

Treball original

Prevalença i factors associats a la depressió major en pacients amb càncer avançat en Atenció Primària

Enric Aragonès¹, Anna Aresté¹, Manuel Esteban², Sara Osanz³, Rosa Maria¹ Masdéu, Josep Lluís Piñol⁴

1 Centre d'Atenció Primària de Constantí (ICS).

2 PADES Reus (SAGESSA).

3 PADES Tarragona (GiPSS).

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

Correspondència:

Dr. Enric Aragonès Benaiges

Adreça electrònica: earagones.tarte.ics@gencat.cat

Centre d'Atenció Primària de Constantí
(Constantí)

Publicat: 1 de desembre de 2008

Aquest article està disponible a

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol26/iss3/1/>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

Resum

INTRODUCCIÓ: L'èmfasi de les cures pal·liatives està en la millora de la qualitat de vida del pacient i poques condicions estan tan consistentment lligades a la pèrdua de qualitat de vida com la depressió i el malestar psicològic.

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

METODOLOGIA

DISSENY: estudi transversal

PACIENTS I UBICACIÓ: pacients amb càncer en estadi terminal atesos en atenció primària a l'Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus.

PROCEDIMENTS: Entrevista estandarditzada per determinar el diagnòstic de depressió major més una sèrie de qüestionaris que inclouen l'avaluació del malestar psicològic (Hospital Anxiety and Depression Scale), autonomia del pacient (Karnofsky Performance Scale), qualitat de vida (EORTC QLQ-C30), tractaments, tipus i estadi del càncer, símptomes, preocupacions del pacient i suport social (Duke-Unk Functional Social Support Questionnaire).

RESULTATS: La prevalença de depressió major en pacients amb càncer avançat és del 37,2% (IC95%: 23,8-52,3). La presència de depressió major s'associa a limitacions funcionals, pitjors mesures en diverses dimensions de qualitat de vida, preocupacions existencials diverses més accentuades i a una pitjor percepció del suport social.

DISCUSSIÓ: Es constata l'existència d'un quadre multidimensional (clínic, social, existencial....) d'aspectes subjacents a la depressió en pacients amb càncer avançat. Sembla raonable proposar un abordatge assistencial global, adreçat a les diverses àrees afectades concomitantment a la depressió.

PARAULES CLAU: Neoplàsies, Malalt Terminal, Cures Pal·liatives, Trastorn Depressiu, Atenció Primària de Salut

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

Introducció

El càncer és una malaltia que genera un gran impacte psicològic en els pacients. S'han publicat diversos estudis, habitualment en unitats oncològiques o de cures pal·liatives lligades a l'àmbit hospitalari, per quantificar la prevalença de malestar psicològic i de trastorns psiquiàtrics en pacients amb càncer avançat. Aquests estudis mostren una gran variabilitat en les taxes de prevalença dels trastorns depressius, de 5,6% a 32%^{1, 2}. Els motius per aquesta variabilitat són diversos i poden incloure l'ús de criteris i instruments diagnòstics diferents, selecció dels pacients en àmbits diversos (hospitalaris, ambulatoris) i en diferents estadis evolutius i també a la relativa escassa mida de les mostres estudiades.

L'èmfasi de l'atenció als malalts terminals s'ha de situar en la millora de la qualitat de vida del pacient amb una actitud activa en la prevenció i el maneig dels símptomes; i poques condicions estan tan consistentment lligades a la pèrdua de qualitat de vida com la depressió i el malestar psicològic. En els pacients amb càncer avançat la depressió i el malestar psicològic tenen un greu impacte negatiu en la seva qualitat de vida³, com a causa de patiment⁴, de desig de morir, en les demandes d'eutanàsia o de suïcidi assistit^{5, 6} i ser causa de suïcidi consumat⁷. A més, el sofriment psicològic sovint s'estén a familiars i cuidadors⁸. Tanmateix, el patiment psicològic que experimenten els pacients amb càncer sovint no es detecta o aborda adequadament^{9, 10}.

L'objectiu d'aquest estudi és conèixer la prevalença de depressió major en els pacients cancerosos terminals i els factors que s'hi associen, i atesa la variabilitat de les dades disponibles i les dificultats per generalitzar els resultats, es fa palesa la necessitat d'investigar específicament en l'àmbit assistencial de l'atenció primària de salut.

Mètodes

Estudi transversal realitzat entre febrer de 2007 i febrer de 2008 en l'Àmbit d'Atenció Primària Tarragona-Reus (Institut

Pacients

La mostra està formada per pacients amb diversos tipus de càncer avançat atesos en atenció primària i/o pels Equips PADES (Programa d'Atenció Domiciliària-Equips de Suport) de Tarragona i Reus. Els criteris d'inclusió eren: edat ≥ 18 anys, expectativa de vida menor a 6 mesos, mantenir la suficient capacitat cognitiva per a proveir un consentiment informat per a la participació, així com per completar de forma vàlida els qüestionaris i escales de l'estudi, no patir cap impediment de causa física o per estar massa malalt que impedeixi completar els qüestionaris i ser coneixedor del diagnòstic de càncer. Els pacients signaven el seu consentiment informat per a participar en l'estudi i el metge responsable del pacient havia de considerar que la participació no causaria cap perjudici psicològic al pacient.

Variable principal

Depressió major. Els pacients van ser avaluats per determinar la presència de depressió major utilitzant el mòdul corresponent de l'entrevista Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-IV)¹¹ aplicat per un únic investigador, metge de família experimentat i ensinistrat específicament. Aquesta és una entrevista utilitzada per a establir els diagnòstics dels trastorns mentals segons els criteris del DSM-IV. Formula preguntes que obtenen informació per a que un entrevistador qualificat pugui concloure sobre la presència o l'absència de cada criteri diagnòstic.

A més del diagnòstic formal de depressió major, la presència de malestar psicològic es va avaluar mitjançant la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)^{12, 13}. Aquesta escala consta de 14 ítems, amb quatre alternatives de resposta (rang de 0 a 3 punts), 7 d'ells corresponen a símptomes d'ansietat i 7 a símptomes depressius. Mesura quantitativament la gravetat de la simptomatologia ansiosa i depressiva i s'han establert punts de tall ≥ 8 en cada subescala (ansietat i depressió) a partir dels quals es considera que aquests símptomes són clínicament significatius. Té l'avantatge que dona relativament més importància, en la puntuació total teòrica, als símptomes de tipus cognitiu i psicològic i menys als símptomes físics i vegetatius, que podrien ser difícils d'atribuir exclusivament a la depressió en el context de malaltia física greu.

Variables associades

Variables sociodemogràfiques: Edat, sexe, estat civil (solter, casat/viu en parella, separat/divorciat, vidu), nivell d'estudis (sense estudis, estudis primaris, estudis secundaris-primer cicle, estudis secundaris-segon cicle i estudis universitaris), classe social basada en l'ocupació (I, II, III, IVa, IVb i V)¹⁴.

Variables clíniques

Localització del càncer i temps transcorregut des del diagnòstic, presència de metàstasis cerebrals, tractaments actuals, antecedents de quimioteràpia o radioteràpia en el darrer any.

El grau d'autonomia i capacitat funcional es va mesurar amb la Karnofsky Performance Status^{15, 16}. Aquesta escala ubica al pacient segons el grau d'autonomia i capacitat funcional, el rang va des de 0=mort fins a 100=màxima autonomia.

El qüestionari de l'European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30¹⁷ és un instrument específic per mesurar la qualitat de vida en pacients amb càncer. Conté 30 ítems que cobreixen les àrees de salut general, funcionament físic, de rol, social, cognitiu i emocional. Alguns ítems valoren símptomes individuals: dolor, dispnea, fatiga, estrenyiment i d'altres. La puntuació en cada àrea es presenta en forma de percentatge sobre la màxima puntuació possible.

Mitjançant un qüestionari ad hoc¹⁸ es van investigar les preocupacions del pacient respecte al futur en les àrees econòmica, familiar, física i existencial, incloent preguntes sobre a) la inquietud per les dificultats econòmiques, b) pel dolor, c) per la càrrega que un pot representar pels seus cuidadors, d) per la pèrdua d'independència i e) pèrdua de dignitat.

El suport social es va mesurar amb el Duke-UNK Functional Social Support Questionnaire^{19, 20}. Aquest és un qüestionari validat en el nostre país que mesura el suport social percebut pel pacient en les àrees de suport confidencial (informació, consell, guia) i suport afectiu (amor, estima, simpatia, pertànyer a un grup). Els rangs són de 11 a 55 punts en la puntuació total, de 7 a 35 en l'escala de suport social confidencial i de 4 a 20 en l'escala de suport social afectiu.

Procediments

Els pacients amb criteris d'inclusió eren detectats per els metges o infermeres (dels centres d'atenció primària o dels equips PADES, indiferentment) que els atenien, que eren qui els informaven sobre l'estudi i els sol·licitaven la participació. Si el pacient accedia, era un investigador de l'estudi, aliè per tant al equip responsable del maneig del pacient, qui entrevistava al pacient i aplicava els qüestionaris de l'avaluació. Les entrevistes habitualment tenien lloc en el propi domicili del pacient en una única sessió.

Aquest protocol va rebre l'aprovació del Comité Ètic d'Investigació Clínica de la Fundació Jordi Gol i Gurina.

Anàlisi estadística

Es determina la prevalença de depressió major. Per tal d'identificar quins factors s'associen amb la presència de depressió major els pacients de la mostra s'assignen a dos grups segons la presència de depressió major. Ambdós grups es comparen respecte a les diverses variables associades.

Per les anàlisis bivariants de les variables categòriques s'utilitza el test de X² o, alternativament, el test exacte de Fisher, i per les variables contínues el test U de Mann-Whitney. Es considera estadísticament significatiu un valor de $p < 0,05$. Els procediments estadístics es realitzen amb el programa SPSS for Windows v. 15.0.

Resultats

En la mostra es van incloure 43 pacients (15 d'ells inclosos pels equips PADES i la resta per 6 centres d'atenció primària de Tarragona i Reus) afectes de càncer avançat en diverses localitzacions, les més freqüents pulmonar (8 casos), pròstata (7 casos), hematològics (4 casos), mama (4 casos), úter (4 casos) i bufeta urinària (4 casos). Tots ells tenien metàstasis però cap metàstasis cerebrals. El temps d'evolució des del diagnòstic tenia un rang entre 2 i 90 mesos, amb una mediana de 15 mesos. Hi havia 13 dones i 30 homes (30% i 70%, respectivament). El rang d'edats anava de 42 a 92 anys, amb una mediana de 76 anys.

Segons els resultats de l'escala HAD, 19 pacients (44,2%; IC95%:30,0-59,2) tenien símptomes ansiosos i 20 pacients (46,5%; IC95%:32,1-61,4) símptomes depressius clínicament significatius (≥ 8 punts en la subescala específica). Complien criteris de depressió major 16 pacients (37,2%; IC95%:23,8-52,3), dels quals solament 2 rebien tractament específic amb antidepressius, mentre que la meitat (8 pacients) rebia tractament amb ansiolítics/hipnòtics.

Entre els grups de pacients sense depressió i amb depressió major no hi havia diferències estadísticament significatives en quant a la distribució per sexes (proporció de dones, respectivament 31,3 i 29,6; X^2 : 0,13; p : 0,911) ni en cap altre de les variables sociodemogràfiques estudiades.

En la **Taula 1** s'exposen les proporcions de pacients que rebien diversos tractaments habituals en pacients amb càncer avançat segons la presència de depressió major. Es pot observar l'absència de diferències significatives entre els grups comparats.

Taula 1. Associació de diversos tractaments amb la presència de depressió major (DSM-IV) en pacients d'atenció primària amb càncer avançat .

	Sense depressió major (n=27)	Depressió major (n=16)	
	n (%)	n (%)	p ^a
Radioteràpia en el darrer any	7 (25,9)	4 (25,0)	0,946
Quimioteràpia en el darrer any	7 (25,9)	8 (50,0)	0,109
Corticoides	11 (40,7)	6 (37,5)	0,834
Analgèsics/AINE	16 (59,3)	12 (75,0)	0,295
Opiacis menors	7 (25,9)	5 (31,3)	0,707
Opiacis majors	5 (18,5)	6 (37,5)	0,168
Neurolèptics	4 (14,8)	2 (12,5)	1,000 ^b
Ansiolítics/hipnòtics	8 (29,6)	7 (43,8)	0,348
Antidepressius	4 (14,8)	2 (12,5)	1,000 ^b
^a Test X^2 ; ^b Test exacte de Fisher			

En la **Taula 2** es presenten els resultats del qüestionari QLQ-C30 segons la presència de depressió major. Els pacients amb depressió major es distingeixen per un major impacte funcional en diversos dominis avaluats (emocional, cognitiu, social) i en l'escala global, i també per la major repercussió d'alguns símptomes rellevants (dolor, fatiga, anorèxia i trastorns del son). També l'escala KPS mostra un pitjor status funcional en els pacients depressius.

Taula 2. Resultats en el qüestionari QLQ-C30^a i puntuació en la *Karnofsky Performance Scale* (KPS)^b associats a la presència de depressió major (DSM-IV) en pacients d’atenció primària amb càncer avançat .

	Sense depressió major (n=27)	Depressió major (n=16)	
	Mitjana (D.E.)	Mitjana (D.E.)	p ^c
QLQ-C30, àrees			
Funció física	58,5 (37,2)	80,0 (16,3)	0,089
Funció rol	70,4 (42,2)	84,4 (35,2)	0,231
Funció emocional	26,2 (21,0)	63,5 (13,2)	0,000
Funció cognitiva	18,0 (17,2)	44,8 (23,3)	0,000
Funció social	43,8 (28,2)	66,7 (27,2)	0,019
Dificultats econòmiques	23,4 (24,2)	27,0 (25,1)	0,633
QLQ-C30, escala global ^a	54,0 (19,4)	36,6 (20,0)	0,005
QLQ-C30, símptomes			
Dispnea	19,8 (26,7)	22,9 (26,5)	0,644
Dolor	32,1 (27,7)	51,1 (31,3)	0,077
Fatiga	42,7 (21,7)	67,4 (13,7)	0,000
Anorèxia	27,1 (26,3)	52,1 (34,5)	0,018
Trastorns del son	18,5 (25,0)	60,5 (27,8)	0,000
Nàusea/vòmit	3,11 (8,0)	3,2 (6,9)	0,784
Estrenyiment	14,8 (15,2)	10,4 (23,6)	0,249
Diarrea	4,9 (15,2)	10,4 (23,6)	0,453
KPS ^b	56,4 (9,4)	47,5 (8,8)	0,003

^a Les puntuacions en el QLQ-C30 expressen el percentatge de la màxima puntuació possible: a major puntuació major impacte i pitjor estat funcional. L’Escala global s’interpreta en sentit contrari: a major puntuació, major qualitat de vida.

^b Rang de l’escala: 0=mort - 100=màxima autonomia.

^c Test U de Mann-Whitney

La **Taula 3** mostra la presència de preocupacions o inquietud sobre el futur en diverses àrees existencials personals i familiars en major mesura en els pacients deprimits que en els no deprimits.

Taula 3. Preocupacions existencials i familiars^a associades a la presència de depressió major (DSM-IV) en pacients d'atenció primària amb càncer avançat .

	Sense depressió major (n=27)	Depressió major (n=16)	
	n (%)	n (%)	p ^b
Preocupacions rellevants ^a ...			
... per les dificultats que la malaltia pot causar en l'economia familiar	1 (3,7)	8 (50,0)	0,000
... pel dolor que en el futur pugui arribar a causar la malaltia	3 (11,1)	12 (75,0)	0,000
... per la càrrega que pugui arribar a representar per a la família	8 (29,6)	11 (68,8)	0,013
... per la pèrdua d'independència que pugui arribar a patir	6 (22,2)	13 (81,3)	0,000
... perquè l'evolució de la malaltia pugui restar dignitat a la vida	4 (14,8)	11 (68,8)	0,000

^a Les opcions de resposta "bastant" i "molta" s'han considerat presència de preocupació rellevant, mentre que "gens", "una mica" i "regular" s'han agrupat com a absència de preocupació rellevant.

^bTest X²

La percepció per part dels pacients del suport social del que gaudien era major en els pacients no deprimits que en els deprimits, tant en l'àrea de suport social confident (30,4 [DE: 6,0] enfront de 25,1 [DE:7,1]; U de Mann-Whitney=112,5; p=0,007), com en la de suport afectiu (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)

Discussió

Els resultats de l'avaluació psiquiàtrica indiquen que un 37% dels pacients amb càncer avançat avaluats experimenten un quadre de depressió major i que una proporció superior sofreixen símptomes depressius clínicament significatius mesurats amb la HADS (47%). Aquests resultats mostren unes taxes de prevalença en un rang alt respecte a les reportades en la literatura, encara que ja assenyalàvem abans l'alta variabilitat en les xifres de prevalença publicades. Per copsar la magnitud d'aquesta taxa de prevalença trobada cal considerar que, segons l'estudi ESEMeD²¹, la prevalença de la depressió major en població general adulta és del 3,9%. En pacients d'atenció primària s'han trobat taxes superiors: en un estudi dut a terme a Tarragona el 14,3% dels pacients atesos consecutivament patien depressió major, taxa que s'elevava fins al 23,5% en aquells pacients amb varies (≥ 2) malalties orgàniques cròniques²². Tanmateix, les troballes s'han d'interpretar amb prudència tenint en compte les limitacions de l'estudi que comentem més endavant.

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 depressió també s'associa a una menor autonomia del pacient en relació a la malaltia cancerosa avançada, a una menor percepció de suport social, a preocupacions existencials, a símptomes rellevants en aquest tipus de pacients com el dolor o els trastorns del son i aquests resultats ens mostren un conjunt multidimensional (funcionament físic, psicològic i social, suport social, aspectes existencials, circumstàncies clíniques...) d'aspectes subjacents a la depressió en pacients amb càncer avançat. Això suggereix que és raonable un maneig assistencial global, adreçat als aspectes físics, psicosocials i existencials dels pacients. Encara que hi ha evidències limitades de la utilitat de la farmacoteràpia i de la psicoteràpia en aquest tipus de pacients²³, en general es reconeix la utilitat de l'aproximació multifactorial i, atès que els tractaments són relativament accessibles i exempts de complicacions, els experts recomanen que els clínics tinguin un llindar baix per iniciar tractament^{24, 25}. Destaca, encara que no és inesperada, la baixa proporció de pacients amb criteris de depressió major que rebien tractament antidepressiu (2 de 16) en la mostra estudiada. La falsa idea que estar deprimint pot ser normal en aquest tipus de pacients sovint condueix a una inadequada abstenció terapèutica²⁶.

La percepció de suport social és menor en els pacients deprimits que en els no deprimits, tanmateix les dades mostren,

en general, un suport social relativament elevat, amb puntuacions mitjanes de 39,3 i 47,6 en els pacients depressius i no depressius respectivament, tenint en compte que la puntuació mitjana en mostres de població general se situa en els 33,6 punts²⁷. Possiblement la pròpia existència d'una malaltia greu avançada mobilitza els recursos de suport social i familiar que satisfan en un elevat grau les expectatives del pacient. També cal tenir en compte que els pacients estudiats són atesos en el seu domicili o ambulatoriament i que el fet de disposar d'un suficient suport familiar és un requisit perquè un pacient cancerós en fase avançada pugui ser atès en un àmbit extrahospitalari.

Aquest estudi té diverses limitacions. Primera, la relativament petita mida de la mostra, menor que la inicialment prevista, que pot donar lloc a una menor fiabilitat i validesa dels nostres resultats. Segona, la composició de la mostra amb pacients amb diferents tipus de càncer i amb temps d'evolució molt heterogenis, per una banda dona un retrat de la nostra realitat assistencial però, per altra banda, pot donar lloc a una certa dificultat per generalitzar o extrapolar aquest resultat a altres poblacions. Tercera, no es pot descartar l'existència d'un biaix de selecció, perquè molts pacients amb càncer avançat no van poder ser inclosos a la mostra al no complir els requeriments ètics establerts per a la participació (coneixement del diagnòstic de càncer, autorització del metge responsable, consentiment informat). Malauradament no varem poder recollir informació de qualitat sobre el nombre i les característiques dels pacients descartats, la qual cosa fa més difícil encara l'anàlisi d'un possible biaix. Quarta, l'estudi s'ha dut a terme exclusivament en pacients atesos en atenció primària –encara que molts d'ells eren atesos concomitantment en l'hospital- i ubicats en el seu domicili, per tant, els pacients amb un estat clínicament més avançat o més simptomàtic atesos de forma exclusiva en l'àmbit hospitalari no formen part d'aquesta mostra. Creiem tanmateix, que atesa l'elevada coordinació atenció primària-PADES-hospital, la major part de pacients "hospitalaris" també són atesos al llarg de la seva malaltia des de l'atenció primària. Cinquena, s'han utilitzat entrevistes i qüestionaris adequadament validats per la major part de les variables estudiades, tanmateix existeix una dificultat inherent per al diagnòstic i correcta avaluació del malestar psicològic i dels trastorns mentals en pacients amb càncer avançat perquè molts símptomes que defineixen la síndrome depressiva se superposen amb els símptomes originats per la pròpia malaltia cancerosa o pel seu tractament (p. ex. fatiga, manca d'energia, anorèxia i pèrdua de pes, trastorns del son...) i per altra banda, en la valoració dels propis símptomes psicològics pot ser difícil posar el llindar per discriminar el que és patològic del que és una reacció adaptativa normal²⁸. Alguns autors proposen excloure de l'avaluació de l'estat psicològic els símptomes que no poden atribuir-se inequívocament al trastorn depressiu o bé substituir-los per altres símptomes alternatius²⁶, mentre que altres autors advoquen per un criteri més inclusiu i per considerar per al diagnòstic de la depressió tots els símptomes presents²⁹, encara que alguns puguin ser eventualment atribuïts a la malaltia cancerosa. D'acord amb aquestes recomanacions, el criteri utilitzat en aquest estudi ha estat primar la sensibilitat en la interpretació dels símptomes, i aquest és un fet que cal tenir en compte a l'interpretar l'alta prevalença de depressió que hem trobat.

Com a conclusions remarquem l'alta prevalença de depressió major en pacients amb càncer avançat observada en aquest estudi, i l'associació de la presència de depressió major a un status funcional més limitat, a pitjors mesures en diverses dimensions de qualitat de vida, a la presència de preocupacions existencials diverses i a una pitjor percepció del suport social.

Agraïments

Els autors agraeixen el finançament d'aquest estudi a la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (VI Ajuts per la Recerca, 2005) i a la Fundació Jordi Gol i Gurina (Ajut a la Recerca, 2005).

Bibliografia

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, Galiotta 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, Isometsä 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, Masdén 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.