

# Distrés psicosocial y trastornos mentales en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer

Tte. Cor. M.C. José de Jesús **Almanza-Muñoz**,\* Dra. Ivonne **Rosario-Juárez**,\*\*  
Cor. M.C. José **Silva-Ortiz**,\*\*\* Gral. de Div. M.C. Ret. Rafael **de la Huerta-Sánchez**\*\*\*\*

Hospital Central Militar-Dirección General de Sanidad, Cd. de México.

## RESUMEN

**Introducción.** El impacto emocional del cáncer condiciona la existencia de distrés psicosocial y el desarrollo de diversos trastornos mentales, cuya descripción en nuestro país ocurre en el campo de acción de la Psico-Oncología.

**Objetivo.** Describir la prevalencia de distrés psicosocial y trastornos mentales en pacientes con cáncer en un hospital de tercer nivel de atención.

**Método.** Estudio prospectivo, transversal de auto-reporte y análisis de datos clínicos. Se aplicó estadística descriptiva y correlacional, así como regresión logística univariada.

**Resultados.** De un total global de 2,532 pacientes, 1,095 se estudiaron con la aplicación del Termómetro de Distrés, encontrando Distrés Psicosocial Significativo en 614 sujetos (56%), de los cuales en 349 (56.8%) se diagnosticó algún trastorno mental, principalmente trastornos de adaptación en 27.5%, trastornos de ansiedad en 11.5%, trastornos depresivos en 9.4% y trastornos de la personalidad en 2.3%. La estadística univariada mostró que variables como la edad menor a 60 años, género femenino y el distrés psicosocial se asocian significativamente con la presencia de trastornos mentales; y aquellos pacientes con cáncer de mama y de pulmón presentan un mayor grado de psicopatología.

**Discusión.** Se contrastan y analizan los presentes hallazgos con base en lo referido en la literatura del campo de la PsicoOncología.

**Conclusiones.** El distrés psicosocial significativo se presenta en 56.8% de los pacientes con cáncer, de los cuales en el 56.8% se diagnosticó algún trastorno mental, predominantemente trastornos de adaptación (27.5%), los trastornos de ansiedad (11.5%), y los trastornos depresivos (9.4%); lo cual afecta más a aquellos con cáncer de mama o cáncer de pulmón. Estos hallazgos indican la

## *Psychosocial distress and mental disorders in a sample of Mexican patients with cancer*

## SUMMARY

**Introduction.** Emotional and psychosocial impact of cancer determines the development of distress as well as various mental disorders which previously limited description has been growth recently in our country through the practice of psychooncology.

**Objective.** To describe the prevalence of psychosocial distress and mental disorders in cancer patients of a third level medical center.

**Method.** Prospective, transversal, self-report, clinical data analysis, applying descriptive, correlational statistic as well as univariate logistic regression.

**Results.** Out of a total of 2,532 patients, 1,095 were studied with the application of the Distress Thermometer, founding patients were studied, founded Significant Psychosocial Distress in 614 subjects (56%), from which 349 (n = 56.8%) showed some mental disorder, mainly adaptative disorder (27.5%), anxiety disorder (11.5 %), depressive disorder (9.4 %), and personality disorders (2.3). Univariate statistics showed that variables like age less than 60 years old, feminine gender, and psychosocial distress area significantly associated with the presence of mental disorders; and patients with breast and colon cancer shows a higher grade of psychopathology.

**Discussion:** Present features were contrasted and analyzed based on the national and international Psychooncology literature.

**Conclusions:** Significant Psychosocial Distress shows in 56.8% of cancer patients, from which in 56.8% a mental disorder is diagnosed, mainly adaptative disorders (27.5%) anxiety disorders

\* Médico Cirujano, Psiquiatra de Enlace y Psicooncólogo. Presidente de la Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C., Fundador del Programa de Psiquiatría de Enlace y Psicooncología del Hospital Central Militar/Dirección General de Sanidad. Jefe de Salud Mental, Dirección General de Sanidad. \*\* Maestra en Psicología Clínica, Candidata a Doctora en Investigación Psicoanalítica, Asociación Psicoanalítica Mexicana. Psicooncóloga, Secretario de la Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C., y Asesora externa del Programa de Psiquiatría de Enlace y Psicooncología, Hospital Central Militar. \*\*\* Cirujano Oncólogo, Jefe del Servicio de Oncología, Hospital Central Militar. \*\*\*\* Oncólogo Médico, Radioterapeuta, Profesor Emérito de Oncología de la Escuela Médico Militar/Hospital Central Militar, y Asesor externo del Servicio de Radioterapia del Hospital Central Militar.

Correspondencia:

Dr. Jesús Almanza

Clínica de Especialidades de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional. Dirección: Avenida Industria Militar esquina con Calle General Juan Cabral S/N.

Recibido: Junio 12, 2009.

Aceptado: Junio 24, 2009.

importancia de detectar tempranamente el distrés psicosocial en orden de prevenir la enfermedad mental en pacientes con cáncer, por ello es ampliamente recomendable consolidar la atención psicooncológica, así como continuar con esta línea de investigación.

**Palabras clave:** Cáncer, distrés psicosocial, psicooncología, termómetro de distrés, trastornos mentales, trastornos de adaptación, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad.

## Agradecimiento

A todos aquellos que en diversas formas hicieron posible y meritoria la fundación del Programa de Psiquiatría de Enlace y Psico-Oncología del Hospital Central Militar/Dirección General de Sanidad, el día 22 de abril de 2008.

## Introducción

La sospecha y/o el diagnóstico de cáncer condiciona en los pacientes, sus familias y aun en el equipo médico un significativo impacto psicológico aunado a diversos grados de sufrimiento emocional, lo cual ha sido ampliamente establecido por diversos autores, en el sentido de que prácticamente todos los pacientes experimentan algún grado de distrés asociado con el diagnóstico y tratamiento del cáncer en varios estadios de la enfermedad, lo cual se ha asociado a diversa psicopatología consecuente.<sup>1-6</sup>

La existencia de distrés psicosocial es motivado por diversos factores que van desde la sospecha del diagnóstico de cáncer,<sup>7</sup> el duelo por la pérdida de la salud actual y por pérdidas anticipadas, el miedo a la muerte, la preocupación por los seres queridos, el efecto de diversas modalidades de tratamiento,<sup>3-6,8</sup> así como la preocupación inherente al estado de supervivencia por el temor a la recidiva, en lo que se conoce como Síndrome de la Espada de Damocles.<sup>9</sup>

El distrés psicosocial, actualmente reconocido como una entidad preclínica presente en una cantidad significativa de pacientes, condiciona el riesgo para diversos trastornos psiquiátricos formales que complican sobremanera la condición clínica y psicosocial del paciente con cáncer, de su familia y terminan incidiendo también en el equipo médico.<sup>10</sup>

## Trastornos mentales en pacientes con cáncer

El reconocimiento de que el paciente con cáncer puede cursar con impacto psicológico significativo o inclusive con la existencia de algún trastorno psiquiátrico constituyó el punto crucial para el surgimiento de la Psico-Oncología como una disciplina, de acuerdo con lo señalado por Holland, 1998,<sup>9</sup> existiendo inicialmente reportes anecdóticos, mismos que evolucionaron a reportes de series de casos y como un punto clave de avance, lo descrito por Levine, en 1978,<sup>11</sup> quien encontró depresión en 56% de los pacientes oncológicos referidos a interconsulta psiquiátrica. Algunos años después, Derogatis

(11.5%), depression disorders (9.4%), which affects more to those with breast or colon cancer. Those features indicate the importance to detect early psychosocial distress in order to prevent mental illness in cancer patients. Due to that it is broadly recommended to consolidate psychooncological attention as well as to continue with this line of research.

**Key words:** Cancer, Psychosocial Distress, Psycho-Oncology, Distress Thermometer, Mental Disorders, Adaptive Disorder, Depression Disorder, Anxiety Disorder.

(1983),<sup>12</sup> aplicando los criterios diagnósticos descritos en la Segunda Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-II) de la Asociación Psiquiátrica Americana en 1968,<sup>13</sup> encontró que 47% de los pacientes cursaba con un diagnóstico psiquiátrico.

Estudios posteriores señalan el trastorno de adaptación como el más común (23.4%) seguido de depresión mayor (13.3%) en pacientes oncológicos (Kugaya, 1998).<sup>14</sup> En ese mismo sentido, Uchitomi, en 2001,<sup>15</sup> en su estudio de 1,721 pacientes referidos para atención psiquiátrica reportó el Trastorno de Adaptación como el más común con un 34%, seguido de Delirium con 17% y de Depresión Mayor en 14%. En 2005, Almanza, Breitbart y Holland<sup>16</sup> en una muestra de pacientes del Centro de Cáncer Memorial Sloan-Kettering de Nueva York, reportan que en una muestra de pacientes con cáncer, 38% cursaron con dolor asociado a cáncer, en los cuales se documentaron trastornos depresivos en 62%; trastornos de adaptación en 43.7%; y trastornos de ansiedad en 25%. Dichos autores encontraron una asociación estadísticamente significativa entre dolor de origen oncológico con depresión, con ansiedad, y con trastornos de personalidad.

Reportes más recientes, describen que los trastornos de adaptación encabezan la prevalencia de trastornos mentales en cáncer con 30 a 40%,<sup>4,6</sup> seguidos de los trastornos depresivos en 13 a 20%; de los trastornos de ansiedad en 11 a 17%, predominantemente trastorno por estrés postraumático; posteriormente se reportan trastorno mentales orgánicos, especialmente delirium en 10%, demencia en 8%; y finalmente trastornos de la personalidad en 3 a 4%. Miovic y Block (2007)<sup>17</sup> en un estudio más reciente, señaló que 50% de los pacientes que cursan con cáncer avanzado reunía criterios para un trastorno mental, siendo el más común el trastorno de adaptación con un rango de prevalencia entre 11 y 35%, seguido de depresión mayor con afección de entre 5 y 26% de los pacientes.

## Reporte de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer en México

A partir de la revisión sistemática y de la consulta de bases de datos nacionales e internacionales, se concluye que son significativamente limitados los reportes sobre prevalencia de trastornos mentales en pacientes oncológicos en México, siendo relevante describir que en una revisión histórica sobre la Psico-Oncología en México,<sup>18</sup> únicamente se

enlistan diversos trastornos mentales como existentes en pacientes con cáncer, sin dar ningún porcentaje o prevalencia.

En España, país culturalmente cercano a México, Maté y cols., también en 2004,<sup>19</sup> enfatizan la relevancia del insomnio, la ansiedad y la depresión en el paciente con cáncer. Gil (2004),<sup>20</sup> por su parte, puntualiza que 24% de los pacientes con cáncer presenta criterios de trastorno mental y que los principales predictores para la presencia de trastorno mental fueron: haber recibido radioterapia, estar en tratamiento psicofarmacológico, así como la presencia de dolor.

Por último y como la publicación más reciente en este campo en nuestro país, Almanza, Rosario y col., en 2008,<sup>21</sup> describen la validación del Termómetro de Distrés en idioma Español en México, lo cual dio apertura formal a la investigación en Psico-Oncología en el medio médico militar, en la línea de investigación de Distrés Psicosocial en cáncer, encontrando una prevalencia de 61.8% en una primera muestra de pacientes mexicanos con cáncer.

Lo anterior evidencia que a pesar de la indudable importancia de conocer la prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer y sus factores asociados, el conocimiento e investigación en nuestro país y aún en Latinoamérica es significativamente limitado. El actual desarrollo de la Psico-Oncología en México, debe responder a la necesidad de construir una plataforma de base como punto de partida para abordar de manera sistemática los aspectos psicosociales del paciente con cáncer lo cual constituye una de las motivaciones y propósitos del presente trabajo.

## Objetivo

Determinar la prevalencia de distrés psicosocial y trastornos mentales en pacientes con cáncer atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital Central Militar.

## Método

### Entorno clínico

El presente estudio se llevó a cabo en el periodo de abril de 2008 a abril de 2009 como parte de las actividades clínicas y de investigación del Programa de Psiquiatría de Enlace y Psico-Oncología del Hospital Central Militar/Dirección General de Sanidad.

### Diseño

Estudio prospectivo, transversal de auto-reporte y análisis de datos clínicos.

### Procedimiento

A partir de la referencia de pacientes para consulta de Enlace dentro del Programa de Psico-Oncología, se proporcionó la atención clínica a los pacientes que se reportan, previo consentimiento informado, revisión del expediente clínico, aplicación del Termómetro de Distrés, con un punto de corte de 4 o más para distrés significativo y de 3 o menos para distrés no significativo, acorde a lo referido en un estu-

dio previo (Almanza, 2008), así como entrevista clínica semiestructurada de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV (First, Spitzer y cols., 1995),<sup>22</sup> previamente validada por Williams y cols. (1992).<sup>23</sup>

### Plan de análisis

Se efectuó estadística descriptiva para caracterizar los aspectos demográficos de la muestra estudiada, asimismo, se aplicó estadística correlacional y análisis de regresión logística univariada. La significancia estadística se estableció con un nivel de confianza de 95% y un error máximo aceptable de 5%. Para el procesamiento de datos y la ejecución del análisis estadístico, se utilizó Microsoft Office Excel ® 2007 v. 12.0 (Microsoft Corp Redmond WA) y el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales v. 14.0 (Statistical Package for Social Sciences, v 14.0/SPSS ® Inc., 2007, Chicago IL).

## Resultados

Las características de la muestra global se constituyeron por un total de 1,532 pacientes con diagnóstico establecido de cáncer, atendidos en el Servicio de Oncología y dentro del Programa de Psiquiatría de Enlace y Psico-Oncología del Hospital Central Militar/Dirección General de Sanidad. De dichos pacientes, se excluyó a un total de 437 (28.5%), por estar imposibilitados para contestar debido a su condición clínica (8.6%), por razones administrativas (9.3%), por haberse rehusado a participar (7.2%) o por estar incompleto el Termómetro de Distrés (3.4%) (*Cuadro 1*); por lo cual la muestra estudiada mediante la aplicación del termómetro de distrés fue de 1,095 pacientes, que correspondió a 71.4% de la población total.

La edad promedio fue de 48.7 años con desviación estándar de 16.2; mediana de 52 y rango entre 6 a 68 años. La distribución en cuanto a género fue de 926 mujeres (62.4%) y 558 hombres (37.6%). La modalidad de atención fue de hospitalización para 992 pacientes (66.8%) y externa para 492 pacientes (33.2%) (*Cuadro 1*). La aplicación del Termómetro de Distrés conforme al punto de corte descrito previamente (Almanza, 2008), arrojó la presencia de distrés significativo en 614 pacientes (56%) y la presencia de distrés no significativo en 481 pacientes (44%) (*Cuadro 1*).

En el subgrupo de pacientes con distrés significativo ( $n = 614/56\%$ ); se encontró la presencia de un trastorno mental en 349 pacientes (56.8%); y la ausencia de algún trastorno en 265 pacientes (43.2%). Existe una diferencia estadísticamente significativa al compararlo con el subgrupo de pacientes que reportaron Distrés No Significativo ( $n = 481/44\%$ ), en el cual se encontró la presencia de un trastorno mental en 117 pacientes (24.3%); y la ausencia de algún trastorno en 364 pacientes (75.7%) (*Cuadro 2 y Figura 1*).

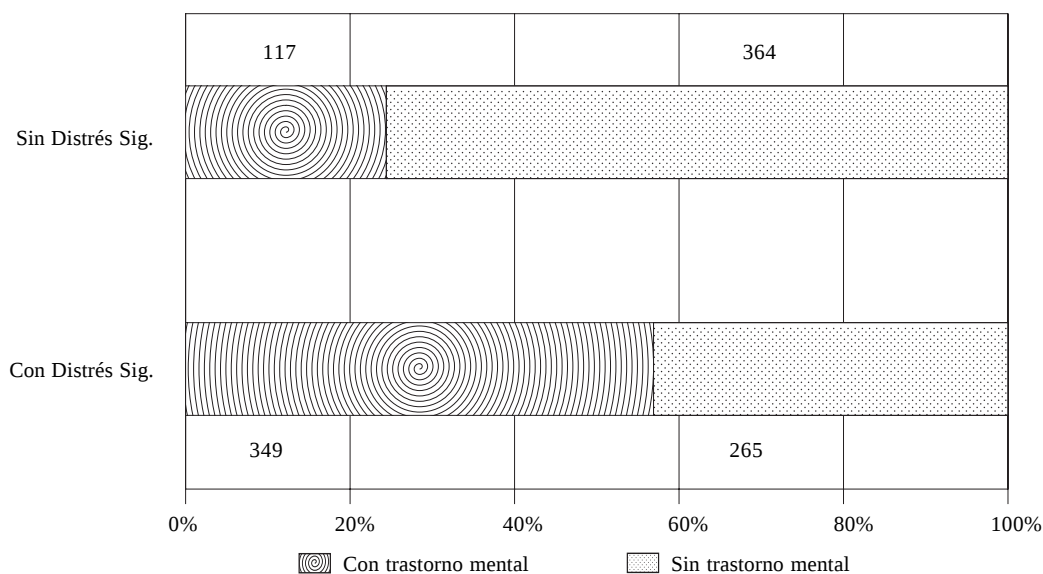
La distribución de trastornos mentales se describe de acuerdo con la presencia de Distrés Significativo vs. Distrés No Significativo. Para el subgrupo de pacientes con Distrés Significativo, los trastornos de adaptación encabe-

**Cuadro 1.** Características demográficas y flujo para asignación, derivación y eliminación de pacientes de la muestra estudiada.

| Característica                                     | No.  | %                  |
|----------------------------------------------------|------|--------------------|
| Población global                                   | 1532 | 100                |
| Población excluida                                 |      | Total de excluidos |
| Imposibilitados para contestar: 132 (8.6 %)        |      |                    |
| Excluidos por razones administrativas: 143 (9.3 %) |      | 437 (28.5 %)       |
| Rehusaron a participar: 110 (7.2 %)                |      |                    |
| Termómetro de Distrés incompleto: 52 (3.4 %)       |      |                    |
| Distrés psicosocial (Termómetro de Distrés)        | 1095 | 71.4               |
| Significativo (Puntaje de 4 a 10)                  | 614  | 56                 |
| No significativo (Puntaje de 1 a 3)                | 481  | 44                 |
| Edad                                               |      |                    |
| Promedio                                           |      | 48.7               |
| Desviación estándar                                |      | 16.2               |
| Mediana                                            |      | 52                 |
| Rango                                              |      | 6-68               |
| Sexo                                               |      |                    |
| Femenino                                           | 926  | 62.4               |
| Masculino                                          | 558  | 37.6               |
| Modalidad de atención                              |      |                    |
| Externa                                            | 492  | 33.2               |
| Hospitalización                                    | 992  | 66.8               |

**Cuadro 2.** Trastornos mentales en pacientes con cáncer en relación con la presencia de distrés psicosocial. N = 1095

| Categoría                                                                                     | No.<br>Distrés<br>n = 614 (56%) | %<br>significativo | No.<br>Distrés no<br>n = 481 (44%) | %<br>significativo | p        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------|------------------------------------|--------------------|----------|
| Con Trastornos Clínicos                                                                       | 349                             | 56.8               | 117                                | 24.3               | < 0.0001 |
| Trastorno de Adaptación                                                                       | 169                             | 27.5               | 39                                 | 8                  | < 0.0001 |
| Trastornos de ansiedad                                                                        | 70                              | 11.5               | 24                                 | 5                  | < 0.001  |
| Trastornos Depresivos                                                                         | 58                              | 9.4                | 27                                 | 5.7                | < 0.001  |
| Trastorno de Personalidad                                                                     | 14                              | 2.4                | 10                                 | 2                  | 0.03     |
| Trastornos Mentales Orgánicos                                                                 | 11                              | 1.7                | 0                                  | 0                  | 0.05     |
| Otros diagnósticos                                                                            | 25                              | 4.3                | 17                                 | 3.6                | 0.04     |
| Sin Trastornos Clínicos                                                                       | 265                             | 43.2               | 364                                | 75.7               | < 0.001  |
| Condiciones que no constituyen un trastorno mental pero que requieren atención clínica (CRAC) | 143                             | 23.3               | 29                                 | 6                  | < 0.001  |
| Conflictos de relación médico-paciente                                                        | 68                              | 11                 | 20                                 | 4.1                | 0.04     |
| Ninguna problemática                                                                          | 54                              | 8.9                | 320                                | 66.6               | < 0.0005 |


**Figura 1.** Distrés psicosocial significativo y trastornos mentales en pacientes con cáncer de la muestra estudiada (N = 1,094).

**Cuadro 3.** Asociación entre edad, sexo, sitio de cáncer con la presencia de diagnósticos clínicos, otras condiciones y distrés significativo. N = 614

| Variable               | Diagnósticos Clínicos   |                        |                       |                            |                               |                    | Sin diagnósticos clínicos |                                       |                      |                       |                                                                       | Valor de p |
|------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|----------------------------|-------------------------------|--------------------|---------------------------|---------------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------|
|                        | Trastorno de Adaptación | Trastornos de Ansiedad | Trastornos Depresivos | Trastornos de Personalidad | Trastornos Mentales Orgánicos | Otros diagnósticos | CRAC*                     | Problemas de Relación Médico-Paciente | Ninguna problemática | Distrés Significativo | Ratio de probabilidades (odds ratio) para Distrés Significativo 95%IC |            |
|                        | %/n                     | %/n                    | %/n                   | %/n                        | %/n                           |                    | %/n                       | %/n                                   | %/n                  | %/n                   |                                                                       |            |
| <b>Edad</b>            |                         |                        |                       |                            |                               |                    |                           |                                       |                      |                       |                                                                       | < 0.005    |
| ≤ 60 jóvenes           | 28/171                  | 9/55.2                 | 4/25                  | 2.0/12                     | 0.6/4                         | 1.8/11             | 7.2/44                    | 2.1/13                                | 1.8/9                | 19 / 208              | 1.00                                                                  |            |
| ≤ 60 viejos            | 10/62                   | 6/36.8                 | 10/61                 | 1.4/9                      | 1.8/11                        | 2.6/16             | 3.2/20                    | 4.6/28                                | 3.9/20               | 37 / 406              | 0.78 (0.69-0.88)                                                      |            |
| <b>Sexo</b>            |                         |                        |                       |                            |                               |                    |                           |                                       |                      |                       |                                                                       | < 0.001    |
| Fem.                   | 22/135                  | 9.3/57                 | 9/55                  | 2.1/13                     | 0.9/6                         | 2.9/18             | 6.8/41                    | 5.1/31                                | 2.7/14               | 32 / 351              | 1.57 (1.28-1.77)                                                      |            |
| Masc.                  | 16/98                   | 5.7/35                 | 5/31                  | 1.3/8                      | 1.5/9                         | 1.5/9              | 3.6/23                    | 1.6/10                                | 3/15                 | 24 / 263              | 1.00                                                                  |            |
| <b>Sitio de cáncer</b> |                         |                        |                       |                            |                               |                    |                           |                                       |                      |                       |                                                                       | < 0.001    |
| Mama                   | 12.8/79                 | 2/12                   | 4.5/28                | 0.7/4                      | 0.3/2                         | 0.7/3              | 4/25                      | 2.6/16                                | 1.4/9                | 13 / 80               | 1.14 (0.97-1.54)                                                      |            |
| Cervicouterino         | 2.2/14                  | 1.6/10                 | 0.7/4                 | 0.5/3                      | 0.15/1                        | 0.5/3              | 5.5/34                    | 3.4/21                                | 1.1/7                | 6 / 37                | 1.31 (1.10-2.06)                                                      |            |
| Próstata               | 1.7/11                  | 1/6                    | 0.5/3                 | 0.3/2                      | 0.15/1                        | 0.3/2              | 2.6/16                    | 1.3/8                                 | 1.3/8                | 7 / 42                | 0.85 (0.61-1.14)                                                      |            |
| Pulmón                 | 4.5/28                  | 4.4/27                 | 1/6                   | 0                          | 0.3/2                         | 1/6                | 1.4/9                     | 1/6                                   | 2/12                 | 2 / 13                | 0.87 (0.69-1.29)                                                      |            |
| Colon                  | 2.6/16                  | 0.5/3                  | 1.1/7                 | 0.5/3                      | 0.4/3                         | 0.7/4              | 3.7/23                    | 0.4/13                                | 1.3/8                | 5 / 31                | 0.95 (0.79-1.63)                                                      |            |
| Otros                  | 3.4/21                  | 2/12                   | 1.8/10                | 0.3/2                      | 0.3/2                         | 1.1/7              | 6/36                      | 0.7/4                                 | 1.8/10               | 7 / 42                |                                                                       |            |
| Total                  | 27.5/169                | 11.5/70                | 9.4/58                | 2.3/14                     | 1.7/11                        | 4.3/25             | 23.3/143                  | 11/68                                 | 8.9/54               | 56 / 614              |                                                                       |            |
| Promedio               |                         |                        |                       |                            |                               |                    |                           | 43.2/265                              |                      | n = 1095              |                                                                       |            |
| Global                 |                         |                        | 56.8 %/349            |                            |                               |                    |                           |                                       |                      |                       |                                                                       |            |

\* Condiciones que no constituyen un trastorno mental pero que requieren atención clínica, de acuerdo con el DSM-IV-TR.

zan la frecuencia de trastornos psiquiátricos con un 27.5%; seguidos de trastornos de ansiedad (11.5%); luego de los trastornos depresivos (9.4%); después de los trastornos de la personalidad (2.3%); y finalmente de la existencia de algún trastorno mental orgánico (1.7%). En el rubro de otros trastornos se ubicó al 4.3 % de la muestra.

En contraste, el subgrupo de pacientes con Distrés No Significativo mostró porcentajes significativamente más bajos en todas las categorías diagnósticas, siendo la más elevada la de trastornos de adaptación (8%); luego los trastornos depresivos (5.7%) y los trastornos de ansiedad (5%) (*Cuadro 2*). En el subgrupo de pacientes sin diagnósticos clínicos (n = 265/43.2%), se encontró la existencia de una condición que sin constituir un trastorno mental requería atención o tratamiento (denominado CRAC como nombre abreviado) en 23.3%; la existencia de conflictos en la relación médico-paciente en 11%, y finalmente hubo un grupo especial que no mostró ninguna problemática constituido por 54 sujetos (8.9%) (*Cuadros 2 y 3*).

El análisis univariado permitió establecer que existe una relación estadísticamente significativa entre la presencia de Distrés Significativo y la presencia de Trastornos Clínicos en general (p < 0.0001), lo cual ocurre también para la presencia de trastornos de adaptación, de ansiedad y depresión, pero no así para los trastornos de personalidad y los trastornos mentales orgánicos, según se aprecia en el *cuadro 2*. Por otra parte, al considerar el rubro de condiciones no clínicas, las CRAC y los conflictos de relación médico-paciente fueron más prevalentes en pacientes con Distrés Significativo (p < 0.001) y la ausencia de problemática ocurrió significativamente más en el grupo de pacientes sin distrés significativo (p < 0.0005) (*Cuadro 2*).

Al establecer la correlación entre la presencia de distrés psicosocial con las variables de edad, sexo y presencia de trastornos mentales, se encontró una correlación significati-

va entre la presencia de distrés psicosocial significativo con las siguientes variables; edad menor de 60 años (p < 0.005), sexo femenino (p < 0.001), y presencia de enfermedad mental (p < 0.001) (*Cuadro 3*). El análisis univariado mostró significancia para la predominancia en pacientes menores de 60 años de trastornos de adaptación, trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad, así como de condiciones que no constituyen una enfermedad, pero que requieren atención clínica (CRAC); por otra parte, los pacientes mayores de 60 años tuvieron mayor predominancia de depresión, y reportaron más conflictos en la relación médico-paciente; asimismo, predominaron en el grupo sin problemática alguna. En cuanto al género, las mujeres mostraron significativamente mayor psicopatología, a excepción de que para la existencia de trastornos mentales orgánicos se encontró una mayor prevalencia en hombres (*Cuadro 3*).

Al considerar la frecuencia de trastornos mentales en relación con el sitio de cáncer, se encontró que los trastornos de adaptación predominan en pacientes con cáncer de mama (12.8%) y con cáncer de pulmón (4.5%); los trastornos de ansiedad ocurren mayormente en pacientes con cáncer de pulmón (4.4%) y luego en quienes padecen cáncer de mama (2%) y con la misma frecuencia en cáncer cervicouterino (2%); los trastornos depresivos se presentan principalmente en pacientes con cáncer de mama (4.5%), seguidos de quienes cursan con cáncer de colon (1.1%); para los trastornos de la personalidad y los trastornos mentales orgánicos no se observó una predominancia clara de acuerdo con el sitio de cáncer. Por otra parte, los pacientes que reportaron CRAC cursaban con cáncer cervicouterino (5.5%), cáncer de mama (4%) y cáncer de colon (3.7%); asimismo, los conflictos de relación médico-paciente se observaron con más frecuencia en pacientes con cáncer ginecológico (cervicouterino/3.4% y mama/2.6%). Dichas asociaciones fueron estadísticamente significativas de acuerdo con los intervalos de confianza que se señalan en el *cuadro 3*.

## Discusión

Las características de la muestra son similares a la de un estudio preliminar en la misma institución en el cual se describió la validación del Termómetro de Distrés (Almanza, Rosario y col., 2008).<sup>21</sup> Cabe señalar que a pesar de haber excluido a un porcentaje relevante (28.5%) por diversas razones, y en virtud de la estricta aplicación de los criterios de inclusión, la muestra estudiada fue significativa para representar al universo de pacientes oncológicos del centro médico estudiado. Las variables sociodemográficas no mostraron diferencias en comparación con otras muestras reportadas de estudios similares.<sup>1,3,4,7</sup>

De la muestra estudiada 56% reportó la presencia de Distrés Significativo, lo cual es menor al 61.8% encontrado en el estudio preliminar de esta línea de investigación,<sup>21</sup> asimismo, es más elevado que lo reportado por autores como Zabora (31%) (2001),<sup>2</sup> Pascoe (35%) (2000),<sup>24</sup> Dolbeault (38%) (2008),<sup>25</sup> Trask (50%) (2002),<sup>26</sup> muy similar al 59% descrito por Ozalp (2007),<sup>27</sup> y menor al 61.6% reportado por Graves (2007).<sup>28</sup>

Respecto a estas discrepancias y similitudes, es importante considerar las diferencias metodológicas y transculturales (Australia, Estados Unidos de América, Francia, etc., vs. México), así como el avance en la implementación del modelo de psicooncología en dichos países. Este estudio demostró una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de distrés psicosocial y la presencia de algún trastorno mental, lo cual es congruente con lo señalado por otros autores bajo distintas perspectivas de abordaje y de categorización diagnóstica.<sup>5,11,12</sup>

En forma global 56.8% de la muestra cursó con un trastorno clínico psiquiátrico, lo cual es mayor que lo reportado por Derogatis (1998),<sup>12</sup> y que lo reportado por Miovic y Block (2007)<sup>17</sup> que fue de 50%. La mayor prevalencia encontrada en nuestro estudio puede explicarse por una mayor detección de trastornos clínicos merced al uso de instrumentos de tamizaje como es el Termómetro de Distrés, que permite una detección más eficiente y temprana de los trastornos clínicos.

La prevalencia de trastornos mentales en el subgrupo de pacientes con Distrés Significativo, encontrada en este trabajo está encabezada por los trastornos de adaptación con 27.5%, lo cual es algo mayor que la reportada por Kugaya (1998)<sup>14</sup> que fue de 23.4%; más baja que la reportada por Uchitomi (2001)<sup>15</sup> de 34%; dentro del rango de 11% a 35% descrito por Miovic y Block (2007);<sup>17</sup> y muy cercana a la reportada por Jacobsen (2005)<sup>4</sup> y Strong (2007) de 30 a 40%.<sup>6</sup>

Los trastornos de ansiedad mostraron una prevalencia de 11.5%, en forma similar a Zabora (2001)<sup>2</sup> que reportó 12%, y a otros investigadores<sup>4,6</sup> de 11 a 17%, pero menor que 24% señalado por Pascoe y cols. (2000),<sup>24</sup> y que 25% descrito y por Almanza, Breitbart y Holland (2005).<sup>16</sup> Los trastornos depresivos ocurrieron en 9.4% de los pacientes, cifra un poco mayor a la de 7% reportada por Zabora (2001),<sup>2</sup> pero más baja que la referida por Kugaya (13.3 %) (1998),<sup>14</sup> por Uchi-

tomi (14%) (2001),<sup>15</sup> Pascoe (19%) (2000),<sup>24</sup> por Levine (56%) (1978),<sup>11</sup> por Miovic y Block (2007)<sup>17</sup> quienes reportan depresión en un rango de 5 a 26% para pacientes con cáncer avanzado; y mucho menor para lo reportado en pacientes con dolor por cáncer (62%) (Almanza, Breitbart y Holland, 2005).<sup>16</sup> Asimismo, nuestro reporte es algo menor que el reportado por Jacobsen (2005)<sup>4</sup> y Strong (2007) de 13 a 20%.<sup>6</sup>

Los trastornos de la personalidad (2.3%) y la existencia de algún trastorno mental orgánico (1.7%) mostraron una prevalencia baja, similar a la de la población general y similar a la reportada por otros autores en el campo de la Psico-Oncología.<sup>9,11,12</sup>

Los hallazgos relativos al subgrupo de pacientes sin diagnósticos clínicos no pueden contrastarse con otros estudios, ya que ninguno de los revisados para la realización de este trabajo ha publicado datos relativos a condiciones que no constituyen un trastorno mental, pero que requieren atención clínica, ni lo referente a la existencia de conflictos de relación médico-paciente, menos aún los subgrupos de pacientes que no muestran ninguna problemática, sino que se concretan a describir los hallazgos psicopatológicos.

Mención particular merece el grupo especial de 54 sujetos (8.9%) que no mostró ninguna problemática y que pudiera corresponder a personas con una madurez emocional y una excepcional adaptación al cáncer, por lo que un grupo similar merece mayor estudio y seguimiento, lo cual se considerará para el diseño de estudios ulteriores en la presente línea de investigación.

La asociación entre el distrés y la presencia de enfermedad mental reportada aquí ha sido descrita por otros autores, siendo consistente un mayor riesgo de enfermedad mental en razón directa a la existencia de distrés significativo, edad menor de 60 años, sexo femenino, y determinados sitios de cáncer,<sup>6,9,11</sup> predomina en nuestro estudio el cáncer de mama y el cáncer de pulmón como los que más se asocian a distrés emocional, así como a depresión y ansiedad. Cabe señalar que las cifras encontradas muestran diferencias variables con otros estudios, lo cual probablemente obedece a diferencias metodológicas y a los distintos momentos de los correspondientes estudios.

Considerando la perspectiva de la aplicación clínica de los presentes datos, es importante puntualizar que la significativa correlación observada entre la existencia de distrés psicosocial significativo y la presencia de trastornos mentales, así como la predominante ausencia de enfermedad mental en el grupo de gente que no reportó distrés psicosocial, implica que entre más oportuna y tempranamente se detecte el distrés psicosocial, se podrá incidir en la disminución de las cifras de psicopatología. Asimismo, determinadas medidas tempranas de psicoeducación y el uso de técnicas apropiadas para comunicar malas noticias (elementos que abaten el distrés psicosocial en cáncer), contribuirán a incrementar el porcentaje de pacientes sin distrés significativo y a reducir el de aquellos que desarrollan enfermedad mental.

La aplicación clínica de lo señalado es contundente y fundamentada por éste y muchos otros estudios,<sup>1-5,24-27</sup> debe ser muy seriamente considerada por cada oncólogo médico o quirúrgico y por cada miembro del equipo oncológico, pues la medida básica es bastante sencilla y consiste en que todo paciente diagnosticado o en estudio por cáncer, se explore el distrés psicosocial mediante la aplicación del Termómetro de Distrés, instrumento disponible en una comunicación previa,<sup>21</sup> procediendo a canalizarlo cuando reporte un puntaje de 4 o mayor. Algunos autores,<sup>24,25,27</sup> entre ellos quienes escriben este reporte, recomiendan también canalizar a aquellos pacientes que reporten un puntaje de cero absoluto, a fin de descartar alexitimia (falta de palabras para expresar afectos). Asimismo, es perfectamente posible ampliar la aplicación del Termómetro de Distrés a la familia del paciente.

### Limitaciones

Estos hallazgos deben ser considerados en el contexto de una serie de limitaciones de diversa categoría, a saber: La primera categoría corresponde a la muestra de pacientes, la cual estuvo constituida por enfermos referidos para consulta de Enlace por Psico-Oncología y captados por las actividades de Enlace del programa; sin embargo, la captación no correspondió en forma sistemática y estructurada a todos los pacientes atendidos en Psico-Oncología, debido a que el concepto de Enlace y la detección oportuna de distrés psicosocial y por ende de trastornos mentales en cáncer está aún en fase de integración y existe todavía resistencia para ello en ciertas áreas y a ciertos niveles del servicio de oncología.

La segunda categoría consiste en que, la frecuencia de los subtipos de cáncer no puede considerarse como representativa en razón del modo en que se conformó la muestra, lo cual lamentablemente también es aplicable en cierto modo a la frecuencia de trastornos mentales. Una tercera categoría se refiere a las diferencias que existen en los diferentes estudios en relación con la concepción del término de distrés, mismo que a pesar de haber sido reconocido ampliamente por la Red Nacional Integral de Cáncer de Estados Unidos de América,<sup>29</sup> todavía no constituye un estándar, por lo cual existen ciertas diferencias en su exploración, definición y categorización.

No obstante dichas limitaciones, y con base en las similitudes y consistencias con otros reportes de diversas partes del mundo, referidos, contrastados y discutidos en este trabajo, consideramos que nuestros resultados aportan una visión global sobre la forma en que la enfermedad mental tiene lugar en los pacientes con cáncer del centro médico estudiado y se constituyen como un avance en la línea de investigación de cáncer y enfermedad mental.

### Conclusiones

El Distrés Psicosocial significativo se presenta en 56.8% de los pacientes con cáncer, de los cuales en 56.8% se diagnostica algún trastorno mental, predominantemente trastornos de adaptación (27.5%), los trastornos de ansiedad

(11.5%), y los trastornos depresivos (9.4%); lo cual afecta más a aquellos con cáncer de mamá o cáncer de pulmón.

Es importante proseguir con la presente línea de investigación, incorporando los avances en la Clinimetría del distrés en cáncer,<sup>30</sup> la medición de otros indicadores tales como la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión,<sup>31</sup> la ampliación de la exploración clínica mediante la aplicación de la entrevista psiquiátrica estructurada y no sólo semiestructurada a fin de garantizar una mayor consistencia y validez; del mismo modo es importante estudiar otros grupos clínicos tales como los cuidadores informales de pacientes con cáncer,<sup>32</sup> además de formular estudios de seguimiento para incluir la evaluación de la supervivencia y la calidad de vida.<sup>33</sup>

Finalmente y siguiendo lo enunciado por Stanton (2006),<sup>34</sup> es preciso enfatizar la creciente importancia de que la atención del paciente oncológico sea verdaderamente integral y contemple en forma sistemática y mas allá de cualquier sesgo, la cuidadosa evaluación, detección, tratamiento y seguimiento de los aspectos psicosociales bajo la adecuada integración multidisciplinaria de los diversos profesionales de la salud que confluyen en la atención de Psiquiatría de Enlace y Psico-Oncología, con el propósito de contribuir a la meta formulada, aceptada y comprometida a nivel mundial de que EN TODO PACIENTE CON CÁNCER SE DETECTE Y EN SU CASO, SE ATIENDA EL DISTRÉS PSICOSOCIAL, para evitar sufrimiento emocional innecesario, y de ese modo contribuir a elevar la calidad de vida en la atención de los pacientes y sus familias a través de un abordaje integral, profesional y compasivo.

### Referencias

1. Carroll BT, Kathol R, Noyes R, et al. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital anxiety and depression scale. *Gen Hosp Psychiatry* 1993; 15: 69-74.
2. Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of distress by cancer site. *Psycho-Oncol*. 2001; 10: 19-28.
3. Carlson LE, Bultz BD. Cancer distress screening. Needs, models, and methods. *J Psychosom Res* 2003; 55(5): 403-9.
4. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, et al. Screening for psychological distress in ambulatory cancer patients. *Cancer* 2005; 103: 1494-502.
5. Holland JC, Anderson B, et al. NCCN Guidelines for Distress Management. *JNCCN* 2007; 5: 66-98.
6. Strong, V, Waters, R, Hibberd, C, et al. Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh Cancer Centre symptom study. *Br J Cancer* 2007; 96: 868.
7. Holland J, Almanza MJJ. Giving Bad News-Is there a kinder, gentler way? Editorial. *Cancer (Interdisciplinary Journal of the American Cancer Society)* 1999; 86(5): 206.
8. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer* 2005; 104(12): 2872-81.
9. Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al. *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press; 1998.
10. Almanza MJJ, Holland J. Psico-oncología, estado actual y perspectivas futuras. *Rev. Inst. Nal. Cancerología*, 2000; 46 (3): 196-206.
11. Levine PM, Silberfarb PM, Lipowski ZJ. Mental disorders in cancer patients, a study of 100 psychiatric referrals. *Cancer* 1978; 42: 1385-91.
12. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting D, et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-7.

13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition (DSM-II). Washington, D.C. American Psychiatric Association; 1968.
14. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Okamura H, Uchitomi Y. Screening for Psychological Distress in Japanese Cancer Patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 1998; 28(5): 333-8.
15. Uchitomi Y, Akechi T, Nakano T, Okamura H, Ueda S, Akizuki N, et al. Psychiatric Disorders in Cancer Patients: Descriptive Analysis of 1721 Psychiatric Referrals at Two Japanese Cancer Center Hospitals. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2001; 31(5): 188-94.
16. Almanza MJJ, Breitbart W, Holland J. Trastornos mentales en una población de pacientes oncológicos ambulatorios con dolor relacionado con el cáncer. *Rev Neurol Neurocir Psiq* 2005; 38(4): 123-8.
17. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* 2007; 110(8): 1665-76.
18. Alvarado AS. Psicooncología en México (perspectiva histórica). *Instituto Nacional de Cancerología de México GAMO* 2004; 3: 3-14.
19. Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología* 2004; 1(2-3): 211-30.
20. Gil Moncayo FL, Gema Costa RG, Pérez FJ, Salameiro M, Sánchez N, Sirgo A. Resumen de adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica* 2008; 130(3): 90-2.
21. 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(5): 209-17.
22. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 1995.
23. Williams JB, Gibbon M, First MB, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 630-6.
24. Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney Hospitals. *Aust N Z J Psychiatr* 2001; 34: 785-91.
26. Dolbeault S, Bredart A, Mignot V, Hardy P, et al. Screening for psychological distress in two French cancer centers: feasibility and performance of the adapted distress thermometer. *Palliat Support Care* 2008; 6(2): 107-17.
26. Trask PC, Paterson A, Riba M, Brines B, Griffith K, Parker P, Weick J, Steele P, Kyro K, Ferrara J. Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplant* 2002; 29(11): 917-25.
27. Ozalp E, Cankurtaran ES, Soygür H, Geyik PO, Jacobsen PB. Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psychooncology* 2007; 16(4): 304-11.
28. 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(2): 215-24.
29. National Comprehensive Cancer Network. Distress management clinical practice guidelines. *J Natl Comp Cancer Network* 2003; 1: 344-74.
30. Vitek L, Rosenzweig MQ, Stollings S. Distress in patients with cancer: definition, assessment, and suggested interventions. *Clin J Oncol Nurs* 2007; 11(3): 413-8.
31. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Screening for adjustment disorders and major depressive disorders in cancer in-patients. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 79-83.
32. Vanderwerker LC, Laff RE, Kadan-Lottick NS, McColl S, and Prigerson HG: Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use Among Caregivers of Advanced Cancer Patients. *JCO* 2005: 6899-907. First published on Aug 29 2005; 10.1200/JCO.2005.01.370
33. Brown KW, Levy AR, Rosberger Z, Edgar L. Psychological Distress and Cancer Survival: A Follow-Up 10 Years After Diagnosis. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 636-43.
34. Stanton AL. Psychosocial Concerns and Interventions for Cancer Survivors. *Journal of Clinical Oncology* 2006; 24(32): 5132-7.

