 1), la distribución por fases de la enfermedad difiere si analizamos separadamente el colectivo de pacientes y el de familiares. Así, los pacientes que reciben atención psicológica se encuentran mayoritariamente en la fase de tratamiento activo (42%), mientras que los familiares preferentemente buscan este tipo de ayuda en la fase de duelo (31%).

Tabla 1. **Datos sociodemográficos de la muestra**

	Datos generales		
Tipo de usuario	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pacientes (64%) ▪ Familiares (36%) 		
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cónyuge/pareja (45%) ▪ Hijo/a (34%) ▪ Padres (8%) ▪ Hermano/a (7%) ▪ Otros (5%) 		
Sexo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mujeres (72%) ▪ Varones (28%) 		
Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Casado/pareja (64%) ▪ Soltero (13%) ▪ Viudo/a (10%) ▪ Separado/divorciado (6%) 		
Edad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Media de edad = 55 años ▪ Menores de 25 (2%) ▪ 26 - 35 años (8%) ▪ 36 - 45 años (17%) ▪ 46 - 55 años (25%) ▪ 56 - 65 años (23%) ▪ 66 - 75 años (17%) ▪ Mayores de 75 años (8%) 		
Diagnóstico* * Se señalan los 6 más frecuentes	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">– Mama (28%) <li style="width: 33%;">– Colon (9%) <li style="width: 33%;">– Páncreas (5%) <li style="width: 33%;">– Pulmón (15%) <li style="width: 33%;">– Sistema nervioso central (5%) <li style="width: 33%;">– Estómago (4%) 		
Fases de la enfermedad	Total de los usuarios	Pacientes	Familiares
	Recién diagnosticado (7%)	Recién diagnosticado (9%)	Recién diagnosticado (6%)
	Tratamiento activo (37%)	Tratamiento activo (42%)	Tratamiento activo (28%)
	Superviviente (12%)	Superviviente (14%)	Superviviente (4%)
	Recidiva (8%)	Recidiva (9%)	Recidiva (6%)
	Enfermedad avanzada (26%)	Enfermedad avanzada (26%)	Enfermedad avanzada (25%)
Duelo (10%)		Duelo (31%)	

Respecto a las características clínicas referidas a niveles de distrés y motivo de consulta, la media de distrés del total de usuarios fue de 7,1, lo que significa un nivel de distrés elevado. La distribución de

los beneficiarios en los puntos que conforman el TD fueron los siguientes; malestar mínimo (2%), malestar moderado (13%), alto (64%) y malestar severo (21%). Lo que indica que un 85% de beneficiarios pre-

sentaron niveles de distrés altos o severos. Si bien, encontramos datos claramente diferenciados cuando los niveles de distrés se analizan en función de si el usuario es paciente o familiar, con niveles superiores en estos últimos. En cuanto a los motivos por los que los beneficiarios acuden a recibir intervención psicológica, se observa en primer lugar como motivo más frecuente "malestar emocional derivado de la enfermedad" citado por el 42% de los mismos, seguido de un 15% que señalan "necesidad de orientación", seguido de "síntomatología ansiosa" y "síntomatología depresiva" con el 11% y el 10% de los casos respectivamente. En la población de los familiares destacan claramente "malestar emocional" y "duelo" con el 26% en ambos casos, en tercer lugar aparece "necesidad de orientación" (ver tabla 2).

Respecto a la posible asociación entre las diferentes variables recogidas y el nivel de distrés, la media de distrés en mujeres es muy similar a la observada en

los varones. En general, se observa que las mujeres se sitúan en mayor medida que los varones en los intervalos superiores de distrés, pero estas diferencias no alcanzan la significación estadística ($\chi^2=0,506$; $p=0,477$). En esta misma línea, el estado civil tampoco mostró asociación con el nivel de distrés. Por el contrario, sí mostraron una asociación significativa las siguientes variables: tipo de beneficiario, esto es, si es enfermo o familiar ($\chi^2=84,24$; $p=0,000$), la localización del tumor ($\chi^2=176,93$; $p=0,000$), y la edad de la persona evaluada (<35 ; $36-55$; $56-65$; >65) ($\chi^2=28,617$; $p=0,000$). Así, los familiares presentan mayores niveles de distrés que los pacientes, especialmente los padres de los pacientes más jóvenes. El nivel de distrés experimentado por los pacientes es mayor en aquellos cuyo diagnóstico clínico son: páncreas, pulmón, leucemia linfóide e hígado. Los sujetos más jóvenes muestran mayores niveles de distrés que los más mayores.

Tabla 2. **Datos clínicos de la muestra**

Distribución niveles de distrés	Total muestra	Pacientes	Familiares
▪ Malestar mínimo	2%	2%	1%
▪ Malestar moderado	13%	14%	12%
▪ Malestar alto	64%	66%	60%
▪ Malestar severo	21%	18%	27%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Media distrés pacientes=6,9 ▪ Media distrés familiares=7,4 			
Distribución motivos de consulta			
Pacientes		Familiares	
Malestar emocional por la enfermedad (42%)		Malestar emocional por la enfermedad (26%)	
Necesidad de orientación (15%)		Duelo (26%)	
Síntomatología ansiosa (11%)		Necesidad de orientación (18%)	
Síntomatología depresiva (10%)		Síntomatología ansiosa (9%)	
Síntomatología mixta (10%)		Síntomatología mixta (8%)	
Problemas familiares/pareja (5%)		Síntomatología depresiva (4%)	
Otros (7%)		Problemas familiares/pareja (7%)	
		Otros (2%)	

Características de la intervención (Variables terapéuticas)

La distribución de las intervenciones realizadas en función del lugar en el que se desarrolla el proceso terapéutico muestra que mayoritariamente, en el 51% de los casos, se lleva a cabo en las sedes de la AECC, el 35% en el hospital y el 14% restante en el domicilio del paciente.

Respecto a la clasificación según el motivo de finalización de la intervención psicológica, si consideramos el total de la muestra, pacientes y familiares, el 43% (n= 2105) de los usuarios había obtenido alta terapéutica, en el 19% (n= 934) el motivo de finalización fue exitus, en el 14% (n= 668) alta voluntaria y un 6% (n= 668) en los que la causa fin fue abandono. Nuevamente, como en otras variables antes mencionadas, estos datos difieren claramente si analizamos por separado el colectivo de pacientes y el de familiares (ver tabla 3).

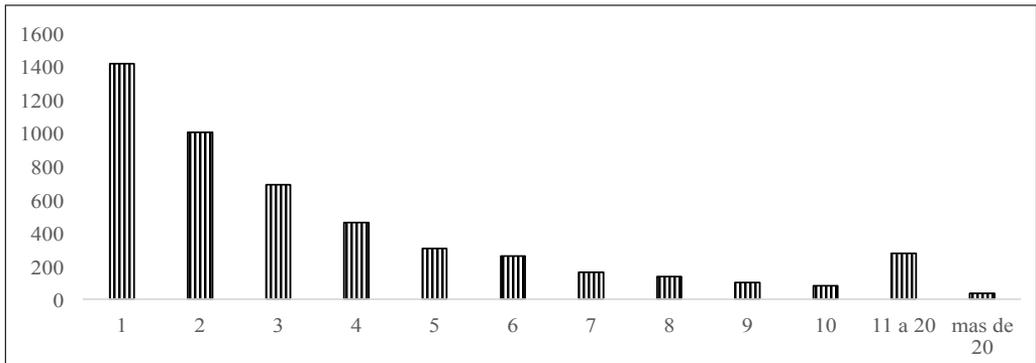
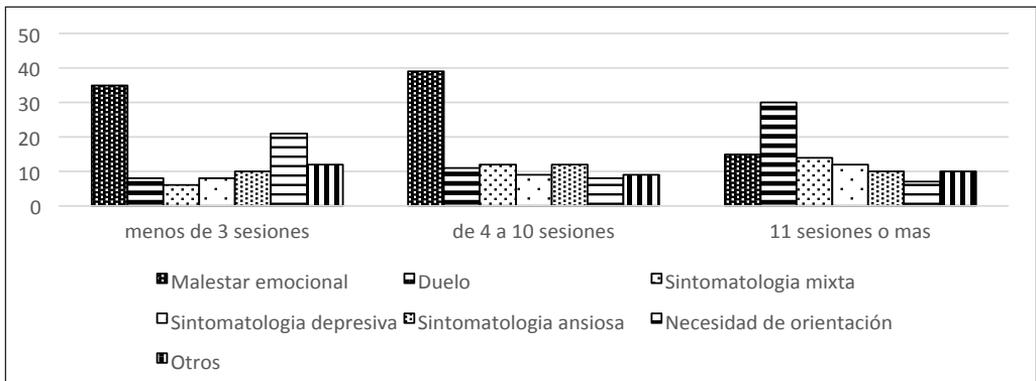
El número de sesiones de tratamiento osciló entre 1 y 51, siendo la mediana 4 (media 4,9 y desviación típica 3,91). El 63% (n= 3105) de los sujetos recibió 3 o menos sesiones de tratamiento, el 31% (n=1028) entre 4 y 10 sesiones y solo un 6% más de 10 sesiones (véase figura 1). No se observan diferencias significativas

entre la población de pacientes y familiares en cuanto el número de sesiones. Si analizamos exclusivamente el número de sesiones de tratamiento antes del abandono. El 6% (n=319) de los beneficiarios abandonó el tratamiento antes de su término. El número de sesiones recibidas osciló entre 1 y 14, siendo la mediana 2 (media 2,4; desviación típica 2,22). El 83% de los usuarios que abandonaron recibieron menos de 3 sesiones.

El número de sesiones realizadas varía significativamente en función del motivo de consulta ($\chi^2 = 244,84$; $p=0,000$). Tal como puede observarse en la figura 2, del total de intervenciones con un número de sesiones menor a tres, los motivos de consulta más frecuente son "malestar emocional asociado a la enfermedad" (35%) seguido de "necesidad de orientación" (21%). En el caso de las intervenciones que se desarrollan con una intensidad de 4 a 10 sesiones los motivos más frecuentes son "malestar emocional" (39%), "síntomatología ansiosa" (12%), "síntomatología mixta" (12%) y "duelo" (11%). Por último, en las intervenciones más largas, aquellas que suponen un número de sesiones superior a 11, los motivos de consultas más frecuentes son "duelo" (30%), seguido por "síntomatología mixta" (14%) y "síntomatología depresiva" (12%).

Tabla 3. **Distribución motivos de finalización de la intervención**

Distribución motivos de finalización de la intervención	
Pacientes	Familiares
Alta profesional (39%)	Alta profesional (50%)
Exitus (24%)	Exitus del paciente de cáncer (11%)
Alta voluntaria (12%)	Alta voluntaria (16%)
Abandono (6%)	Abandono (7%)
Empeoramiento de la enfermedad (5%)	Empeoramiento de la enfermedad (2%)
Derivación a otra entidad (7%)	Derivación a otra entidad (5%)
Otros (7%)	Otros (9%)

Figura 1. **Número de sesiones de tratamiento**Figura 2. **Número de sesiones de tratamiento por motivo de consulta**

DISCUSIÓN

Inicialmente, antes de pasar a analizar con detalle los resultados obtenidos, es necesario subrayar la importancia de disponer de datos de una amplia muestra de pacientes de cáncer y sus familiares para caracterizar la realidad de la psicología clínica en el ámbito de la Psicooncología.

Beneficiarios (pacientes y familiares)

Respecto a los beneficiarios de la intervención psicológica, el perfil tipo sería mujer de 55 años, casada o con pareja,

con diagnóstico de cáncer de mama y en la fase de tratamiento activo de la enfermedad oncológica. Otra parte de los usuarios están más diversificados: son hombres/mujeres, casados/pareja que tienen diagnóstico de cáncer de pulmón y de colon.

La distribución por género nos muestra que 7 de cada 10 usuarios del servicio son mujeres, datos similares a los de otros trabajos referidos a la intervención psicológica en los centros de salud mental tradicionales^(30,39,40). Pueden sugerirse diversas explicaciones a este fenómeno. Una, que las mujeres presenten más problemas psicológicos que los hombres, no

solo a nivel de salud mental sino también cuando se enfrenta a una situación vital compleja como es el diagnóstico de cáncer. Otra, que los hombres sea más reacios a demandar este tipo de ayuda. Este último argumento parece encajar más con otro de los resultados de este estudio, concretamente nos referimos al hecho de que no se hayan observado diferencias en los niveles de distrés entre hombres y mujeres. Por lo tanto, si los varones presentan los mismos niveles de sufrimiento ante la enfermedad ¿por qué no acuden a los servicios de ayuda? Sin duda, es necesario generar estrategias que incrementen la proporción de varones pacientes de cáncer que reciben atención psicológica durante el proceso de enfermedad. A diferencia de lo que ocurre en otros dispositivos de atención psicológica de salud mental, nuestros beneficiarios presentan una elevada edad (55 años de media). Este dato es una característica diferencial entre práctica de la psicología en ambos ámbitos de actuación, y viene determinado por el hecho de que el diagnóstico del cáncer se produce en edades avanzadas.

La intervención psicológica es más solicitada en aquellas fases de la enfermedad donde se producen los cambios más significativos a nivel médico, es decir las fases que se constituyen como periodos críticos donde los niveles de distrés son claramente superiores y el deterioro de calidad de vida resulta significativo. Así, en los pacientes destacan la fase de tratamiento activo y enfermedad avanzada y en los familiares la de duelo y tratamiento activo. En cualquier caso, lo que se desprende de estos resultados es que la demanda de ayuda se realiza tras largos periodo de tiempo después del diagnóstico de la enfermedad (mediana de 473 días). La realidad nos muestra que el lapso temporal entre la aparición de la enfermedad oncológica y la demanda de ayuda psicológica es grande y se debería trabajar en reducirlo y evitar así lar-

gos periodos de sufrimiento a pacientes y familiares, siendo fundamental cuando la enfermedad ha avanzado y la esperanza de vida del paciente es incierta. En estos casos la atención psicológica requiere una cierta urgencia.

Problemas clínicos

En líneas generales, el nivel de distrés significativo que hemos encontrado en la población atendida es superior al nivel documentado por otros autores y grupos de investigación. Concretamente en nuestro servicio el 85% de los sujetos informó la presencia de distrés significativo, lo cual es claramente superior a lo descrito por autores como, Zabora (31%)⁽²⁾, Pascoe (35%)⁽⁴¹⁾, Trask (50%)⁽⁴²⁾, Ozalp (59%)⁽⁴³⁾, Graves (61,6%)⁽⁴⁴⁾ y Almanza (61,8%)⁽⁴⁵⁾. Diferencia que probablemente obedecen a diferencias metodológicas, trans-culturales (Australia, Estados Unidos de América, Francia, México, etc.), y a los distintos momentos de la enfermedad de los correspondientes estudios. Además, en nuestros datos se incluyen tanto a pacientes como familiares, aspecto que no concurre en el resto de los estudios citados que se circunscriben a pacientes. Este hecho es de interés a la hora de explicar que nuestra población muestre un nivel superior de distrés, dado que los familiares, principalmente el subgrupo de padres de pacientes jóvenes, informan de distrés más elevado que los pacientes.

Respecto a los motivos de consulta son muy escasos los problemas por los que se demanda atención psicológica y la mayoría de ellos se agrupan en torno a dos categorías generales: Malestar emocional asociado a la enfermedad (42%) y Necesidad de orientación (15%), y, en menor medida, Sintomatología ansiosa (11%). Las demás categorías diagnósticas muestran índices menores, aunque con un número representativo de casos. En el grupo de

los familiares, la mayoría de las demandas (52%) se restringen a dos categorías: Malestar emocional derivado de la enfermedad (26%) y Duelo (26%).

Características de la intervención

En este apartado, destacar que los datos referidos a la duración de los tratamientos psicológicos con pacientes y familiares de cáncer difieren claramente de la práctica clínica en otros ámbitos de la psicología clínica. Así, nuestro promedio son 4 sesiones de tratamiento, frente al promedio de 18 sesiones obtenido por otros autores en el campo de la salud mental^(30,29,40). La brevedad de las intervenciones en psicooncología puede explicarse, en gran medida, por los motivos de consulta. Uno de los motivos más señalados, tanto por pacientes como por familiares, es el referido a la necesidad de orientación, el cual en la gran mayoría de los casos se resuelve con intervenciones muy breves (menos de 3 sesiones) centradas fundamentalmente en orientación psicoeducativa. En la misma línea, también se requieren intervenciones breves (6 a 7 sesiones) en el caso del principal motivo de demanda de intervención, concretamente, el referido a malestar emocional derivado de la enfermedad. Sólo los beneficiarios cuyos motivos de consulta son sintomatología depresiva, ansiosa o mixta necesitan intervenciones más intensivas (más de 8 sesiones). Por último, destacar que los familiares que solicitan la ayuda en la fase de duelo son los usuarios que requieren las intervenciones más duraderas (más de 10 sesiones).

Respecto a las causas por las que se finaliza la intervención, señalar que en el ámbito de la atención con pacientes de cáncer la casuística es muy variada y está estrechamente vinculada a la evolución de la enfermedad oncológica. Aun así, la causa más frecuente de finalización es el alta

profesional, seguido de exitus en el caso de los pacientes y de alta voluntaria en el de los familiares. Los porcentajes de abandonos de la intervención (6%) son muy inferiores a los que se observan en otros estudios referidos a salud mental, donde el fenómeno del abandono es un hecho clínico generalizado y con una magnitud que puede variar entre un 20% y el 64% según la literatura⁽⁴⁰⁻⁴²⁾. Sin duda, nuestro porcentaje de abandono es asumible pero aun así, es un aspecto a mejorar, pues el mejor tratamiento no resulta eficaz si se abandona. Identificar las variables responsables de estos abandonos excede los objetivos del presente trabajo, pero será un estudio necesario para nuestra práctica diaria.

Por último destacar que la intervención psicológica en el ámbito de la oncología obtiene resultados muy positivos con un número de sesiones de tratamiento relativamente reducido. Así, el 85% de los pacientes han recibido menos de 8 sesiones. Sin duda, la variable más importante siempre es la calidad de vida de los pacientes y el alivio de síntomas, pero incluso los costos de los tratamientos psicológicos son muy bajos y competitivos. En poco menos de dos meses la mayoría de los pacientes de cáncer y sus familiares pueden obtener un cambio sustancial en sus problemas y en su calidad de vida. Informar sobre estos resultados a las autoridades sanitarias, así como a los usuarios y a los profesionales resulta fundamental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bayés R. Una estrategia para la detección del sufrimiento en la práctica clínica. *Rev Soc Esp Dolor* 2000;7:70-4.
2. Zabora J, Brintzenhofeszc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosis S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001;10: 19-28. Doi: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19: :AID-PON501>3.0.CO;2-6

3. Carlson LE, Angen M, Cullum J, Goodey E, Koopmans J, Lamont L. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 2004;90:2297-304. Doi: 10.1038/sj.bjc.6601887
4. Preyde M, Synnott E. Psychosocial intervention for adults with cancer: A meta-analysis. *J Evid Based Soc Work* 2009;6:321-47. Doi: 10.1080/15433710903126521.
5. Stanton AL. What happens now? Psychosocial care for cancer survivor after medical treatment completion. *J Clin Oncol* 2012;30:1215-20 Doi: 10.1200/JCO.2011.39.7406
6. Derogatis LR, Morrow GR. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983;249:751-7
7. Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 1991;51 Suppl 12-7, discussion 18-19
8. Hopwood P, Stephens RJ. Depression in patients with lung cancer prevalence and risk factors derived from quality of life data. *J Clin Oncol* 2000;18:893
9. Grassi L, Travado L, Gil F, Sabato S, Rossi E, SEPOS Group. Psychosocial morbidity and its correlatos in cancer patients of the Mediterranean area: Findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *J Affect Disord* 2004; 83:243-8. Doi:10.1016/j.jad.2004.07.004
10. Gil F, Costa G, Pérez FJ, Salamero M, Sánchez N, Sirgo A. Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)* 2008;130:90-2.
11. Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:558-84. Doi:10.1093/jnci/94.8.558
12. Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients: A review of reviews. *Ann Behav Med* 2006;32:85-92. Doi: 10.1207/s15324796abm3202_2. F
13. Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psychooncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2013;31:782-93. Doi: 10.1200/JCO.2011.40.8922
14. Rueda J, Sola I, Pascual A, Subirana, Casacuberta M. Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer. Edited (no change to conclusions), published in 2011(10). *Cochrane Database Syst Rev* 2011;7(9):CD00482. Doi: 10.1002/14651858.CD004282.pub3
15. Glick SB, Clarke AR, Blanchard A, Whitaker AK. Cervical cancer screening, diagnosis and treatment interventions for racial and ethnic minorities: a systematic review. *J Gen Intern Med* 2012;27:1016-32. Doi: 10.1007/s11606-012-2052-2.
16. Shepherd L, Goldstein D, Olver I, Parle M. Enhancing psychosocial care for people with cancer in rural communities: What can remote counselling offer? *Aust Health Rev* 2008;32:423-38. Doi:10.1071/AH080423
17. Rehse B, Pukrop R. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Educ Couns* 2003;50:179-86. Doi.10.1016/S0738-3991(02)00149-0
18. Naaman SC, Radwan K, Fergusson D, Johnson S. Status of psychological trials in breast cancer patients: A report of three metaanalyses. *Psychiatry* 2009;72:50-69. Doi: 10.1521/psyc.2009.72.1.50.
19. Stanton AL. Psychosocial concerns and interventions for cancer survivors. *J Clin Oncol* 2006;24:5132-7.
20. Villoria E, Fernández C, Padierna C, González S. La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología* 2015;12:207-36. Doi: 10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2.3.51005

21. Baider L. Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Inter J Clin Health Psychol* 2003;3:505-20.
22. Lopes da Cruz DA, De Mattos CA, Kurita GP, De Oliveira AC. Caregivers of patients with chronic pain: Responses to care. *Int J Nurs Termin Classif* 2004;15:5-13. Doi: 10.1111/j.1744-618X.2004.00005.x
23. Toro LB, Flores SL, Gil JR, Domínguez RC, Marín TG, Prado MA. Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Med Paliat* 2007;14:1-5.
24. Rhee YS, Yun YH, Park S, Shin DO, Lee KM, Yoo HJ, Kim NS. Depression in family caregivers of cancer patients: The feeling of burden as a predictor of depression. *J Clin Oncol* 2008;26:5890-5. Doi: 10.1200/JCO.2007.15.3957.
25. Pinguat M, Sorensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *J Gerontol* 2006;61:33-45.
26. Fletcher BS, Paul SM, Dodd MJ, Schumacher K, West C, Cooper B, et al. Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *J Clin Oncol* 2008;26:599-605. Doi: 10.1200/JCO.2007.12.2838.
27. Gaston JE, Abbott MJ, Rapee RM, Neary SA. Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *Br J Clin Psychol* 2006;45:33-48. Doi: 10.1348/014466505X35146
28. Hahlweg K, Fiegenbaum W, Frank M, Schoreder B, von Witzleben I. Short and long term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:375-82.
29. Lincoln T, Winfried R, Halweg K, Frank M, von Witzleben I, Schoreder B, et al. Effectiveness of an empirically supported treatment for Social Phobia in the field. *Behav Res Ther* 2003;41:1251-69. Doi:10.1016/S0005-7967(03)00038-X
30. Labrador FJ, Estupiñá FJ, García MP. Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema* 2010;22:619-26
31. Zabora JR. Screening procedures for psychosocial distress. En: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, editors: *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press, 1998.p.653-61.
32. Hoffman BM, Zevon MA, D'Arrigo MC, Cecchini TB. Screening for distress in cancer patients: the NCCN rapid-screening measure. *Psychooncology* 2004;13:792-9. Doi: 10.1002/pon.875
33. Hegel MT, Collins ED, Kearing S, Gillock KL, Moore CP, Ahles TA. Sensitivity and specificity of the Distress Thermometer for depression in newly diagnosed breast cancer patients. *Psychooncology* 2008;17:556-60. Doi: 10.1002/pon.1289
34. Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T, Yoshikawa E, Okamura M, Nakano T, et al. Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer* 2003;97:2605-13. Doi: 10.1002/cncr.11358
35. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, Fleishman SB, Zabora J, Baker F, et al. Screening for psychological distress in ambulatory cancer patients: A multicenter evaluation of the Distress Thermometer. *Cancer* 2005;103:1494-502. Doi: 10.1002/cncr.20940
36. Hawkes A, Hughes K, Hutchison S, Chambers SK. Feasibility of brief psychological distress screening by a community-based telephone helpline for cancer patients and carers. *BMC Cancer* 2010;10:14. Doi: 10.1186/1471-2407-10-14.
37. Campbell A, Steginga S, Ferguson M, Beeden A, Walls M, Will Cairns et al. Measuring distress in cancer patients: The distress thermometer in an Australian sample. *Prog Palliat Care* 2009;17:61-8. 10.1179/096992609X392259
38. Gessler S, Low J, Daniells E, Williams R, Brough V, Tookman A, et al. Screening for

- distress in cancer patients: Is the Distress Thermometer a valid measure in the UK and does it measure change over time? A prospective validation study. *Psychooncology* 2008;17:538-47. Doi: 10.1002/pon.1273
39. Valero L, Ruiz MA. Evaluación de un servicio de salud mental: análisis de la demanda y datos epidemiológicos. *Psiquis* 2003;24:11-8.
 40. Vallejo MA, Jordán CM, Díaz MI, Comeche MI, Ortega J, Amor P, et al. Perfil sociodemográfico de los usuarios de un servicio de asistencia psicológica online. *Psicothema* 2008;20:610-5.
 41. Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney Hospitals. *Aust N Zeal J Psychiatr* 2001;34:785-91. Doi: 10.1080/j.1440-1614.2000.00817.x
 42. Trask PC, Paterson A, Riba M, Brines B, Griffith K, Parker P, et al. Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplant* 2002;29: 917-25. Doi:10.1038/sj/bmt/1703557
 43. Ozalp E, Cankurtaran ES, Soygür H, Ge-yik PO, Jacobsen PB. Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psychooncology* 2007;16:304-11. Doi:10.1002/pon.1059
 44. Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer* 2007;55:215-24. Doi:10.1016/j.lungcan.2006.10.001
 45. Almanza MJJ, Rosario JI, Pérez S. Traducción, adaptación y validación del Termómetro de Distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Rev Sanid Milit Mex* 2008;62:209-17.