

Trabajo original

## Prevalencia y factores asociados a la depresión mayor en pacientes con cáncer avanzado en Atención Primaria

**Enric Aragonès<sup>1</sup>, Anna Aresté<sup>1</sup>, Manuel Esteban<sup>2</sup>, Sara Osanz<sup>3</sup>, Rosa Maria<sup>1</sup> Masdéu, Josep Lluís Piñol<sup>4</sup>**

1 Centro de Atención Primaria de Constantí (ICS)

2 PADES Reus (SAGESSA)

3 PADES Tarragona (GiPSS).

4 Unitat de Suport a la Recerca Tarragona-Reus (ICS).

Correspondencia:

**Dr. Enric Aragonès Benaiges**

Dirección electrónica: earagones.tarte.ics@gencat.cat

Centre d'Atenció Primària de Constantí

(Constantí)

Publicado: 1 de diciembre del 2008

Butlletí 2008,26:11

Este artículo está disponible en:

[http://butlleti.camfic.org/Volum\\_26/TO\\_Depressio\\_Cancer\\_CAST.aspx](http://butlleti.camfic.org/Volum_26/TO_Depressio_Cancer_CAST.aspx)

Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

## Resumen

**INTRODUCCIÓN:** El énfasis de las curas paliativas está en la mejora de la calidad de vida del paciente y pocas condiciones están tan consistentemente ligadas a la pérdida de calidad de vida como la depresión y el malestar psicológico.

**OBJETIVOS:** Determinar la prevalencia i els factors associats a la presència de depressió major en pacients amb càncer avançat atesos en atenció primària.

**DISEÑO:** estudio transversal

**PACIENTES Y UBICACIÓN:** pacientes con cáncer en estadio terminal atendidos en atención primaria en el Ámbito de Atención Primaria Tarragona-Reus.

**PROCEDIMIENTOS:** Entrevista estandarizada para determinar el diagnóstico de depresión mayor más una serie de cuestionarios que incluyen la evaluación del malestar psicológico (Hospital Anxiety and Depression Scale), autonomía del paciente (Karnofsky Performance Scale), calidad de vida (EORTC QLQ-C30), tratamientos, tipo y estadio del cáncer, síntomas, preocupaciones del paciente y apoyo social (Duke-UNK Functional Social Support Questionnaire).

**RESULTADOS:** La prevalencia de depresión mayor en pacientes con cáncer avanzado es del 37,2% (IC95%: 23,8-52,3). La presencia de depresión mayor se asocia a limitaciones funcionales, peores medidas en varias dimensiones de calidad de vida, preocupaciones existenciales varias más acentuadas y a una peor percepción del apoyo social.

**DISCUSIÓN:** Se constata la existencia de un cuadro multidimensional (clínico, social, existencial...) de aspectos subyacentes a la depresión en pacientes con cáncer avanzado. Parece razonable proponer un abordaje asistencial global, dirigido a las diversas áreas afectadas concomitantemente a la depresión.

**PALABRAS CLAVE:** Neoplasias, Enfermo Terminal, Curas Paliativas, Trastorno Depresivo, Atención Primaria de Salud

## PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS TO MAJOR DEPRESSION IN PATIENTS WITH ADVANCED CANCER IN PRIMARY CARE

### Summary

**INTRODUCTION:** The value of palliative care is in the quality of life improvement and depression and psychological discomfort are one of the conditions more firmly related with a decline of quality of life.

**OBJECTIVES:** To determine the prevalence and associated factors to the presence of major depression on patients with extended cancer in primary care.

**METHODOLOGY**

**DESIGN:** Cross-sectional study

**PATIENTS AND SETTING:** patients with cancer at a terminal stage that are attended in primary care at Tarragona-Reus.

**PROCEDURES:** standardized interview to determine major depression and several other questionnaires that include assessment of psychological discomfort (Hospital Anxiety and Depression Scale), patient autonomy (Karnofsky Performance Scale), quality of life (EORTC QLQ-C30), treatments, type and stage of the cancer, symptoms, patients' worries and social support (Duke-UNK-Functional Social Support Questionnaire).

**RESULTS:** The major depression prevalence in patients with advanced cancer is 37.2% (95% CI: 23.8-52.3). Major depression is associated with functional limitations, worse measures in a variety of dimensions of quality of life, more life and existential worries and worse social support estimation.

**DISCUSSION:** we observe the existence of a multidimensional pattern (clinical, social, existential ...) of underlying conditions to depression on patients with advanced cancer. It seems sensible to plan a comprehensive care to these patients in order to deal with the different features associated to depression.

**KEY WORDS:** Cancer, palliative care, Depression disorders, Primary Care

### Introducción

El cáncer es una enfermedad que genera un gran impacto psicológico en los pacientes. Se han publicado varios estudios, habitualmente en unidades oncológicas o de cures paliativas ligadas al ámbito hospitalario, para cuantificar la prevalencia de malestar psicológico y de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer avanzado. Estos estudios muestran una gran variabilidad en las tasas de prevalencia de los trastornos depresivos, de 5,6% a 32%<sup>1, 2</sup>. Los motivos de esta variabilidad son varios y pueden incluir el uso de criterios e instrumentos diagnósticos diferentes, selección de los pacientes en ámbitos diversos (hospitalarios, ambulatorios) y en diferentes estadios evolutivos y también a la relativa escasa medida de las muestras estudiadas.

El énfasis de la atención a los enfermos terminales se debe situar en la mejora de calidad de vida del paciente con una actitud activa en la prevención y el manejo de los síntomas; y pocas condiciones están tan consistentemente ligadas a la pérdidas de calidad de vida como la depresión y el malestar psicológico. En los pacientes con cáncer avanzado la depresión y el malestar psicológico tienen un grave impacto negativo en su calidad de vida<sup>3</sup>, como causa de sufrimiento<sup>4</sup>, de deseo de morir, en las demandas de eutanasia o de suicidio asistido<sup>5, 6</sup> y ser causa de suicidio consumado<sup>7</sup>. Además, el sufrimiento psicológico a menudo se extiende a familiares y cuidadores<sup>8</sup>. Asimismo, el sufrimiento psicológico que experimentan los pacientes con cáncer a menudo no es detectado o abordado adecuadamente<sup>9,10</sup>.

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de depresión mayor en los pacientes cancerosos terminales y los factores que se asocian a ella, y debido a la variabilidad de los datos disponibles y las dificultades para generalizar los resultados, se evidencia la necesidad de investigar específicamente en el ámbito asistencial de la atención primaria de salud.

## Métodos

Estudio transversal realizado entre febrero de 2007 en el Ámbito de Atención Primaria Tarragona-Reus (Institut Català de la Salut).

## Pacientes

La muestra está formada por pacientes con varios tipos de cáncer avanzado atendidos en atención primaria y/o por los Equipos PADES (Programa de Atención Domiciliaria-Equipos de Apoyo) de Tarragona y Reus. Los criterios de inclusión eran: edad  $\geq 18$  años, expectativa de vida menor a 6 meses, mantener la suficiente capacidad cognitiva para proveer un consentimiento informado para la participación, así como para completar de forma válida los cuestionarios y escalas del estudio, no sufrir ningún impedimento de causa física o por estar demasiado enfermo que impida completar los cuestionarios y ser conocedor del diagnóstico de cáncer. Los pacientes firmaban su consentimiento informado para participar en el estudio y el médico responsable del paciente tenía que considerar que la participación no causaría ningún perjuicio psicológico al paciente.

### Variable principal

Depresión mayor. Los pacientes fueron evaluados para determinar la presencia de depresión mayor utilizando el módulo correspondiente de la entrevista Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-IV)<sup>11</sup> aplicado por un único investigador, médico de familia experimentado y adiestrado específicamente. Esta es una entrevista utilizada para establecer los diagnósticos de los trastornos mentales según los criterios del DSM-IV. Formula preguntas que obtienen información para que un entrevistador calificado pueda concluir sobre la presencia o la ausencia de cada criterio diagnóstico.

Además del diagnóstico formal de depresión mayor, la presencia de malestar psicológico se evaluó mediante el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)<sup>12,13</sup>. Esta escala consta de 14 ítems, con cuatro alternativas de respuesta (rango de 0 a 3 puntos), 7 de ellos corresponden a síntomas de ansiedad y 7 a síntomas depresivos. Mide cuantitativamente la gravedad de la sintomatología ansiosa y depresiva y se han establecido puntos de corte  $\geq 8$  en cada subescala (ansiedad y depresión) a partir de lo cuales se considera que estos síntomas son clínicamente significativos. Tiene la ventaja que da relativamente más importancia, en la puntuación total teórica, a los síntomas de tipo cognitivo y psicológico y menos a los síntomas físicos y vegetativos, que podrían ser difíciles de atribuir exclusivamente a la depresión en el contexto de enfermedad física grave.

### Variables asociadas

Variables sociodemográficas: Edad, sexo, estado civil (soltero, casado/vive en pareja, separado/divorciado, viudo), nivel de estudios (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios-primer ciclo, estudios secundarios-segundo ciclo y estudios universitarios), clase social basada en la ocupación (I, II, III, IVa, IVb y V)<sup>14</sup>.

**Variables clínicas** Localización del cáncer y tiempo transcurrido desde el diagnóstico, presencia de metástasis cerebrales, tratamientos actuales, antecedentes de quimioterapia o radioterapia en el último año.

El grado de autonomía y capacidad funcional se midió con la Karnofsky Performance Status<sup>15,16</sup>. Esta escala ubica al paciente según el grado de autonomía y capacidad funcional, el rango va desde 0=muerte hasta 100=máxima autonomía.

El cuestionario de la European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30<sup>17</sup> es un instrumento específico para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer. Contiene 30 ítems que cubren las áreas de salud general, funcionamiento físico, de rol, social, cognitivo y emocional. Algunos ítems valoran síntomas individuales: dolor, disnea, fatiga, restricción y otros. La puntuación en cada área se presenta en forma de porcentaje sobre la máxima puntuación posible.

Mediante un cuestionario ad hoc<sup>18</sup> se investigaron las preocupaciones del paciente respecto al futuro en las áreas económica, familiar, física y existencial, incluyendo preguntas sobre a) la inquietud por las dificultades económicas, b) por el dolor, c) por la carga que uno puede representar para sus cuidadores, d) por la pérdida de independencia y e) pérdida de dignidad.

El apoyo social se midió con el Duke-UNK Functional Social Support Questionnaire<sup>19,20</sup>. Este es un cuestionario validado en nuestro país que mide el apoyo social percibido por el paciente en las áreas de apoyo confidencial (información, consejo, guía) y apoyo afectivo (amor, estima, simpatía, pertenecer a un grupo). Los rangos son de 11 a 55 puntos en la puntuación total, de 7 a 35 en la escala de apoyo social confidencial y de 4 a 20 en la escala de apoyo social afectivo.

## Procedimientos

Los pacientes con criterios de inclusión eran detectados por los médicos o enfermeras (de los centros de atención primaria o de los equipos PADES, indiferentemente) que los atendían, que eran quienes los informaban sobre el estudio y les solicitaban la participación. Si el paciente accedía, era un investigador del estudio, ajeno por tanto al equipo responsable del manejo del paciente, quien entrevistaba al paciente y aplicaba los cuestionarios de la evaluación. Las entrevistas habitualmente tenían lugar en el propio domicilio del paciente en una única sesión. Este protocolo recibió la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundación Jordi Gol i Gurina.

## Análisis estadístico

Se determina la prevalencia de depresión mayor. Con el fin de identificar qué factores se asocian con la presencia de

depresión mayor los pacientes de la muestra se asignan a dos grupos según la presencia de depresión mayor. Ambos grupos se comparan respecto a las diversas variables asociadas.

Para los análisis bivariantes de las variables categóricas se utiliza el test de X<sup>2</sup> o, alternativamente, el test exacto de Fisher, y por las variables continuas el test U de Mann-Whitney. Se considera estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ . Los procedimientos estadísticos se realizan con el programa SPSS for Windows v. 15.0.

## Resultados

En la muestra se incluyeron a 43 pacientes (15 de ellos incluidos por los equipos PADES y el resto por 6 centros de atención primaria de Tarragona y Reus) afectados de cáncer avanzado en varias localizaciones, las más frecuentes: pulmonar (8 casos), próstata (7 casos), hematológicos (4 casos), mama (4 casos), útero (4 casos) y vejiga urinaria (4 casos). Todos ellos tenían metástasis pero ninguna metástasis cerebral. El tiempo de evolución desde el diagnóstico tenía un rango entre 2 y 90 meses, con una media de 15 meses. Había 13 mujeres y 30 hombres (30% y 70%, respectivamente). El rango de edades iba de 42 a 92 años, con una mediana de 76 años.

Según los resultados de la escala HAD, 19 pacientes (44,2%; IC95%:30,0-59,2) tenían síntomas ansiosos y 20 pacientes (46,5%; IC95%:32,1-61,4) síntomas depresivos clínicamente significativos ( $\geq 8$  puntos en la subescala específica). Cumplían criterios de depresión mayor 16 pacientes (37,2%; IC95%:23,8-52,3), de los que solo 2 recibían tratamiento específico con antidepresivos, mientras que la mitad (8 pacientes) recibía tratamiento con ansiolíticos/hipnóticos.

Entre los grupos de pacientes sin depresión y con depresión mayor no había diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la distribución por sexos (proporción de mujeres, respectivamente 31,3 i 29,6; X<sup>2</sup>: 0,13;  $p$ : 0,911) ni en ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas.

En la **Tabla 1** se exponen las proporciones de pacientes que recibían varios tratamientos habituales en pacientes con cáncer avanzado según la presencia de depresión mayor. Se puede observar la ausencia de diferencias significativas entre los grupos comparados.

**Tabla 1.** Asociación de varios tratamientos con la presencia de depresión mayor (DSM-IV) en pacientes de atención primaria con cáncer avanzado.

	Sin depresión mayor (n=27)	Depresión mayor (n=16)	
	n (%)	n (%)	$p^a$
Radioterapia en el último año	7 (25,9)	4 (25,0)	0,946
Quimioterapia en el último año	7 (25,9)	8 (50,0)	0,109
Corticoides	11 (40,7)	6 (37,5)	0,834
Analgésicos/AINE	16 (59,3)	12 (75,0)	0,295
Opiáceos menores	7 (25,9)	5 (31,3)	0,707
Opiáceos mayores	5 (18,5)	6 (37,5)	0,168
Neurolépticos	4 (14,8)	2 (12,5)	1,000 <sup>b</sup>
Ansiolíticos/hipnóticos	8 (29,6)	7 (43,8)	0,348
Antidepresivos	4 (14,8)	2 (12,5)	1,000 <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Test X<sup>2</sup>; <sup>b</sup> Test exacto de Fisher

En la **Tabla 2** se presentan los resultados del cuestionario QLQ-C30 según la presencia de depresión mayor. Los pacientes con depresión mayor se distinguen por un mayor impacto funcional en varios dominios evaluados (emocional, cognitivo, social) y en la escala global, y también por la mayor repercusión de algunos síntomas relevantes (dolor, fatiga, anorexia y trastornos del sueño). También la escala KPS muestra un peor estatus funcional en los pacientes deprimidos.

**Tabla 2.** Resultados en el cuestionario QLQ-C30<sup>a</sup> y puntuación en la Karnofsky Performance Scale (KPS)<sup>b</sup> asociados a la presencia de depresión mayor (DSM-IV) en pacientes de atención primaria con cáncer avanzado.

	Sin depresión mayor (n=27)	Depresión mayor (n=16)	
	Media (D.E.)	Media (D.E.)	p <sup>c</sup>
QLQ-C30, áreas			
Función física	58,5 (37,2)	80,0 (16,3)	0,089
Función rol	70,4 (42,2)	84,4 (35,2)	0,231
Función emocional	26,2 (21,0)	63,5 (13,2)	<b>0,000</b>
Función cognitiva	18,0 (17,2)	44,8 (23,3)	<b>0,000</b>
Función social	43,8 (28,2)	66,7 (27,2)	<b>0,019</b>
Dificultades económicas	23,4 (24,2)	27,0 (25,1)	0,633
QLQ-C30, escala global <sup>a</sup>	54,0 (19,4)	36,6 (20,0)	<b>0,005</b>
QLQ-C30, síntomas			
Disnea	19,8 (26,7)	22,9 (26,5)	0,644
Dolor	32,1 (27,7)	51,1 (31,3)	<b>0,077</b>
Fatiga	42,7 (21,7)	67,4 (13,7)	<b>0,000</b>
Anorexia	27,1 (26,3)	52,1 (34,5)	<b>0,018</b>
Trastornos del son	18,5 (25,0)	60,5 (27,8)	<b>0,000</b>
Náusea/vómito	3,11 (8,0)	3,2 (6,9)	0,784
Restricción	14,8 (15,2)	10,4 (23,6)	0,249
Diarrea	4,9 (15,2)	10,4 (23,6)	0,453
KPS <sup>b</sup>	56,4 (9,4)	47,5 (8,8)	0,003

<sup>a</sup> Las puntuaciones en el QLQ-C30 expresan el porcentaje de la máxima puntuación posible: a mayor puntuación mayor impacto y peor estado funcional. La Escala global se interpreta en sentido contrario: a mayor puntuación, mayor calidad de vida.

<sup>b</sup> Rango de la escala: 0=muerte - 100=máxima autonomía.

<sup>c</sup> Test U de Mann-Whitney

La **Tabla 3** muestra la presencia de preocupaciones o inquietud sobre el futuro en varias áreas existenciales personales y familiares en mayor medida en los pacientes deprimidos que en los no deprimidos.

**Tabla 3.** Preocupaciones existenciales y familiares<sup>a</sup> asociadas a la presencia de depresión mayor (DSM-IV) en pacientes de atención primaria con cáncer avanzado.

	Sin depresión mayor (n=27)	Depresión mayor (n=16)	
	n (%)	n (%)	p <sup>b</sup>
Preocupaciones relevantes <sup>a</sup> ...			
... por las dificultades que la enfermedades puede causar en la economía familiar	1 (3,7)	8 (50,0)	<b>0,000</b>
... por el dolor que en el futuro pueda llegar a causar la enfermedad	3 (11,1)	12 (75,0)	<b>0,000</b>
... por la carga que pueda llegar a representar para la familia	8 (29,6)	11 (68,8)	<b>0,013</b>
... por la pérdida de independencia que pueda llegar a sufrir	6 (22,2)	13 (81,3)	<b>0,000</b>
... porque la evolución de la enfermedad pueda restar dignidad a la vida	4 (14,8)	11 (68,8)	<b>0,000</b>

<sup>a</sup> Las opciones de respuesta "bastante" y "mucho" se han considerado presencia de preocupación relevante, mientras que "nada", "un poco" y "regular" se han agrupado como a ausencia de preocupación relevante.

<sup>b</sup>Test X<sup>2</sup>

La percepción por parte de los pacientes del apoyo social del que disfrutaban era mayor en los pacientes no deprimidos que en los deprimidos, tanto en el área de apoyo social confidente (30,4 [DE: 6,0] frente de 25,1 [DE:7,1]; U de Mann-Whitney= 112,5; p=0,007), como en la de apoyo afectivo (17,2 [DE: 3,6] enfront de 14,3 [DE: 4,0]; U de Mann-Whitney=122,0; p=0,014), com en la puntuació total (47,6 [DE: 9,5] enfront de 39,3 [DE: 11,0]; U de Mann-Whitney=116,5; p=0,011)

## Discusión

Los resultados de la evaluación psiquiátrica indican que un 37% de los pacientes con cáncer avanzado evaluados experimentan un cuadro de depresión mayor y que una proporción superior sufren síntomas depresivos clínicamente significativos medidos con la HADS (47%). Estos resultados muestran unas tasas de prevalencia en un rango alto respecto a las reportadas en la literatura, aunque ya señalábamos antes la alta variabilidad en las cifras de prevalencia publicadas. Para entender la magnitud de esta tasa de prevalencia encontrada hay que considerar que, según el estudio ESEMeD<sup>21</sup>, la prevalencia de la depresión mayor en población general adulta es del 3,9%. En pacientes de atención primaria se han encontrado tasas superiores: en un estudio realizado en Tarragona el 14,3% de los pacientes atendido consecutivamente sufrían depresión mayor, tasa que se elevaba hasta el 23,5% en aquellos pacientes con varias (≥ 2) enfermedades orgánicas crónicas<sup>22</sup>. Asimismo, los hallazgos se deben interpretar con prudencia teniendo en cuenta las limitaciones del estudio que comentamos más adelante.

Els resultats del nostre estudi mostren que la depressió s'associa amb limitacions significatives en diversos paràmetres de la qualitat de vida: funció cognitiva, emocional, social i en la mesura global de la qualitat de vida, mentre que les dimensions funció física i funció rol, més directament influïdes per la pròpia dimensió somàtica de la malaltia cancerosa estan altament afectades en tots els pacients.

La depresión también se asocia a una menor autonomía del paciente en relación a la enfermedad cancerosa avanzada, a una menor percepción de apoyo social, a preocupaciones existenciales, a síntomas relevantes en este tipo de pacientes como el dolor o los trastornos del sueño y estos resultados nos muestran un conjunto multidimensional (funcionamiento físico, psicológico i social, apoyo social, aspectos existenciales, circunstancias clínicas...) de aspectos subyacentes a la depresión en pacientes con cáncer avanzado. Esto sugiere que es razonable un manejo asistencial global, dirigido a los aspectos físicos, psicosociales y existenciales de los pacientes. Aunque hay evidencias limitadas de la utilidad de la farmacoterapia y de la psicoterapia en este tipo de pacientes<sup>23</sup>, en general se reconoce la utilidad de la aproximación multifactorial y, debido a que los tratamientos son relativamente accesibles y exentos de complicaciones, los expertos recomiendan que los clínicos tengan un umbral bajo para iniciar tratamiento<sup>24,25</sup>. Destaca, aunque no es inesperada, la baja proporción de pacientes con criterios de depresión mayor que recibían tratamiento antidepressivo (2 de 16) en la muestra estudiada. La falsa idea de que estar deprimido puede ser normal en este tipo de pacientes a menudo conduce a una inadecuada abstención terapéutica<sup>26</sup>.

La percepción de apoyo social es menor en los pacientes deprimidos que en los no deprimidos, asimismo los datos muestran, en general, un apoyo social relativamente elevado, con puntuaciones medianas de 39,3 y 47,6 en los pacientes deprimidos y no deprimidos respectivamente, teniendo en cuenta que la puntuación media en muestras de población general se sitúa en los 33,6 puntos<sup>27</sup>. Posiblemente la propia existencia de una enfermedad grave avanzada moviliza los recursos de apoyo social y familiar que satisfacen en un elevado grado las expectativas del paciente. También hay que tener en cuenta que los pacientes estudiados son atendidos en su domicilio o ambulatoriamente y que el hecho de disponer de un suficiente apoyo familiar es un requisito para que un paciente canceroso en fase avanzada pueda ser atendido en un ámbito extrahospitalario.

Este estudio tiene varias limitaciones. Primera, la relativamente pequeña medida de la muestra, menor que la inicialmente prevista, que puede dar lugar a una menor fiabilidad y validez de nuestros resultados. Segunda, la composición de la muestra con pacientes con diferentes tipos de cáncer y con menos tiempo de evolución muy heterogéneos. Por un lado, da un retrato de nuestra realidad asistencial pero, por otro, puede dar lugar a una cierta dificultad para generalizar o extrapolar este resultado a otras poblaciones. Tercera, no se puede descartar la existencia de un sesgo de selección, porque muchos pacientes con cáncer avanzado no pudieron ser incluidos en la muestra al no cumplir los requerimientos éticos establecidos para la participación (conocimiento del diagnóstico de cáncer, autorización del médico responsable, consentimiento informado). Desgraciadamente no pudimos recoger información de calidad sobre el número y las características de los pacientes descartados, lo cual hace más difícil aún el análisis de un posible sesgo. Cuarta, el estudio se ha realizado exclusivamente en pacientes atendidos en atención primaria –aunque muchos de ellos eran atendidos concomitantemente en el hospital- y ubicados en su domicilio, por tanto, los pacientes con un estado clínicamente más avanzado o más sintomático atendidos de forma exclusiva en el ámbito hospitalario no forman parte de esta muestra. Creemos, asimismo, que debido a la elevada coordinación atención primaria-PADES-hospital, la mayor parte de pacientes “hospitalarios” también son atendidos a lo largo de su enfermedad desde la atención primaria. Quinta, se han utilizado entrevistas y cuestionarios adecuadamente validados por la mayor parte de las variables estudiadas, asimismo existe una dificultad inherente para el diagnóstico y correcta evaluación del malestar psicológico y de los trastornos mentales en pacientes con cáncer avanzado porque muchos síntomas que definen el síndrome depresivo se superponen con los síntomas originados por la propia enfermedad cancerosa o por su tratamiento (p. ex. fatiga, falta de energía, anorexia y pérdida de peso, trastornos del sueño...) y por otra parte, en la valoración de los propios síntomas psicológicos puede ser difícil poner el umbral para discriminar lo que es patológico de lo que es una reacción adaptativa normal<sup>28</sup>. Algunos autores proponen excluir de la evaluación del estado psicológico los síntomas que no pueden no pueden atribuirse inequívocamente al trastorno depresivo o bien sustituirlos por otros síntomas alternativos<sup>26</sup>, mientras que otros autores abogan por un criterio más inclusivo y para considerar para el diagnóstico de la depresión todos los síntomas presentes<sup>29</sup>, aunque algunos puedan ser eventualmente atribuidos a la enfermedad cancerosa. De acuerdo con estas recomendaciones, el criterio utilizado en este estudio ha sido primar la sensibilidad en la interpretación de los síntomas, y este es un hecho que hay que tener en cuenta al interpretar la alta prevalencia de depresión que hemos encontrado. Como conclusiones remarcamos la alta prevalencia de depresión mayor en pacientes con cáncer avanzado observada en este estudio, y la asociación de la presencia de depresión mayor a un estatus funcional más limitado, a peores medidas varias dimensiones de calidad de vida, a la presencia de preocupaciones existenciales varias y a una peor percepción del apoyo social.

## Agradecimientos

Los autores agradecen la financiación de este estudio a la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (VI Ajuts per la Recerca, 2005) y a la Fundació Jordi Gol i Gurina (Ajut a la Recerca, 2005).

## Bibliografía

1. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke Jr CL. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249: 751-757.
2. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Lan Ly K. Depression in advanced disease: a systematic review. Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med* 2002; 16: 81-97.
3. Grassi L, Indelli M, Marzola M, Maestri A, Santini A, Piva E, Boccalon M. Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1996; 12: 300-307.
4. Cherny NI, Coyle N, Foley KM. Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. *J Palliat Care* 1994; 10: 57-70.
5. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, Nelson CJ, Brescia R. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000; 284: 2907-2911.
6. Kelly B, Burnett P, Pelusi D, Badger S, Varghese F, Robertson M. Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness. *Psychol Med* 2003; 33: 75-81.
7. Henriksson MM, Isometsa ET, Hietanen PS, Aro HM, Lönnqvist JK. Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Dis* 1995; 36: 11-20.
8. Siegel K, Karus DG, Raveis VH, Christ GH, Mesagno FP. Depressive distress among the spouses of terminally ill cancer patients. *Cancer Pract* 1996; 4: 25-30.
9. Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C, Knight L, Riesbeck M, Löwe B, Herfarth C, Lehnert T. Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Ann Oncol* 2004 15: 1243-1249.
10. Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 1998; 16: 1594-1600.
11. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. [Blanch J, trad.]. (1999). Entrevista Clínica Estructurada para los

Trastornos del Eje I del DSM-IV, SCID-I, versión clínica. Barcelona: Masson.

12. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-70.
13. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 277-283
14. Domingo-Salvany A, Regidor E, Alonso J, Alvarez-Dardet C. Una propuesta de medida de la clase social. *Aten Primaria* 2000; 25: 350- 363.
15. Yates JW, Chalmer B, McKegney FP. Evaluation of patients with advanced cancer using the Karnofsky Performance Status. *Cancer* 1980; 45: 2220-2224.
16. Verger E, Conill C, Salamero M, De Azpiazu P. Validez y fiabilidad del índice de Karnofsky. *Med Clin* 1992; 99: 718.
17. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JC. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993; 85: 365-376.
18. Akechi T, Okuyama T, Sugawara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorders in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 2004; 10: 1957-1965.
19. Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNK functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26: 709-723.
20. Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria* 1996; 18: 153-163.
21. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (Suppl. 420): 21-27.
22. Aragonès E, Piñol JL, Labad A, Masdeu RM, Pino M, Cervera J. Prevalence and determinants of depressive disorders in primary care practice in Spain. *Int J Psychiatr Med* 2004; 34: 21-35.
23. Rodin G, Lloyd N, Katz M, Green E, Mackay JA, Wong RK. Supportive Care Guidelines Group of Cancer Care Ontario Program in Evidence-Based Care. The treatment of depression in cancer patients: a systematic review. *Support Care Cancer* 2007;15:123-136.
24. Stiefel R, Die Trill M, Berney A, Núñez Olarte JM, Razavi A. Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Support Care Cancer* 2001;9:477-488
25. Block SD, for the ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. *Ann Intern Med* 2000;132:209-218.
26. Pasquini M, Biondi M. Depression in cancer patients: a critical review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007; 3: 2.
27. de la Revilla Ahumada L, Bailón E, de Dios Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1991;8:688-692
28. Brennan J: Adjustment to cancer-coping or personal transition? *Psycho-Oncology* 2001;10:1-18.
29. Gross AF, Smith FA, Stern TA. Is depression an appropriate response to having cancer? A discussion of diagnostic criteria and treatment decisions. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9: 382-387.