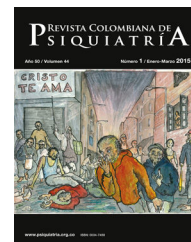




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

La salud mental determina la calidad de vida de los pacientes con dolor neuropático oncológico en Quito, Ecuador[☆]



Fernando Gordillo Altamirano*, María José Fierro Torres, Nelson Cevallos Salas y María Cristina Cervantes Vélez

Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de abril de 2016

Aceptado el 19 de julio de 2016

On-line el 16 de agosto de 2016

Palabras clave:

Neoplasias

Neuralgia

Calidad de vida

Ansiedad

Depresión

R E S U M E N

Objetivo: Identificar los principales determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de pacientes con dolor neuropático oncológico en un hospital de tercer nivel de atención.

Métodos: Estudio transversal analítico. En una muestra de 237 pacientes con criterios de dolor neuropático de origen oncológico, se midieron variables clínico-demográficas: tipo de cáncer, estadio, tiempo de diagnóstico, intensidad del dolor, funcionalidad física con la escala PPS, y ansiedad y depresión con la escala HADS. Se calcularon sus respectivos coeficientes de correlación (r) con la CVRS medida con el cuestionario SF-36v2TM. Con las variables que mostraron $r \geq 0,5$ con la CVRS, se construyeron ecuaciones de regresión lineal. **Resultados:** La población mostró puntuaciones de CVRS de $39,3 \pm 9,1$ (componente físico) y $45,5 \pm 13,8$ (componente mental). Ansiedad y depresión tuvieron correlación fuerte con el componente mental ($r = -0,641$ y $r = -0,741$ respectivamente), mientras que la PPS la tuvo con el componente físico ($r = 0,617$). El modelo de regresión lineal que mejor explicó la varianza del componente mental fue diseñado con las variables ansiedad y depresión combinadas ($R = 77,3\%$; $p < 0,001$).

Conclusiones: La fuerte influencia de la comorbilidad psiquiátrica en la CVRS de los pacientes con dolor neuropático oncológico hace necesario que el plan de atención integral de estos pacientes incluya intervenciones para su oportuno diagnóstico y tratamiento.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] Artículo basado en la tesis de grado titulada «Determinantes de la calidad de vida en pacientes con dolor neuropático oncológico cuyo puntaje en la escala PPS (Escala Funcional Paliativa) sea superior a 40 en el hospital de SOLCA (Sociedad de Lucha contra el Cáncer)-Núcleo de Quito en el periodo enero - febrero 2014», presentada en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en 2014.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gordillofernando12@gmail.com (F. Gordillo Altamirano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.07.002>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Mental Health Determines the Quality of Life in Patients With Cancer-Related Neuropathic Pain in Quito, Ecuador

A B S T R A C T

Keywords:
Neoplasms
Neuralgia
Quality of life
Anxiety
Depression

Objective: To identify the main factors determining the health related quality of life (HRQL) in patients with cancer-related neuropathic pain in a tertiary care hospital.

Methods: A cross-sectional analytical study was performed on a sample of 237 patients meeting criteria for cancer-related neuropathic pain. Clinical and demographic variables were recorded including, cancer type, stage, time since diagnosis, pain intensity, physical functionality with the Palliative Performance Scale (PPS), and anxiety and depression with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Their respective correlation coefficients (r) with HRQL assessed with the SF-36v2 Questionnaire were then calculated. Linear regression equations were then constructed with the variables that showed an $r \geq .5$ with the HRQL.

Results: The HRQL scores of the sample were 39.3 ± 9.1 (Physical Component) and 45.5 ± 13.8 (Mental Component). Anxiety and depression strongly correlated with the mental component ($r = -.641$ and $r = -.741$, respectively) while PPS score correlated with the physical component ($r = .617$). The linear regression model that better explained the variance of the mental component was designed combining the Anxiety and Depression variables ($R = 77.3\%$; $P < .001$).

Conclusions: The strong influence of psychiatric comorbidity on the HRQL of patients with cancer-related neuropathic pain makes an integral management plan essential for these patients to include interventions for its timely diagnosis and treatment.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Cáncer y dolor neuropático oncológico

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, luego de las enfermedades cardiovasculares¹, y se prevé que el número de defunciones por cáncer siga aumentando. La carga global del cáncer seguirá creciendo por el acelerado crecimiento de la población, su envejecimiento y la creciente adopción de hábitos potencialmente cancerígenos como tabaquismo, sedentarismo y dieta inapropiada².

Al menos 3,5 millones de personas en todo el mundo tienen diariamente dolor asociado al cáncer³. Alrededor del 20% de los dolores de los pacientes con cáncer son de origen neuropático puro, pero aproximadamente el 40% de los pacientes con cáncer sufren dolor neuropático si se incluye también los dolores mixtos somáticos-neuropáticos⁴. El dolor neuropático (DNP) es el iniciado o causado por una lesión o disfunción primarias del sistema nervioso⁵. Los pacientes con cáncer pueden sufrir DNP por múltiples causas, como la compresión o la infiltración directa del tumor en estructuras nerviosas, traumatismos nerviosos directos como consecuencia de procedimientos diagnósticos o quirúrgicos, lesiones nerviosas secundarias a tratamientos como quimioterapia y radioterapia, neuropatía paraneoplásica por mecanismos autoinmunitarios o mayor incidencia de herpes zoster por inmunosupresión³⁻⁶. El DNP es especialmente problemático porque se sufre habitualmente en partes del cuerpo que anatómicamente aparecen normales, generalmente es crónico, intenso y resistente a analgésicos de uso común, se agrava

por fenómenos como la alodinia e hiperalgesia y genera altos gastos económicos^{3,6}.

Es necesario recordar que el dolor en el paciente oncológico es un concepto multidimensional, que encierra no solamente la percepción física del dolor, sino también esferas emocionales (ansiedad, depresión, ira), sociales y espirituales, como se detalla en el concepto de dolor total⁷.

Calidad de vida relacionada con la salud

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se refiere a cómo una persona percibe su salud física y mental con el pasar del tiempo; es una medida del impacto de la enfermedad en el paciente, su vida diaria, su sentimiento de bienestar y su funcionalidad⁸. La CVRS es una apreciación proveniente del paciente, no del médico⁸, por lo que se puede usar fácilmente para que el personal de salud pueda entender mejor las necesidades de los pacientes y brindarles así atención de calidad⁹. Es tal su importancia que la evaluación de la CVRS se incluye cada vez con más asiduidad en los protocolos de ensayo clínico controlado como una variable de resultado de las intervenciones propuestas.

Gracias al desarrollo de cuestionarios autoaplicables confiables y válidos, la CVRS se ha evaluado en decenas de miles de pacientes y en una variedad de cánceres¹⁰. Las dimensiones en las cuales se intenta cuantificar la CVRS varían ligeramente según el instrumento que se utiliza. En general se evalúa lo siguiente⁸:

- Funcionamiento físico: grado en que la salud limita las actividades físicas.

- Funcionamiento emocional: grado en que el sufrimiento psicológico, la falta de bienestar emocional, la ansiedad y la depresión interfieren en las actividades diarias.
- Funcionamiento social: grado en que los problemas de salud interfieren en la vida social habitual.
- Percepción de salud general y de bienestar: valoración personal de la salud que incluye salud actual, perspectivas y resistencia a enfermar.
- Síntomas específicos de cada enfermedad.

Existe evidencia de que los cambios en la CVRS de pacientes con cáncer durante el tratamiento son factores predictores de supervivencia estadísticamente significativos^{10,11}. Es de suma importancia conocer las variables que influyen significativamente en la CVRS de distintos subgrupos de pacientes oncológicos. El número de posibles determinantes de la CVRS es infinito, pero se ha logrado reducir la lista a los factores que con cierta regularidad han mostrado correlaciones como, por ejemplo:

- Aspectos sociodemográficos, como sexo, edad, ingreso económico y redes de apoyo.
- Relacionados con el cáncer, como tipo, estadio, tiempo de diagnóstico y tratamiento recibido.
- Relacionados con la salud, como comorbilidades y estado nutricional.
- Relacionados con el estilo de vida del paciente, como dieta, ejercicio y consumo de alcohol y tabaco.

Este estudio se diseñó con el propósito de identificar mediante un modelo de regresión lineal los principales determinantes de la CVRS de los pacientes con DNP oncológico en un hospital de tercer nivel de atención de la ciudad de Quito.

Material y métodos

Estudio transversal analítico. Se calculó la muestra utilizando la prevalencia de DNP en pacientes oncológicos previamente mencionada, un nivel de confianza del 95% y una precisión del 5%. Constó de 237 pacientes. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia de los pacientes del Servicio de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Oncológico SOLCA, en la ciudad de Quito, durante el periodo enero-febrero de 2014. Los pacientes provenían tanto de consulta externa como de hospitalización y emergencias. Se incluyó en el estudio a los pacientes con criterios de DNP según el cuestionario *Douleur Neuropathique-4 items* (DN4). Se excluyó a los pacientes menores de 18 años, las embarazadas, aquellos con comorbilidades potencialmente causantes de DNP o con déficit cognitivo que dificultase su participación. También se excluyó a los pacientes con escala PPS (escala funcional paliativa) ≤ 40 puntos, para los que se espera una drástica disminución de la CVRS, y a quienes que no aceptaran voluntariamente participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

Instrumentos y variables

Se registraron a partir de la historia clínica de los pacientes sexo, edad, tipo de cáncer, estadio y tiempo de diagnóstico en

meses. Se capacitó a los investigadores en la aplicación estandarizada de los siguientes instrumentos para la recolección de las variables adicionales:

- Cuestionario DN4 para detección de DNP. Sensibilidad del 79,8% y especificidad del 78% para resultados > 4 ¹².
- Escala visual analógica (EVA) para intensidad del dolor, de 0 a 100.
- Escala PPS para grado de funcionalidad física, de 50 a 100¹³.
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS): instrumento confiable para la detección de estados de depresión y ansiedad en escenarios hospitalarios y la medición de la gravedad del trastorno emocional¹⁴.
- Cuestionario SF-36v2TM en español validado: mide la CVRS en 2 componentes: físico y mental. Proporciona además puntuaciones en 4 dominios que integran cada componente: funcionalidad física, rol físico, dolor corporal y salud general (componente físico); vitalidad, funcionalidad social, rol emocional y salud mental (componente mental). Cada dominio y cada componente se puntúan de 0 a 100, y los valores más próximos a 100 son los que indican mejor CVRS¹⁵.

Análisis de datos

Se realizó una base de datos en el sistema Excel con la información obtenida de cada paciente, la cual se exportó al programa SPSS 17.5[®] para su análisis estadístico. Según la bibliografía revisada^{16,17} y según los objetivos propuestos para esta investigación, el análisis comprendió 3 etapas:

- Descriptiva. Detalle de las características clínico-demográficas de la muestra y scores de los instrumentos aplicados.
- Correlacional. Cálculo de coeficientes de correlación (r) entre las variables independientes y la CVRS: se utilizó el coeficiente rho de Pearson para variables cuantitativas (edad, tiempo de diagnóstico, intensidad del dolor, PPS, ansiedad y depresión) y el coeficiente de correlación intraclass (CCI) para variables cualitativas (sexo, tipo de cáncer, estadio del cáncer).
- Análisis de regresión lineal. Con las variables independientes que en el paso previo mostraron valores de correlación fuerte ($r \geq 0,5$), se construyeron ecuaciones que explicaran la varianza de la CVRS. Se tomó como resultados estadísticamente significativos aquellos con valor de $p < 0,05$.

Consideraciones éticas

Todos los pacientes involucrados en el estudio expresaron por escrito su consentimiento informado. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Oncológico SOLCA Núcleo Quito. Toda la investigación se llevó a cabo mediante las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki.

Tabla 1 – Análisis descriptivo de la muestra

Variable	
Sexo	
Varones	69 (29,1)
Mujeres	168 (70,9)
Tipo de cáncer	
Mama	58 (24,5)
Genitales femeninos*	40 (16,9)
Linfático-hemopoyético	39 (16,5)
Digestivo	25 (10,5)
Otros	75 (31,6)
Estadio	
No estadificado aún	20 (8,4)
I	12 (5,1)
II	54 (22,8)
III	72 (30,4)
IV	79 (33,3)
Edad (años)	56,7 ± 15,7 (57)
Tiempo de diagnóstico (meses)	45,8 ± 51,4 (24)
EVA	45,1 ± 30 (50)
PPS	87,3 ± 15,5 (90)
CVRS componente físico	39,3 ± 9,1 (39,5)
Funcionalidad física	52,6 ± 29,2 (55)
Rol físico	39,3 ± 33,4 (31,3)
Dolor corporal	43,1 ± 26,6 (41)
Salud general	55,1 ± 22,7 (55)
CVRS componente mental	45,5 ± 13,8 (46,5)
Vitalidad	57,4 ± 26,5 (62,5)
Funcionalidad social	62,2 ± 34,7 (62,5)
Rol emocional	58,8 ± 34,4 (50)
Salud mental	61,5 ± 25,1 (60)

* Incluye cérvix y endometrio.
Los valores expresan n (%) o media ± desviación estándar (mediana).

Resultados

Análisis descriptivo

El análisis descriptivo de la muestra se presenta en las tablas 1 y 2.

Correlaciones

Los coeficientes de correlación (rho de Pearson para variables cuantitativas y CCI para variables cualitativas) entre las variables independientes y la CVRS se presentan en la tabla 3, en la que se resaltan los que muestran $r \geq 0,5$.

Regresión lineal

Se tomaron las variables con correlaciones fuertes $r \geq 0,5$ con los componentes físico y mental de la CVRS y se realizaron con ellas ecuaciones de regresión lineal.

Para el componente físico de la CVRS, el modelo se realizó con la variable PPS, que obtuvo la ecuación [1]

$$CVRS_{Física} = 7,142 + 0,368(PPS) \quad [1]$$

Tabla 2 – Distribución de la muestra según scores HADS para ansiedad y depresión

Puntos	Interpretación	n (%)
Ansiedad		
0-7	No hay caso	154 (65)
8-11	Caso dudoso	32 (13,5)
≥ 11	Caso probable	51 (21,5)
Total		237 (100)
Depresión		
0-7	No hay caso	168 (70,9)
8-11	Caso dudoso	31 (13,1)
≥ 11	Caso probable	38 (16)
Total		237 (100)

La ecuación [1] explica el 62,5% de la varianza del componente físico de la CVRS ($R=0,625$; $p<0,0001$). La ecuación explica que, a partir de un intercepto de 7,142 (puntuación del componente físico de la CVRS cuando la del PPS es 0), cada incremento puntual en la escala PPS resulta en un incremento de 0,368 puntos en el componente físico de la CVRS del paciente.

Para el componente mental de la CVRS, se construyeron modelos con las variables ansiedad y depresión, tanto individualmente como combinadas. Se obtuvieron las ecuaciones [2], [3] y [4]:

$$CVRS_{Mental} = 58,1 + (-1,88)(Ansiedad) \quad [2]$$

$$CVRS_{Mental} = 56,4 + (-2,058)(Depresión) \quad [3]$$

$$CVRS_{Mental} = 59,9 + (-0,914)(Ansiedad) + (-1,579)(Depresión) \quad [4]$$

Aunque estas 3 ecuaciones fueron estadísticamente significativas ($p<0,0001$), la que mejor explicó la varianza del componente mental de la CVRS es la ecuación [4], construida con las variables ansiedad y depresión combinadas, ya que explicó el 77,3% de la varianza ($R=0,773$ frente a $R=0,619$ para [2] y $R=0,732$ para [3]). La ecuación explica que a partir de un intercepto de 59,9 (puntuación del componente mental de la CVRS cuando las de ansiedad y depresión en la escala HADS son 0), cada incremento puntual de la variable ansiedad en la escala HADS resulta en una disminución de 0,914 puntos en el componente mental de la CVRS y cada incremento puntual de la variable depresión en la escala HADS resulta en una disminución de 1,579 puntos en el componente mental de la CVRS del paciente.

Discusión

La población de este estudio tenía afectación de la CVRS según el cuestionario SF-36v2TM. Los valores medios de la CVRS en los componentes físico y mental y sus respectivos dominios son menores que los presentados por estudios realizados en población general en otros países de la región^{18,19} que

Tabla 3 – Coeficientes de correlación entre las variables independientes y los componentes de la calidad de vida relacionada con la salud

Variable independiente	Coefficiente utilizado	CVRS componente físico	CVRS componente mental
Sexo	CCI	0,007	-0,005
Tipo de cáncer		-0,015	0,023
Estadio		-0,014	-0,018
Edad	Rho de	0,046	-0,033
Tiempo de diagnóstico	Pearson	0,123	0,014
EVA		-0,246	-0,222
PPS		0,617*	0,122
Ansiedad		-0,074	-0,641*
Depresión		-0,368	-0,741*

CCI: coeficiente de correlación intraclass; CVRS: calidad de vida relacionada con la salud.

* $r \geq 0,5$ y pasa a la construcción de ecuaciones de regresión lineal.

utilizaron el mismo instrumento. Sin embargo, las puntuaciones obtenidas son equiparables a las de poblaciones de pacientes oncológicos²⁰⁻²², en las que además se observó mayor alteración del componente físico que en el mental, similar a lo hallado en este estudio.

Reeve et al. hicieron un seguimiento de 2 años a una población de adultos mayores ($n = 8.592$) midiendo su CVRS al inicio y al final del periodo, y encontraron que los pacientes que contrajeron cáncer durante ese lapso tuvieron una disminución estadísticamente significativa en 5 de los 8 dominios del cuestionario SF-36²². Por su parte, Tofthagen et al. establecieron la CVRS en grupos de pacientes con cáncer con y sin DNP, y observaron una disminución estadísticamente significativa en 5 de los 8 dominios del cuestionario en los pacientes que sufrían DNP²³. Se podría pensar entonces que la disminución de la CVRS en la población del presente estudio es atribuible al diagnóstico de cáncer, el impacto de esta enfermedad y el efecto deletéreo adicional del DNP oncológico.

La intensidad del dolor medida con la EVA en la población presentó una puntuación media de $45,1 \pm 30$, que es congruente con valores obtenidos en estudios similares realizados con pacientes oncológicos que demuestran además cifras de intensidad más altas en DNP que en dolor somático^{23,24}. Cabe mencionar que este estudio no realizó una diferenciación entre los grupos de pacientes provenientes de consulta externa, cuyo dolor principalmente se encontraba controlado, y los de emergencias y hospitalización, en quienes un importante motivo de consulta e ingreso es el dolor de gran intensidad. El estadio IV fue el más común en la población; un tercio de la población presentaba enfermedad metastásica. Esta observación es común en grupos de pacientes con DNP oncológico^{24,25} y se explica por la acumulación de mecanismos algógenos durante la historia natural de la enfermedad.

Utilizando el cuestionario HADS se encontró una prevalencia de casos probables de ansiedad y depresión del 21,5 y el 16% respectivamente. La bibliografía muestra valores notablemente variables en la prevalencia de estas comorbilidades psiquiátricas en pacientes oncológicos usando este instrumento. Rodríguez-Vega et al.²⁶ reportaron en España un 15,7% de ansiedad y un 14,6% de depresión, mientras que Ornelas-Mejorada et al.²⁷ informaron en México del 27 y el 28% respectivamente. Las variaciones podrían explicarse por factores socioculturales específicos de cada país y cada muestra poblacional.

Este estudio no es el primero que trata de identificar los determinantes de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Trabajos previos han buscado correlacionar la CVRS de estos pacientes con variables clínicas (estadio, tipo de cáncer, tiempo de diagnóstico, tipo de tratamiento recibido), demográficas (edad, sexo), socioeconómicas (ingreso familiar mensual, nivel de educación, estado civil, situación de empleo, seguro de salud) e incluso con la religiosidad y espiritualidad. En esta población no se encontraron correlaciones entre la CVRS y la edad, el sexo, el estadio, el tipo de cáncer, el tiempo desde el diagnóstico o la intensidad del dolor. La bibliografía no ha demostrado que el sexo guarde correlación con la CVRS de los pacientes oncológicos^{21,28,29}, mientras que la participación de la edad es tema de controversia: en algunos estudios la CVRS mejora con la edad²⁸, en otros sucede lo contrario²¹ y en otros no se encuentran correlaciones significativas.

La falta de correlación entre la CVRS y las variables relacionadas con el cáncer (tipo, estadio y tiempo de diagnóstico) puede explicarse porque en todos los momentos de la enfermedad hay factores que de una u otra manera afectan a la CVRS. El momento mismo del diagnóstico, las etapas iniciales del tratamiento y los meses siguientes al fin del tratamiento son momentos duros para el paciente tanto física como emocionalmente³⁰. Hacia etapas finales de la enfermedad, contribuyen a la disminución del bienestar las limitaciones físicas y los efectos secundarios del tratamiento acumulados. Esta observación se ha confirmado en estudios sobre pacientes con cáncer ovárico³¹ y oncológicos en cuidados paliativos²¹.

La funcionalidad física del paciente medida con la escala PPS es la única variable que presentó una correlación fuerte con el componente físico de la CVRS y con la que se estableció una ecuación de regresión lineal estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Esto resalta la importancia de que las intervenciones médicas busquen conservar la funcionalidad del paciente oncológico, lo cual incluye un adecuado manejo del dolor y una atención paliativa integral para los pacientes que lo requieran.

Las únicas variables que se correlacionaron con el componente mental de la CVRS fueron las comorbilidades psiquiátricas estudiadas (ansiedad y depresión). El modelo de regresión lineal construido con ambas explicó el 77,3% de la varianza en el componente mental de la CVRS ($p < 0,001$). La influencia de estas dos comorbilidades en la CVRS se ha descrito antes en pacientes tanto oncológicos como no

oncológicos. Altas prevalencias de ansiedad y depresión se han observado como predictores de baja calidad de vida de los pacientes con cáncer tiroideo³², de mama³³, de cabeza y cuello³⁴ y cáncer en general^{35,36}. Observaciones similares se han encontrado en grupos de pacientes con dolor crónico de diversa etiología³⁷ y otras enfermedades crónicas³⁸.

Las posibles relaciones entre las enfermedades crónicas como el cáncer y la ansiedad y la depresión ya se han analizado antes. Una revisión sistemática y metasíntesis sobre el tema³⁸ muestra que la mayoría de los estudios han encontrado que los pacientes tienden a sufrir depresión o ansiedad como consecuencia de que se les diagnosticara una enfermedad crónica. Múltiples consecuencias del diagnóstico pueden contribuir a este hecho: la pérdida del sentido de ser uno mismo, ansiedad e incertidumbre sobre el futuro (dado lo impredecible e incurable de la enfermedad, y su relación con la muerte), pérdida de relaciones y aislamiento social, sentimientos de culpa, limitaciones producidas por la misma enfermedad, tristeza por los cambios que ocurren en su vida. Otros estudios describen una segunda vía en la que ciertos pacientes describen condiciones emocionales preexistentes, como ansiedad y depresión, como las causantes de su enfermedad crónica. Por ejemplo, el paciente que ve la ansiedad y el estrés permanente de su estilo de vida como la causa de su hipertensión arterial. Finalmente, otros autores proponen una tercera vía en la que la enfermedad crónica y ansiedad/depresión son circunstancias que guardan una relación cíclica, en la que cada una alimenta recíprocamente a la otra. Sea cual sea la relación que guardan la ansiedad y la depresión con las enfermedades crónicas, es evidente su impacto en la CVRS.

La ansiedad y la depresión explican una menor CVRS (principalmente en el componente mental) por varios factores³⁹⁻⁴¹:

- Los pacientes deprimidos maximizan el impacto de sus limitaciones físicas en su actividad diaria. Aquellos sin depresión logran mirar por encima de estas limitaciones para mantener una funcionalidad cercana a la que habitualmente tenían.
- Como se explica en el concepto de dolor total, la ansiedad y la depresión pueden contribuir de una manera real a la amplificación de la intensidad con que se percibe el dolor.
- Ideas y sentimientos depresivos se relacionan con aislamiento social y disminución de las relaciones interpersonales. La familia y los amigos del paciente son su principal red de apoyo, la cual queda anulada cuando voluntariamente el paciente se aísla.
- La ansiedad y la depresión hacen que el paciente autoevalúe su salud como mala y con tendencia a empeorar, y fijan en su mente un inevitable escenario de muerte.
- La depresión intensifica la percepción de sentimientos de cansancio y agotamiento, lo que impacta en el bienestar subjetivo de los pacientes en el dominio vitalidad.

Una barrera para la atención integral al paciente oncológico es la «normalización» de la ansiedad y la depresión tanto por el médico como por el paciente. Es un fenómeno tan usual encontrar síntomas de ansiedad y depresión en el paciente con cáncer que el médico llega a verlo como un componente normal e inevitable de la enfermedad, de modo que no considera necesario su manejo independiente. Otro obstáculo para

el diagnóstico es que cáncer y depresión son enfermedades con síntomas en común (fatiga y dolor principalmente), por lo que es habitual atribuirlos exclusivamente al cáncer y olvidarse del posible aporte de la comorbilidad psiquiátrica³⁹. Por otro lado, el paciente teme el diagnóstico formal de ansiedad y depresión debido al estigma social que las enfermedades mentales traen consigo. Raras veces consideran necesaria la ayuda psiquiátrica y consideran que tratarlas no es indispensable o prioritario⁴⁰.

Conclusiones

Este estudio resalta la necesidad de que la atención integral al paciente oncológico incluya la detección y el manejo oportunos de la comorbilidad psiquiátrica, así como apoyo psicológico profesional durante todas las etapas de la enfermedad. Se aporta evidencia de que dicha práctica podría tener considerables efectos favorables en la preservación de la CVRS de estos pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a los Dres. Marcos Serrano y Carmen Elena Cabezas y al personal del Servicio de Terapia del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital SOLCA Núcleo Quito por su colaboración en la realización de la investigación y su informe. Se agradece además a QualityMetric Inc. por la licencia recibida para utilizar el cuestionario SF-36v2TM.

BIBLIOGRAFÍA

1. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;385:117-71.
2. Torre L, Bray F, Siegel R, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global Cancer Statistics, 2012. *Cancer J Clin*. 2015;65:87-108.

3. García-Hernández R, Failde I, Pernia A, Calderón E, Torres LM. Prevalencia de dolor neuropático en pacientes con cáncer sin relación con el tratamiento oncológico previo. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16:386-98.
4. Bennett MI, Rayment C, Hjermstad M, Aass N, Caraceni A, Kaasa S. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: A systematic review. *Pain*. 2012;153:359-65.
5. Stute P, Soukup J, Menzel M, Sabatowski R, Grond S. Analysis and treatment of different types of neuropathic cancer pain. *J Pain Symptom Manage*. 2003;26:1123-31.
6. Lema MJ, Foley KM, Hausheer FH. Types and epidemiology of cancer-related neuropathic pain: the intersection of cancer pain and neuropathic pain. *Oncologist*. 2010;15 Suppl 2:3-8.
7. Astudillo W, Mendinueta C, Gabilondo EAS. Principios básicos para el control del dolor total. *Rev Soc Esp Dolor*. 1998;6:29-40.
8. The World Health Organization Quality Of Life Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41:1403-9.
9. Hong E. Health-related quality of life and health condition of community-dwelling populations with cancer, stroke and cardiovascular disease. *J Phys Ther Sci*. 2015;27:2521-4.
10. Osoba D. Health-related quality of life and cancer clinical trials. *Ther Adv Med Oncol*. 2011;3:57-71.
11. Ediebah DE, Coens C, Zikos E, Quinten C, Ringash J, King MT, et al. Does change in health-related quality of life score predict survival? Analysis of EORTC 08975 lung cancer trial. *Br J Cancer*. 2014;110:2427-33.
12. Blanco E, Galvez R, Zamorano E, López V, Pérez M. Prevalencia de dolor neuropático (DN), según DN4, en atención primaria. *Semerger*. 2012;38:203-10.
13. Anderson F, Downing GM, Hill J, Casorso L, Lerch N. Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. *J Palliat Care*. 1996;12:5-11.
14. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-70.
15. Ware J, Kosinski M, Bjorner J, Turner D, Gandek B, Maruish M. SF-36v2 health survey: administration guide for clinical trial investigators. Lincoln: QualityMetric Inc; 2008. p. 1-34.
16. Slinker B, Glantz S. Multiple linear regression: accounting for multiple simultaneous determinants of a continuous dependent variable. *Circulation*. 2008;117:1732-7.
17. Alexopoulos EC. Introduction to multivariate regression analysis. *Hippokratia*. 2010;14 Suppl 1:23-8.
18. Cruz LN, Fleck MP, Oliveira MR, Camey SA, Hoffmann JF, Bagattini AM, et al. Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18:1911-21.
19. Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Pública Méx*. 2004;46:306-15.
20. Bostr B, Sandh M, Lundberg D, Fridlund B. A comparison of pain and health-related quality of life between two groups of cancer patients with differing average levels of pain. *J Clin Nurs*. 2003;12:726-35.
21. Sharifa W, Fuad I, Hayati Y, Zafar A, Wanda G. Observational study on patients' satisfactions and quality of life among cancer patients receiving treatment with palliative care intent in a tertiary hospital in Malaysia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15:695-701.
22. Reeve B, Potosky A, Wilder Smith A, Han P, Hays R, Davis W, et al. Impact of cancer on health-related quality of life of older Americans. *J Natl Cancer Inst*. 2009;101:860-8.
23. Tofthagen C, McMillan S. Pain, neuropathic symptoms and physical and mental well-being in persons with cancer. *Cancer Nurs*. 2010;33:436-44.
24. García de Paredes M, Del Moral González F, Martínez P, Martí JL, Enrech S, Cobo M, et al. First evidence of oncologic neuropathic pain prevalence after screening 8615 cancer patients. Results of the On Study. *Ann Oncol*. 2011;22:924-30.
25. Garzón-Rodríguez C, Lyras L, Olay L, Sepúlveda J, Samantas E, Pelzer U, et al. Cancer-related neuropathic pain in out-patient oncology clinics: a European survey. *BMC Palliat Care*. 2013;12:41-53.
26. Rodríguez-Vega B, Ortiz-Villalobos A, Palao A, Avedillo C, Sánchez A, Chinchilla C. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *Eur J Psychiatr*. 2002;16:27-38.
27. Ornelas-Mejorada R, Tufiño-Tufiño R, Sánchez-Sosa J. Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: prevalencia y factores asociados. *Acta Invest Psicol*. 2011;1:401-14.
28. Marventano S, Forjaz MJ, Grosso G, Mistretta A, Giorgianni G, Platania A, et al. Health related quality of life in colorectal cancer patients: State of the Art. *BMC Surgery*. 2013;13 Suppl 2:S15.
29. Dibble SL, Padilla GV, Dodd MJ, Miaskowski C. Gender differences in the dimensions of quality of life. *Oncol Nurs Forum*. 1998;25:577-83.
30. Gokgoz S. Health related quality of life among breast cancer patients: a study from Turkey. *Glob J Health Sci*. 2011;3:140-52.
31. Srisuttayasathien M, Khemapech N. Quality of life in ovarian cancer patients choosing to receive salvage chemotherapy or palliative treatment. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14:7669-74.
32. Tagay S, Herpetz S, Langkafel M, Erim Y, Freudenberg L, Scho N, et al. Health-related quality of life, anxiety and depression in thyroid cancer patients under short-term hypothyroidism and TSH-suppressive levothyroxine treatment. *Eur J Endocrinol*. 2005;153:755-63.
33. Hutter N, Vogel B, Alexander T, Baumeister H, Helmes A, Bengel J. Are depression and anxiety determinants or indicators of quality of life in breast cancer patients. *Psychol Health Med*. 2013;18:412-9.
34. Moore K, Ford P, Farah C. I have quality of life... but... Exploring support needs important to quality of life in head and neck cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2014;18:192-200.
35. Brown L, Kroenke K, Theobald D, Wu J, Tu W. The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psychooncology*. 2010;19:734-74.
36. Lin L, Yee W, Selamat N. Anxiety and depressive symptoms and health-related quality of life status among patients with cancer in Terengganu, Malaysia. *ASEAN J Psychiatr*. 2011;12:100-5.
37. Annagur D, Uguz F, Apilioguliani S, Kara I, Gunduz S. Psychiatric disorders and association with quality of sleep and quality of life in patients with chronic pain: a SCID-based study. *Pain Med*. 2014;15:772-81.
38. DeJean D, Giacomini M, Vanstone M, Brundisini F. Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013;13:1-33.
39. Ryan H, Schofield P, Cockburn J, Butow P, Tattersall M, Turner J, et al. How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *Eur J Cancer Care*. 2005;14:7-15.
40. Kim JL, Cho J, Park S, Park EC. Depression symptom and professional mental health service use. *BMC Psychiatr*. 2015;15:261-73.
41. Mehta RD, Roth AJ. Psychiatric considerations in the oncology setting. *CA Cancer J Clin*. 2015;65:299-314.