



La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento

1er Premio de la XIX edición del Premio de Psicología Aplicada “Rafael Burgaleta” 2012

Manuel Hernández^{a*} y Juan Antonio Cruzado^b

^aHospital Universitario de Basurto, Osakidetza, España

^bUniversidad Complutense de Madrid, España

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Historia artículo:

Recibido: 27/11/2012

Aceptado: 09/01/2013

Palabras clave:

Trastornos psicopatológicos

Malestar emocional

Detección

Asistencia psicológica

Cáncer

Psicooncología

RESUMEN

El cáncer genera un importante sufrimiento psicológico que alcanza niveles de malestar emocional clínico en la mitad de las personas que lo padecen y se acompaña de trastornos psicopatológicos en más del 30% de los casos, una prevalencia superior a la de la población general, que precisa atención psicológica especializada. El malestar emocional es alto desde el inicio hasta el final de los tratamientos médicos y es un factor de riesgo de trastornos psicopatológicos. Estos problemas requieren una adecuada detección y evaluación, a menudo obstaculizada por distintos motivos. Se necesitan herramientas sencillas, de fácil aplicación en las consultas médicas y adecuadas para detectar el malestar emocional y los problemas de salud mental que pueden sufrir estas personas; con ello se facilitaría la derivación de estos pacientes a la consulta del psicooncólogo para dar el tratamiento específico a los que lo precisen, en el contexto de la atención integral al paciente oncológico. Este objetivo compromete a todos los sanitarios.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Todos los derechos reservados.

Psychological care for cancer patients: From assessment to treatment

First prize of the 19th “Rafael Burgaleta” Applied Psychology Awards 2012

ABSTRACT

Cancer creates an important psychological suffering that reaches clinical levels of distress in half of those who suffer from it. Cancer is accompanied by psychopathological disorders in more than 30% of the cases, a prevalence higher than in the general population which requires specialised psychological attention. The emotional distress is high from the beginning to the end of the medical treatment and it is a risk factor for psychopathological disorders. These problems require adequate screening and assessment, often hampered by various reasons. Simple tools are needed, easy to use in medical consultations and appropriate to detect emotional distress and mental health problems that these people may suffer, thus facilitating the referral of these patients to the psycho-oncologist in order to provide the specific treatment to those who need it in the context of comprehensive care for cancer patients. This objective involves all health professionals.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. All rights reserved.

En este artículo se revisan los estudios de las últimas décadas sobre los trastornos psicopatológicos de los pacientes con cáncer y sus reacciones sintomáticas de ansiedad, depresión y malestar psíquico [distress]. También se aportan datos de una investigación sobre la evolución del malestar emocional y los trastornos psicopatológicos

en 103 pacientes de cáncer que reciben tratamiento de radioterapia (Hernández, 2012), premiada en la pasada edición de la convocatoria Rafael Burgaleta, del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

La cuestión de las necesidades y problemas psicológicos en personas que sufren un cáncer ocupa el interés de múltiples estudios. Nuestra revisión se centra en los problemas de salud mental del paciente y sus reacciones sintomáticas de ansiedad, depresión y malestar psíquico a partir de las siguientes bases de datos: 1) Books@Ovid hasta marzo 2012, 2) Journals@Ovid, 3) Ovid MEDLINE(R) (1950-marzo 2012), 4) PASCAL (1984 -marzo 2012), 5) PsycARTICLES Full Text, 6) PsycBOOKS (1806 - marzo 2012), 7) PsycINFO (1806 - marzo 2012)

*La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a Manuel Hernández.
Hospital Universitario de Basurto, Osakidetza, Avda. Montevideo, 18. 48013 Bilbao.
E-mail: m.pernetas@cop.es

y 8) Revistas texto completo que suscribe Osakidetza. En todas ellas se combinan los términos-clave “cancer”, “chemotherapy”, “radiation therapy”, “radiotherapy”, “psych”, “adjust\$ disorder”, “depressi\$”, “anxiety”, “emotion\$”, “distress”, “quality of life”.

Trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional

Trastornos psicopatológicos

La prevalencia de los trastornos psicopatológicos en los pacientes con cáncer varía dependiendo de la metodología empleada en los estudios y son más frecuentes que en la población general (Hernández, 2012).

Los trastornos adaptativos se presentan entre el 32% del estudio del PSYCOG (Psychosocial Collaborative Oncology Group) (Derogatis et al., 1983) y el 55% hallado en nuestro medio (Hernández, Cruzado y Arana, 2007). En la población general varían entre el 5 y el 20% como recoge el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002).

Los trastornos del estado del ánimo oscilan entre el 2.25-6% (Derogatis et al., 1983; Gil et al., 2007; Hernández et al., 2007) hasta el 38-50% en otros estudios y revisiones (Massie, Lloyd-Williams, Irving y Miller, 2010; Van't Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden, 1997). Su prevalencia anual en la población general española es del 4.4% (Martínez et al., 2006).

La ideación y/o riesgo de suicidio varían entre el 1% y el 20%, según la gravedad y lo avanzado del cáncer (Breitbart y Krivo, 1998; Busch, Clark, Fawcett y Kravitz, 1993), muy superior al 4.4% de ideas de suicidio y el 1% de riesgo real referidos en la población general española (Gabilondo et al., 2007).

Los trastornos de ansiedad varían igualmente entre el 2.25% y el 7.8% en nuestro medio (Gil et al., 2007; Hernández et al., 2007) y entre el 2% y el 44% en otros estudios y revisiones (Derogatis et al., 1983; Ibbotson, Maguire, Selby, Priestman y Wallace, 1994; Noyes, Holt y Massie, 1998), frente al 2-6% observado en la población general (Levin y Alici, 2010).

Síntomas de ansiedad, depresión

Igualmente, la prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional es muy alta: pacientes en diferente situación de enfermedad, evolución y tratamiento presentan síntomas depresivos entre un 2% y un 25% (Carroll, Kathol, Noyes, Wald y Clamon, 1993; DeFlorio y Massie, 1995; Hernández, 2012; Grassi et al., 2004).

La prevalencia media del 24% en síntomas de ansiedad (Carroll, Kathol, Wald y Clamon, 1993; DeFlorio y Massie, 1995; Hernández, 2012) oscila entre 2% y un 44% dependiendo del tipo de cáncer y la metodología de investigación empleada (Ford, Lewis y Fallowfield, 1995; Gil et al., 2007; Grassi et al., 2004; Noyes et al. 1998; Rodríguez Vega et al., 2002).

Síntomas de malestar emocional

En las últimas décadas se utiliza cada vez más el concepto de malestar emocional, ligado a otros más clínicos como el de depresión y de ansiedad y su valoración en la clínica según algunos autores es fundamental, al punto de considerarlo el “sexto signo vital” (Bultz y Carlson, 2005). Este concepto de *distress* viene apoyado por la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN, 1999), al considerar que no estigmatiza las dificultades psicológicas de los pacientes con cáncer y abarca distintos niveles de problemas psíquicos, desde los normales hasta los que puedan ser trastornos psicopatológicos (Holland, 1997). Pero resulta un concepto impreciso, definido como “experiencia emocional desagradable” y a veces es traducido por la propia NCCN con el término clínico de “angustia” (NCCN, 2004). También resulta impreciso al considerar los instrumentos usados

para evaluar dicho malestar, como por ejemplo la escala K6 (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005), el inventario BSI-18 (Derogatis y Melisaratos, 1983) o la puntuación total en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión [*Hospital Anxiety and Depression Scale* –HADS] (Zigmond y Snaith 1983), lo que muestra la reducción del concepto de malestar emocional a conceptos clínicos psicopatológicos. Difiere de ellos el Termómetro de Malestar [*Distress Thermometer* –DT] (Roth et al., 1998), apoyado decididamente por la NCCN (2004).

La prevalencia informada de malestar emocional en pacientes con cáncer, en distintos momentos de la evolución de la enfermedad, varía entre el 15% y el 33% de los casos, alcanzando al 63% si se toma a los pacientes que lo padecen en algún momento del estudio (Henselmans et al., 2010) y según el tipo de cáncer considerado entre un 30 y un 44% (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker y Piantadosi, 2001), en concreto un 37% en el caso de pacientes en tratamiento de radioterapia (Hernández, 2012) y alcanza niveles de intensidad equivalente a un trastorno psicopatológico en el 47% de los casos (Hegel et al., 2006). En la población europea se describen niveles moderados altos de malestar emocional en el 30% de los casos, según criterios HAD-T (Grassi et al., 2004).

En los estudios revisados resalta la gran variabilidad en la prevalencia de los trastornos y síntomas psicológicos considerados, debido principalmente a las diferencias metodológicas y la falta de un protocolo de investigación homogéneo, lo que impide inferir los datos de la prevalencia real. Además reflejan sólo la prevalencia puntual: carecemos de estudios longitudinales en España que ayuden a conocer la evolución de tales trastornos y síntomas a lo largo del proceso de la enfermedad y de los tratamientos y también los factores predictores de riesgo o protección, datos que serían necesarios para una adecuada planificación asistencial desde el punto de vista del psicólogo clínico y psicooncólogo.

Estudios sobre pacientes en tratamiento de radioterapia

Nos ha interesado profundizar en el estudio de la prevalencia de los trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional de los pacientes que reciben radioterapia, un tratamiento indicado en el 60% de los casos, con un propósito tanto curativo como sintomático (MacLeod y Jackson, 1999; Stiegelis, Ranchor y Sanderman, 2004).

Estos pacientes pueden presentar temores, preocupaciones, aprensión, sentimientos de indefensión, pesadillas e insomnio (Forester, Kornfeld y Fleiss, 1978; Munro, Biruls, Griffin, Thomas, Wallis, 1989; Peck y Boland, 1977), disfunciones y problemas sexuales (Helgason, Fredrikson, Adolfsen y Steineck, 1995; Hervouet et al., 2005) y secuelas neuropsicológicas a corto y largo plazo que pueden alcanzar al 43% de los pacientes según el tipo de tumor y de radioterapia (Ahles y Cozra, 2010; Crosen, Garwood, Glatstein y Neuwelt, 1994; Fuller et al., 2008; Sanz, Olivares y Barcia, 2011; Sheline, Wara y Smith, 1980).

La investigación específica sobre trastornos psicopatológicos y síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional es muy escasa, sobre todo en cuanto a estudios que sigan la evolución de estos pacientes antes, durante y después de la radioterapia (Stiegelis et al., 2004). En España hasta la fecha no se había realizado un estudio longitudinal de estas características.

Según estudios basados en diagnósticos con instrumentos rigurosos, como la CIE-10, un 50% de los pacientes que acuden a radioterapia por distintos cánceres tiene algún trastorno mental (Fritzsche, Liptai y Henke, 2004), siendo un 3.4% trastornos depresivos, un 10.3% ansiedad y un 5.7% otros trastornos. Los más prevalentes son los trastornos adaptativos (13.9%) y otros trastornos que no precisaban tratamiento psicológico pero sí orientación o consejo (17.3%) (ver tabla 1).

Atendiendo a la prevalencia de síntomas, cumplan o no criterios psicopatológicos, los pacientes en tratamiento de radioterapia pre-

Tabla 1

Necesidades atención psicológica en pacientes bajo radioterapia. Construido a partir de Fritzsche et al. (2004)

Psicopatología y necesidades de psicoterapia	N / %
Total pacientes entrevistados	87 / 100%
Trastornos adaptativos	12 / 13,9%
Trastornos depresión	3 / 3,4%
Trastornos ansiedad	9 / 10,3%
Otros trastornos	5 / 5,7%
Trastornos sin necesidad de tratamiento; consejo	15 / 17,3%
Necesitan atención psicológica (a juicio del psiquiatra)	29 / 33,3%
Reclaman atención psicológica	36 / 42%
Sin trastorno mental	43 / 49,4%

sentan síntomas de ansiedad entre un 13 y un 24%, de depresión entre un 5 y un 17,5% y de malestar emocional entre un 9,5 y un 37% (ver tabla 2).

Respecto a la evolución se informa, en general, de un aumento de los síntomas de ansiedad y depresión desde el momento previo al inicio de la radioterapia hasta el final de la misma pero un descenso en los meses siguientes (Andersen, Karlson, Anderson y Tewfik, 1984; Buick et al., 2000; Bye, Ose y Kaasa, 1995; Janda et al., 2000). Asimismo es clínicamente importante el porcentaje de casos que empeoran durante el tratamiento, un 5,8% de nuevos pacientes con ansiedad y un 8% de nuevos pacientes con malestar emocional, como destacan Maher, Mackenziet, Young y Markst (1996). Es decir que más que una evolución lineal de los síntomas se observa mejoría clínica en unos pacientes y empeoramiento en otros, como también resaltan otros autores (Hammerlid et al., 1999).

En la revisión de Stiegelis et al. (2004) sobre 10 estudios longitudinales, se observa que la mayoría de los síntomas de ansiedad, depresión y malestar psicológico disminuyen en el periodo de seguimiento posterior a la radioterapia. Hay que considerar estos datos con prudencia pues otros estudios, como el de Sehlen et al. (2003) en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, usando la escala de auto-

evaluación de depresión SDS (*Self-rating Depression Scale*; Zung, 1965), muestran un aumento significativo de los síntomas de depresión entre el momento previo a la radioterapia hasta el final del tratamiento. Además estos síntomas no mejoran en el seguimiento, al mes y medio de acabada la radioterapia. Lejos de ello empeoran seis meses después, en la cuarta evaluación. Es importante también en este estudio el porcentaje del 12% de pacientes que empeoran clínicamente durante la radioterapia: en términos asistenciales uno de cada 8 pacientes sufre un aumento clínico de los síntomas depresivos durante la radioterapia (ver tabla 3).

Otros autores, usando la escala HAD, han observado un empeoramiento clínico de los síntomas de depresión durante el proceso de la radioterapia de un 14 a un 23%, mientras que los de ansiedad se mantienen más constantes, entre un 19 y un 15% (Nelly, Paleri, Down y Shah., 2007), una tendencia similar a la detectada por Chen et al. (2009) con un aumento del nivel medio de los síntomas de depresión desde antes de la radioterapia (8,4) hasta el final de la misma (11,2), sin cambios en el seguimiento (10,7), mientras que el nivel medio de los síntomas de ansiedad no cambia significativamente. Es importante también la observación de que un 85% de los pacientes experimentan un cambio clínico desde el inicio hasta el final de la radioterapia y un 50% entre el final de la misma y el seguimiento, de ahí la importancia de disponer de un sistema de evaluación, aceptable por los pacientes, que puede ser repetido durante el proceso terapéutico.

Independientemente de la evolución de la prevalencia, como clínicos nos interesa conocer los pacientes que mejoran a lo largo del tratamiento y, sobre todo, los que empeoran. Los estudios longitudinales deberían profundizar en las características individuales o de subgrupos, que permiten entender la diferente evolución clínica de los pacientes, para conocer mejor los procesos diferenciales de su adaptación a la situación de enfermedad.

Recientemente hemos realizado un estudio prospectivo de los trastornos psicopatológicos y síntomas de malestar emocional en el Hospital Universitario de Basurto (Hernández, 2012), con 103 pacientes con distintos tipos de cáncer, desde el inicio del tratamiento de radioterapia hasta el final de la misma y un seguimiento al mes. Las pruebas diagnósticas fueron la Entrevista neuropsiquiátrica internacional, MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) (Sheehan et al., 1998. Versión española de Ferrando, Bobes, Gilbert, Soto y Soto, 2000) y criterios DSM-IV-TR (APA, 2002). Los síntomas de ansiedad,

Tabla 2

Síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional. Distintos estudios e instrumentos breves de detección

Autores / Instrumento	Ansiedad	Depresión	Malestar emocional
Jenkins, Carmody y Rush (1998) / IDS-SR		16%	
Faller, Olshausen y Flentje (2003) / HADS >10	20%	5%	37%
Hervouet et al. (2005) / HADS >15	23,7%	14,6%	
Kilbride, Smith y Grant (2007) / HADS >10		10%	
Frick, Tyroller y Panzer (2007) / HADS >11	13%	8%	9,5%
Frick, Tyroller y Panzer (2007) / HADS >7	16%	17,5%	
Maher, Mackenziet young y Markst, (1996) / HADS >11	19%	5%	16%
Kelly, Paleri, Downs y Shah (2007) / HADS >7	19,5%	13,9%	

Tabla 3

Evolución de los cuadros depresivos a lo largo de la radioterapia y tras su finalización. Tomado de Sehlen et al. (2003)

Depresión / tiempo de tratamiento	Pre RT t1 - %	Post RT t2 - %	Post RT t3 - %	Post RT t4 - %	Sig. Chi 2	Deterioro >10 puntos
SDS Index >50	34,3%	47,4%	38,5%	43,2%	McNemar	12,3% (t1-t2)
— Moderada	3,3%	42,1%	38,5%	39,5%	p = .027	
— Severa	0%	5,3%	0%	3,7%	(de t1-t2)	

depresión y malestar emocional se detectaron con la escala HAD (Zigmond y Snaith, 1983). Resulta que uno de cada cuatro pacientes tiene algún trastorno psicopatológico (MINI) al inicio del tratamiento, que no varía significativamente al final del mismo ni al mes de seguimiento. Es más, un grupo importante empeora clínicamente a lo largo del tratamiento médico. Por otra parte, los síntomas (HADS) mejoran significativamente a lo largo de la radioterapia pero al final del estudio todavía un 22% de los pacientes muestran síntomas clínicos de ansiedad, depresión o malestar emocional.

Este estudio pone en evidencia la necesidad de investigaciones prospectivas, longitudinales, para ver cómo evoluciona la clínica psicopatológica y del malestar emocional una vez que los pacientes terminan los tratamientos médicos. Además, los factores de riesgo encontrados permiten recomendar el uso de herramientas sencillas y adecuadas para detectar precozmente el malestar emocional, un factor pronóstico de psicopatología. Con ello se mejoraría la derivación de estos pacientes al psicólogo para ofrecerles el tratamiento específico.

En resumen, los estudios mencionados muestran sobradamente la importante clínica psicológica que acompaña a los pacientes con cáncer, lo que supone una fuente de sufrimiento añadido y que hay que atender en particular a los pacientes que presentan algún trastorno psicopatológico, más de la cuarta parte de los mismos, y a los que presentan síntomas de malestar emocional, que afecta a uno de cada tres pacientes.

Se recomienda homogeneizar la metodología de las investigaciones en este campo con instrumentos de detección y diagnóstico rigurosos para extraer resultados más fiables.

Los datos avalan la recomendación de estudios longitudinales para conocer la evolución de los problemas psicológicos en estos pacientes y los factores de riesgo, protección y pronóstico para mejorar la discriminación temprana de los pacientes que pueden necesitar atención psicooncológica o de psicología clínica. Sería fácil implantar en los hospitales herramientas sencillas de evaluación de estos factores y junto a ello mejorar la implantación de una adecuada organización de asistencia psicológica.

Situación actual de la evaluación y asistencia psicológica

Se ha observado, en la revisión realizada, que los pacientes con cáncer presentan altos porcentajes de trastornos psicopatológicos y de malestar emocional, más prevalentes que en la población general. Sin embargo existe una desproporción entre la meta asistencial de dar atención psicológica a todos los pacientes que lo necesitan y la situación actual en la que sólo un 10% de estos pacientes son derivados a tratamiento psicológico (Cruzado, 2010; Hegel et al., 2006), dato preocupante si se debe, como denuncia la Dra. Holland, a que sólo uno de cada diez pacientes con malestar emocional recibe asesoramiento para obtener ayuda (Holland y Sheldon, 2003).

Se sabe que los problemas psicológicos pueden ser causa de complicaciones físicas y afectar de modo adverso al estado general de la persona que los padece, un fenómeno recogido por el DSM-IV-TR [Código 316 y F54]. Una adecuada y temprana detección aumentaría el número de pacientes que pueden beneficiarse de los recursos psicológicos ya disponibles en muchas instituciones, mejorando la adherencia al tratamiento médico y dotando al paciente de estrategias de afrontamientos y de cambio, así como tratar específicamente los posibles trastornos psicopatológicos o la sintomatología para mejorar su evolución clínica y la calidad de sus vidas (Holland, 1999; Faller, Bulzebruck, Drings y Lang, 1999; Goodwin et al., 2001; Prieto et al., 2005; Spiegel, 1996; Spiegel y Classen, 2000). Inversamente, la falta de valoración de las necesidades psicosociales de los pacientes con cáncer implica un mal uso de los recursos asistenciales, por ejemplo que los sanitarios sólo envíen al paciente al psicólogo o al psiquiatra cuando los síntomas ya se han agravado o han aparecido problemas de comunicación (Back, Arnold, Baile, Tulskey

y Fryer-Edwards, 2005; Hernández, Cruzado y Arana, 2007; Zabora, 1998).

Barreras o dificultades en la detección del malestar emocional

Diversos autores, consideran que los problemas psicológicos de estos pacientes pueden pasar desapercibidos por varias razones: debidas a los propios pacientes, por sus condiciones físicas, su estado de salud, el que atribuyan los síntomas a los efectos de los tratamientos, el que se nieguen a hablar de su malestar o bien que consideren prioritario el tratamiento y el cuidado médico y no expresen su deseo de ser ayudados psicológicamente (Holland, 1989; Holland y Sheldon, 2003; Kreidler, Chaitchik, Kreitlers, 1993; Shedler, Mayman y Manis, 1993; Van't Spijker, Trijsburg y Duivenvoorden, 1997; Watson, Greer, Blake y Shrapnell, 1984;).

Las razones pueden deberse a los profesionales, como no detectar ciertos síntomas psicológicos por confundirse con secuelas de la enfermedad o los tratamientos o considerarlos 'reacciones normales' a la situación de enfermedad o también por considerar que lo prioritario en la consulta médica es atender al tratamiento de la enfermedad, restando importancia al malestar psicológico (Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins y Saul, 2001; Holland y Sheldon, 2003; Kagan y Clifton, 2002; McDaniel y Nemeroff, 1993; Mitchell, Kaar, Coggan y Herdman, 2008; Payne, Hoffman, Theodoulou, Dosik y Massie, 1999; Ronson, Chapeaux y Body, 2003; Spiegel, 1996; Spiegel y Classen, 2000).

Así mismo los síntomas del malestar emocional pueden pasar desapercibidos por la limitación de los recursos, como las condiciones en que se realiza la práctica asistencial, la excesiva demanda o por carecer de los medios materiales o formativos para hacer una adecuada evaluación psicológica, la gravedad de la situación física de los pacientes al evaluarlos o la dificultad para el diagnóstico diferencial entre síntomas que pueden ser físicos o emocionales (Cohen-Cole, Brown y McDaniels, 1993; Holland y Sheldon, 2003; Passik y Lowery, 2010).

Métodos para optimizar la detección del malestar emocional

Un creciente interés por superar esas dificultades y barreras, según hemos podido observar (Hernández, 2012; Hernández et al., 2013), está llevando a psicólogos y psiquiatras a invertir tiempo en la formación de los equipos sanitarios en psicopatología y así mismo al desarrollo de instrumentos de detección adecuados a la realidad asistencial de los pacientes que les ayuden a detectar los problemas emocionales con los objetivos de: 1) brindar a los pacientes orientación y ayuda psicológica desde las fases más tempranas del tratamiento médico (Holland y Reznik, 2005; Middleboe, Ovesen, Mortensen y Bech, 1994; Pruitt, Waligora-Serafin, McMahon y Davenport, 1992), 2) reducir los costes de cuidados sanitarios (Holland y Reznik, 2005; Payne et al., 1999; Zabora, Smith-Wilson, Fetting y Enterline, 1990) y 3) programar la atención sanitaria para los pacientes con elevado malestar psicológico sin necesidad de largas entrevistas diagnósticas o extensivos cuestionarios (Holland y Reznik, 2005; Zabora, 1998).

Se enumeran algunos de esos instrumentos, con sus datos de validez:

- La Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), de Zigmond y Snaith (1983), de 14 ítems, con validez (sensibilidad / especificidad) del 70 al 75% para la detección de los trastornos de depresión mayor y del 75 al 75% para la de los trastornos adaptativos (Razavi, Delvaux, Farvaques y Robaye, 1990) y en nuestro medio en torno al 70% (Costa, Pérez, Salamero y Gil, 2009).
- El listado de *screening* de problemas psicosociales (SIPP), de Baeken et al. (2009), de 24 ítems.
- El listado breve de síntomas (BSI), de 53 ítems inicialmente (Derogatis, 1992; Stefanek, Derogatis y Shaw, 1987), reducido luego a 18

ítems (Derogatis, 2000), más acorde a la clínica de los pacientes con cáncer.

- El listado de malestar psíquico (PDI), de Morasso, Costantini, Baracco, Borreani y Capelli (1996) de 13 ítems, con una sensibilidad del 75% y una especificidad del 85%.
- La escala de síntomas Edmonton (ESAS), de 10 ítems para detectar síntomas físicos y psíquicos (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler y Macnillan 1991).

La tendencia imperante a adaptar la evaluación a la realidad asistencial de estos pacientes lleva al desarrollo de instrumentos ultracortos, de 1 a 4 ítems, que requieren menos de dos minutos para completarse (Mitchell, 2007; Mitchell y Coyne, 2007; Mitchell et al., 2008), como los siguientes:

- El test de calidad de vida, de Mercier, Schraub, Bransfield y Barthod (1992), con tres simples preguntas que predicen a más del 80% de los pacientes evaluados.
- El Termómetro de malestar psíquico (DT), de Roth et al. (1998), un solo ítem, al que se responde sobre una escala graduada de 0 a 10. Su precisión es escasa, con mayor especificidad que sensibilidad, 85 y 55% respectivamente (Mitchell, 2007).
- La pregunta sobre depresión “¿Está usted deprimido?”, de Chochinov, Wilson, Enns y Lander (1997), con una validez del 100% en pacientes paliativos. Otros autores encuentran valores de precisión más baja (Volk, Pace y Parchman, 1993).
- La pregunta sobre ansiedad “¿Qué nivel de ansiedad tiene usted?”, de Davey, Barratt, Butow y Deeks (2007), a la que se responde en una escala de 1 a 5; tiene una Rho de Spearman de .75 con el inventario de ansiedad STAI (Spielberger 1983).
- En España destaca el instrumento propuesto por Bayés, Limonero, Barreto y Comas (1997), una pregunta sobre la percepción que tiene el paciente sobre el paso del tiempo (largo, corto) para evaluar de forma sencilla el bienestar o el sufrimiento percibido.
- La herramienta para la Detección del Malestar Emocional (DME), de Maté et al. (2009), de cuatro preguntas, que ha sido contrastada con la escala HAD, con sensibilidad y especificidad superiores al 75% (Limonero et al., 2012).
- Las preguntas sobre ansiedad y depresión (PAD) de Hernández (2012), fundamentado en los instrumentos de Chochinov et al. (1997) y de Davey et al. (2007) para detectar trastornos psicopatológicos, con una escala de intensidad de 0 a 5. Su validez contrastada con criterios DSM-IV alcanza el rango de $75 \pm 5\%$ para detectar los trastornos del estado del ánimo.

La validez de estos instrumentos de detección cortos y ultracortos es escasa y muchos de ellos todavía no se han validado para todo tipo de pacientes con cáncer ni en distintos momentos de la enfermedad. En cambio son clínicamente útiles para detectar rápida y fácilmente el malestar psíquico y poder ofrecer intervenciones adecuadas al mismo. Este aspecto práctico es, quizás, la razón del amplio uso actual del DT (Vodermaier, Linder y Siu, 2009), aunque tanto su fiabilidad como su validez sean sólo moderadas (Mitchell, 2010).

Conclusión

La revisión realizada permite conocer la alta frecuencia de problemas de salud mental y de síntomas de ansiedad, depresión y malestar emocional que presentan las personas que padecen un cáncer. Estos datos contrastan con la asistencia psicológica específica que se ofrece actualmente, muy deficitaria, por lo que muchos pacientes que podrían necesitar una ayuda o un tratamiento psicológico específico no lo reciben, probablemente ni siquiera son detectados.

Una de las vías para salvar las barreras a la detección de estos problemas es el desarrollo de herramientas adecuadas a la realidad asistencial de estos pacientes que tengan en cuenta su situación vital: breves, aceptables, fácilmente aplicables y repetibles con facilidad para registrar el estado emocional cambiante a lo largo del pro-

ceso de enfermedad o de los tratamientos. Los resultados en este sentido son mejorables, sobre todo en los aspectos psicométricos de validez y precisión diagnóstica, que es más bien modesta.

El concepto de malestar emocional, aunque impreciso, es útil para reconocer un problema clínico muy frecuente en los pacientes oncológicos, igualmente poco atendido y que además resulta ser un factor de riesgo para padecer un trastorno mayor. Su uso puede servir para homologar un modo de detección rápida que facilite la orientación a los distintos niveles de intervención, incluida la atención en salud mental.

Una de las dificultades del uso de estas herramientas es que se detecten problemas y que no se puedan atender porque no exista la posibilidad de enviarlo al psicólogo, una de las razones que frustran a los profesionales que podrían utilizarlos (Mitchell et al., 2008).

Es decir, una mejor detección de estos problemas es inseparable de una mayor presencia e integración del profesional psicólogo en los equipos sanitarios que atienden al paciente oncológico. Una integración, dicho sea de paso, igualmente necesaria en el campo de la psicología de la salud, en el área de la cronicidad, por ejemplo. Es una propuesta que hay que seguir investigando para comprobar que los pacientes con mayores niveles de malestar y psicopatología sean detectados y que acudan al psicólogo todos aquellos que lo necesitan.

Pero con los conocimientos actuales ya no hay excusas. Ni la falta de formación de los médicos en temas psicológicos ni la falta de tiempo justifica que estos pacientes queden sin evaluar y tratar. Hoy disponemos de métodos breves y sencillos para detectar precozmente este malestar emocional.

Decía el Dr. Bayés que debe haber una asistencia psicológica de mínimos en oncología, un apoyo que todos los profesionales que atienden al paciente deberían saber dar, pero también hay necesidad de evaluación psicológica y de tratamientos específicos para estas personas.

Es un derecho de los pacientes y un deber que tenemos los psicólogos con nuestra sociedad.

Extended Summary

In this article we examine the studies carried out during the latest decades on psychopathological disorders suffered by cancer patients and their symptomatic reactions in the form of anxiety, depression and psychological distress. We also provide data from a research on the evolution of emotional distress and psychopathological disorders in 103 cancer patients receiving radiotherapy treatment (Hernández, 2012). This research obtained the first prize of the latest edition of the Rafael Burgeta Awards, organised by the Official Association of Psychologists, Madrid.

The prevalence of psychopathological disorders in cancer patients varies according to the methodology used in the studies, although they occur more frequently than in the general population. Adjustment disorders range from 32 % (Psychosocial Collaborative Oncology Group, Derogatis et al., 1983) and 55 % (Hernández et al., 2007), compared to the percentages between 5% and 20% within the general population (*DSM-IV-TR*, American Psychiatric Association, 2002).

Mood disorders vary between 2.25 and 6 % (Gil et al., 2007; Hernández et al., 2007; Derogatis et al., 1983) and 50% (Van't Spijker, Trijsburg, & Duivenvoorden, 1997; Massie, Lloyd-Williams, Irving, & Miller, 2010), compared to 4.4 % in the Spanish general population (Martínez et al., 2006).

Thoughts and/or risk of suicide vary between 1 % and 20 %, depending on the seriousness and the progression of cancer (Breitbart & Krivo, 1998; Busch, Clark, Fawcett, & Kravitz, 1993); far higher than 4.4% of suicidal thoughts and 1% of real risk within the Spanish general population (Gabilondo et al., 2007).

Similarly, anxiety disorders vary between 2 % and 44 % in some other studies and reviews (Derogatis et al., 1983; Gil et al., 2007;

Hernández et al., 2007; Ibbotson, Maguire, Selby, Priestman, & Wallace, 1994; Noyes et al., 1998), compared to 2-6% of the general population (Levin & Alici, 2010).

Likewise, prevalence of anxiety, depression and emotional distress symptoms is very high: patients in different situations of disease, evolution and treatment show depressive symptoms between 2% and 25% (Hernández, 2012; Grassi et al., 2004; Carroll, Kathol, Wald, & Clamon, 1993; DeFlorio & Massie, 1995).

Average prevalence of 24% in anxiety symptoms (Carroll, Kathol, Wald, & Clamon, 1993; DeFlorio & Massie, 1995; Hernández, 2012) ranges between 2% and 44% depending on the type of cancer and the investigation methodology used (Noyes et al. 1998; Grassi et al., 2004; Gil et al., 2007; Rodríguez Vega et al., 2002; Ford, Lewis, & Fallowfield, 1995).

The concept of emotional distress is being used during the latest decades, whose clinical assessment is considered essential (Bultz & Carlson, 2005). This concept of "distress" is endorsed by the National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 1999; 2004), which considers that it does not stigmatise the psychological difficulties of cancer patients and that comprises different levels of psychological problems, from the regular issues to psychopathological disorders (Holland, 1997). Standard instruments are used for their screening in order to assess anxiety and depression. Their prevalence ranges between 15 % and 44 % of the cases (Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow, Hooker, & Piantadosi, 2001; Grassi et al., 2004; Henselmans et al., 2010; Hernández, 2012), and reaches levels of intensity equivalent to a psychopathological disorder between 41-47% of the cases (Hegel et al., 2006).

We were interested in a deeper analysis of the prevalence of psychopathological disorders and the anxiety, depression and emotional distress symptoms in patients receiving radiotherapy treatment –60% of the cases– with both a curative and a symptomatic purpose (MacLeod & Jackson, 1999; Stiegelis et al., 2004).

Research is scarce and we mostly lack longitudinal studies (Stiegelis et al., 2004). Some authors observe that up to 50 % of patients receiving radiotherapy suffer from some mental disorder (Fritzsche, Liptai, & Henke, 2004), including cases that do not require any treatment but do require orientation or advice (Table 1). According to other studies, the prevalence of symptoms varies between 13-24 % for anxiety symptoms, between 5-17.5 % for depression symptoms and between 9.5-37% for emotional distress symptoms (Table 2).

In longitudinal studies reviewed by Stiegelis et al. (2004), most of anxiety, depression and psychological disorder symptoms decrease during the period that follows radiotherapy. However, some other authors not only do not observe any improvement, but an aggravation six months after the completion of radiotherapy (Sehlen et al., 2003). It is important to note that 12% of patients suffer a clinical aggravation during radiotherapy (Table 3). It is also significant the percentage of patients that experience clinical changes of anxiety and depression from the beginning to the end of radiotherapy (85 %), and 50 % between the end of radiotherapy and the follow-up (Chen et al., 2009). For this reason, it is important to have assessment systems acceptable to the patients that can be easily repeated during the therapeutic process.

We have recently carried out a prospective study of the psychopathological disorders and the emotional distress symptoms in the University Hospital of Basurto (Hernández, 2012) with 103 patients suffering from different types of cancer, from the beginning of the radiotherapy treatment to its conclusion, and a follow-up within one month. The diagnostic tests were the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Sheehan et al., 1998, Spanish ver. Ferrando et al., 2000), and the DSM-IV-TR criteria (APA, 2002) while anxiety, depression and emotional distress symptoms were detected with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). One out of four patients has some psychopathological

disorder (MINI) at the beginning of the treatment that does not vary significantly neither at its conclusion nor after one month of follow-up. Further, an important group clinically aggravates along the medical treatment. On the other hand, the symptoms (HADS) improve significantly over the radiotherapy, but at the conclusion of the study 22 % of patients still show clinical symptoms of anxiety, depression or emotional distress.

This study highlights the need of longitudinal, prospective research in order to verify the evolution of the psychopathological clinic and the emotional distress once the patients finish their medical treatments. Moreover, the risk factors found allow us to recommend the use of simple and appropriate tools to early detect the emotional distress, a prognostic factor of psychopathology, thus improving the referral of these patients to the psychologist in order to offer them the specific treatment.

Unfortunately, and despite the aforementioned data, psychological and psycho-oncological assessment and assistance are still very scarce (Holland & Sheldon, 2003; Hegel, 2006; Cruzado, 2010). This is due to the barriers attributed to the patients (Kreitler et al., 1993; Watson et al., 1984; Shedler et al., 1993; Holland & Sheldon, 2003; Van't Spijker, Trijsburg, & Duivenvoorden, 1997; Holland, 1989); to the professionals (Kagan & Clifton, 2002; Spiegel, 1996; Spiegel & Classen, 2000; Fallowfield, Ratcliffe, Jenkins, & Saul, 2001; Payne, Hoffman, Theodoulou, Dosik, & Massie, 1999; Ronson, Chapeaux, & Body, 2003; McDaniel & Nemeroff, 1993; Mitchell, Kaar, Coggan, & Herdman, 2008; Holland & Sheldon, 2003); and to the disease and assistance context (Holland and Sheldon, 2003; Passik & Lowery, 2010; Cohen-Cole et al., 1993).

In response to this situation, short and ultra-short screening instruments have been developed with the following objectives: 1) provide the patients with orientation and psychological assistance from the very early stages of the medical treatment (Holland & Reznik, 2005; Middleboe, Ovesen, Mortensen, & Bech, 1994; Pruitt, Waligora-Serafin, McMahon, & Davenport, 1992); 2) reduce the cost of health care (Holland & Reznik, 2005; Payne et al., 1999; Zabora, Smith-Wilson, Fetting & Enterline, 1990); and 3) establish a health care plan for patients with a high level of psychological discomfort without the need of long diagnostic interviews or lengthy questionnaires (Holland & Reznik, 2005; Zabora, 1998).

Some of these instruments are listed hereafter together with their validity data:

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), by Zigmond and Snaith (1983), consisting of 14 items, with a validity (sensitivity/specificity) of 70 %/75 % for the detection of major depression disorders, and of 75%/75% for the detection of adjustment disorders (Razavi, Delvaux, Farvaques, & Robaye, 1990), being about 70 % in our environment (Costa, Pérez, Salamero, & Gil, 2009).
- Screening Inventory of Psychosocial Problems (SIPP), by Baeken et al. (2009), consisting of 24 items.
- Brief Symptom Inventory (BSI), consisting of 53 initial items (Derogatis, 1992; Stefanek, Derogatis, & Shaw, 1987), subsequently reduced to 18 items (Derogatis, 2000), more in line with the clinical symptomatology of cancer patients.
- Psychological Distress Inventory (PDI), by Morasso, Costantini, Baracco, Borreani, and Capelli (1996), consisting of 13 items, with a sensitivity of 75% and a specificity of 85%.
- The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), consisting of ten items to screen physical and psychological symptoms (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, & Macmillan, 1991).
- Test for the measurement of quality of life by Mercier, Schraub, Bransfield, and Barthod (1992), with three items that screen more than 80% of the evaluated patients.
- Distress Thermometer (DT), by Roth et al. (1998), consisting of a sole item to be responded on the basis of a graduated scale of 0 to

10. It has a limited accuracy, being specificity higher than sensitivity –85% against 55%– (Mitchell, 2007).
- The question “Are you depressed?”, by Chochinov, Wilson, Enns and Lander (1997), with a 100 % validity in palliative patients. Some other authors, however, found lower precision values (Volk, Pace, & Parchman, 1993).
- The question “What level of anxiety do you have?”, by Davey, Barratt, Butow and Deeks (2007), to be responded on the basis of a graduated scale of 1 to 5, with a Spearman's rho of .75 in the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger 1983).
- In Spain, we must highlight the question proposed by Bayés, Limonero, Barreto, and Comas (1997) about the patient's perception of the passage of time (long, short) in order to easily assess the perceived well-being or suffering.
- The tool for the Detection of Emotional Distress [*Detección del Malestar Emocional*, DME], by Maté et al. (2009), consisting of four items, contrasted with HADS and having sensitivity and specificity percentages higher than 75 % (Limonero, Mateo, Maté-Méndez, González-Barboteo, Bayés, Bernaus, et al., 2012).
- The questions on anxiety and depression [*Pregunta sobre Ansiedad y Depresión*, PAD], by Hernández (2012), based on the instruments of Chochinov et al. (1997) and Davey et al. (2007), to screen psychopathological disorders with an intensity scale of 0 to 5. Its validity, contrasted with DSM-IV criteria, reaches a range of 75 ± 5% to detect mood disorders.

The validity of these short and ultra-short screening instruments is scarce, and many of them have not been validated yet for all types of cancer patients, nor in different stages of the disease. However, they are clinically useful to quickly and easily detect psychological distress and to offer suitable interventions. This practical aspect might explain the current widespread use of DT (Vodermaier et al., 2009)) despite both its reliability and validity being just moderate (Mitchell, 2010).

The screening of these problems cannot be delinked from a greater presence and integration of the psycho-oncologist within the medical teams that treat the oncological patient in order to offer psychological attention to the patients that require it.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento al Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid por el premio Rafael Burgaleta, un psicólogo que trabajó hasta el final por el desarrollo de nuestra profesión en este país.

Agradecemos también a los Servicios de Psiquiatría y de Radioterapia Oncológica del Hospital de Basurto, a sus jefes de servicio y a todo el equipo que ha permitido el desarrollo del trabajo de investigación aquí referido. Y fundamentalmente agradecemos a los pacientes, cuya presencia nos enseña cada día que más que enfermedades lo que hay son personas que enferman y que nos revelan, si estamos dispuestos a escucharlos, el sufrimiento ligado a la enfermedad.

Referencias

- Ahles, T.A. y Correa, D.D. (2010). Neuropsychological Impact of Cancer and Cancer Treatments. En J. C. Holland, W. Breitbart, P. Jacobsen (Eds.). *Psycho-Oncology* (pp. 251-257). New York – Oxford: Oxford University Press.
- American Psychiatric Association, versión española López-Ibor, J.J. y Valdés, M. (Dir.). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed. Texto revisado). Barcelona: Masson.
- Andersen, B. L., Karlson, J. A., Anderson, B. y Tewfik, H. H. (1984). Anxiety and cancer treatment: Response to stressful radiotherapy. *Health Psychology*, 3, 535-551.
- Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. L., Tulsky, J. A. y Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55,164-177.
- Baeken, A. P., Lechner, L., Gils, F. C. van, Houben, R. M., Eekers, D., Ambergen, T. y Kempen G. (2009). The effectiveness of the screening inventory of psychosocial problems (SIPP) in cancer patients treated with radiotherapy: design of a cluster randomised controlled trial. *BioMed Central Cancer*, 9, 177.
- Bayés, R., Limonero, J. T., Barreto, P. y Comas, M. D. (1997). A way to screen for suffering in palliative care. *Journal of Palliative Care*, 13, 22-26.
- Breitbart, W. y Krivo, S. (1998). Suicide. En J. C. Holland (Ed.). *Psycho-Oncology* (pp. 541-547). New York – Oxford: Oxford University Press.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M. J., Selmser, P. y Macmillan, K. (1991). The Edmonton symptom assessment system: a simple method for the assessment of palliative care. *Journal of Palliative Care*, 7, 6-9.
- Buick, D., Petrie, K., Booth, R., Probert, J., Benjamin, C. y Harvey, V. (2000). Emotional and functional impact of radiotherapy and chemotherapy on patients with primary breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 18, 39-62.
- Bultz, B. D. y Carlson, L. E. (2005). Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 6440-6441.
- Busch, K. A., Clark, D. C., Fawcett, J. y Kravitz, H. (1993). Clinical features of inpatient suicide. *Psychiatric Annals*, 23, 256-262.
- Bye, A., Ose, T., Kaasa, S. (1995). Quality of life during pelvic radiotherapy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74, 47-52.
- Carroll, B. T., Kathol, R. G., Noyes, R., Jr., Wald, T. G. y Clamon, G. H. (1993). Screening for depression y anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15(2), 69-74.
- Cohen-Cole, S. A., Brown, F. W. y McDaniels, J. S. (1993). Assessment of depression and grief reactions in the medically ill. En A. Stoudemire y B. S. Fogel (Eds.). *Psychiatric care of the medical patient* (pp. 53-69). New York: Oxford University Press.
- Costa, G., Perez, X., Salameo, M., y Gil, F.L. (2009). Discriminación del malestar emocional en pacientes oncológicos utilizando la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). *Ansiedad y Estrés*, 15, 217-229.
- Crosen, J., Garwood, D., Glatstein, E. y Neuwelt, E.A. (1994). Neurobehavioral sequelae of cranial irradiation in adults: A review of radiation-induced encephalopathy. *Journal of Clinical Oncology*, 12, 627-642.
- Cruzado, J.A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Síntesis.
- Chen, A. M., Jennelle, R. L., Grady, V., Tovar, A., Bower, K., Simonin, P. ... Vijayakumar S. (2009). Prospective study of psychosocial distress among patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 73, 187-93.
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M. y Lander, S. (1997). “Are You Depressed?” Screening for depression in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154, 674-676.
- Davey, H. M., Barratt, A. L., Butow, P. N. y Deeks, J. J. (2007). A one-item question with a Likert or Visual Analog Scale adequately measured current anxiety. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60, 356-360.
- DeFlorio, M. y Massie, M. J. (1995). Review of depression in cancer: gender differences. *Depression*, 5, 343-359.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory (BSI): an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-606.
- Derogatis, L. R. (1992). *The brief symptom inventory administration, scoring, and procedures Manual-II*. New York: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (2000). *Brief symptom inventory (BSI). 18 administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Pisetsky, S., Schmale, A. M.... Carnicke CL, Jr. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *The Journal of the American Medical Association-JAMA*, 249, 751-757.
- Faller, H., Bulzebruck, H., Drings, P. y Lang, H. (1999). Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Archives of General Psychiatry*, 56, 756-762.
- Faller, H., Olshausen, B. y Flentje, M. (2003). Emotional distress and needs for psychosocial support among breast cancer patients at start of radiotherapy. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 53, 229-235.
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V. y Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*, 84, 1011-1015.
- Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M. y Soto, O. (2000). *MINI. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Versión en Español 5.0.0. DSM-IV*. Traducida por L. Franco-Alfonso, L. Franco. Bajada de <http://entomologia.rediris.es/pub/bscw.cgi/d602335/> MINI/Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.pdf
- Ford, S., Lewis, S. y Fallowfield, L. (1995). Psychological morbidity in newly referred patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 39,193-202.
- Forester, B. M., Kornfeld, D. S. y Fleiss, J. (1978). Psychiatric aspects of radiotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 135, 960-963.
- Frick, E., Tyroller, M. y Panzer, M. (2007). Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. *European Journal of Cancer Care*, 16, 130-136.
- Fritzsche, K., Liptaia, C. y Henke, M. (2004). Psychosocial distress and need for psychotherapeutic treatment in cancer patients undergoing radiotherapy. *Radiotherapy & Oncology*, 72, 183-189.
- Fuller, C. D., Schillerstrom, J. E., Jones, W. E., Boersma, M., Royall, D. R. y Fuss, M. (2008). Prospective evaluation of pretreatment executive cognitive impairment and depression in patients referred for radiotherapy. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 72, 529-533.
- Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilaguta, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A. ... Haro, J. M. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 12, 494-500.

- Gil, F. L., Costa, G., Pérez, F. J., Salamero, M., Sánchez, N., Sirgo, A. ... [EDHIPO (Hypomania Detection Study) Group] (2007). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 10, 1-3.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H. ... Hunter J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 345, 1719-1726.
- Grassi, L., Travado, L., Gil, F., Sabato, S., Rossi, E. y el grupo SEPOS. (2004). Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 243-248.
- Hammerlid, E., Ahlner-Elmqvist, M., Björklund, K., Björklund, A., Evensen, J., Boysen, M. ... Westin, T. (1999). A prospective multicentre study in Sweden and Norway of mental distress and psychiatric morbidity in head and neck cancer patients. *British Journal of Cancer*, 80, 766 - 774.
- Hegel, M. T., Moore, C. P., Collins, E. D., Kearing, S., Gillock, K. L., Riggs, R. L. ... Ahles TA (2006). Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, 107, 2924-2931.
- Helgason, A. R., Fredrikson, M., Adolfsen, J. y Steineck, G. (1995). Decreased sexual capacity after external radiation therapy for prostate cancer impairs quality of life. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 32, 33-39.
- Henselmans, I., Helgeson, V. S., Seltman, H., Vries, J., Sanderman, R. y Ranchor, A. V. (2010). Identification and prediction of distress trajectories in the first year after a breast cancer diagnosis. *Health Psychology*, 29, 160-168.
- Hernández, M. (2012). Evaluación psicológica de los pacientes oncológicos en tratamiento de radioterapia. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Hernández, M., Cruzado, J. A. y Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4, 179-191.
- Hernández, M., Cruzado, J.A., Prado, M.C., Rodríguez, E., Hernández, C.I., González, M.A. y Martín, J.C. (2013). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9, 233-257.
- Hervouet, S., Savard, J., Simard, S., Ivers, H., Laverdière, J., Vigneault, E. ... Lacombe L. (2005). Psychological functioning associated with prostate cancer: Cross-sectional comparison of patients treated with radiotherapy, brachytherapy, or surgery. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30, 473-484.
- Holland, J. (1999). Update: NCCN practice guidelines for the treatment of distress. *Oncology*, 13(11A), 459-507.
- Holland, J. (1997). Preliminary guidelines for the treatment of distress. *Oncology*, 11, 109-114.
- Holland, J. y Sheldon, L. (2003). *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. Barcelona: Herder
- Holland, J. C. y Reznik, I. (2005). Pathways for psychosocial care of cancer survivors. *Cancer*, 104, 2624-2637.
- Holland, J. C. y Rowland, J.H. (Eds.) (1989). Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer.
- Ibbotson, T., Maguire, P., Selby, T., Priestman, T. y Wallace, L. (1994). Screening for anxiety and depression in cancer patients: the effects of disease and treatment. *European Journal of Cancer*, 30A, 37-40.
- Janda, M., Gerstner, N., Obermair, A., Fuerst, A., Wachter, S., Dieckmann K. y Pötter R. (2000). Quality of life changes during conformal radiation therapy for prostate carcinoma. *Cancer*, 89, 1322-1328.
- Jenkins, C., Carmody, T. J. y Rush, A. J. (1998). Depression in radiation oncology patients: a preliminary evaluation. *Journal of Affective Disorders*, 50, 17-21.
- Kagan, A. R. y Clifton, R. (2002). Psychologically high-risk patients in a radiation oncology department. *American Journal of Clinical Oncology*, 25, 425-427.
- Kelly, C., Paleri, V., Downs, C. y Shah, R. (2007). Deterioration in quality of life and depressive symptoms during radiation therapy for head and neck cancer. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 136, 108-111.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kilbride, L., Smith, G. y Grant, R. (2007). The frequency and cause of anxiety and depression amongst patients with malignant brain tumours between surgery and radiotherapy. *Journal of Neuro-Oncology*, 84, 297-304.
- Kreitler, S., Chaitchik, S. y Kreitler, H. (1993). Repressiveness: Cause or result of cancer? *Psycho-Oncology*, 2, 43-54.
- Levin, T. T. y Alici y. (2010) Anxiety disorders. En J. C. Holland, W. Breitbart y P. Jacobsen (Eds.). *Psycho-Oncology* (pp. 324-331). New York - Oxford: Oxford University Press.
- Limonero, J.T., Mateo, D., Maté-Mendez, J., González-Barboteo, J., Bayés, R., Bernaus, M. ... Viel, S. (2012). Evaluación de las propiedades psicométricas del cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME) en pacientes oncológicos. *Gaceta Sanitaria*, 26, 145-152.
- MacLeod, C. y Jackson, M. (1999). Modern radiotherapy. Does the GP have a role. *Australian Family Physician*, 28, 145-150.
- Maier, E. J., Mackenziet, C. young, T. y Markst, D. (1996). The use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the EORTC QLQ-C30 questionnaires to screen for treatable unmet needs in patients attending routinely for radiotherapy. *Cancer Treatment Reviews*, 22(A), 123-129.
- Martínez, M., Dolz, M., Alonso, J., Luque, I., Palacín, C., Bernal, M. ... Alonso J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio. ESEMed-España: *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders-España*. *Medicina Clínica*, 12, 445-451.
- Massie, M. J., Lloyd-Williams, M., Irving, G. y Miller, K. (2010). The prevalence of depression in people with cancer. En: D. Kissane, M. Maj y N. Sartorius (Eds.). *Depression and Cancer* (pp. 1-36). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Massie, M. J., Lloyd-Williams, M., Irving, G. y Miller, K. (2010). The prevalence of depression in people with cancer. En: D. Kissane, M. Maj y N. Sartorius (Eds.). *Depression and Cancer* (pp. 1-36). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Maté, J., Mateo, D., Bayés, R., Bernaus, M., Casas, C., González-Barboteo, J. ... Viel, S. (2009). Elaboración y propuesta de un instrumento para la detección de malestar emocional en enfermos al final de la vida. *Psicooncología*, 6, 507-518.
- McDaniel, J.S. y Nemeroff, C. B. (1993). Depression in the cancer patient: diagnostic, biological, and treatment aspects. En: C. R. Chapman y K. M. Foley (Eds.). *Current and Emerging Issues in Cancer Pain: Research and Practice* (pp. 1-19). New York: Raven Press.
- Mercier, M., Schraub, S., Bransfield, D. y Barthod, L. (1992). Mesure de la qualite de vie. Application au depistage de la souffrance psychologique chez les patients cancéreux. *Bulletin du Cancer*, 79, 193-204.
- Middleboe, T., Ovesen, L., Mortensen, E. L. y Bech, P. (1994). Depressive symptoms in cancer patients undergoing chemotherapy: a psychometric analysis. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 61, 171-177.
- Mitchell, A. (2010). Short Detection Tools for Cancer-Related Distress: A Review and Diagnostic Validity Meta-Analysis. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8, 487-494.
- Mitchell, A. J. (2007). Pooled results from 38 analyses of the accuracy of distress thermometer and other ultra-short methods of detecting cancer-related mood disorder. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 4670-4681.
- Mitchell, A. J. y Coyne, J. C. (2007). Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care?: a pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *The British Journal of General Practice*, 57, 144-151.
- Mitchell, A. J., Kaar, S., Coggan, C. y Herdman, J. (2008). Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders: preferences of cancer specialists and non-specialists. *Psycho-Oncology*, 17, 226-236.
- Mitchell, A. J., Kaar, S., Coggan, C. y Herdman, J. (2008). Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders: preferences of cancer specialists and non-specialists. *Psycho-Oncology*, 17, 226-236.
- Morasso, G., Costantini, M., Baracco, G., Borreani, C. y Capelli, M. (1996). Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. *Oncology*, 53, 295-302.
- Munro, A. J., Biruls, R., Griffin, A. J., Thomas, H. y Vallis, K. (1989). Distress associated with radiotherapy for malignant disease: A quantitative analysis based on patients perceptions. *British Journal of Cancer*, 60, 370-374.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (1999). Practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*, 13, 113-147.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2004). *Angustia. Guías de tratamiento para pacientes*. Versión 1/Julio 2004. Recuperado el 3 de mayo de 2005 de la página web http://www.nccn.org/patients/patient_gls/_spanish/pdf/NCCN_angustia.pdf.
- Noyes, R., Kathol, R. G., Debelius-Enemark, P., Williams, J., Mutgi, A., Suelzer, M. T. ... Clamon, G. H. (1990). Distress associated with cancer as measured by the Illness Distress Scale. *Psychosomatics*, 31, 321-330.
- Passik, S. D. y Lowery, A. E. (2010). Recognition and screening of depression in people with cancer. En: D. Kissane, M. Maj y N. Sartorius (Eds.). *Depression and Cancer* (pp.81-100). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Payne, D. K., Hoffman, R. G., Theodoulou, M., Dosik, M. y Massie, M. J. (1999). Screening for anxiety and depression in women with breast cancer. Psychiatry and medical oncology gear up for managed care. *Psychosomatics*, 40, 64-69.
- Peck, A. y Boland, J. (1977). Emotional reactions to radiation treatment. *Cancer*, 40, 180-184.
- Prieto, J. M., Atala, J., Blanch, J., Carreras, E., Rovina, M., Cirena, E. ... Gasto C. (2005). Role of depression as a predictor of mortality among cancer patients after stem-cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 23, 6063-6071.
- Pruitt, B. T., Waligora-Serafin, B., McMahon, T. y Davenport, J. (1992). Prediction of distress in the first six months after a cancer diagnosis. *Journal of Psychosocial Oncology*, 9, 91-12.
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvaeques, C. y Robaye, E. (1990). Screening for adjustment disorders and mayor depression disorders in cancer inpatients. *The British Journal of Psychiatry*, 156, 79-83.
- Rodríguez Vega, B., Ortiz, A., Barrero, A., Avedillo, C., Sánchez-Cabezudo, A. y Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *European Journal of Psychiatry*, 16, 27-38.
- Ronson, A., Chapeaux, N. y Body, J. J. (2003). Adjustment disorders with depressed mood in patients with cancer: How to diagnose and when to treat? (Original Title: Le trouble de l'adaptation avec humeur depressive chez les patients cancéreux: Comment le diagnostiquer et quand le traiter?). *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2, 25-29.
- Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I. y Holland, J. (1998). Rapid screening for psychological distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer*, 82, 1904-1908.
- Sanz, A., Olivares, M.E., Barcia, J.A. (2011). Efectos cognitivos de la radioterapia en gliomas de bajo grado. *Psicooncología*, 8, 231-264.
- Sehlen, S., Lenk, M., Herschbach, P., Aydemir, U., Dellian, M., Schymura, B. ... Dühmke E. (2003). Depressive symptoms during and after radiotherapy for head and neck cancer. *Head & Neck*, 25, 1004-1018.
- Shedler, J., Mayman, M. y Manis, M. (1993). The illusion of mental health. *The American Psychologist*, 48, 1117-1131.
- Sheehan, D. V., Lecrubier Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. ... Dunbar, G. (1998). The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-23.

- Sheline, G. E., Wara, W. M. y Smith, V. (1980). Therapeutic irradiation and brain injury. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 6, 1215-1228.
- Spiegel, D. (1996). Cancer and depression. *The British Journal of Psychiatry*, 168(Suppl.30), 109-116.
- Spiegel, D. y Classen, C. (2000). *Group therapy for cancer patients. A research-based handbook of psychosocial care*. New York: Basic Books.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (form Y)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Stefanek, M., Derogatis, L. y Shaw, A. (1987). Psychological distress among oncology outpatients. Prevalence and severity as measured with the Brief Symptom Inventory. *Psychosomatic*, 28, 530-538.
- Stiegelis, H. E., Ranchor, A. V. y Sanderman, R. (2004). Psychological functioning in cancer patients treated with radiotherapy (Review). *Patient Education and Counseling*, 52, 131-141.
- Van't Spijker, A., Trijsburg, R. W. y Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological Sequelae of Cancer Diagnosis: A Meta-analytical Review of 58 Studies after 1980. *American Psychosomatic Society*, 59(3), 280-293.
- Vodermaier, A., Linder, W. y Siu, C. (2009). Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *Journal of the National Cancer Institute*, 101, 1464-1488.
- Volk, R. J., Pace, T. M. y Parchman, M. L. (1993). Screening for depression in primary care patients: dimensionality of the short form of the Beck Depression Inventory. *Psychological Assessment*, 5, 173-181.
- Watson, M., Greer, S., Blake, S. y Shrapnell, K. (1984). Reaction to a diagnosis of breast cancer: relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer* 53, 2008-2012.
- Zabora, J. R. (1998). Screening Procedures for Psychosocial Distress. En J. C. Holland (Ed.). *Psycho-Oncology* (pp. 653-661). New York – Oxford: Oxford University Press.
- Zabora, J. R., Smith-Wilson, R., Fetting, J. H. y Enterline, J. P. (1990). An efficient method for the psychosocial screening of cancer patients. *Psychosomatics*, 31, 192-196.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C. y Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology*, 10, 19-28.
- Zigmond, A. y Snaithe, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.