

Depresión en el paciente oncológico en Quito, Ecuador

LEONARDO DAVID VILLACRÉS-MONTESDEOCA^{1*}, NELSON VILLARROEL¹, MARIUXI QUINDE², EVELYN SILVA³ Y ARMANDO CAMINO⁴

¹Posgrado de Oncología Clínica, Universidad Central del Ecuador; ²Médico residente; ³Doctora en Psicología Clínica-Cuidados Paliativos; ⁴Doctor en Psiquiatría. Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala, Quito, Ecuador

RESUMEN

Introducción: Para la mayoría de las personas hablar de cáncer significa mortalidad y adentrarse en un mundo de procedimientos cruentos que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar, lo que conlleva cambios del estrés emocional, principalmente depresión. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal de pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología Clínica del Hospital Solón Espinosa Ayala (SOLCA-Quito), tanto en pacientes oncológicos como paliativos, durante los meses de marzo a julio del año 2018, los cuales fueron evaluados con el cuestionario PHQ-9. **Resultados:** Llama la atención que sólo el 10% de los individuos encuestados no presentaran depresión, mientras que el resto sí presentó algún grado de depresión. **Discusión:** El paciente oncológico requiere un equipo integrado de manejo, tanto oncológico como para conllevar los problemas emocionales que acarrea esta enfermedad.

Palabras clave: Cáncer. Paliativo. Depresión. Quito. PHQ-9.

Correspondencia:

*Leonardo David Villacrés-Montesdeoca
E-mail: davidvillacs@gmail.com

Recibido para su publicación: 26-11-2018
Aceptado para su publicación: 05-12-2018

ABSTRACT

Introduction: For most people speaking of cancer means mortality, entering a world of bloody procedures that affect both the patient and his family environment, which leads to changes in emotional distress; mainly depression. **Method:** A cross-sectional descriptive study of patients hospitalized at the Clinical Oncology Service of the Hospital "Gral. Solón Espinosa Ayala" SOLCA-QUITO, both oncological and palliative patients during the months of March to July of 2018, in whom the PHQ-9 questionnaires was evaluated. **Results:** It is striking that 10 % of the individuals surveyed did not present depression while the rest had some degree of depression. **Discussion:** The oncologic patient requires an integrated management team both oncological and to cope with his emotional problems caused by this disease. (J CANCEROL. 2018;5:111-7)

Corresponding author: Leonardo David Villacrés-Montesdeoca, davidvillacr@s@gmail.com

Key words: Cancer. Palliative. Depression. Quito. PHQ-9.

INTRODUCCIÓN

Para Cano, hablar de cáncer significa mortalidad, tratamientos invasivos y adentrarse en un mundo de procedimientos cruentos que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar¹. En consecuencia, según M. Davis, et al., el distrés emocional se considera el sexto signo vital del paciente oncológico, tomando en cuenta que los cinco previos son: temperatura, presión, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y dolor. Esto define la importancia relevante de tomar en cuenta el ámbito emocional en el paciente oncológico y no dejarlo de lado²⁻⁷.

El distrés psicológico acarrea afectaciones en la calidad de vida y conlleva impactos negativos en el tratamiento y un elevado riesgo en la mortalidad^{8,9}. En consecuencia, en el momento de abordar un paciente oncológico con depresión es importante tomar en cuenta su evaluación psiquiátrica y el aporte de medicación antidepressiva, junto con las interacciones importantes con la medicación oncológica¹⁰.

La *Partnership guideline, Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the Adult Cancer*

Patient sugiere un *screening* diagnóstico al inicio del tratamiento, durante el intervalo del tratamiento y al finalizarlo, así como después del tratamiento en el periodo libre de enfermedad y en el momento de pasar a cuidados paliativos, sin olvidarse de evaluar, en lo posible, a su entorno familiar y a este grupo después de la muerte. De ahí la necesidad de utilizar una herramienta que ofrezca la posibilidad de realizar un diagnóstico temprano de depresión y ansiedad, sabiendo direccionar al paciente con cáncer hacia una psicoprofilaxis o buen cuidado de su salud mental¹¹.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología Clínica, tanto en manejo oncológico como en cuidado paliativo, durante los meses de marzo a julio de 2018.

Los datos se analizaron mediante los programas estadísticos SPSS y Excel Microsoft 2010.

Como herramienta de valoración de la depresión, la Sociedad Americana de Oncología Clínica, el Colegio Americano de Comisión de Cirujanos sobre

el Cáncer y la *National Comprehensive Cancer Network* han emitido recomendaciones para la evaluación y el diagnóstico de los trastornos de depresión en base a las directrices de la práctica canadiense¹¹.

Una de las herramientas recomendables para detectar la depresión es la PHQ-9, que nos ayuda a clasificarlos en los siguientes niveles: mínima, leve, moderada y severa.

Este cuestionario debe ir acompañado de una historia clínica detallada y un examen físico con el fin de discernir factores externos contribuyentes, como estilo de vida, esteroides, alcohol, cafeína, nicotina...

En los pacientes de este estudio se descartaron las alteraciones con respecto a la medición de electrolitos, biometría hemática y perfil hormonal (tiroides y suprarrenales), y se recogieron los datos de acuerdo a su estadificación según la AJCC (7.^a edición). En total, había dos pacientes de próstata con estadificación de Whitmore-Jewett, pacientes que se encontraban en estadiaje, pacientes que fueron tratados en otra institución y

de los que no disponíamos de su estadificación y, por último, pacientes con estadificación particular para enfermedades hematológicas.

Los pacientes que aceptaron rellenar la herramienta PHQ-9 firmaron un consentimiento informado del mismo, y los que tenían menos de 18 años sólo lo rellenaron si uno de los padres lo autorizó.

RESULTADOS

Se realizó en estudio descriptivo en 168 individuos: 50 hombres y 118 mujeres, cuyas edades comprendían entre los 16 y los 87 años, con tumores sólidos y hematológicos. Entre ellos se pudo apreciar una mayor incidencia de depresión en los que tenían diagnóstico de cáncer de mama, cérvix, linfomas, cánceres gástricos y de colon. Para facilitar el estudio, los pacientes fueron divididos en dos grupos: los que tenían tumores sólidos (147 [87.5%]) y los que padecían tumores hematológicos (21 [12.5%]). Con respecto al estadio clínico, se aprecia que los pacientes en estadios III y IV corresponden al mayor grupo de pacientes (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis descriptivo general de grupo poblacional

Variable		n	%	Media/Z
Sexo	Hombre	50	29.8	
	Mujer	118	70.2	
	Total	168	100	
Edad	Mínima	16		52.89/15.70
	Máxima	87		
Tipo de tumor	Anal	3	1.8	
	Cabeza y cuello	4	2.4	
	Basocelular	1	0.6	
	Cérvix	38	22.6	
	Colon	16	9.5	
	Desconocido	1	0.6	
	Desmoide	1	0.6	
	Doble primario	4	2.4	
	Endometrio	1	0.6	
	Epiplón	1	0.6	
	Esófago	2	1.2	

(continúa)

Tabla 1. Análisis descriptivo general de grupo poblacional (*continuación*)

Variable		n	%	Media/Z
Tipo de tumor	Gástrico	12	7.1	
	Germinal	4	2.4	
	Laringe	1	0.6	
	Lengua	3	1.8	
	Linfoma	14	8.3	
	LLC	2	1.2	
	LMA	3	1.8	
	Mama	21	12.5	
	Melanoma	2	1.2	
	Mieloma	1	0.6	
	Ovario	2	1.2	
	Páncreas	2	1.2	
	Próstata	3	1.8	
	Pulmón	3	1.8	
	Renal	1	0.6	
	Sarcoma	8	4.8	
	Seminoma	1	0.6	
	SMD	1	0.6	
	Astrocitoma	2	1.2	
	Tiroides	4	2.4	
	UGE	1	0.6	
	Vejiga	2	1.2	
	Vesícula	1	0.6	
Vía biliar	2	1.2		
	Total	168	100	
Tipo de tumor	Sólido	21	12.5	
	Hematológico	147	87.5	
	Total	168	100	
Estadio clínico	Perdidos	11	6.5	
	D2	2	1.2	
	En estadificación	12	7.1	
	I	6	3.6	
	II	22	13.1	
	III	44	26.2	
	IV	67	39.9	
	M5	2	1.2	
	Desconocido	2	1.2	
		Total	168	100
Momento de la enfermedad	Descartar progresión	1	0.6	
	<i>De novo</i>	86	51.2	
	Persistencia	5	3	
	Progresión	59	35.1	
	Recaída	17	10	
		Total	168	100
Momento del tratamiento	Primera línea	64	38.1	
	Segunda línea	28	16.7	
	Tercera línea	9	5.4	
	Cuarta línea	3	1.8	
	No inicia	20	11.9	
	Paliativo	41	24.4	
	Radioterapia	3	1.8	
		Total	168	100

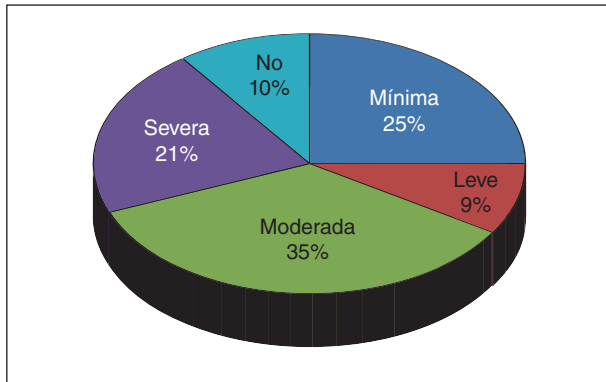


Figura 1. Niveles de depresión en general en pacientes con cáncer.

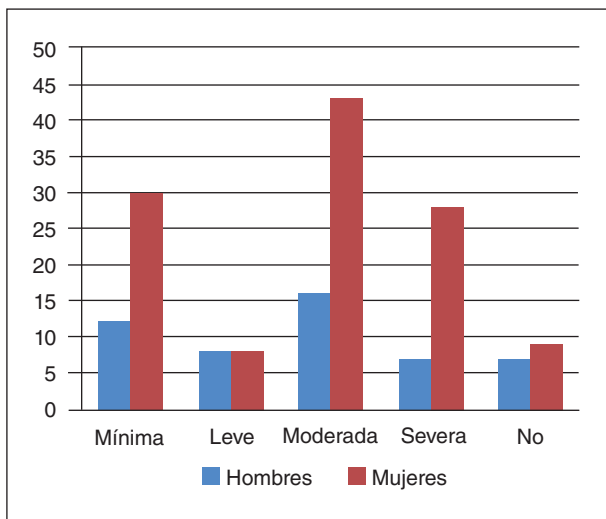


Figura 2. Niveles de depresión por sexo.

Al analizar todos estos datos, se llegó a la conclusión de que sólo un 9.52% de los pacientes no presentaba depresión, mientras que el resto sí mostraba algún grado de depresión (Fig. 1). Con respecto a los niveles de depresión entre hombres y mujeres, se apreció que las mujeres presentaban niveles mayores de depresión en relación con los hombres (Fig. 2).

También quedó claro que los pacientes en estadios III y IV presentaron mayores niveles de depresión (Fig. 3) y que, si se analiza el nivel de depresión de acuerdo con el momento del tratamiento, puede apreciarse que los mayores niveles

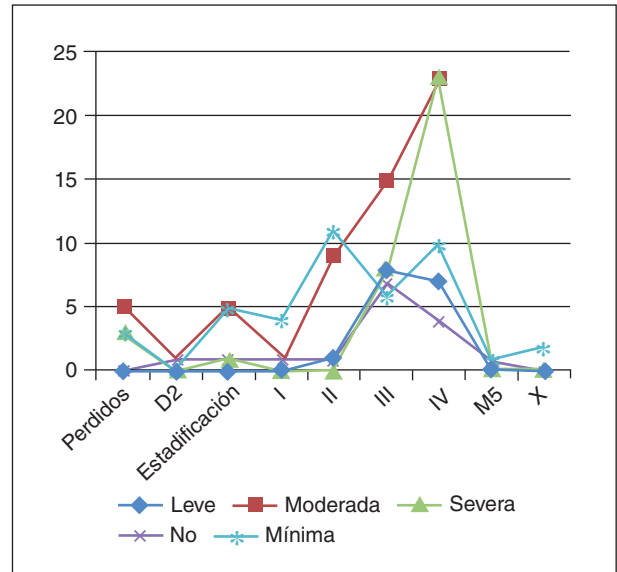


Figura 3. Niveles de depresión en relación con el estadio clínico.

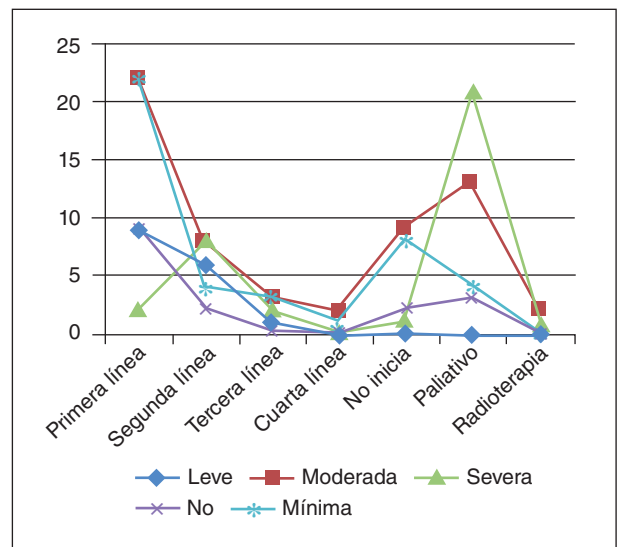


Figura 4. Niveles de depresión en relación con el tratamiento.

de depresión se hallan al inicio del mismo y en el momento de pasar a cuidados paliativos (Fig. 4).

DISCUSIÓN

La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una

pérdida de interés por realizar diferentes actividades, afecta a pensamientos y comportamiento, y acarrea problemas físicos y emocionales que afectan a la calidad de vida de los que la padecen¹²⁻¹⁴.

Los desórdenes mentales en el paciente oncológico varían de acuerdo con la edad, sexo, variedad (tumor sólido o hematológico) y manejo paliativo. Según Mitchell, et al.¹⁵, autores del mayor metaanálisis realizado de acuerdo a los desórdenes mentales en los pacientes con cáncer, la prevalencia de depresión en ellos es del 24.6%. Quizá uno de los primeros estudios de depresión en pacientes terminales es el propuesto por Celi en la ciudad de Loja (Ecuador), en el cual reporta un 28% de niveles de depresión en su grupo de pacientes¹⁶. En cambio, en nuestro trabajo demostramos que el 90% de los pacientes tiene algún grado de depresión, lo que implica que la escala de PHQ-9 es más sensible y específica para captar este grupo de pacientes, por lo que se les puede llevar a un tratamiento pronto y prioritario.

Un estudio realizado en Alemania con una muestra de 517 pacientes demostró dos veces mayores riesgos de alteración de estrés emocional en mujeres que en hombres¹⁷, hallazgo similar al demostrado en nuestra investigación. Para McHenry, las gónadas pueden ser un factor importante en esta disparidad, dado que las mujeres son más propensas a experimentar alteraciones del ánimo durante el flujo menstrual¹⁸, sumándose a esto los cambios estéticos por mutilaciones o afectaciones en sus órganos sexuales en un cáncer de cérvix, por ejemplo, así como también la carga emocional de ser la persona que vela por el cuidado de los hijos¹⁹⁻²⁴.

Se puede apreciar de manera considerable un importante nivel de depresión en nuestra institución, el cual aumenta en el momento de la progresión de la enfermedad y al pasar al Servicio de Cuidados Paliativos, de ahí la importancia de

ofrecer al paciente oncológico un tratamiento integral ajustado a las necesidades de su psiquis personal, el requerimiento de ayuda de psicología-psiquiatría y material de soporte en la institución para disminuir los niveles de depresión que padecen los pacientes en su hospitalización.

A modo de resumen, consideramos que el paciente oncológico requiere una ayuda integral importante para saber cómo conllevar su enfermedad y que es importante tener conocimiento de que el manejo de antidepresivos puede interactuar tanto con los antieméticos como con el tratamiento oncológico, por lo que el equipo de psiquiatría debe apoyarse de psicología para brindar el mejor tratamiento a este grupo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cano A. Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*. 2005;2:71-80.
2. Simon AE, Palmer SC, Coyne JC. Cancer and depression. En: Steptoe A, editor. *Depression and physical illness* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p. 211-37. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/CBO9780511544293A018/type/book_part
3. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: Mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*. 2003.
4. Davis M. Gender differences in p-glycoprotein: drug toxicity and response. *J Clin Oncol* [Internet]. 2005;23(26):6439-40. Disponible en: <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2005.01.9232>
5. Vázquez OG, Avitia MAA, Aguilar SA. Anxiety, depression and coping in patients with testicular cancer treatment and follow-up period. [Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y período de seguimiento]. 2013.
6. Reiche EMV, Nunes SOV, Morimoto HK. Stress, depression, the immune system, and cancer. *Lancet Oncology*. 2004.
7. Rico JL, Restrepo M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Av Medición*. 2005.
8. Chung J, Ju G, Yang J, Jeong J, Jeong Y, Choi MK, et al. Prevalence of and factors associated with anxiety and depression in Korean patients with newly diagnosed advanced gastrointestinal cancer. 2017.
9. Hawkins NA, Soman A, Buchanan Lunsford N, Leadbetter S, Rodríguez JL. Use of medications for treating anxiety and depression in cancer survivors in the United States. *J Clin Oncol* [Internet]. 2017;35(1):78-85. Disponible en: <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2016.67.7690>
10. McFarland DC, Johnson Shen M, Harris K, Mandeli J, Tiersten A, Holland J, et al. ReCAP: would women with breast cancer prefer to receive an antidepressant for anxiety or depression from their oncologist? *J Oncol Pract* [Internet]. 2016;12(2):172-4. Disponible en: <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JOP.2015.006833>
11. Andersen BL, DeRubeis RJ, Berman BS, Gruman J, Champion VL, Massie MJ, et al. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an American Society of Clinical Onco-

- logy Guideline Adaptation. *J Clin Oncol* [Internet]. 2014;32(15):1605-19. Disponible en: <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2013.52.4611>
12. First MB. *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico* [Internet]. IV. Pichot P, editor. Washington, D.C; 1995.
 13. Vázquez OG, Benjet C, García FJ, Castillo ER, Rosas AR, Aguilar Ponce JL, et al. Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in a Mexican population of cancer patients. [Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos]. *Salud Mental*. 2015;38(4):253-8.
 14. Caro-Elena I. *The Hospital Scale of Anxiety and Depression: Its practical utility in health psychology. [La escala hospitalaria de ansiedad y depresión: su utilidad práctica en psicología de la salud]*. 1992.
 15. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* [Internet]. 2011;12(2):160-74. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S147020451170002X>
 16. Celi L. Evaluación del bienestar espiritual de pacientes en fase terminal en los hospitales Manuel Ygnacio Monteros, Isidro Ayora e Instituto del Cáncer Solca de la ciudad de Loja, período junio 2013 - marzo 2014. [Internet]. Universidad Técnica Particular de Loja; 2015. Disponible en: http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/13293/1/Celi_Cueva%2C_Luis_Eduardo-tesis.pdf
 17. Harter M. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer*. 2001;37:1385-93.
 18. McHenry J, Carrier N, Hull E, Kabbaj M. Sex differences in anxiety and depression: Role of testosterone. *Front Neuroendocrinol* [Internet]. 2014;35(1):42-57. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091302213000575>
 19. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *Journal of the National Cancer Institute. Monographs*. 2004.
 20. Krebber AMH, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, de Bree R, Leemans CR, et al. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology*. 2014.
 21. Reich M, Lesur A, Perdrizet-Chevallier C. Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2008.
 22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Current depression among adults-United States, 2006 and 2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2010;59(38):1229-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20881934>
 23. PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board. Depression (PDQ®): Patient Version. *PDQ Cancer Information Summaries*. 2002.
 24. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2008;9(1):46-56. Disponible en: <http://www.nature.com/articles/nrn2297>