

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON CÁNCER: DIFICULTADES DE DETECCIÓN Y DERIVACIÓN AL PSICOONCÓLOGO

PSYCHOLOGICAL ISSUES ON PATIENTS WITH CANCER: INVOLVEMENT TO SCREENING AND APPOINTMENT WITH PSICOONCOLOGIST

Manuel Hernández*, Juan Antonio Cruzado** y Ziortza Arana*

* Unidad de Psicooncología. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao

** Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid

Resumen

Objetivo: Conocer las características de los pacientes con cáncer atendidos en la Unidad de Psico-Oncología del Hospital de Basurto, para mejorar la asistencia psicológica.

Método: Estudio retrospectivo y comparativo de características demográficas, médicas, psicológicas y de consulta de 115 pacientes con cáncer y con tratamiento psicológico entre 2001 y 2003. Estos pacientes se comparan con 28 familiares, 119 pacientes de psicología general, y con 120 pacientes con cáncer sin tratamiento psicológico.

Resultados: Los pacientes con cáncer y tratamiento psicológico son más jóvenes; están en un estadio avanzado de enfermedad, con una disminución de los tratamientos médicos activos, y peor pronóstico; tienen historia familiar de cáncer, y antecedentes personales de problemas psicológicos; el 70% recibe diagnóstico DSM-IV, mediante entrevista clínica, la mayoría (80%) son trastornos adaptativos, relacionados con el contexto de la enfermedad.

Respecto a la consulta con el psicólogo los médicos detectan mal los problemas psicológicos, derivan al psicólogo con poca precisión, cuando los problemas psicológicos están acentuados o consolidados, y queda poco tiempo para un tratamiento psicológico.

Conclusiones: Estos pacientes requieren un trabajo especializado, por sus diferencias con los grupos estudiados, tanto en características sociodemográficas como médicas y psicológicas.

Abstract

Objective: To know the cancer patient's characteristics assisted in the Psycho-Oncology, in Basurto Hospital Unit in order to improve the psychological assistance.

Method: Retrospective and comparative research on demographic characteristics, medical, psychological and on visit in 115 cancer patients with psychotherapy treatment from 2001 to 2003. These patients are compared with 28 relatives, 119 ordinary psychology patients, and with 120 cancer patients without psychological therapy.

Results: The patients with cancer and psychological therapy are younger, they are in an expanded stage of the disease, with a decrease in the active medical treatments, and a worse prognoses. They have a familiar cancer history (background) and also psychological personal problems. 70% have a diagnostic DSM – IV by means of a clinical interview, the adjustment disorders are the psychopathological diagnosis more frequent (80%), and it is associated with cancer context.

Regarding the visit to the psychologist, doctors detect the psychological issues badly, being derived to the psychologist with very poor accurate, when the psychological issues are evident, even consolidated. Therefore, there is not much time left for a psychological therapy.

Conclusion: cancer patients need psychological services specilized in this area, not only

Correspondencia:

Manuel Hernández.

Unidad de Psicooncología. Servicio de Psiquiatría
Hospital de Basurto - Consultas Externas, 3ª Planta
Avenida Montevideo, 18 - 48013 Bilbao. Vizcaya
E.mail: m.pernetas@cop.es

Este trabajo forma parte de una investigación becada por la Comisión de Investigación del Hospital de Basurto – Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

cas. Se necesita implantar métodos de detección precoz de las necesidades y problemas psicológicos de los pacientes con cáncer, para derivarlos a la Unidad de Psicooncología, y posibilitar su evaluación y el tratamiento del sufrimiento añadido a la enfermedad.

Palabras clave: Cáncer, problemas psicológicos, detección, Psicooncología

because the differences with the studied groups but also socio-demographic, medical and psychological characteristics. Methods of early diagnosis is needed to be introduced to meet the psychological issues of the cancer patient's needs, to be sent to the Psycho-Oncology Unit, to enable its evaluation and treatment of the added distress of the illness.

Key words: Cancer, psychological issues, screening, Psycho-Oncology.

INTRODUCCIÓN

Numerosos estudios han comprobado la problemática psicológica de los pacientes con cáncer. Desde el trabajo de Derogatis et al⁽¹⁾ se han observado diversos trastornos psicopatológicos, altos niveles de sufrimiento, malestar somático, y deterioro psicosocial en pacientes con diversos tipos de cáncer, así como la persistencia de diversos síntomas psicológicos en el tiempo⁽²⁾, así como su mayor prevalencia dentro de los pacientes que reciben tratamiento oncológico⁽²⁻⁶⁾.

Por otra parte, la importancia de una adecuada detección y tratamiento de los problemas psicológicos viene justificada por diversas razones: los pacientes oncológicos con mayores niveles de malestar psicológico requieren más servicios médicos, tienen más dificultades a la hora de tomar decisiones, son menos adherentes a sus tratamientos, y están menos satisfechos con la labor médica⁽⁷⁾, asimismo, presentan peor adaptación a la enfermedad, calidad de vida deficitaria e incluso una menor longevidad^(4,8-10).

La incidencia de los tratamientos psicológicos en la supervivencia no se ha corroborado, pero sí su utilidad en la reducción de síntomas, la mejora del afrontamiento de la enfermedad y los tratamientos, y en calidad de vida de estos pacientes⁽¹¹⁻¹³⁾. Todo ello justifica la

importancia de un adecuado diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad psicopatológica concurrente en estos pacientes.

Se han señalado dificultades importantes para la adecuada detección y orientación de estos pacientes con problemas psicológicos, debidas a: 1) factores que inciden en la gran variabilidad en la prevalencia de síntomas psicopatológicos en estos pacientes^(1,14-15); 2) factores que influyen en la facilidad con que estos síntomas relacionados con la enfermedad física, pasan desapercibidos para el médico especialista^(4,16,17); 3) necesidad de formación académica del médico para reconocer y tratar la naturaleza emocional de ciertos problemas del paciente⁽¹⁸⁻²⁴⁾. Factor que, junto al papel cada vez más activo del paciente en todos los procesos asistenciales, ha llevado al crecimiento de la psicooncología, con la integración multiprofesional del psicooncólogo en el campo oncológico⁽²⁵⁾, incluso con funciones docentes; y 4) aspectos personales de ciertos pacientes, reacios a hablar de sus problemas psicológicos, o de aceptar la derivación al psicooncólogo^(7,26,27).

OBJETIVOS

1) Conocer las características socio-demográficas, médicas, psicológicas y

de consulta, de una muestra de pacientes atendidos en la Unidad de Psicooncología del Hospital de Basurto (UPO), comparándolos con muestras de otros grupos de pacientes del mismo Hospital.

2) Conocer la especificidad con que los médicos de nuestro hospital derivan a estos pacientes al psicooncólogo, y la concordancia entre las valoraciones de ambos profesionales.

MÉTODO

Sujetos y tamaño muestral

1) Grupo de 115 pacientes de cáncer atendidos en la UPO con diversos tipos de cáncer (Pacientes ONC), desde julio de 2001 a julio de 2003.

2) Grupo control 1, de 28 familiares de pacientes con cáncer (Familiares ONC) que consultaron en la Unidad de Psicooncología durante el mismo periodo de tiempo.

3) Grupo control 2, de 109 pacientes de psicología clínica (Pacientes PSIC) que consultaron en la Unidad de Psicología Clínica del Hospital de Basurto durante el mismo periodo de tiempo.

4) Grupo control 3, de 120 pacientes (Control ONC) elegidos al azar entre el total de los pacientes con cáncer tratados —durante el mismo periodo de tiempo— en diversos servicios médico-quirúrgicos del Hospital de Basurto, pero no en la UPO.

Se han excluido los pacientes menores de 18 años.

DISEÑO

Estudio retrospectivo, exploratorio y comparativo sobre la población de pacientes con cáncer que acudieron a la Unidad de Psicooncología del Hospital de Basurto durante el periodo com-

prendido entre julio de 2001 a julio de 2003. La comparación se establece entre dichos pacientes oncológicos y los tres grupos control.

VARIABLES

Demográficas: sexo, edad, estado civil y situación laboral.

Médicas: estadio clínico del tumor (estadio precoz —I y II—, estadio avanzado —III y IV), tratamientos actuales y tratamientos previos al momento de la consulta (IQ-cirugía, QT-quimioterapia, RT-radioterapia, O-otros sintomáticos y paliativos), antecedentes personales y familiares de cáncer y comorbilidad.

Psicológicas: antecedentes personales psicopatológicos, tratamiento psicológicos/psiquiátricos previos, diagnóstico psicopatológico (mediante entrevista clínica, según criterio DSM-IV)

De consulta: Tiempo desde el diagnóstico médico (de anatomía patológica) hasta la consulta psicológica (en meses), vía de acceso a la consulta (interconsulta en planta, Consulta externa, u otros), motivo médico de consulta y motivo psicólogo (valorados a partir del documento de derivación: valoración, depresión, ansiedad, mixtos u otros problemas) y tipo de alta del tratamiento (acordada, voluntaria, fallecimiento).

PROCEDIMIENTO

Con los debidos permisos y firma de confidencialidad, se examinan las historias clínicas de todos los pacientes investigados; dichas historias agrupan la totalidad de la información de los distintos Servicios que atienden al paciente en el Hospital.

Se construye una base de datos en formato access, compatible con el programa de análisis estadísticos SPSS.

ESTADÍSTICOS

Para las variables categóricas se usan las frecuencias y los porcentajes. Para las variables cuantitativas se usan las medidas de tendencia central, mediana, media y desviación típica, y de rangos cuando procede. Para las comparaciones se usan los estadísticos de asociación Chi cuadrado, y de diferencia de medias (T de Student y anova, y, en su caso, las correspondientes no paramétricas). Para las comparaciones de concordancia se usa la prueba Kappa.

RESULTADOS

El sexo predominante de los pacientes oncológicos, tratados y control, es el masculino, a diferencia de los otros grupos (Chi cuadrado, $p < 0,001$) (ver tabla 1). La edad también diferencia a los grupos (Anova, F, $p < 0,001$); los pacientes oncológicos control son los más viejos (Media: 65,11 años), seguidos por los pacientes oncológicos tratados (Media: 54,18 años), los familiares (Media:

47,54 años) y los pacientes de psicología clínica (Media: 38,13 años). No se han podido establecer diferencias entre la variable grupo y las restantes variables demográficas, aunque destacan las situaciones laborales de inactividad, baja o invalidez en el grupo de pacientes oncológicos tratados.

El estadio de la enfermedad es diferente y la enfermedad está más avanzada (estadios III-IV) en el grupo de pacientes oncológicos atendidos (Chi cuadrado, $p < 0,005$), un 76,5% de los casos, frente a un 52,9% en el grupo oncológico control (ver tabla 2).

Otra característica diferencial es que el grupo oncológico control recibe actualmente más tratamientos activos de cirugía y radioterapia (Chi cuadrado, $p < 0,001$). El tratamiento de quimioterapia es superior en el grupo de los atendidos por el psicólogo. El número de tratamientos paliativos (Otros) es similar en ambos grupos (ver tabla 3). En cambio es el grupo de pacientes atendidos el que destaca (Chi cuadrado, $p < 0,001$) por haber recibido más tratamientos

Tabla 1. **Variables sociodemográficas**

		Grupo							
		Pacientes ONC		Familiares ONC		Pacientes PSIC		Control ONC	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	hombre	62	53,9%	4	14,3%	32	29,4%	66	55,0%
	mujer	53	46,1%	24	85,7%	77	70,6%	54	45,0%
Total		115	100,0%	28	100,0%	109	100,0%	120	100,0%
Estado civil	soltero	8	7,8%	3	11,5%	39	45,3%	3	9,1%
	casado/ parejahecho	75	73,5%	16	61,5%	34	39,5%	25	75,8%
	separado/ divorciado	8	7,8%	1	3,8%	7	8,1%	1	3,0%
	viudo	11	10,8%	6	23,1%	6	7,0%	4	12,1%
Total		102	100,0%	26	100,0%	86	100,0%	33	100,0%
Situación laboral	activos	6	10,2%	6	40,0%	21	40,4%	3	5,2%
	baja/incapacidad	31	52,5%	4	26,7%	10	19,2%	5	8,6%
	desempleo					1	1,9%		
	jubilado	21	35,6%	3	20,0%	5	9,6%	50	86,2%
	estudiante	1	1,7%	2	13,3%	15	28,8%		
Total		59	100,0%	15	100,0%	52	100,0%	58	100,0%

Tabla 2. **Estadio**

		Grupo			
		Pacientes ONC		Control ONC	
		N	%	N	%
Estadio	gravedad I-II	23	23,5%	24	47,1%
	gravedad III-IV	75	76,5%	27	52,9%
Total		98	100,0%	51	100,0%

Tabla 3. **Tratamientos médicos actuales**

		Grupo			
		Pacientes ONC		Control ONC	
		N	%	N	%
Tratamiento IQ	no	94	81,7%	62	51,7%
	si	21	18,3%	58	48,3%
Total		115	100,0%	120	100,0%
Tratamiento QT	no	74	64,3%	85	70,8%
	si	41	35,7%	35	29,2%
Total		115	100,0%	120	100,0%
Tratamiento RT	no	105	91,3%	61	50,8%
	si	10	8,7%	59	49,2%
Total		115	100,0%	120	100,0%
Tratamiento Otros	no	99	86,1%	100	83,3%
	si	16	13,9%	20	16,7%
Total		115	100,0%	120	100,0%

Tabla 4. **Tratamientos médicos previos**

		Grupo			
		Pacientes ONC		Control ONC	
		N	%	N	%
Tratamiento Prev IQ	no	53	46,1%	112	93,3%
	si	62	53,9%	8	6,7%
Total		115	100,0%	120	100,0%
Tratamiento Prev QT	no	76	66,1%	118	98,3%
	si	39	33,9%	2	1,7%
Total		115	100,0%	120	100,0%
Tratamiento Prev RT	no	87	75,7%	116	96,7%
	si	28	24,3%	4	3,3%
Total		115	100,0%	120	100,0%
Tratamiento Prev Otros	no	113	98,3%	120	100,0%
	si	2	1,7%		
Total		115	100,0%	120	100,0%

activos en el pasado, tanto en cirugía, como en quimioterapia como en radioterapia (ver tabla 4).

Los dos grupos oncológicos comparados no difieren en número de antecedentes personales de cáncer pero sí en los antecedentes familiares de cáncer (Chi cuadrado, $p < 0,001$); más de la cuarta parte de los pacientes oncológicos que acuden al psicólogo tiene o ha tenido algún miembro de su familia (abue-

los, padres o hermanos) con cáncer. Y respecto a la comorbilidad física, fundamentalmente la hipertensión arterial, es superior al 50% entre los pacientes oncológicos atendidos, pero significativamente inferior (Chi cuadrado, $p < 0,001$) al 75% de los pacientes del grupo oncológico control (ver tabla 5).

Los antecedentes psicopatológicos en los pacientes oncológicos atendidos (32,2%), son casi tan numerosos como

Tabla 5. **Antecedentes personales y familiares de cáncer, y comorbilidad**

		Grupo			
		Pacientes ONC		Control ONC	
		N	%	N	%
Antecedentes personales de cancer	no	109	94,8%	109	90,8%
	si	6	5,2%	11	9,2%
Total		115	100,0%	120	100,0%
Antecedentes familiares de cancer	no	85	73,9%	114	95,0%
	si	30	26,1%	6	5,0%
Total		115	100,0%	120	100,0%
Comorbilidad	no	55	47,8%	27	22,5%
	si	60	52,2%	93	77,5%
Total		115	100,0%	120	100,0%

Tabla 6. **Antecedentes psicopatológicos y tratamientos psicológico/psiquiátrico previos**

		Grupo							
		Pacientes ONC		Familiares ONC		Pacientes PSIC		Control ONC	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Antecedentes psicopatologicos	no	78	67,8%	24	85,7%	67	61,5%	107	89,2%
	si	37	32,2%	4	14,3%	42	38,5%	13	10,8%
Total		115	100,0%	28	100,0%	109	100,0%	120	100%
Tratamiento Psicológico previo	psicológico	1	2,8%			7	17,5%		
	psiquiátrico	25	69,4%	1	50,0%	24	60,0%	5	31,3%
	psicológico y psiquiátrico	1	2,8%			4	10,0%		
	psicofármacos	9	25,0%	1	50,0%	5	12,5%	11	68,8%
Total		36	100,0%	2	100,0%	40	100,0%	16	100%

Tabla 7. **Diagnósticos DSM-IV totales**

		Grupo						Total	
		Pacientes ONC		Familiares ONC		Pacientes PSIC		Count	%
		Count	%	Count	%	Count	%		
Diagnóstico DSMIV CAT	R. Mental					1	,9%	1	,4%
	Demencia					2	1,8%	2	,8%
	T. Alcohol	1	,9%			1	,9%	2	,8%
	T. Varias sustancias					1	,9%	1	,4%
	Esquizofrenia			2	7,1%	6	5,5%	8	3,2%
	T. Depresivos	6	5,2%	3	10,7%	27	24,8%	36	14,3%
	T. Ansiedad	9	7,8%	2	7,1%	25	22,9%	36	14,3%
	T. Somatización					11	10,1%	11	4,4%
	T. Sexuales					1	,9%	1	,4%
	Parafilias					1	,9%	1	,4%
	T. Conducta Alimentaria					2	1,8%	2	,8%
	T. Control impulsos					1	,9%	1	,4%
	T. Adaptativos	64	55,7%	10	35,7%	17	15,6%	91	36,1%
	T. Personalidad					1	,9%	1	,4%
Duelo			10	35,7%	3	2,8%	13	5,2%	
Sin Diagnóstico	35	30,4%	1	3,6%	9	8,3%	45	17,9%	
Total		115	100,0%	28	100,0%	109	100,0%	252	100,0%

Tabla 8. **Frecuencias trastornos adaptativos, de ansiedad y depresivos DSM-IV**

		Grupo					
		Pacientes ONC		Familiares ONC		Pacientes PSIC	
		N	%	N	%	N	%
Trastornos adaptativos	no	51	44,3%	18	64,3%	92	84,4%
	si	64	55,7%	10	35,7%	17	15,6%
Total		115	100%	28	100%	109	100%
Trastornos de ansiedad	no	106	92,2%	26	92,9%	84	77,1%
	si	9	7,8%	2	7,1%	25	22,9%
Total		115	100%	28	100%	109	100%
Trastornos depresivos	no	109	94,8%	25	89,3%	82	75,2%
	si	6	5,2%	3	10,7%	27	24,8%
Total		115	100%	28	100%	109	100%

en los pacientes de psicología clínica (38,5%), y ambos grupos se diferencian significativamente de los familiares y de los pacientes oncológicos control (Chi cuadrado, $p < 0,001$). Pero, mientras el grupo de pacientes de psicología había recibido tratamiento psicológico previo

(17,5% psicológico, y 10% combinado con psiquiátrico) el grupo de pacientes oncológicos apenas había acudido al psicólogo (Chi cuadrado, $p < 0,005$) (ver tabla 6).

Los pacientes oncológicos atendidos tienen menor comorbilidad psicopato-

lógica que el grupo de los familiares y el grupo de psicología clínica; aun así, reciben diagnóstico DSM-IV en un 70% de los casos. Es el grupo que tiene los diagnósticos más agrupados, precisamente en torno a los diagnósticos de trastornos adaptativos (55,7%), trastornos de ansiedad (7,8%) y trastornos depresivos (5,2%) (ver tabla 7). El diagnóstico de trastorno adaptativo es significativamente diferente entre los grupos (Chi

cuadrado, $p < 0,001$), sin poder decidir diferencias sobre los trastornos depresivos y los de ansiedad, aunque parecen más frecuentes entre los pacientes de psicología clínica (ver tabla 8).

Respecto a la consulta con el psicólogo (ver tabla 9), los pacientes oncológicos acuden pasado un tiempo considerable desde el diagnóstico del tumor (Media: 11 meses, y mediana: 4 meses), es decir, para muchos casos, acabados

Tabla 9. **Variables de consulta: Vía de acceso y Motivos de derivación**

		Grupo					
		Pacientes ONC		Familiares ONC		Pacientes PSIC	
		N	%	N	%	N	%
Vía de acceso	Otra vía	14	12,2%	14	50,0%	92	84,4%
	Interconsulta	101	87,8%	14	50,0%	17	15,6%
Total		115	100%	28	100,0%	109	100%
Motivo médico incluida Valoración	ansiedad	23	20,0%	4	14,3%	2	1,8%
	depresión	17	14,8%			2	1,8%
	mixto	1	,9%				
	duelo	6	5,2%	16	57,1%	2	1,8%
	valoración	55	47,8%	5	17,9%	30	27,5%
	otros trastornos	7	6,1%	3	10,7%	62	56,9%
	otros	6	5,2%			11	10,1%
Total		115	100%	28	100,0%	109	100%
Motivo médico	ansiedad	23	38,3%	4	17,4%	2	2,5%
	depresión	17	28,3%			2	2,5%
	mixto	1	1,7%				
	duelo	6	10,0%	16	69,6%	2	2,5%
	otros trastornos	7	11,7%	3	13,0%	62	78,5%
	otros	6	10,0%			11	13,9%
Total		60	100%	23	100,0%	79	100%
Motivo psicólogo	ansiedad	34	38,2%	7	26,9%	8	8,2%
	depresión	25	28,1%			3	3,1%
	mixto	4	4,5%				
	duelo	4	4,5%	14	53,8%	4	4,1%
	otros trastornos	10	11,2%	4	15,4%	76	78,4%
	otros	12	13,5%	1	3,8%	6	6,2%
Total		89	100%	26	100,0%	97	100%

Tabla 10. Tipo de alta

		Grupo					
		Pacientes ONC		Familiares ONC		Pacientes PSIC	
		N	%	N	%	N	%
Tipo de alta	acordada	36	35,3%	9	36,0%	32	36,4%
	voluntaria	41	40,2%	16	64,0%	55	62,5%
	fallecimiento	25	24,5%			1	1,1%
Total		102	100,0%	25	100,0%	88	100,0%

ya los tratamientos médicos. El acceso a la consulta varía según los pacientes (Chi cuadrado, $p < 0,001$). Descriptivamente, los pacientes oncológicos acceden principalmente (87,8%) por Interconsulta desde planta, es decir, estando hospitalizado, momento en que se generan también muchas de las demandas de consultas para los acompañantes-familiares (el 50%), frente al 15,6% de los pacientes de psicología clínica accede de esta manera.

El médico envía al paciente al psicólogo sin especificar el motivo en el 50% de los casos (motivo médico incluida valoración); dentro de los casos especificados (motivo médico), el motivo más frecuente son síntomas de ansiedad (38,2%) y de depresión (28,1%). La concordancia entre el motivo médico de la derivación y el criterio del psicólogo (motivo psicólogo) es sólo moderada, tanto para el grupo de pacientes oncológicos ($Kappa=0,58$), como para el grupo de pacientes de psicología clínica ($Kappa = 0,51$).

El 24,5% de los pacientes con cáncer atendidos fallecen antes de finalizar el tratamiento psicológico (ver tabla 10), sin embargo, los tratamientos interrumpidos por el paciente, sin cumplirse los objetivos terapéuticos, es mayor entre los grupos de familiares (64% de los casos) y de psicología clínica (el 62,5%) que entre los pacientes de cáncer (el

40,2%). La finalización por alta acordada con el psicólogo es homogénea en todos los grupos.

DISCUSIÓN

Los pacientes con cáncer que reciben atención psicológica son de mayor edad que los familiares y pacientes de psicología clínica; predomina en ellos el sexo masculino, el estado civil casados, y la situación laboral inactividad. Lo que les diferencia del control de pacientes oncológicos es únicamente que son más jóvenes.

Los dos grupos oncológicos comparados se diferencian en la gravedad de la enfermedad. Los pacientes atendidos por el psicólogo se caracterizan por presentar estadios más avanzados de enfermedad.

Los pacientes oncológicos atendidos psicológicamente reciben menos tratamientos activos que el grupo control en el momento actual, de forma significativa en cuanto a la cirugía y la radioterapia. En cuanto a la historia de tratamientos previos, la diferencia es a la inversa, los pacientes atendidos por el psicólogo recibieron más tratamientos de cirugía, quimioterapia y radioterapia. Es decir, el grupo de pacientes atendidos ha recibido muchos tratamientos, que quizás no hayan resultado efectivos, y por eso reciben menos tratamientos en la actua-

lidad, quizás también porque el cáncer está más avanzado y ya están descartados los tratamientos activos en tal caso. La presencia del tratamiento actual de quimioterapia puede entenderse porque ésta tenga una indicación paliativa, pero no curativa. Son historias terapéuticas diferentes, para ambos grupos.

No hay diferencias significativas en cuanto a la historia de antecedentes personales de cáncer en ambos grupos, pero sí en cuanto a los antecedentes familiares (en una, dos o tres generaciones), siendo más destacados entre los pacientes oncológicos que acuden al psicólogo. Lo que hace pensar en que hay una fuerte experiencia, e historia familiar de miedo ante la enfermedad, lo que suele ser un motivo de derivación al psicólogo (como se ha constatado en la bibliografía).

La comorbilidad está presente en gran medida en ambos grupo de pacientes, aunque es claramente mayor entre los pacientes oncológicos del grupo control. Se trata en gran parte de enfermedades que están asociados a la edad, como es la hipertensión arterial. Estos factores afectan también a la calidad de vida de estos pacientes.

Es llamativo que los antecedentes psicopatológicos en los pacientes oncológicos tratados son prácticamente iguales a los pacientes de psicología clínica, y significativamente distintos a los de los familiares y los pacientes oncológicos control, que son los que menos antecedentes personales tienen de todos. De todos los pacientes oncológicos tratados, con antecedentes patológicos previos, 37 personas (94,4%), han recibido tratamiento médico-psiquiátrico, pero solo 2 (5,6%), han recibido tratamientos psicológicos.

En cuanto a los diagnósticos con criterio DSM-IV, la población de paciente oncológicos tratados se distingue pri-

meramente en que un 70% recibe diagnóstico psicopatológico, y el 30% no. La mayoría son trastornos adaptativos. Son resultados consonantes con los hallados por Derogatis⁽¹⁾, aunque nuestra muestra está sesgada en el sentido de que ya son pacientes seleccionados por la presencia o sospecha de problema psicológico. Los grupos de familiares y de pacientes de psicología clínica tienen porcentajes mucho menores, y parecidos entre sí.

Para los trastornos de ansiedad y de depresión, si bien no se puede establecer diferencia significativa, observamos que son mucho más frecuentes en el grupo de los pacientes de psicología clínica.

El acceso por la vía de la interconsulta, con el paciente ingresado, es casi el 90%, lo que se puede considerar como que el paciente está en una situación de deterioro, o que el ingreso es un momento difícil para ellos.

El tiempo transcurrido, desde el diagnóstico del tumor hasta la consulta con el psicólogo, tiene una mediana de 4 meses, que ya es un tiempo muy extenso, y que indica que la intervención del psicólogo es escasamente preventiva. Esto, unido al nivel de gravedad con que acuden, hace pensar en la necesidad de mejorar la intervención más cercana al momento del diagnóstico, lo que sería una actuación más eficaz. Ahora los pacientes llegan cuando ya se han consolidado los tratamientos; mientras tienen tratamientos activos no se acuerdan del psicólogo. Algo semejante parece ocurrir con los pacientes más viejos, que reciben menos derivaciones de consulta al psicólogo.

Este problema de derivación se constata mayormente cuando se ve que cerca de la mitad de los volantes de consulta vienen sólo para 'valoración', es decir, no contienen especificación sobre el

motivo, y que cuando lo especifican, éstos apenas alcanzan una moderada concordancia con el criterio del psicólogo. Esto añade también valor a la necesidad de mejorar los modos de detección de los problemas psicológicos en estos pacientes.

Es muy destacable el gran número de consultas que terminan con el fallecimiento del paciente, lo cual es concordante con el hecho de que son pacientes con patología y estados avanzados, y con un tiempo hasta el inicio de los tratamientos largo. Sería necesario llegar a un procedimiento de detección que permita actuar antes con estos pacientes, o pensar en otras formas de actuación, como el trabajo más integrado en los propios servicios oncológicos, o herramientas formativas para el personal sanitario, para así optimizar el sistema de detección temprana de los problemas psicológicos y una derivación más rápida a los psicólogos.

En resumen, el perfil del paciente con cáncer enviado a la consulta del psicólogo es más joven pero con la enfermedad más avanzada, en una fase más paliativa que de tratamiento activo, lo que supone un sistema de remisión en el que el médico ha claudicado ya de su función terapéutica, al agotarse los tratamientos activos. Además, parece que cuanto más viejo es el paciente, menos se le remite. Quizás el joven viene con más frecuencia al psicólogo porque tiene o ha tenido más familiares afectados de cáncer, y mayor psicopatología previa; es decir, puede que se quejen más de sus problemas, o que realmente ya vienen con más problemas debidos a las experiencias anteriores de cánceres en sus familias.

Parece que un factor predictivo de que no habrá una derivación al psicólogo es que aun haya posibilidad de un tratamiento activo contra el cáncer, sin

importar tanto el tener o no síntomas psicológicos. Cuando han fracasado los tratamientos médicos es cuando se hace la consulta al psicólogo.

Respecto al sistema de remisión, se ve que se tarda mucho en ser derivado. Además, la derivación no viene bien informada, y cuando viene algo informada, esta información no guarda mucha concordancia con el juicio del psicólogo sobre el paciente.

La conclusión más importante es pues, que habría que intervenir más preventivamente, para lo cual habría que partir de un procedimiento de detección temprano, que favoreciera la derivación inmediata, derivación que también se podría optimizar usando quizás otras formulas, más protocolaria, como ya se han acordado con algunos servicios médicos del Hospital.

Vistos estos datos, quedaría ahora para analizar en próximos estudios si el subgrupo de pacientes oncológicos con cáncer menos avanzado, se diferencia del subgrupo de pacientes con cáncer más avanzado.

Otro posible trabajo sería investigar más detalladamente al paciente que ya ha desahuciado el médico, y el grupo de los que están mejor físicamente pero que quizás expresen mayor nivel de queja o malestar, y entonces se les deriva.

CONCLUSIÓN

El grupo de pacientes de cáncer derivados a la atención psicológica se caracteriza por presentar un nivel avanzado de enfermedad, con disminución de tratamientos activos. Esta transición del tratamiento activo al paliativo es la situación de comunicación que el oncólogo y el personal médico consideran que es la más difícil que pueden abordar, como señalan Back et al⁽²⁸⁾; ello explica la de-

rivación al psicólogo. Los oncólogos y médicos no derivan a la atención psicológica a los pacientes que están recibiendo tratamientos activos.

El ser más joven, tener antecedentes familiares de cáncer y trastornos emocionales anteriores es un predictor de ser derivado a la atención psicológica. Este es un perfil típico. El personal sanitario detecta e identifica de forma errónea muchas manifestaciones de ansiedad y depresión en los pacientes ancianos de cáncer, por ello son mucho menos remitidos a la atención psicológica⁽²⁹⁻³¹⁾.

En el presente trabajo se ha encontrado que el 70% de los pacientes remitidos a la atención psicológica cumplen criterios de diagnósticos de trastornos mentales, la mayoría de ellos son trastornos adaptativos ante el estrés del cáncer. Este porcentaje es bastante elevado, superior a los aportados por otras investigaciones⁽¹⁾, lo que se puede interpretar como un indicador de que el paciente es remitido solo si manifiesta síntomas graves de malestar. Asimismo, se constata la ausencia de precisión por parte del personal médico en cuanto a los motivos de derivación.

El presente estudio pone de manifiesto la necesidad de diseñar y poner en marcha adecuados procedimientos de *screening* y derivación psicológica a los pacientes de cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249(6):751-7.
2. Study PA. Group psychological response to mastectomy: A prospective comparison study. *Cancer* 1987;59(1):189-96.
3. Vinokur AD, Threatt BA, Vinokur-Kaplan D, Satariano WA. The process of reco-

very from breast cancer for younger and older patients. Changes during the first year. *Cancer* 1990; 65(5):1242-54.

4. Spiegel D. Cancer and depression. *Br J Psychiatry Suppl* 1996; (30):109-16.
5. Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry* 1990; 51:3-11.
6. Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, Nishiwaki Y, Akechi T, Okamura H. Depression and psychological distress in patients during the year after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21(1):69-77.
7. Holland J. Update: NCCN practice guidelines for the treatment of distress. *Oncology* 1999;13 (11A):459-507.
8. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989;2(8668):888-91.
9. Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H. Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56(8):756-62.
10. Prieto JM, Atala J, Blanch J, Carreras E, Rovina M, Cirena E, et al. Role of Depression As a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2005;23(25):6063-71.
11. Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, Koopmans J, Vincent L, Guther H., et al. The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *N Engl J Med*, 2001; 345(24):1719-26.
12. Moorey S, Greer S. Cognitive behaviour therapy for people with cancer. *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach*. London: Oxford University Press, 2002.
13. Goodwin PJ. Support groups in advanced breast cancer. Living better if not longer. *Cancer* 2005;104(11 Suppl): 2596-601.
14. Carroll BT, Kathol RG, Noyes R Jr, Wald TG, Clamon GH. Screening for depression y anxiety in cancer patients using

- the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15(2):69-74.
15. Massie MJ. Prevalence of Depression in Patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32:57-71.
 16. Spiegel D, Sands S. Pain management in the cancer patient. *J Psychosoc Oncol* 1988; 6:205-16.
 17. McDaniel JS, Nemeroff CB. Depression in the cancer patient: diagnostic, biological, and treatment aspects. En Chapman CR, Foley KM editores. *Current and Emerging Issues in Cancer Pain: Research and Practice*. New York: Raven Press, 1993; p. 1-19.
 18. Payne DK, Hoffman RG, Theodoulou M, Dosik M, Massie MJ. Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. *Psychiatry and medical oncology gear up for managed care. Psychosomatics*, 1999; 40(1):64-9.
 19. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their outpatients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations?. *Br J Cancer* 1994; 70(4):767-70.
 20. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctor in patients with cancer. *Br J Cancer* 2001; 84 (8):1011-5.
 21. Heaven CM, Maguire P. Disclosure of concerns by hospice patients and their identification by nurses. *Palliat Med* 1997; 11:283-90.
 22. Passik, S.D, Kirsh KL, Thobald D, Donaghy K, Holtsclaw E, Edgerton S, et al.. Use of a depression screening tool and a Fluoxetine-Based Algorithm to improve the recognition and treatment of depression in cancer patients: A demonstration Project. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24 (3):318-27.
 23. Merckaert I, Libert Y, Delvaux N, Marchal S, Boniver J, Etienne AM, et al. Factors that influence physicians' detection of distress in patients with cancer: can a communication skills training program improve physicians' detection?. *Cancer* 2005; 104(2):411-21.
 24. Sharpe M, Strong V, Allen K, Rush R, Postma K, Tulloh A., et al. Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs *Br J Cancer* 2004;90 (2):314-20.
 25. Cruzado JA. La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, 2003; 0:9-19.
 26. Worden, J.W. (1983). Psychosocial screening of cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 1983; 1(4):1-10.
 27. Holland J, Sheldon L. *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. Barcelona: Herder, 2003.
 28. Back AL, Arnold RM, Baile WL, Tulskey JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin*. 2005; 55:164-77.
 29. Stommel M, Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, Given BA. A longitudinal analysis of the course of depressive symptomatology in geriatric patients with cancer of the breast, colon, lung, and prostate. *Health Psychol* 2004; 23(6):564-73.
 30. Kurtz SM. Doctor-patient communication. Principles and practices. *Can. J. Neurol. Sci.* 2002; 29(Suppl.2):23-9.
 31. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: Their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 2002; 20(14):3137-48.

