

# Eficacia y utilidad clínica de la atención psicológica especializada en la Asociación Española Contra el Cáncer

## Índice

<b>00_ RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>Pág 04</b>
<b>01_ INTRODUCCIÓN</b>	<b>Pág 08</b>
<b>02_ MÉTODO</b>	<b>Pág 12</b>
<b>03_ RESULTADOS</b>	<b>Pág 16</b>

# 00

## RESUMEN EJECUTIVO

Eficacia y utilidad clínica de la atención psicológica especializada en la Asociación Española Contra el Cáncer

### RESUMEN EJECUTIVO

El sufrimiento psicológico de las personas afectadas de cáncer

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 que precisa atención psicológica especializada, una prevalencia superior a la de la población general.

El malestar emocional es alto desde el inicio hasta el final de los tratamientos, e incluso durante el periodo de supervivencia. Es un factor de riesgo de trastornos psicopatológicos.

El cáncer y su tratamiento también genera malestar emocional y afectaciones clínicamente significativas en el entorno familiar más cercano. Los familiares presentan niveles de distrés y síntomas de ansiedad y depresión, en ocasiones superiores a los observados en población general e incluso en los propios pacientes.

¿Cómo son las personas afectadas de cáncer que llegan a recibir tratamiento psicológico en la AECC?

- 10.072 personas afectadas por cáncer (pacientes y familiares), que han recibido atención psicológica durante el año 2017 en las sedes provinciales de la AECC y en los diferentes hospitales con los que colabora la AECC a nivel nacional.
- El número de mujeres que solicitan atención psicológica es muy superior al de varones (un 74% y un 26%, respectivamente). La media de edad es de 55 años (SD=14,5 años, rango 18-90 años). La mayoría estaban casados o con pareja estable (64%).
- El 62% de los usuarios era el propio paciente y el 38% restante un familiar, la mayoría cónyuges/pareja (43%), hijo/a (34%), y padre/madre (8%).
- El 22% de las personas se encuentra en activo en el momento de la solicitud del servicio, un 21% son jubidos

o pensionistas y un 19% se encuentran en situación de incapacidad laboral temporal o baja médica.

- La localización tumoral más frecuente es la mama (29%), pulmón (14%) y colon (9%). Los tres representan la mayoría de las patologías oncológicas tratadas (52%).
- La mayoría de las personas están en fase de tratamiento activo (40%), cuidados paliativos sintomáticos de enfermedad avanzada (27%) y supervivencia (12%).

¿Qué problemáticas nos encontramos en la práctica clínica diaria?

- Niveles de distrés elevados (puntuación media de 7). La distribución fue: malestar mínimo (2%), moderado (13%), alto (64%) y severo (21%); el 85% de beneficiarios que solicitaron y recibieron atención psicológica presentaron niveles de sufrimiento emocional altos o severos.
- Media de malestar emocional en mujeres muy similar a la observada en los varones. Las mujeres se sitúan en mayor medida que los varones en los intervalos superiores de distrés, pero estas diferencias no alcanzan la significación estadística.
- La edad, el estado civil, la situación laboral, y el tipo de diagnóstico oncológico tampoco mostraron asociación con el nivel de sufrimiento o dolor emocional.
- Sintomatología de ansiedad y depresión (HADS): la puntuación media para la subescala de depresión fue de 9,3 y para la subescala de ansiedad fue de 11,1. Las personas afectadas por la enfermedad presentan puntuaciones medio - altas tanto en sintomatología depresiva como en sintomatología ansiosa.
- Se encuentran diferencias estadísticamente significativas por sexo en la variable ansiedad. Las mujeres presentan niveles de sintomatología de ansiedad más elevados que los varones (78% frente a 44%). Estos resultados no se muestran en sintomatología depresiva.

### Elementos diferenciales entre las personas con cáncer y sus familiares

- Los pacientes que reciben atención psicológica se encuentran mayoritariamente en la fase de tratamiento activo de la enfermedad (42%). Los familiares preferentemente están en la fase de duelo tras la pérdida de un ser querido (31%).
- El nivel de distrés o malestar emocional percibido es superior en el colectivo de familiares que en el de pacientes. El nivel medio de sufrimiento expresado por pacientes es de 6,9 frente al 7,5 manifestado por los familiares, dato que presenta significación estadística.
- La puntuación media para la sintomatología ansiosa en el grupo de pacientes fue de 11,1 y para la sintomatología depresiva fue de 8,8, resultados que indican que las personas diagnosticadas de cáncer presentan niveles de ansiedad elevados y niveles medios-bajos de depresión, aunque no por ello el resultado es despreciable, dado que hasta el 60% de los pacientes obtienen puntuaciones elevadas en esta dimensión (HADS-D  $\geq$  8).
- El colectivo de familiares presenta unas puntuaciones medias observadas de 10,6 en la escala de ansiedad y de 10,4 en la de depresión, indicando la presencia de altos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en el colectivo de familiares. Se evidencia la mayor presencia de sintomatología depresiva en los familiares que en los pacientes. A pesar de estas tendencias claras de respuesta no se ha alcanzado la significación estadística.

### Eficacia y utilidad clínica de la intervención psicológica

- Número medio de sesiones de tratamiento: 6 (desviación típica 3.44). El 54% recibió 4 o menos sesiones de tratamiento, el 33% entre 5 y 10 sesiones y solo un 13% más de 10 sesiones. La cifra varía significativamente en función del motivo de consulta. Las intervenciones con menor nº de sesiones correlacionan con malestar emocional asociado a la enfermedad

(35%). De 4 a 10 sesiones los motivos más frecuentes son malestar emocional (31%), sintomatología ansiosa (12%) y duelo (11%). En intervenciones más largas, con un nº de sesiones superior a 10, los motivos de consulta más frecuentes son duelo (35%) y sintomatología depresiva (12%).

- Tras la post-intervención, se observó una disminución del promedio de distrés percibido de 3,88 puntos en la post-intervención, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 156,76$ ; sig.: 0,001). En la evaluación previa, la media de distrés en las personas afectadas por cáncer fue de 7,3 (nivel elevado), y después de recibir el tratamiento psicológico la puntuación media fue de 3,3 (nivel bajo de distrés).
- La intervención muestra también un efecto beneficioso sobre los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en las personas afectadas por la enfermedad, reduciendo los niveles iniciales de dichas variables y mejorando la estabilidad emocional. Se observan mejorías significativas en todas las medidas utilizadas para la evaluación, ya sea en la puntuación global del instrumento o en alguna de sus subescalas.
- La puntuación media en sintomatología ansiosa pasa a ser de 10'9 en el pretest a 6,8 en la evaluación realizada una vez finalizada la intervención (t=4,23 sig.: 0,000). Estos resultados sitúan a las personas afectadas dentro de los límites normales para sintomatología ansiosa.
- Los resultados observados en la variable sintomatología depresiva tras finalizar el tratamiento también indican clara mejoría. La puntuación media fue de 9,4 (patología probable), y esta puntuación descendió hasta un 5,7 (ausencia de patología) tras la finalización del tratamiento.
- La intervención psicológica se mostró igual de eficaz independientemente de la edad, de la fase de la enfermedad, del tipo de tumor o del sexo. No se observaron diferencias entre los pacientes y los familiares, de tal forma que la intervención resultaba igualmente útil para ambos colectivos.

### Conclusiones: ¿qué podemos hacer para mejorar?

La demanda de tratamiento psicológico se realiza tras largos periodos de tiempo después del diagnóstico de la enfermedad. **El lapso temporal entre la aparición de la enfermedad y la demanda de ayuda psicológica es grande y se debería trabajar no solo en reducirlo y evitar así largos periodos de sufrimiento a las personas afectadas sino también en la prevención de esta problemática a través de medidas de screening y diagnóstico precoz de la sintomatología psicológica** por parte de los profesionales socio-sanitarios.

La intervención psicológica es un servicio fundamental cuando la **enfermedad ha avanzado** y el pronóstico cambia. En estos casos la atención psicológica requiere una cierta priorización y urgencia para el paciente y la familia.

Los **familiares presentan niveles de malestar emocional superiores** a los propios pacientes, por lo que las medidas de atención psicológica especializada deben considerarse en igualdad de condiciones tanto para los enfermos como para los familiares de los pacientes.

**La intervención psicológica muestra un importante efecto beneficioso sobre los niveles de distrés, así como en la sintomatología de ansiedad y depresión de las personas con cáncer.** Este servicio debería garantizarse para las personas afectadas desde las instituciones sanitarias y en caso de no disponer de recursos, deberían integrarse con los sistemas de atención psicológica que actualmente se están desarrollando desde las asociaciones como la Asociación Española Contra el Cáncer desde hace más de 30 años.

**El tratamiento psicológico para pacientes de cáncer y sus familiares ha demostrado ser una intervención útil, con un efecto positivo muy significativo.** Por otra parte, se obtienen resultados muy positivos con un número de sesiones de tratamiento relativamente reducido. Aunque la variable más importante

es la calidad de vida de los pacientes y el alivio de síntomas, podemos añadir la variable coste-eficacia de los tratamientos psicológicos aplicados en oncología.

Un servicio de atención psicológica especializada implica la puesta en marcha de procesos de evaluación psicológica y de tratamientos específicos realizada por profesionales sanitarios especialistas. Esta labor debe dirigirse tanto a la prevención de problemas psicológicos como a la valoración y tratamiento de todos aquellos asociados al cáncer (principalmente trastornos adaptativos, ansiedad y depresión). De esta forma se favorece la adaptación al proceso de enfermedad, mejorando la adhesión a los tratamientos oncológicos y la comunicación con la familia, equipo médico, etc. para que las personas afectadas puedan alcanzar el mayor bienestar personal y social durante la enfermedad, el tratamiento, así como durante la fase de supervivencia y en el final de la vida.

Los datos son inequívocos, resulta **necesario garantizar medidas de protección y atención psicológica para las personas afectadas por cáncer y estas medidas de ayuda y atención deben considerarse en igualdad de condiciones para los familiares de los pacientes.**

# 01

## INTRODUCCIÓN

Eficacia y utilidad clínica de la atención psicológica especializada en la Asociación Española Contra el Cáncer

**OBSERVATORIO  
DEL CÁNCER AECC**

### 01\_ INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de cáncer está asociado a una amenaza para la salud con repercusiones en todas las esferas de la vida de la persona enferma y de sus familiares. Supone una experiencia vital con importantes desafíos que implican la aparición de sentimientos dolorosos que pueden derivar en altos niveles de sufrimiento y malestar emocional, así como problemas de adaptación a la enfermedad<sup>1/2/3</sup>. Además, la angustia y los elevados niveles de estrés no se limitan a las fases de diagnóstico inicial y tratamiento, sino que también son frecuentes una vez finalizada la etapa de tratamiento<sup>4</sup>.

La prevalencia de malestar emocional en personas 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 pacientes que lo padecen en algún momento del proceso<sup>5</sup> y según el tipo de cáncer considerado entre un 30 y un 44%<sup>6</sup>. La prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión es muy alta. Así, entre un 2% y un 25% de las personas enfermas presentan síntomas depresivos. Con respecto a los síntomas de ansiedad, la prevalencia media observada es del 24%<sup>7/8/9</sup>, oscilando entre 2% y un 44% dependiendo del tipo de cáncer y la metodología de investigación empleada<sup>10/11/12</sup>.

Con respecto a la morbilidad psicológica de pacientes con cáncer en España, un estudio multicéntrico desarrollado de forma conjunta por el Instituto Catalán de Oncología y dos centros de Italia y Portugal afirma

que el 28,5% muestran síntomas ansioso-depresivos que precisan derivación a los servicios de psico-oncología y salud mental<sup>13</sup>. En esta misma línea, Gil y colaboradores determinan la prevalencia de trastornos mentales, en una amplia muestra de personas con cáncer En España, señalando que el 24% presenta criterios para un diagnóstico psicopatológico. De ellos, el 77% corresponde a trastornos adaptativos<sup>14</sup>. En un estudio más reciente, Hernández y Cruzado señalan que 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<sup>15</sup>.

La prevalencia de los trastornos psicopatológicos varía dependiendo de la metodología empleada en los estudios, aunque lo que sí se puede afirmar es que aparece con mayor frecuencia que en la población general. Los trastornos adaptativos se presentan en el 32% de los pacientes en el estudio del PSYCOG (Psychosocial Collaborative Oncology Group) y el 55% hallado en España<sup>17</sup>. En la población general varían entre el 5 y el 20% como recoge el DSM-IV-TR. Los trastornos del estado del ánimo oscilan entre el 2.2-6%<sup>14/15/16</sup> hasta el 38-50% en otros estudios y revisiones<sup>18</sup>. Su prevalencia anual en la población general española es del 4.4%<sup>19</sup>. Los trastornos de ansiedad va-

- (1) Bayés R. Una estrategia para la detección del sufrimiento en la práctica clínica. *Rev Soc Esp Dolor*, 2000; 7: 70-74
- (2) Carlson L, Angen M, Cullum J, et al. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 2004; 90 (12): 2297-2304
- (3) Preyde M, Synnott E. Psychosocial intervention for adults with cancer: a meta-analysis. *J Evid Based Soc Work* 2009; 6 (4): 321-347
- (4) Stanton AL. What happens now? Psychosocial care for cancer survivor after medical treatment completion. *J Clin Oncol* 2012; 30 (11): 1215-1220
- (5) 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.
- (6) Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Plantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology* 2001;10 (1): 19-28
- (7) Carroll, B. T., Kathol, R. G., Noyes, R., Jr., Wald, T. G. y Clamon, G. H. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15(2), 69-74.
- (8) DeFlorio, M. y Massie, M. J. (1995). Review of depression in cancer: gender differences. *Depression*, 5, 343-359.
- (9) Hernández, M. (2012). Evaluación psicológica de los pacientes oncológicos en tratamiento de radioterapia. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- (10) Ford, S., Lewis, S. y Fallowfield, L. (1995). Psychological morbidity in newly referred patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 39,193-202.
- (11) 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.
- (12) 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.
- (13) Grassi L, Travado L, Gil F, Sabato S, Rossi E; and de SEPOS Group. Psychosocial morbidity and its correlatos in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European Psycho-Oncology Study. *J Affect Disord* 2004; 83:243-8
- (14) Gil F, Costa G, Pérez FJ, Salameo M, Sánchez N, Sirgo A. Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Med Clin (Barc)* 2008; 130(3):90-2.
- (15) Hernández M, Cruzado JA. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. *Clínica y Salud*. 2013; 24:1-9.
- (16) Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Pisetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*. 1983; 11:249(6):751-7.
- (17) Hernández M, Arana Z, Cruzado JA. Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 2007; 4, (1)
- (18) Massie, M. J., Lloyd Williams, M., Irving, G. and Miller, K. (2010). The Prevalence of Depression in People with Cancer. In *Depression and Cancer* (eds D. W. Kissane, M. Maj and N. Sartorius)
- (19) Haroa JM, Palacina C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolza M, Alonso J. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 2006; 126;12.



rían igualmente entre el 2.25% y el 7.8% en ámbito de la psicooncología<sup>9/14</sup> frente al 2-6% observado en la población general<sup>20</sup>.

Si bien, los datos anteriormente expuestos, señalan que el diagnóstico de cáncer se convierte en un momento de crisis vital de la persona que implica una importante transformación, así como un reajuste de comportamientos, actitudes, emociones y decisiones, no está tan claramente definido cómo la enfermedad afecta a su entorno familiar. En este sentido, existe un déficit importante con respecto a estudios centrados en valorar las necesidades emocionales de los familiares de las personas con cáncer. Sin duda, el cáncer y su tratamiento, también genera malestar emocional y afectaciones clínicamente significativas en los familiares y cuidadores primarios<sup>21</sup>. Los datos obtenidos indican que los familiares pueden presentar niveles de distrés y síntomas de ansiedad y depresión superiores a los observados en población general<sup>22/23</sup>. En este sentido, se ha identificado una prevalencia de 67% de sintomatología depresiva leve, una horquilla de 2% a 35% de sintomatología depresiva severa y un 41% de sintomatología ansiosa<sup>24</sup>.

La eficacia de las intervenciones psicológicas en oncología ha sido objeto de varios metaanálisis y revisiones sistemáticas. En este sentido, destacar estudios sobre intervenciones psicológicas en población oncológica como el de Meyer y Mark<sup>25</sup>, que concluyeron que la relajación y modificación de la conducta mejoraron la adaptación funcional y control de síntomas; Fawzy et al.<sup>26</sup>, que revisaron los cuatro tipos de intervenciones más utilizadas (psicoeducación, psicoterapia conductual, intervención individual y grupal) y

examinaron los resultados de cada una de ellas. En general, las diferentes intervenciones utilizadas mostraron resultados favorables. Distintas revisiones realizadas en los últimos años apuntan en esta dirección. La revisión de Newell et al., reconoce los potenciales beneficios de este tipo de intervenciones. Destacan especialmente la terapia grupal, la intervención psicoeducativa, el counselling y la terapia cognitivo-conductual<sup>27</sup>. Sin embargo, el trabajo de Lepore y Coyne pone de manifiesto las diferencias entre las revisiones a la hora de concluir sobre la efectividad y los beneficios de la intervención psicológica en cáncer<sup>28</sup>. Para una mayor profundidad sobre revisiones, Raingruber<sup>29</sup> enumera y describe un conjunto de estudios, y el de Linden y Girgis<sup>30</sup> que mencionan alguno más. En una revisión más reciente desarrollada por Faller et al., en las que se incluyen 198 trabajos que suponen un total de 22.238 pacientes, destaca el hallazgo de beneficios derivados de dichas intervenciones en los niveles de distrés, angustia, ansiedad, depresión y calidad de vida relacionada con la salud<sup>31</sup>.

En resumen, parece que cuando se ofrecen intervenciones psicosociales a pacientes que presentan elevados niveles de sufrimiento (ansiedad, depresión), la eficacia de la intervención psicológica es muy sólida. Así, el beneficio positivo general de las intervenciones parece ser mayor para aquellos sujetos que más las necesitan<sup>32</sup>.

De la situación anterior, tal como mencionan Villoria et al, se desprende que, aunque no es cuestionable el papel positivo de la intervención psicológica en las personas enfermas de cáncer, se ha mostrado significativo en numerosos estudios, aunque es necesario

aclarar importantes cuestiones al respecto<sup>33</sup>.

En el presente estudio se realiza un análisis de la intervención psicológica desarrollada por la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Con dicho análisis se pretende superar la escasa información que existe sobre cómo se pone en práctica la psicología en el contexto oncológico en nuestro país. Sin duda, el conocimiento preciso de la práctica asistencial es del máximo interés, pues permitirá identificar el tipo de problemas por los que se demanda atención psicológica y sus características principales (niveles de distrés, motivos de consulta, tiempo de duración de la intervención, razones por las que se finaliza la intervención, etc.). Es necesario valorar hasta qué punto el diseño de la intervención psicológica permite hacer funcionales los objetivos del trabajo para los pacientes a los que va dirigido, qué medidas y cómo han de realizarse, hasta dónde y en qué sentido las condiciones inherentes a la enfermedad condicionan la intervención, qué tipo de intervenciones se realizan en función de la fase de enfermedad, o en función de si es paciente o familiar, qué cantidad de sesiones son necesarias para lograr los objetivos, etc.; cuestiones de alto interés práctico para establecer modelos de intervención que faciliten el trabajo de los profesionales de la psicología, así como el de las personas que planifican y distribuyen los recursos sociosanitarios.

El presente estudio tiene como objetivo determinar el contexto clínico habitual en psicooncología. Para ello se analizan las características y tratamientos aplicados en una muestra de personas afectadas por la enfermedad en el servicio de atención psicológica de la AECC. Se identifican los motivos por los que se demanda atención, la duración de las intervenciones, los rasgos diferenciales entre el colectivo de pacientes y de familiares y las particularidades inherentes a la fase de enfermedad en la que se desarrolla el servicio. Por último, se desarrolla un análisis de la eficacia de la intervención psicológica desarrollada por los profesionales de la AECC cuyo fin último es evaluar el efecto de la intervención psicológica sobre la adap-

tación de la persona afectada por cáncer (paciente y familiares de pacientes) al diagnóstico y tratamiento oncológico, así como a la supervivencia de la enfermedad y en la fase final de la misma. En este sentido, estudiar la eficacia de las intervenciones psicológicas, tal como se aplica en la práctica real, resulta de sumo interés<sup>34</sup>. Con este tipo de estudios se pueden superar algunas de las limitaciones de las investigaciones realizadas en contextos artificiales que presentan importantes problemas en la validez externa, ya que omiten muchos de los elementos típicos de la práctica clínica real como son: tratamientos de duración prefijada, intervenciones estándar que no se adaptan a las características de los usuarios, asignación de los participantes a los grupos al azar, enfoques centrados más en la reducción de síntomas específicos que en la mejora del funcionamiento general.

Los estudios de eficacia en el contexto real de la práctica clínica, aunque presentan problemas de validez interna, permiten estudiar amplias muestras de pacientes, emplear diversos momentos de evaluación (pre, durante, post-seguimiento) y utilizar una diversidad de medidas (entrevista, cuestionarios, juicios del terapeuta). Los problemas de validez como muestras sesgadas, ausencia de grupos control, diagnósticos a veces poco rigurosos y empleo frecuente de medidas retrospectivas pueden superarse con métodos estadísticos. Estos recursos permiten compensar, al menos parcialmente, la falta de grupos control. En consecuencia, es importante realizar estudios tanto en condiciones artificiales controladas como en la práctica clínica real porque sólo trabajando desde ambas perspectivas, podrá superarse la escasa o nula comunicación existente entre la investigación controlada y la práctica clínica.

(20) 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  
(21) Toro LB, Flores SL, Gil JR, Domínguez RC, Marín TG, Prado MA. Perfil del cuidador principal del enfermo en situación terminal y análisis del riesgo de desarrollar duelo patológico. *Medicina Paliativa* 2007; 14:1-5.  
(22) Rhee YS, Yun YH, Park S, Shin DO, Lee KM, Yoo HJ, Kim NS. Depression in family caregivers of cancer patients: The feeling of burden as a predictor of depression. *J Clin Oncol* 2008;26: 5890-5895.  
(23) Pinquart M, Sorensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *J Gerontol* 2006; 61:33-45.  
(24) Fletcher BS, Paul SM, Dodd MJ, Schumacher K, West C, Cooper B, et al. Prevalence, severity, and impact of symptoms on female family caregivers of patients at the initiation of radiation therapy for prostate cancer. *J Clin Oncol* 2008; 26:599-605  
(25) Meyer TJ, Mark MM: Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychol* 1995;14(2):101-108.  
(26) Fawzy FI, Fawzy NW, Pasnau RO. Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:100-113.  
(27) Newell SA, Sanson-Fisher RW, Savolainen NJ. Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94:558-584.  
(28) Lepore SJ, Coyne JC. Psychological interventions for distress in cancer patients: A review of reviews. *Ann Behav Med* 2006; 32:85-92. Doi: 10.1207/s15324796abm3202\_2.  
(29) Raingruber B. The Effectiveness of Psychosocial Interventions with Cancer patients: An Integrative Review of the Literature (2006–2011). *ISRN Nurs* 2011;63821.  
(30) Linden W, Girgis A. Psychological treatment outcomes for cancer patients: what do meta-analyses tell us about distress reduction? *Psychooncology*. 2012;21(4):343-50.  
(31) Faller H, Schuler M, Richard M, Heckl U, Weis J, Küffner R. Effects of psychooncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol* 2013;31(6):782–793.  
(32) Informe efecto de las intervenciones psicosociales en pacientes de cáncer. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Febrero 2013  
(33) Villoria E, Fernández C, Padierna C, González S. La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología*. 2015; 12 (2-3): 207-236.  
(34) Bados A., García E. y Fusté A. Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2002, Vol. 2, Nº 3, pp. 477-502.

(33) Villoria E, Fernández C, Padierna C, González S. La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología*. 2015; 12 (2-3): 207-236.

# 02

## MÉTODO

Eficacia y utilidad clínica de la atención psicológica especializada en la Asociación Española Contra el Cáncer

OBSERVATORIO DEL CÁNCER AECC

### Objetivos e Hipótesis

**OBJETIVO 1:** Determinar el contexto clínico habitual en psicooncología. Para ello se analizan las características y tratamientos aplicados en una muestra de pacientes y familiares en el servicio de atención psicológica de la AECC.

- Identificar los motivos por los que se demanda atención psicológica.
- Identificar características clínicas referidas a los niveles de estrés, así como de síntomas de ansiedad y depresión.
- Analizar la relación entre variables sociodemográficas y de enfermedad (edad, sexo, estado civil, situación laboral, diagnóstico oncológico, fase de la enfermedad, etc.) y los niveles de estrés. Los dos objetivos fundamentales de este análisis serán, por un lado, determinar si dichas variables están asociadas a los niveles de estrés, y en qué sentido se produce dicha asociación (es decir, si los valores de una de las variables tienden a aumentar –o disminuir– los niveles de estrés o malestar percibido).
- Definir los rasgos diferenciales entre el colectivo de pacientes y de familiares
- Establecer las particularidades inherentes a la fase de enfermedad en la que se desarrolla el servicio de atención psicológica

**OBJETIVO 2:** Evaluar el efecto de la intervención psicológica sobre la adaptación de la persona afectada por cáncer (paciente y familiares) al diagnóstico y tratamiento oncológico.

- Evaluar si la intervención psicológica produce modificaciones en la percepción de estrés emocional.
- Evaluar si la intervención psicológica produce modificaciones en la sintomatología de la ansiedad y la depresión.
- Determinar las variaciones intrasujetos: entre el pre-tratamiento/post-tratamiento.

Para contrastar estos objetivos se formularon las si-

guientes hipótesis:

H1: No existirán diferencias en los niveles de estrés percibido por los pacientes y familiares en función de las variables sociodemográficas y de enfermedad.

H2: No habrá diferencias en las características clínicas de la sintomatología entre las personas diagnosticadas de cáncer y los familiares de pacientes oncológicos.

H3: El programa de intervención psicológica mejora la adaptación a la enfermedad y la estabilidad emocional de las personas afectadas (paciente oncológico y familiares):

H3.1. Disminuye los niveles de estrés percibido.

H3.2. Disminuye la sintomatología ansiosa.

H3.3. Disminuye la sintomatología depresiva.

Si el análisis clínico y estadístico determina la eficacia, entonces se considerará útil el programa de tratamiento psicológico para lograr cambios en la sintomatología.

### Diseño metodológico

El diseño del presente estudio es preexperimental, cuantitativo. Las medidas se realizaron en pre y post tratamiento (intervención psicológica). La técnica de muestreo utilizada es de tipo no probabilística por disponibilidad.

### Instrumentos de evaluación

Los diferentes autores en el ámbito de la psicooncología señalan que los instrumentos para evaluar la adaptación a la enfermedad en pacientes oncológicos deben ser funcionales y ajustarse a las múltiples tareas ligadas a la vida con esta enfermedad y a los aspectos físicos asociados<sup>35/36/37</sup>.

- Entrevista. Se ha diseñado una entrevista semiestructurada "ad hoc" en función de los factores modu-

(35) Barriolhet, S., Forjaz, M. y Garrido, E. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2005; 33, 390-397.

(36) Costa Requena, G. y Gil, F. The Mental Adjustment to Cancer Scale: A psychometric analysis in Spanish cancer patients. *Psycho-Oncology*, 2009; 18, 984-991.

(37) Taylor, S. E., Sherman, D. K., Kim, H. S., Jarcho, J., Takagi, K., & Dunagan, M. S. Culture and social support: who seeks it and why? *Journal of personality and social psychology*, 2004; 87(3), 354.

ladores que han sido estudiados y se han mostrado relevantes en la literatura, la consulta a expertos y la interacción con pacientes oncológicos. Concretamente, se incluyen datos sociodemográficos, aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, información recibida sobre los tratamientos, efectos secundarios, pronóstico, evolución, etc. Así como problemas emocionales derivados del proceso de enfermedad, estrategias de afrontamiento, comunicación familiar, apoyo emocional y social...

- Autoinforme: El Termómetro de distrés (DT)<sup>38</sup>. Es una escala visual analógica de 10 puntos, donde el 0 es ausencia de distrés y el 10 distrés extremo. El punto de corte se establece en el 5 que significa distrés moderado.
- La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)<sup>39</sup> adaptada a población española para la evaluación de los síntomas cognitivos y conductuales de la ansiedad y la depresión. Se ha utilizado ampliamente para evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes enfermedades crónicas. Con frecuencia es difícil distinguir de manera empírica el sufrimiento derivado de la ansiedad y la depresión,

que aparecen íntimamente correlacionados en las medidas que informan los beneficiarios. Por este motivo, muchos autores proponen un puntaje total del HADS que evalúa de forma global el dolor emocional o psicológico, en lugar de puntuaciones para síntomas de depresión y ansiedad como entidades separadas y diferenciadas. Este único factor puede definirse como un estado emocional de sufrimiento caracterizado por síntomas ansiosos y depresivos<sup>40</sup>. El constructo se ha sugerido como un indicador de salud mental en estudios de salud pública y como desenlace de intervenciones clínicas<sup>41</sup>.

A continuación, se presentan a modo de resumen las variables del estudio, sus dimensiones, los instrumentos que se usaron para su evaluación y los puntajes de referencia establecidos en diversos metaanálisis (Tabla 1).

### Procedimiento

La intervención psicológica se desarrolla en tres fases, siguiendo la metodología de la orientación cognitivo conductual: fase de evaluación, fase de inter-

vención, fase de seguimiento. En la primera fase, el psicólogo/a que recibe a la persona enferma y a su familiar mantiene una entrevista psicológica de evaluación individual y aplican los tres instrumentos que se han descrito en el apartado anterior. Establece los objetivos terapéuticos con cada una de ellas y se inicia la fase de intervención. La media del número de sesiones en esta fase es de 6 sesiones con una duración de 60 minutos cada una. En la tercera fase se aplica nuevamente los instrumentos de evaluación y se realiza una entrevista en profundidad para indagar si se han alcanzado o no los objetivos consensuados.

En cualquier caso, es importante destacar que, a pesar de tener una estructura y fases comunes, al tratarse de intervenciones realizadas en la práctica clínica real los beneficiarios se presentan con múltiples problemas por lo que es muy difícil separarlos y categorizarlos. Además, con frecuencia aparecen cambios en el proceso de enfermedad oncológica que suponen cambios emocionales que requieren una intervención inmediata. No siempre pueden acudir a las sesiones pautadas o no les resulta fácil seguir las instrucciones o cooperar. Por su parte, los terapeutas son sensibles a los cambios mostrados por sus pacientes. En consecuencia, el tratamiento para cada persona es individualizado y difícil de describir de la manera objetiva, salvo por la orientación terapéutica y las tres fases anteriormente señaladas

### Participantes

Se incluyen en este estudio 10.072 personas afectadas por cáncer, tanto pacientes como familiares, que han recibido una atención psicológica durante el año 2017 tanto en las sedes provinciales de la AECC como en diferentes hospitales públicos y privados en los que colabora la AECC de ámbito nacional. Los criterios de inclusión utilizados en este trabajo se detallan a continuación:

- Personas diagnosticadas de cáncer mayores de 18 años.
- Diagnóstico de malignidad confirmado por informe de anatomía patológica en cualquier localización.

- Todos los estadios de la enfermedad
- Familiares de cualquier rango de pacientes que cumplan los requisitos anteriores.

### Análisis estadístico

Para la descripción de las características de los participantes se ha utilizado el cálculo de las frecuencias absolutas y relativas para las variables nominales, mientras que para las variables continuas se empleó el cálculo de un valor central, media o mediana.

El análisis para determinar si hay predictores asociados al distrés en las personas con cáncer se realizó mediante un análisis multivariante de regresión logística multinomial, considerando la variable grado de distrés como variable dependiente y las variables de sexo, edad (agrupada en intervalos), diagnóstico, fase de la enfermedad y motivo de consulta. En primer lugar, se ha evaluado que no exista multicolinealidad de las variables independientes y la independencia de errores de éstas, evaluación necesaria para considerar las variables predictoras adecuadas. El resultado de las pruebas indica que se cumplen las condiciones.

También se analiza si existen diferencias significativas en los niveles de distrés y los niveles de ansiedad y depresión entre pacientes y familiares a través del estadístico bivariante Chi-cuadrado.

Por último, para determinar la eficacia de la intervención psicológica se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión para determinar las características de la muestra. La simetría de los valores permitió utilizar la prueba "t" de Student para determinar la eficacia diferencia pre-post intervención.

Todos los análisis realizados adoptan un diseño de finalización de tratamiento, esto es, se consideran los resultados de las participantes que finalizan el programa de tratamiento psicológico. Los datos fueron procesados por el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versión 19.0) para windows.

Indicador	Dimensiones	Instrumento	Autores	Descripción	Puntajes cortes
	Distrés (malestar emocional)	Termómetro de distrés (DT)	Holland <sup>42</sup> , Roth y cols <sup>38</sup> .	Escala visual analógica de 10 puntos (0: ausencia de distrés y 10 distrés extremo)	Punto de corte: 5 (distrés moderado)
Estabilidad Emocional	Síntomas de Ansiedad y Depresión	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)	Zigmon & Snaith, (1983) <sup>39</sup> .	14 ítems: 7 para detectar síntomas de ansiedad y 7 para síntomas de depresión. Cada uno con 4 opciones de respuesta.	Síntomas de ansiedad y depresión. 0-7: normal; 8-10 dudoso; más de 11 problemático. Permite obtener un resultado global.

Tabla1: RESUMEN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

(38) Roth, A. J., Kornblith, A. B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H. I. y Holland, J. Rapid screening for psychological distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer*, 1998; 82, 1904-1908.

(39) Zigmond A, S.; Snaith, R.P. The Hospital Anxiety and depression scale. *Psychiatric Scand.* 1983;67: 361-70.

(40) Mirowsky J, Ross CE. Depression, parenthood, and age at first birth. *Soc Sci Med.* 2002 ; 54 (8):1281-98.

(41) Marchand A, Drapeau A, Beaulieu-Prévost D. Psychological distress in Canada: the role of employment and reasons of non-employment. *Int J Soc Psychiatry.* 2011;58(6):596-604.

(42) Holland JC, Anderson B, et al. NCCN Guidelines for Distress Management. *JNCCN* 2007; 5: 66-98.



## 04\_ RESULTADOS

Con la finalidad de presentar el análisis de resultados de manera clara y sistemática, en el presente apartado se expone la lógica del análisis estadístico de los resultados de este estudio. La exposición de los resultados se inicia con la descripción de la muestra y el análisis de las diferencias entre pacientes y familiares, para continuar con los datos relativos a eficacia de la intervención psicológica.

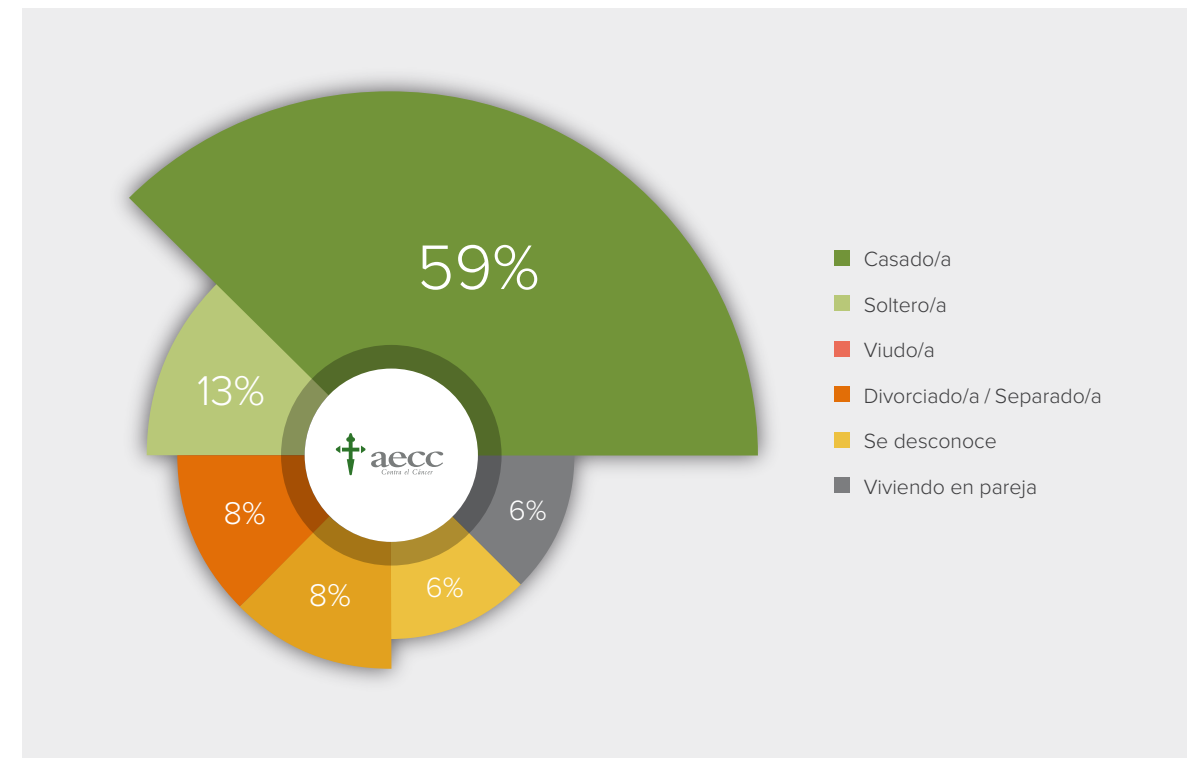
### DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

#### Variables Sociodemográficas y de enfermedad

En cuanto a las características generales de las perso-

nas afectadas por cáncer, el número de mujeres que solicitan atención psicológica ha sido muy superior al de varones (un 74% y un 26%, respectivamente). Los participantes tenían una media de edad de 55 años (SD=14,5 años, rango 18-90 años) y la mayoría estaban casados o con pareja estable (64%).

Respecto al tipo de beneficiario, el 62% de los usuarios del servicio de atención psicológica era la persona con cáncer y el 38% restante familiar. En el grupo de familiares, los grados de parentesco más representados fueron el cónyuge/pareja (43%), hijo/a (34%), y padre/madre (8%).



ESTADO CIVIL DE LOS PARTICIPANTES

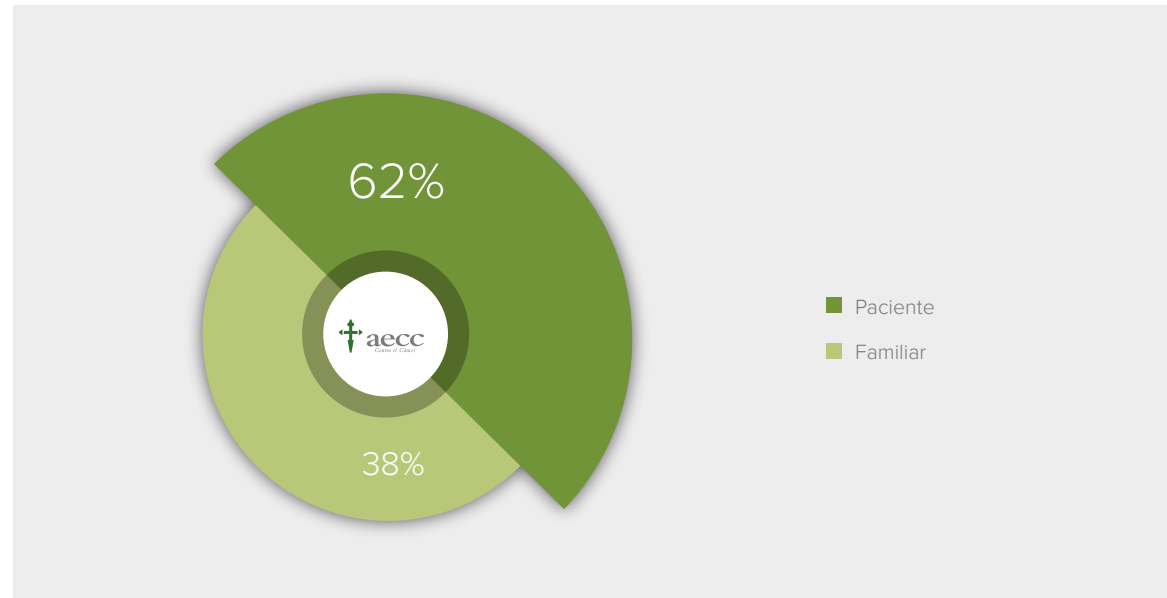
Si atendemos a la situación laboral de los participantes en el estudio, el 22% de los mismos se encuentran en activo en el momento de la solicitud del servicio,

un 21% son jubilados o pensionistas y un 19% se encuentran en situación de incapacidad laboral temporal o baja médica.

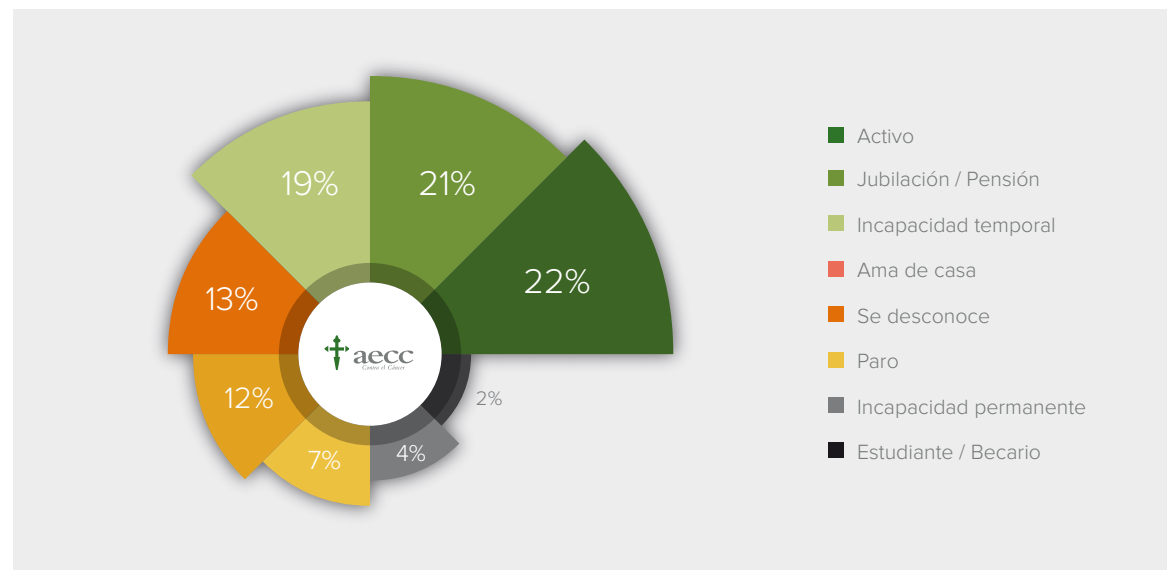
# 03

## RESULTADOS

Eficacia y utilidad clínica de la atención psicológica especializada en la Asociación Española Contra el Cáncer



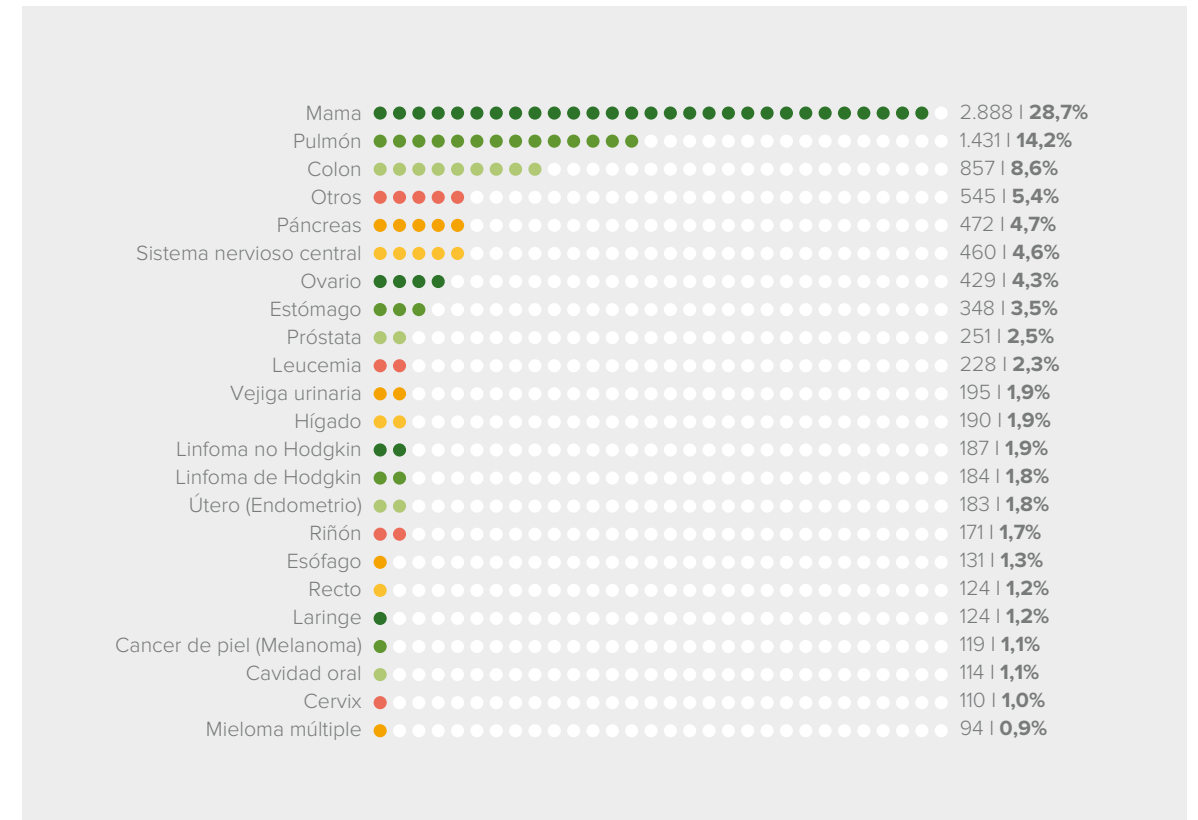
TIPOLOGÍA DE LOS PARTICIPANTES



ESTADO LABORAL DE LOS PARTICIPANTES

Según la localización de la neoplasia se conformó una muestra mixta. La tabla muestra que la localización tumoral más frecuente para la muestra total fue la mama, representando un 29% del total, seguida de

pulmón con un 14% y del de colon con un 9%. Los tres representan la mayoría de las patologías oncológicas tratadas, un 52%. Las localizaciones menos frecuentes fueron mieloma, cérvix y cavidad oral.



LOCALIZACIÓN TUMORAL PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS TRATADAS

Respecto a la fase de la enfermedad en la que se encontraban los beneficiarios en el momento que recibieron la atención psicológica, el 40% de los mismos se

encontraban en fase de tratamiento activo, el 27% en la fase de cuidados paliativos sintomáticos de enfermedad avanzada y el 12% en la fase de supervivencia.

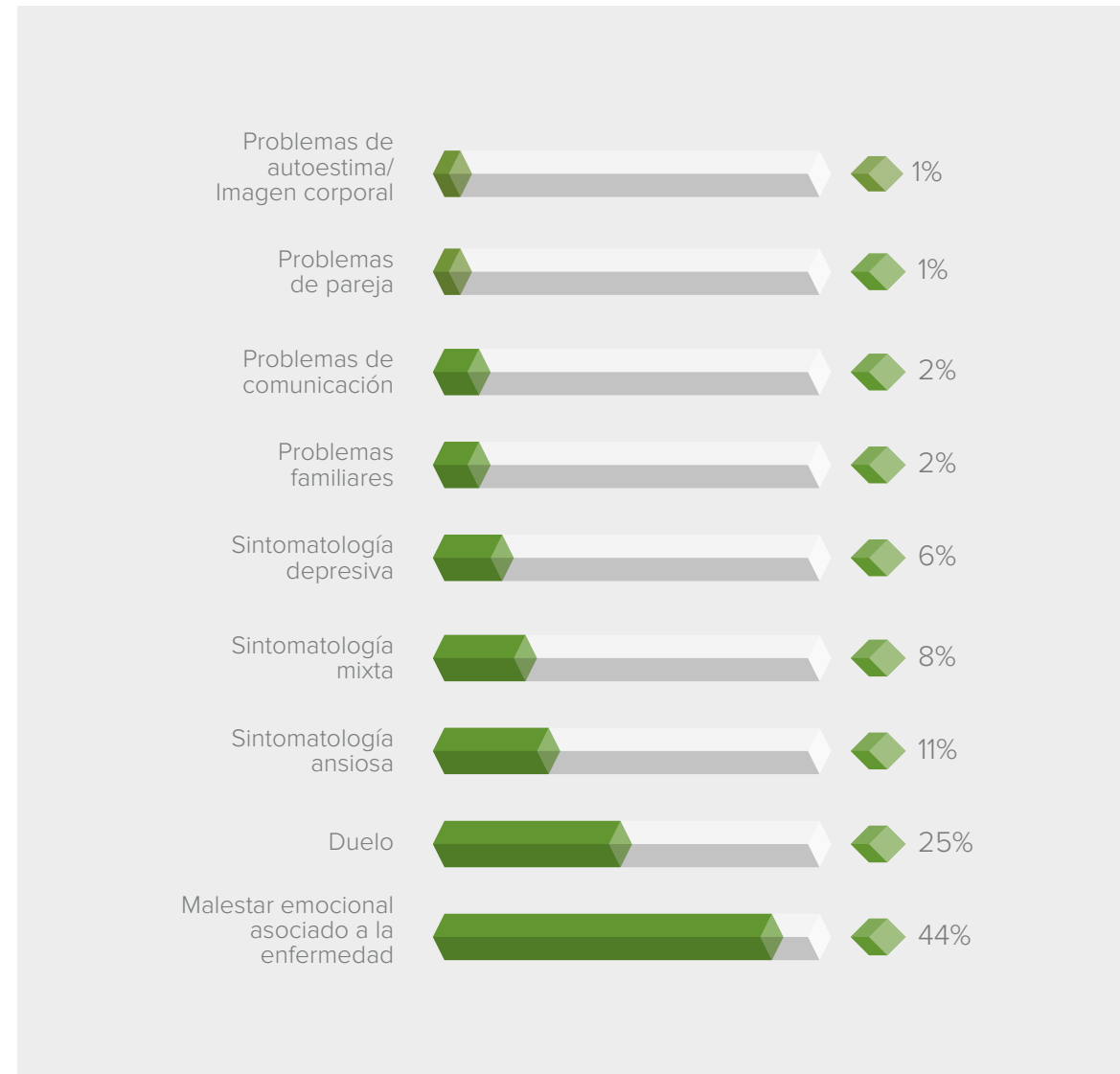
TIPO DE USUARIO	EDAD	FASE ENFERMEDAD	SEXO	DIAGNÓSTICO*
<b>Pacientes (62%)</b> <b>Familiares (38%)</b> Cónyuge/pareja (43%) Hijo/a (34%) Padres (8%) Hermano/a (3%) Otros (12%)	<b>Media de edad: 55 años</b> Menos de 25 (3%) 26 - 35 años (7%) 36 - 45 años (17%) 46 - 55 años (24%) 56 - 65 años (23%) 66 - 75 años (16%) Más de 75 años (10%)	Recién diagnosticado (8%) Tratamiento activo (40%) Superviviente (12%) Recidiva (8%) Avanzada (27%) Duelo (9%)	<b>Mujeres (74%)</b> <b>Varones (26%)</b>	Mama (29%) Pulmón (14%) Colon (9%) *Los más frecuentes

Tabla 2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE ENFERMEDAD

### Variables Clínicas

En cuanto a los motivos por los que los beneficiarios acuden a recibir intervención psicológica, se observa como motivo más frecuente el "malestar emocional derivado de la enfermedad" citado por el 44% de

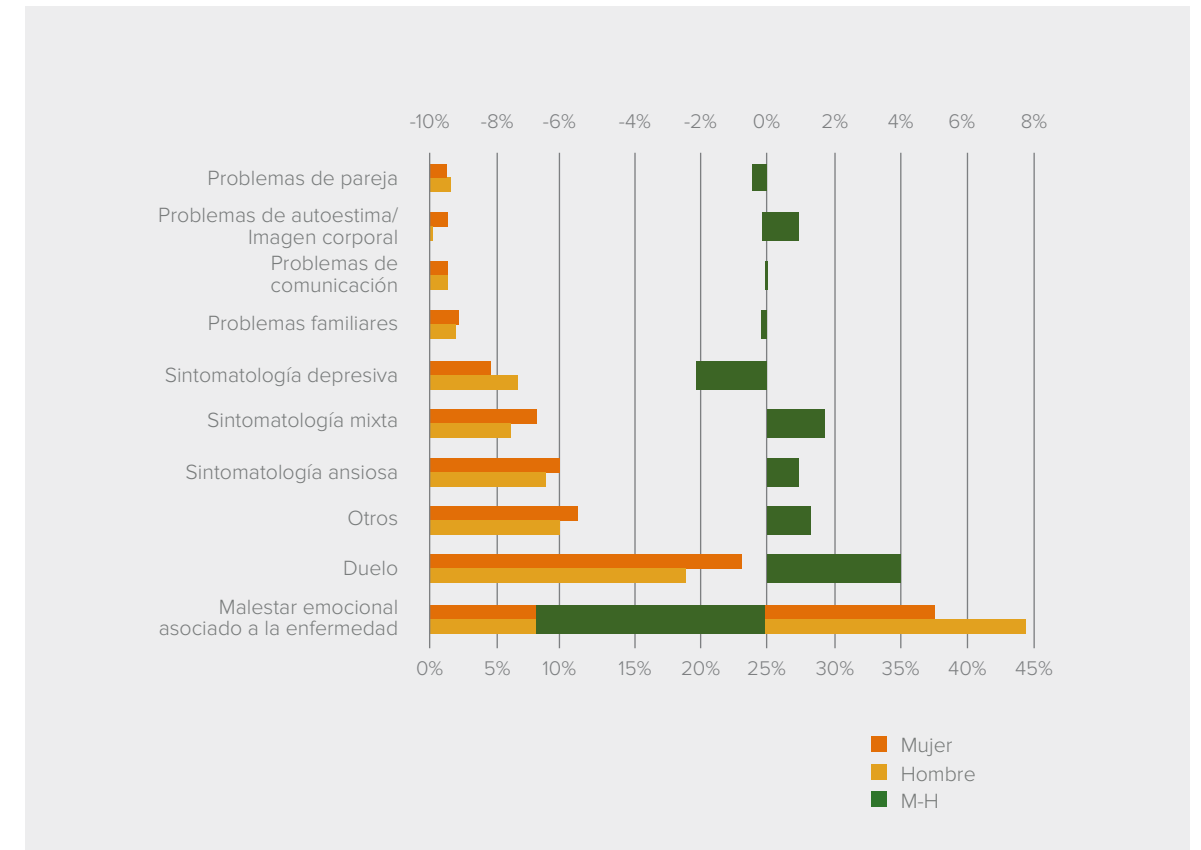
los mismos, seguido de un 25% del "duelo", seguido de "síntomatología ansiosa" y "síntomatología mixta" con el 11% y el 8% de los casos respectivamente. La siguiente gráfica muestra información al respecto de los principales motivos presentados por pacientes y familiares.



MOTIVOS POR LOS QUE LOS BENEFICIARIOS ACUDEN A INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Los motivos de consulta por los que acuden a recibir atención psicológica son similares en las mujeres y los varones. Así, se observa que los porcentajes con similares, con una diferencia entre -2% y +2% entre ellos, para todos los casos excepto para duelo que es mayor el porcentaje de mujeres que el de hombres en un

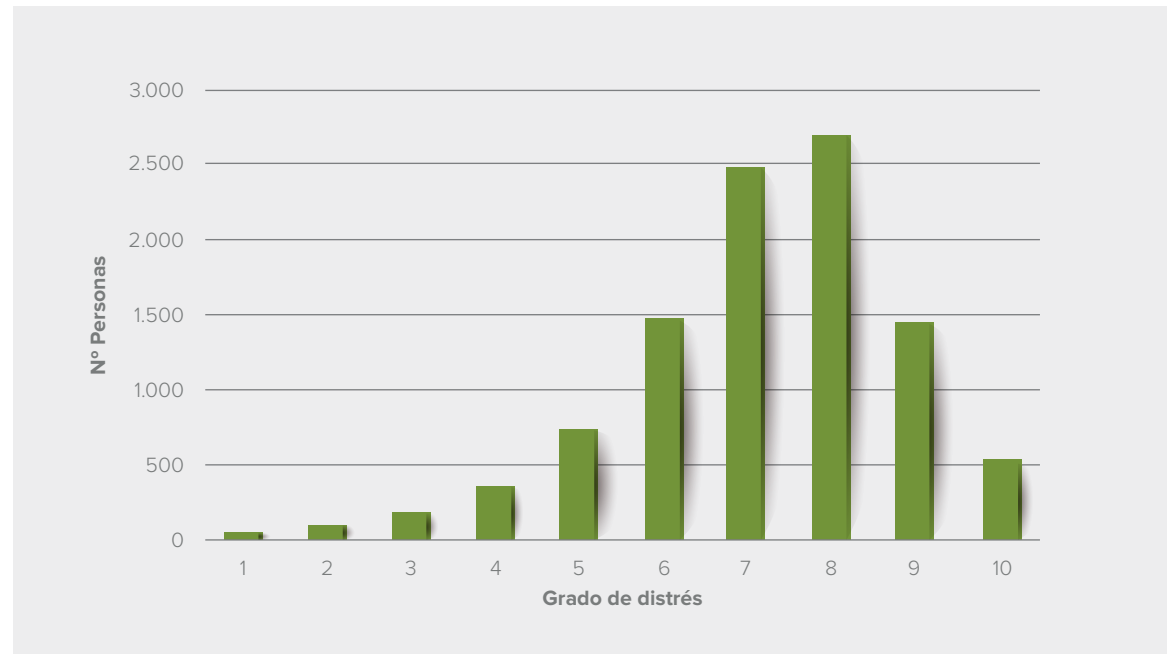
4% y en el caso de malestar emocional asociado a la enfermedad que el mayor el de hombres en un 6,8%. En ningún caso estas diferencias alcanzan la significación estadística. En la siguiente gráfica se muestra el porcentaje de hombres y mujeres, con respecto al total de cada uno de los motivos de consulta.



TERMÓMETRO DISTRÉS

El análisis de las características clínicas referidas a niveles de distrés, la puntuación media del total de usuarios fue de 7 lo que significa un nivel de malestar emocional elevado. La distribución de los beneficiarios en los puntos que conforman el Termómetro de Distrés fueron los siguientes: malestar mínimo (2%), moderado (13%), alto (64%) y severo (21%); Estas pun-

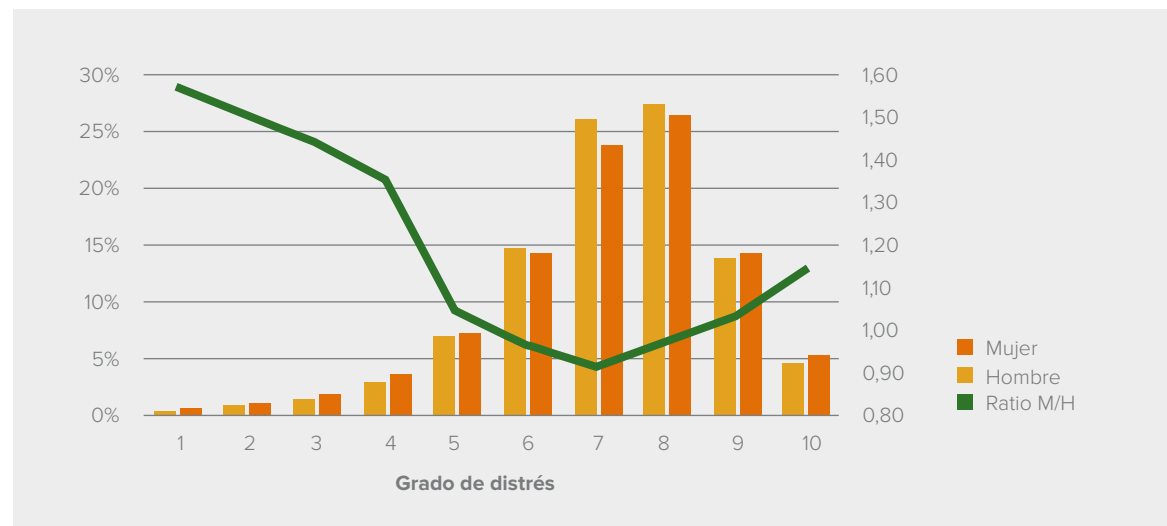
tuaciones indican claramente que un 85% de beneficiarios que solicitaron y recibieron atención psicológica presentaron niveles de sufrimiento emocional altos o severos.



MEDIA DE MALESTAR EMOCIONAL

Respecto a la posible asociación entre las diferentes variables recogidas y el nivel de distrés, la media de malestar emocional en mujeres es muy similar a la observada en los varones. En general, se observa que

las mujeres se sitúan en mayor medida que los varones en los intervalos superiores de distrés, pero estas diferencias no alcanzan la significación estadística.



NIVEL DE SUFRIMIENTO O DOLOR EMOCIONAL

En esta misma línea, la edad, el estado civil, la situación laboral, y el tipo de diagnóstico oncológico tampoco mostraron asociación con el nivel de sufrimiento o dolor emocional.

En esta misma línea, la edad, el estado civil, la situación laboral, y el tipo de diagnóstico oncológico tampoco mostraron asociación con el nivel de sufrimiento o dolor emocional. La columna total indica el número de personas atendidas para ese tipo de tumor. Los porcentajes para cada grado de distrés se han normalizado con respecto al total de cada tipo de tumor para que el análisis del grado de distrés sea independiente para cada uno de ellos.

La siguiente tabla muestra el grado de distrés para

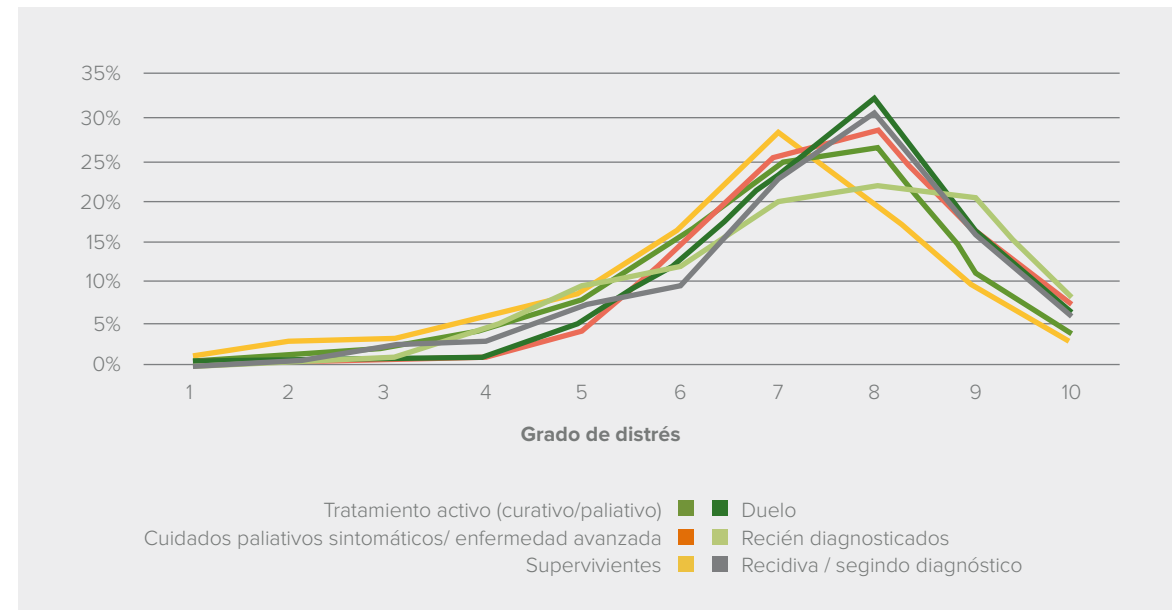
Tipo de tumor	Total	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
Mama	2.888	2,1%	2,1%	3,1%	5,5%	9,3%	17,9%	25,0%	21,2%	11,2%	3,7%
Pulmón	1.431	0,3%	0,6%	0,8%	1,7%	5,0%	14,2%	24,3%	31,9%	15,4%	5,7%
Colon	857	0,5%	0,7%	1,6%	2,7%	8,6%	13,5%	24,3%	29,5%	13,2%	5,4%
Otros	545	0,6%	0,2%	1,5%	2,6%	8,8%	10,1%	24,6%	29,4%	17,1%	5,3%
Páncreas	472	0,0%	0,2%	1,3%	2,3%	5,9%	11,2%	21,6%	33,1%	18,0%	6,4%
Sis. Nervioso Central	460	0,0%	0,2%	1,5%	2,2%	5,2%	10,9%	28,7%	28,3%	16,1%	7,0%
Ovario	429	1,2%	0,9%	2,3%	2,6%	6,1%	12,8%	27,5%	27,7%	13,1%	5,8%
Estómago	348	0,9%	0,3%	0,9%	4,0%	5,5%	12,6%	27,6%	25,0%	18,1%	5,2%
Próstata	251	0,0%	0,4%	1,2%	6,4%	6,4%	10,4%	25,9%	29,9%	12,0%	7,6%
Leucemia	228	0,4%	0,0%	0,4%	3,5%	7,5%	16,7%	22,8%	30,3%	13,6%	4,8%
Vejiga urinaria	195	0,0%	1,0%	1,5%	1,0%	7,7%	13,8%	24,1%	27,7%	14,9%	8,2%
Hígado	190	0,0%	1,1%	1,6%	1,6%	4,7%	12,1%	25,8%	26,8%	17,9%	8,4%
Linfoma no Hodgking	187	0,5%	1,6%	0,5%	2,7%	4,8%	18,7%	24,1%	23,0%	21,4%	2,7%
Linfoma Hodgking	184	0,5%	0,0%	1,6%	4,3%	7,1%	12,0%	23,9%	28,8%	15,2%	6,5%
Útero (Endometrio)	183	0,5%	1,6%	1,1%	4,4%	7,1%	11,5%	27,3%	29,0%	14,2%	3,3%
Riñón	171	0,0%	1,2%	0,6%	1,2%	10,5%	15,8%	24,0%	30,4%	12,9%	3,5%
Esófago	131	0,0%	0,8%	1,5%	1,5%	4,6%	15,3%	20,6%	35,9%	13,0%	6,9%
Recto	124	0,0%	0,0%	1,6%	0,8%	12,9%	11,3%	18,5%	25,8%	24,2%	4,8%
Laringe	124	0,0%	0,8%	0,8%	4,8%	8,9%	12,9%	25,0%	23,4%	16,9%	6,5%
Melanoma: Piel	119	0,0%	1,7%	0,8%	6,7%	5,9%	13,4%	21,8%	28,6%	17,6%	3,4%
Cavidad oral	114	0,0%	1,8%	0,9%	7,9%	9,6%	16,7%	22,8%	24,6%	11,4%	4,4%
Cervix	100	0,0%	1,0%	1,0%	3,0%	6,0%	13,0%	19,0%	28,0%	18,0%	11,0%
Mieloma múltiple	94	0,0%	1,1%	3,2%	2,1%	10,6%	22,3%	16,0%	33,0%	8,5%	3,2%
Osteosarcoma	71	0,0%	0,0%	5,6%	5,6%	5,6%	12,7%	22,5%	21,1%	12,7%	14,1%
Tiroides	48	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	2,1%	10,4%	29,2%	22,9%	20,8%	10,4%
Testículo	42	0,0%	4,8%	0,0%	2,4%	2,4%	14,3%	19,0%	28,6%	23,8%	4,8%
Vesícula biliar	33	0,0%	0,0%	0,0%	6,1%	3,0%	18,2%	30,3%	27,3%	15,2%	0,0%
Intestino delgado	29	0,0%	0,0%	0,0%	10,3%	6,9%	20,7%	6,9%	6,9%	34,5%	13,8%
Faringe	22	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,6%	36,4%	31,8%	13,6%	4,5%

GRADO DE DISTRÉS PARA CADA TIPO DE TUMOR

Se observa que para el grado de distrés es siempre alto para todos los tipos de tumor. Dentro del grado alto, los niveles 7 y 8 predominan con una media del 25,5% cada uno, seguido del puntaje 9 con un promedio de 15,3%.

El análisis de las diferencias en los niveles de distrés en función de la fase de la enfermedad muestra que los porcentajes de personas que manifiestan cada

grado de distrés en cada fase son muy similares. Únicamente se observa un par de particularidades: en la fase de supervivencia la distribución está en general desplazada hacia valores menores de distrés y en la fase de recién diagnosticados la curva es más plana (la distribución de personas para cada grado de distrés es más homogénea). En cualquier caso, las diferencias tampoco alcanzaron la significación estadística.



VARIABLES DE SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN INICIO ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Además del distrés percibido todas las personas beneficiarias del servicio de atención psicológica fueron evaluados en las variables de sintomatología de ansiedad y depresión en el momento en el que iniciaron la atención psicológica. La puntuación media para la subescala de depresión fue de 9,3 (DT=4,2, rango: mín=1, máx=21). Para la subescala de ansiedad la media fue 11,1 (DT= 4,3 Rango: mín=1, máx=21). Lo que significa que los pacientes de cáncer y los familiares que acuden a la AECC para recibir ayuda psicológica presentan puntuaciones medias - altas tanto en sintomatología depresiva como en sintomatología ansiosa. Las puntuaciones mayores de 10 se consideran indi-

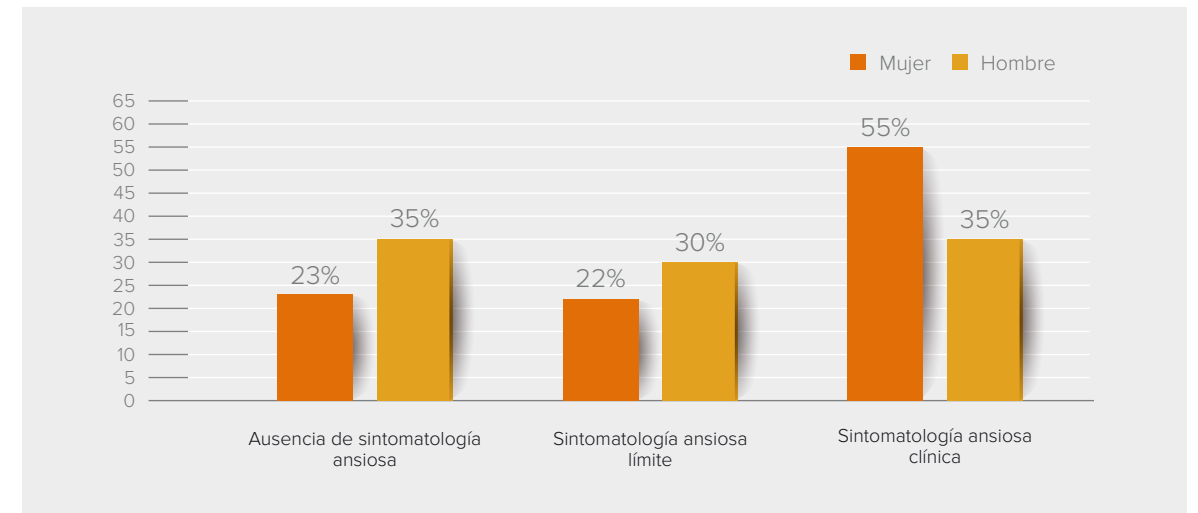
cativas de morbilidad o problemas significativos. Una puntuación de 8 a 10 se interpreta como caso límite o probable, y las puntuaciones inferiores a 7 indican ausencia de morbilidad significativa. En este sentido, se obtuvo una prevalencia de síntomas de ansiedad de hasta el 75% (HADS-A ≥ 8), y de un 67% para síntomas de depresión (HADS-D ≥ 8)

Es de resaltar que los índices en las puntuaciones de ansiedad y depresión fueron más elevados en estadios más avanzados de la enfermedad, aunque no se encontraron diferencias significativas ( $p < .05$ ) con respecto a las puntuaciones de ansiedad y depresión

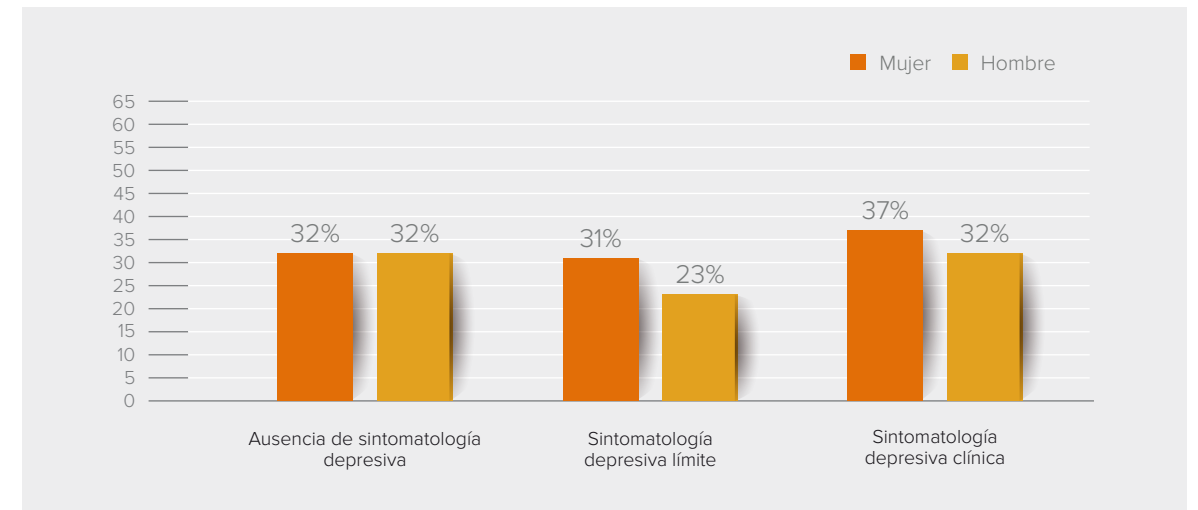
por estadio, ni por tipo de tumor. Tampoco se encontraron diferencias en los niveles de ansiedad y depresión con respecto a otras variables como son la edad, la situación laboral o el estado civil.

Por el contrario, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo en la variable ansiedad. Los resultados señalan que las mujeres presentan niveles de ansiedad más elevados que los

varones. Concretamente la prevalencia de sintomatología ansiosa en las mujeres es de un 77% frente a un 65% en el colectivo de varones. Estos resultados no se repiten en lo referente a sintomatología depresiva. Así, a pesar de que las puntuaciones observadas en las mujeres en este caso son superiores a las de los hombres, 68% versus 55%, la diferencia no alcanza la significación estadística.



VARIABLES DE ANSIEDAD POR SEXOS



VARIABLES DE DEPRESIÓN POR SEXOS

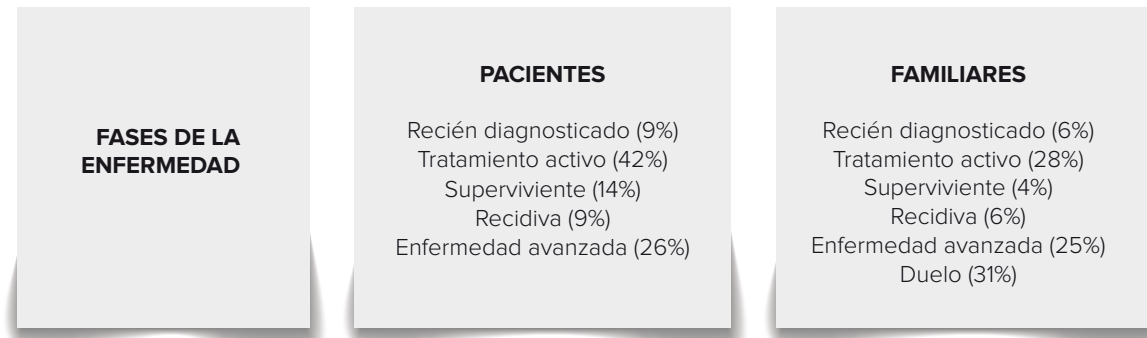


### Comparación entre el colectivo de pacientes y familiares

A continuación, se muestran los resultados derivados del análisis que nos permita conocer si existen rasgos diferenciales entre el colectivo de pacientes y el de familiares.

Como cabría esperar, la distribución por fases de la

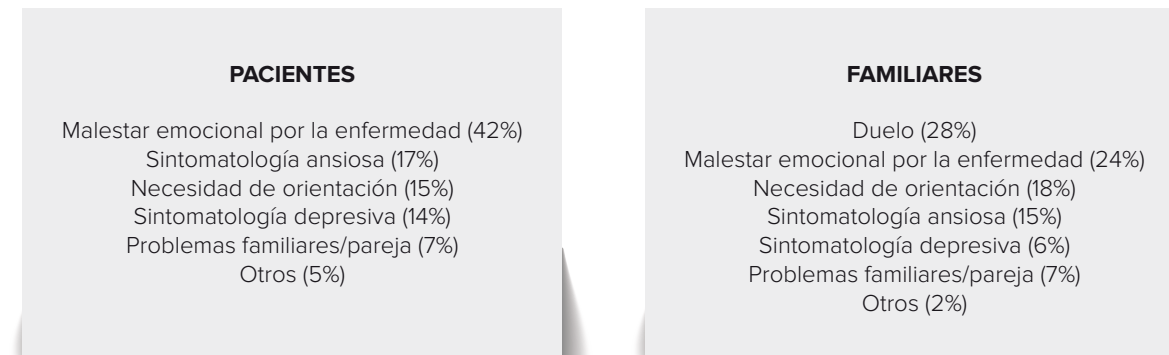
enfermedad difiere si analizamos separadamente el colectivo de pacientes y el de familiares. Así, las personas con cáncer que reciben atención psicológica se encuentran mayoritariamente en la fase de tratamiento activo (42%), mientras que los familiares preferentemente buscan este tipo de ayuda están en la fase de duelo tras la pérdida de un ser querido (31%)



COMPARACIÓN FASES DE LA ENFERMEDAD ENTRE COLECTIVOS

En la misma línea, el análisis de los motivos por los que acuden a recibir intervención psicológica los pacientes y los familiares es claramente diferente. En los primeros, se observa como motivo más frecuente "malestar emocional derivado de la enfermedad" cita-

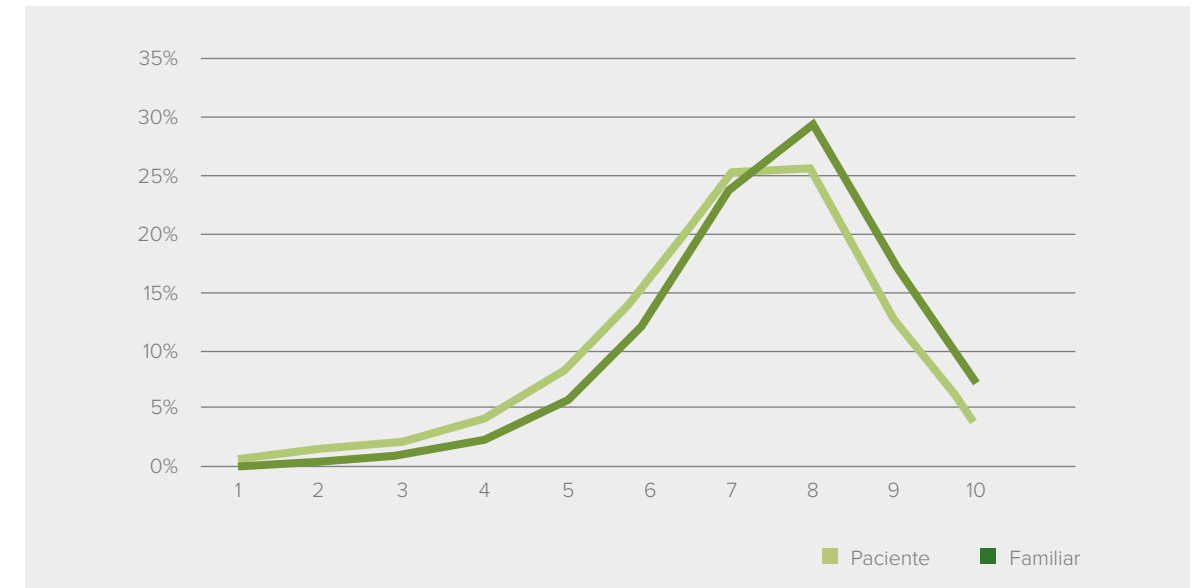
do por el 42% de los mismos, seguido de un 17% que señalan "síntomatología ansiosa". En el caso de los familiares un 28% acuden a recibir atención psicológica por "duelo", seguido de "malestar emocional derivado de la enfermedad" en el 24% de los casos.



DISTRIBUCIÓN MOTIVOS DE LA CONSULTA

Como se muestra en la siguiente gráfica el nivel de distrés o malestar emocional percibido es superior en el colectivo de familiares que en el de pacientes. Así,

el nivel medio de sufrimiento expresado por pacientes es de 6,9 frente al 7,5 manifestado por los familiares.



COMPARACIÓN NIVEL DISTRÉS ENTRE PACIENTES Y FAMILIARES

La comparación del nivel de distrés entre pacientes y familiares mediante análisis estadístico bivalente chi-cuadrado muestra que el ser paciente o familiar marca claras diferencias en el grado de distrés ( $\chi^2=206,3$ ;  $p < .05$ ). También se incluye las medias de distrés obtenidas por pacientes y familiares donde también se aprecia que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas

Respecto a los niveles de ansiedad y depresión señalados en los diferentes colectivos los datos obtenidos se detallan a continuación.

La puntuación media para la sintomatología ansiosa en el grupo de pacientes fue de 11,1 (DT=4.2, rango: mín=1, máx=21). Asimismo, la media para la escala de sintomatología depresiva fue de 8,8 (DT= 4,3 Rango: mín=1, máx=21). Estos resultados indican que las personas diagnosticadas de cáncer presentan niveles de ansiedad elevados y niveles medios-bajos de

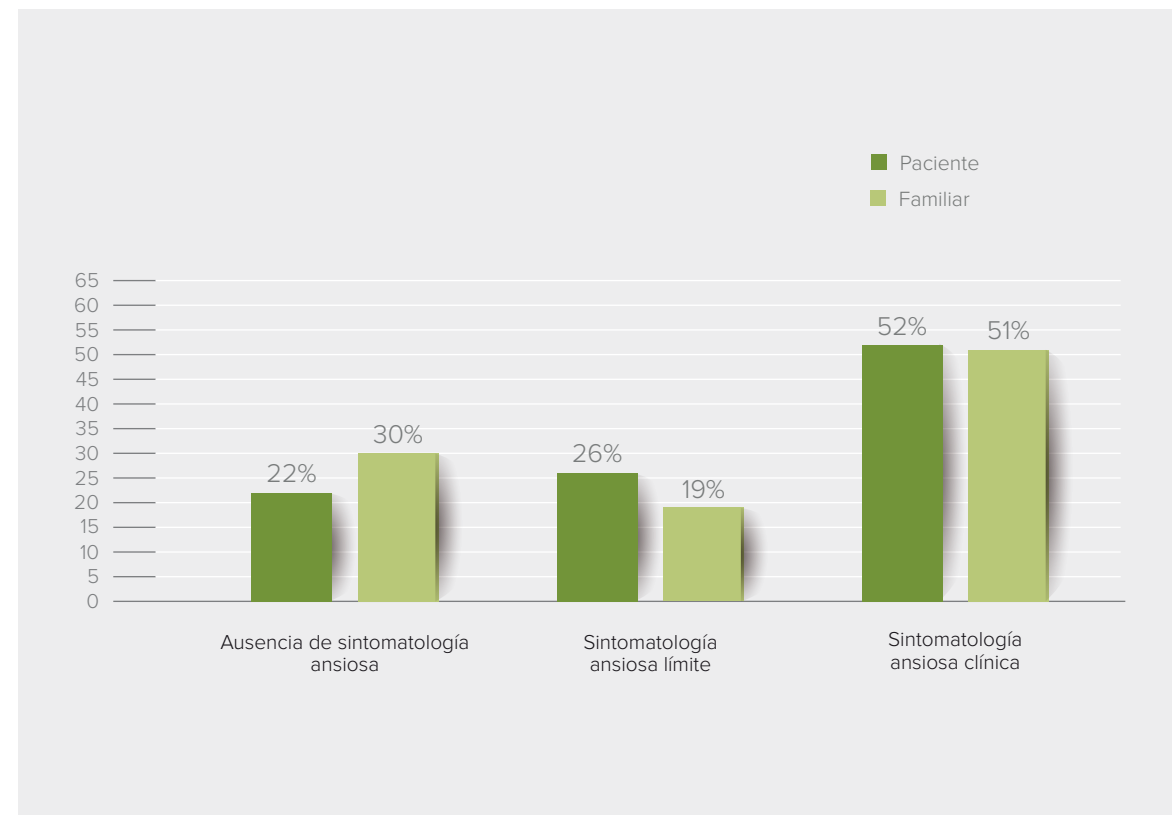
depresión. El análisis de ambas variables por categorías muestra que la prevalencia de problemas de ansiedad se eleva hasta el 78% (HADS-A  $\geq 8$ ) en los pacientes que acuden a recibir atención psicológica en los servicios de la AECC. Y solo en un 22% de los casos muestran puntuaciones inferiores a 7, lo que indican ausencia de morbilidad ansiosa significativa. Respecto a los problemas derivados de presencia de sintomatología depresiva se observa en menor medida, aunque no por ello el resultado es despreciable, dado que hasta el 60% (HADS-D  $\geq 8$ ) de los pacientes obtienen puntuaciones elevadas en esta dimensión.

Atendiendo al colectivo de familiares, las puntuaciones medias observadas han sido de 10,6 (DT=3,9 rango: min=2, máx=21) en la escala de ansiedad y de 10,4 (DT=4,1 rango: min=1, máx=21) en la escala de depresión. Dichas puntuaciones indican altos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en el colectivo de

familiares. Los resultados obtenidos cuando las variables se miden por categorías cualitativas muestran que obtuvieron puntuaciones superiores a 8, por lo tanto, presencia de problemas de ansiedad, un total de 69% de los familiares (HADS-A  $\geq 8$ ). La prevalencia de depresión es aún mayor llegando hasta el 77% (HADS-D  $\geq 8$ ) de los miembros de este grupo.

La comparación de los niveles de ansiedad y depre-

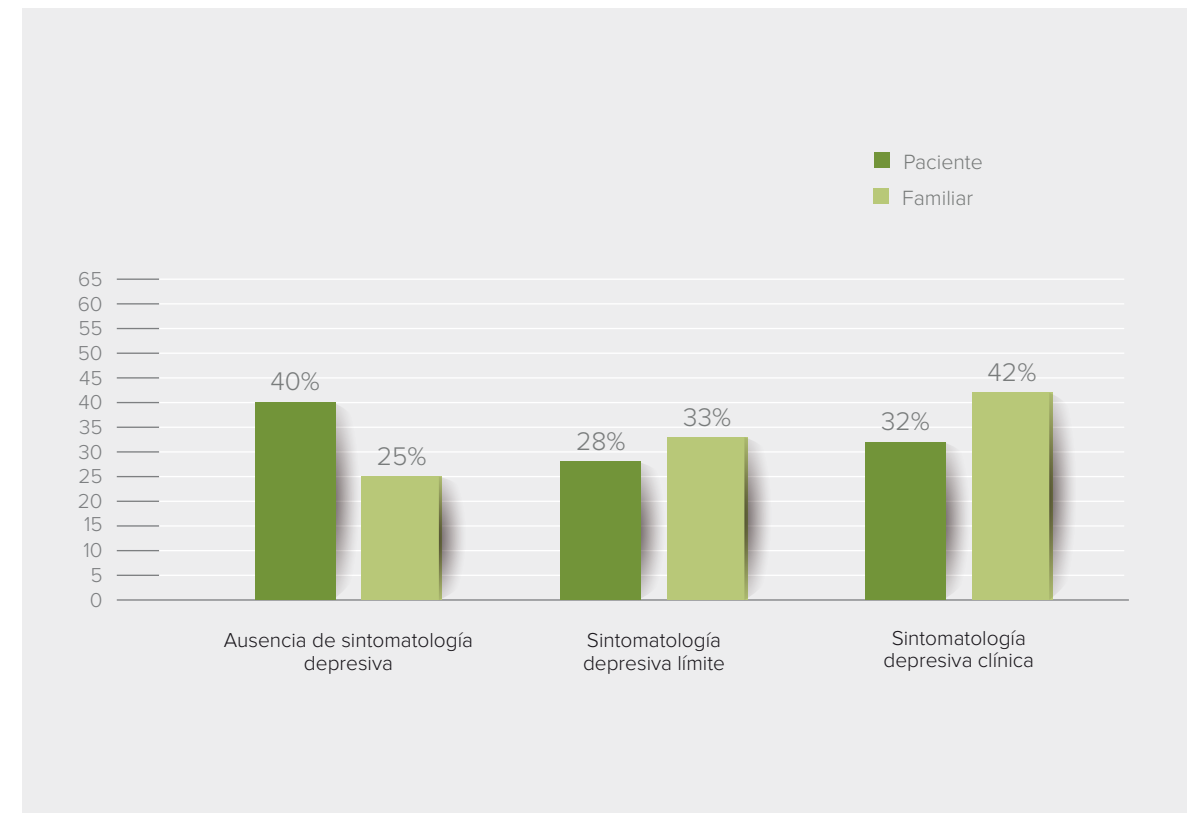
sión de pacientes y familiares, al contrario que lo que ocurría en la variable de distrés percibido, no muestra diferencias estadísticas. Si bien es cierto que se observa una tendencia clara de mayores niveles de ansiedad en los pacientes (78%) en comparación a los familiares (70%) dichas diferencias no alcanzan la significación estadística ( $\chi^2= 21,6$ ;  $p < .54$ ).



SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN PACIENTES Y FAMILIARES

En lo referente a la variable sintomatología depresiva las diferencias entre ambos colectivos son aún más pronunciadas. Así, se observan niveles muy superiores de sintomatología depresiva en los familiares en comparación de los pacientes, un 75% frente a un

60% respectivamente. En el mismo sentido, entre los familiares la proporción de ausencia de depresión es mucho mayor que en los pacientes. A pesar de estas tendencias claras de respuesta no se ha alcanzado la significación estadística.



SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA PACIENTES Y FAMILIARES

### Eficacia y utilidad clínica de la intervención psicológica

En este apartado se describen los resultados derivados del análisis de la efectividad de las intervenciones cognitivo-conductuales desarrolladas con los pacientes y familiares que reciben atención psicológica en la AECC. Concretamente, se detalla hasta qué punto la intervención psicológica produce modificaciones en la percepción de distrés emocional, en la sintomatología ansiosa y depresiva que señalan los pacientes y familiares entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento.

Destacar que esta fase del análisis se ha realizado

con una submuestra de 463 participantes de la muestra total del estudio. Este hecho se debe a que se ha introducido un nuevo criterio de inclusión que es el referido a que la intervención psicológica hubiese finalizado y por lo tanto se dispusiese de la evaluación post-tratamiento.

Antes de describir el detalle de los resultados obtenidos en cuanto eficacia y utilidad clínica resulta de interés conocer con mayor detalle las características de la intervención psicológica desarrollada. El número de sesiones de tratamiento osciló entre 1 y 43, siendo la media de 6 sesiones (desviación típica 3.44). El 54% de los sujetos recibió 4 o menos sesiones de tratamiento, el 33% entre 5 y 10 sesiones y solo un

13% más de 10 sesiones. No se observan diferencias significativas entre la población de pacientes y familiares en cuanto el número de sesiones, tampoco en

las variables género, edad, situación laboral o tipo de diagnóstico oncológico.



SESIONES DESARROLLADAS

El número de sesiones realizadas varía significativamente en función del motivo de consulta ( $\chi^2 = 234,76$ ; sig.:0.000). Del total de intervenciones con un número de sesiones menor a cuatro, los motivos de consulta más frecuentes son "malestar emocional asociado a la enfermedad" (35%). En el caso de las intervenciones que se desarrollan con una intensidad de 4 a 10 sesiones los motivos más frecuentes son "malestar emocional" (31%), "sintomatología ansiosa" (12%) y "duelo" (11%). Por último, en las intervenciones más largas, aquellas que suponen un número de sesiones superior a 10, los motivos de consultas más frecuentes son "duelo" (35%), seguido y "sintomatología depresiva" (12%).

Respecto a los resultados referidos a los cambios que experimentan los participantes tras su paso por el programa de tratamiento, se presentan esquematizados en la tabla 3. En este sentido, la intervención psicológica muestra un importante efecto beneficioso sobre los niveles de distrés, así como en la sintomatología de ansiedad y depresión de las personas participantes en el estudio. Reduce los niveles iniciales de dichas variables y mejora la estabilidad emocional. Como se puede observar en la tabla en todas las medidas utilizadas para la evaluación se han producido cambios significativos.

### MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSIÓN

	PUNTAJE NIVEL DE DISTRÉS PRE	PUNTAJE NIVEL DE DISTRÉS POST
N	463	463
Media	7,3	3,3
Desviación estándar	1,5	1,4

	PUNTAJE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA PRE	PUNTAJE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA POST
N	463	463
Media	10,8	6,8
Desviación estándar	4,35	3,7

	PUNTAJE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA PRE	PUNTAJE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA POST
N	381	381
Media	9,4	5,7
Desviación estándar	4,25	3,76

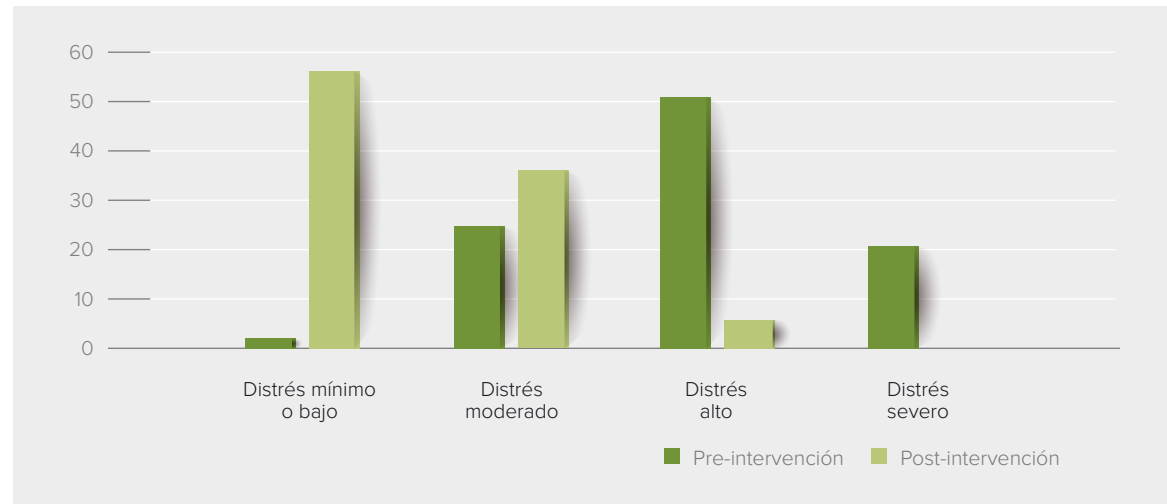
Tabla 3: RESULTADOS PRE-POST INTERVENCIÓN EN LAS VARIABLES DISTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

A continuación, se analizan con mayor profundidad los resultados de las diferencias entre el pre y post tratamiento analizando de forma pormenorizada cada una de las escalas.

En lo referente a nivel de distrés, se observó una disminución del promedio de distrés percibido de 3,88 puntos en la post-intervención, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $\chi^2 = 156,76$ ; sig.: 0,001). En la evaluación previa a la intervención, la media de distrés en las personas afectadas por cáncer fue de 7,3 (nivel elevado de distrés), y después de recibir el tratamiento psicológico la puntuación media fue de

3,3 (nivel bajo de distrés).

Si analizamos el distrés percibido bajo una escala categorial, en la evaluación pre-intervención el 73% de los usuarios percibían un nivel de estrés elevado o severo, el 25% un nivel de estrés medio y solo un 2% de los mismos un nivel de estrés mínimo. En la post-intervención el 57% de los pacientes se ubicó en un nivel de estrés mínimo o bajo, el 37% en nivel medio y únicamente el 6% en niveles altos, ningún participante informó niveles severos de distrés.

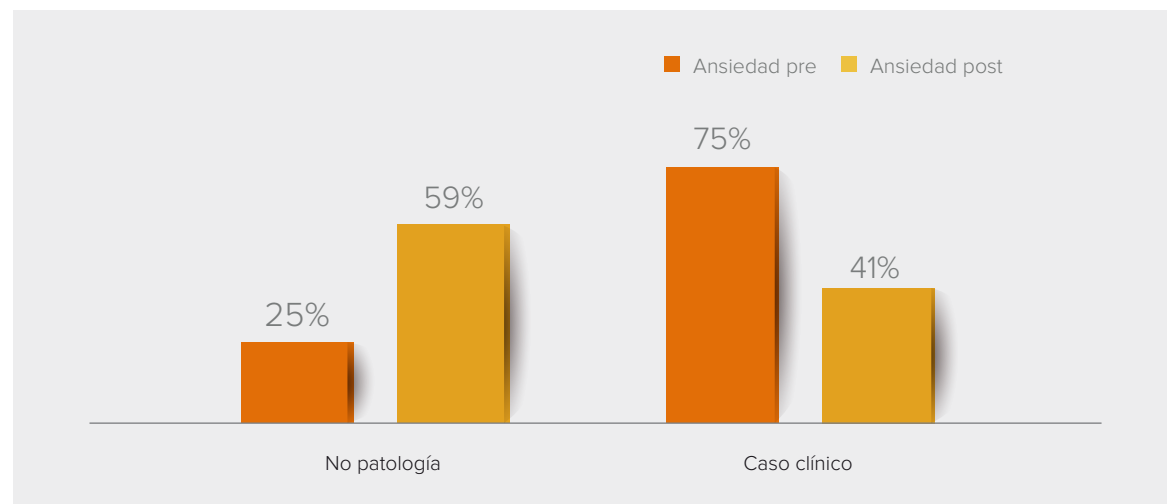


COMPARACIÓN NIVELES DE DISTRÉS PERCIBIDO PRE/POST INTERVENCIÓN

Por lo que respecta al grado de cambio observado en las variables relacionadas con síntomas ansiedad y depresión también encontramos diferencias estadísticamente significativas en todas ellas.

Así, la puntuación media en ansiedad pasa a ser de 10,9 en el pretest a 6,8 en la evaluación realizada una vez finalizada la intervención ( $t=4,23$  sig.: 0,000). Estos resultados en esta escala sitúan a los pacientes dentro de los límites normales para sintomatología

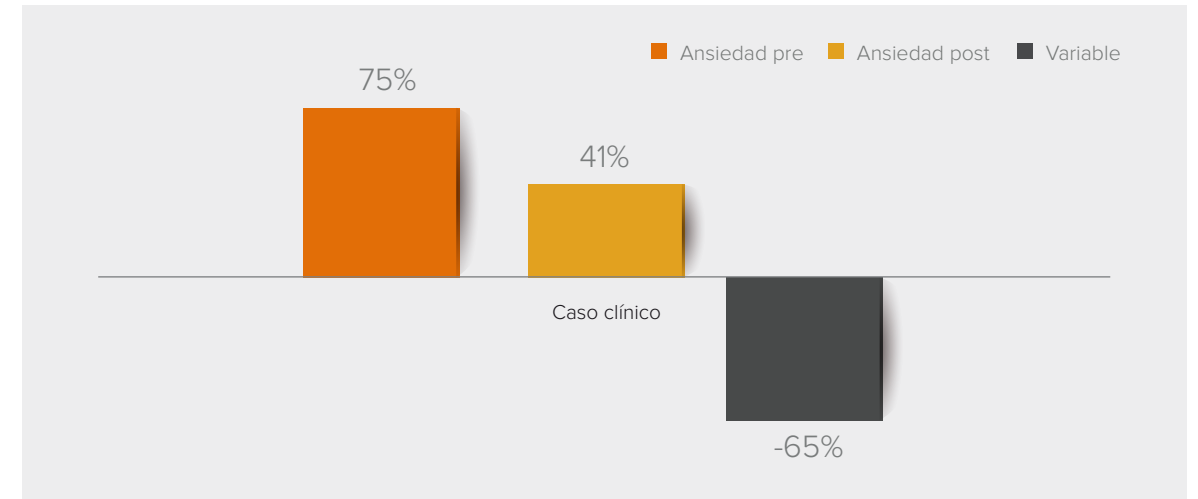
ansiosa. En el análisis categorial de la variable sintomatología ansiosa, en la evaluación inicial el 25% presentaban puntuaciones de no patología, el 23% límite o probable y el 52% puntuaciones propias de patología ansiosa. Inmediatamente después del programa de intervención el 59% tenía puntuaciones de no patología, el 24% límite o probable y el 17% presentaban patología. Las diferencias entre las puntuaciones alcanzaron la significación estadística ( $\chi^2 = 61,92$ ; sig.: 0,000).



ANÁLISIS CATEGORIAL DE LA VARIABLE SINTOMATOLÓGICA ANSIOSA

Si atendemos exclusivamente al grupo constituido por patología ansiosa, es decir puntuaciones superiores a 11 en la escala en los dos momentos de la evaluación,

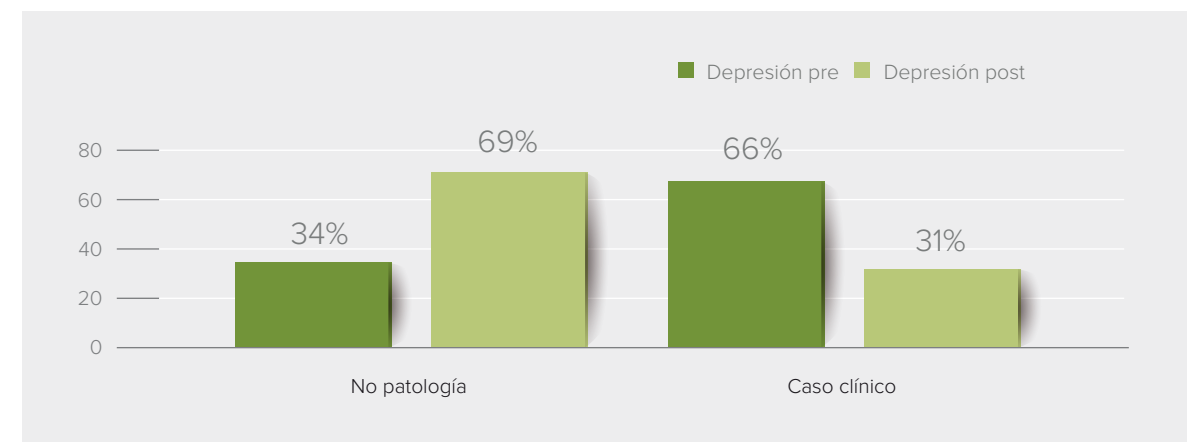
los datos muestran una reducción del hasta 65% de la proporción de beneficiarios una vez finalizado el tratamiento psicológico.



ANÁLISIS CATEGORIAL DE LA VARIABLE SINTOMATOLÓGICA ANSIOSA

Los resultados observados en la variable sintomatología depresiva en la evaluación después de finalizar tratamiento también indican clara mejoría. La puntuación media en sintomatología depresiva fue de 9,4, lo que significa patología probable, y esta puntuación descendió hasta un 5,7, que implica ausencia de patología, en la finalización del tratamiento.

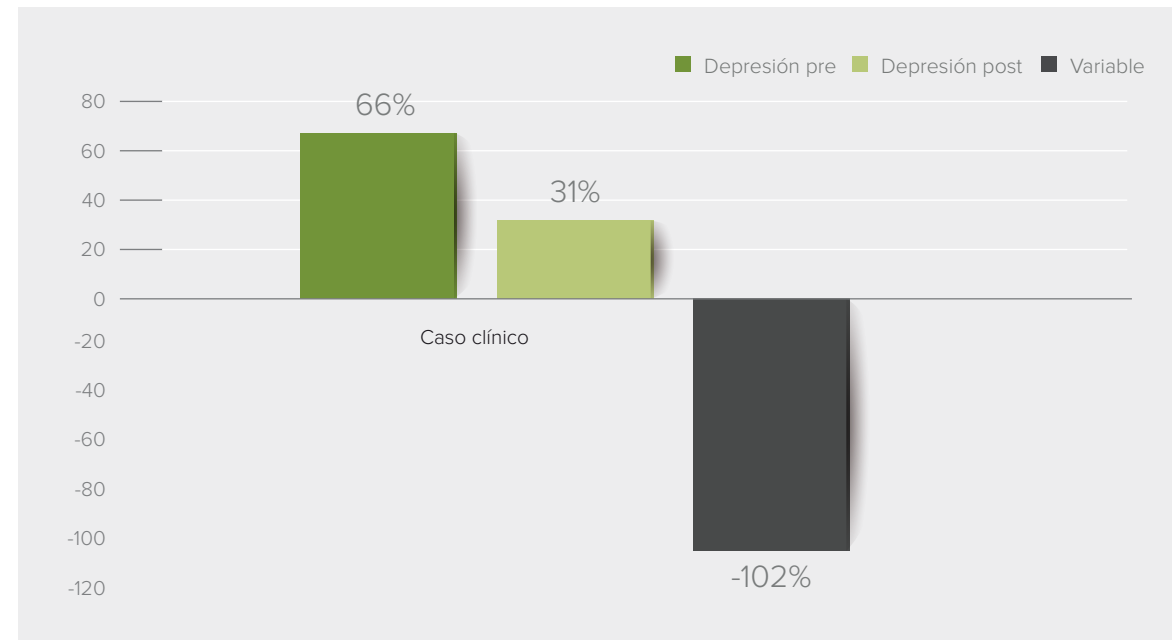
Las puntuaciones categoriales evidenciaron que en la evaluación inicial el 25% de los participantes tenía puntuaciones que indicaban ausencia de depresión, el 23% depresión límite, el 52% sintomatología depresiva indicativa de patología. En el periodo post tratamiento el 34% se ubicó en la categoría de sintomatología no patológica, el 30% tenía puntuaciones de caso límite y 36% sintomatología depresiva.



ANÁLISIS CATEGORIAL DE LA VARIABLE SINTOMATOLÓGICA DEPRESIÓN

Los resultados respecto al grupo de sintomatología depresiva clínica nos muestran cambios aún más claros en los dos momentos de medida, consiguiendo

una reducción del 102% en la proporción de beneficiarios una vez finalizada la intervención.



ANÁLISIS CATEGORIAL DE LA VARIABLE SINTOMATOLÓGICA DEPRESIÓN

Finalmente, se realizó un análisis para valorar si los cambios observados en las variables clínicas después de realizar la intervención psicológica eran diferentes en función de las variables sociodemográficas y de enfermedad como edad, sexo, tipo de tumor y fase de la enfermedad. En ningún caso se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas. Lo que significa que la intervención psicológica era igual de eficaz independientemente de la edad, de la fase de la enfermedad, del tipo de tumor o de ser mujer u hombre. Tampoco se observaron diferencias entre los pacientes y los familiares, de tal forma que la intervención resultaba igualmente útil para ambos colectivos.

### Conclusiones

Inicialmente, antes de pasar a analizar con detalle los

resultados obtenidos, es necesario subrayar la importancia de disponer de datos de una amplia muestra de pacientes de cáncer y sus familiares para caracterizar la realidad de la psicología en el ámbito de la Psicooncología.

- Respecto a los beneficiarios de la intervención psicológica, el perfil tipo sería mujer de 55 años, casada o con pareja, con diagnóstico de cáncer de mama y en la fase de tratamiento activo de la enfermedad oncológica.
- La distribución por género nos muestra que 7 de cada 10 usuarios del servicio son mujeres, datos similares a los de otros trabajos referidos a la intervención psicológica en los centros de salud mental tradicionales<sup>43/44</sup>. Estos resultados indican que los hombres son más reacios a demandar este tipo de ayuda que las

mujeres. Este hecho adquiere más relevancia cuando lo analizamos de forma conjunta con otro de los resultados de este estudio, concretamente nos referimos al hecho de que no se hayan observado diferencias en los niveles de estrés o sufrimiento emocional entre hombres y mujeres. Por lo tanto, si los varones presentan los mismos niveles de malestar emocional ante la enfermedad ¿por qué no acuden a los servicios de ayuda? Sin duda, es necesario generar estrategias que incrementen la proporción de varones pacientes de cáncer que reciben atención psicológica durante el proceso de enfermedad.

- La intervención psicológica es más solicitada en aquellas fases de la enfermedad donde se producen los cambios más significativos a nivel médico, es decir las fases que se constituyen como periodos críticos donde los niveles de estrés son claramente superiores y el deterioro de calidad de vida resulta significativo tanto para pacientes como para familiares. Así, en los pacientes destacan la fase de tratamiento activo (42%) y enfermedad avanzada (26%) y en los familiares la de duelo (31%) y tratamiento activo (28%). En cualquier caso, lo que se desprende de estos resultados es que la demanda de ayuda se realiza tras largos periodos de tiempo después del diagnóstico de la enfermedad. La realidad nos muestra que el lapso temporal entre la aparición de la enfermedad oncológica y la demanda de ayuda psicológica es grande y se debería trabajar no solo en reducirlo y evitar así largos periodos de sufrimiento a las personas afectadas sino también en la prevención de esta problemática a través de medidas de screening y diagnóstico precoz de la sintomatología psicológica por parte de los profesionales sociosanitarios.

- La intervención psicológica es absolutamente necesaria cuando la enfermedad ha avanzado y el pronóstico cambia. En estos casos la atención psicológica requiere una cierta priorización y urgencia para el paciente y la familia.

Respecto a los motivos de consulta la mayoría de ellos se agrupan en torno a las siguientes categorías generales: "Malestar emocional asociado a la enfermedad" (40%) y seguido del "duelo" (22%) y finalmente la "sintomatología ansiosa" y "sintomatología depresiva" con el 9% y el 8% de los casos respectivamente. Como cabría esperar, los motivos por los que acuden a recibir intervención psicológica pacientes y familiares son claramente diferentes. En las personas con cáncer, se observa como motivo más frecuente "malestar emocional derivado de la enfermedad" citado por el 42% de los mismos, seguido de un 17% que señalan "sintomatología ansiosa". En el caso de los familiares un 28% acuden a recibir atención psicológica por "duelo", seguido de "malestar emocional derivado de la enfermedad" en el 24% de los casos.

- En líneas generales, el nivel de estrés significativo que hemos encontrado en la población atendida es superior al nivel documentado por otros autores y grupos de investigación. Concretamente en nuestro estudio el 85% de los sujetos informó la presencia de estrés significativo, lo cual es claramente superior a lo descrito por autores como, Zabora<sup>45</sup>, Pascoe<sup>46</sup>, Trask<sup>47</sup>, Ozalp<sup>48</sup>, Graves<sup>49</sup> y Almanza<sup>50</sup>. Discrepancia que probablemente obedecen a diferencias metodológicas, transculturales (Australia, Estados Unidos de América, Francia, México, etc.), y principalmente a los distintos momentos de la enfermedad de los correspondientes estudios. Además, en nuestros datos se incluyen tanto a pacientes como familiares, aspecto que no concurre en el resto de los estudios citados que se circunscriben a pacientes. Este hecho es de interés a la hora de explicar que nuestra población muestre un nivel superior de estrés, dado que los familiares informan de niveles de sufrimiento emocional más elevados que las personas con diagnóstico de cáncer. Sin duda, los datos son inequívocos, resulta necesario generar medidas de protección para los pacientes de cáncer frente al sufrimiento psicológico y estas medidas de ayuda y atención deben considerarse en igualdad de condiciones a los familiares de los pacientes.

(43) Labrador F.J., Estupiñá F.J., García M.P. Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema* 2010; 22 (4): 619-626

(44) Vallejo, M.A., Jordán, C.M., Díaz, M.I., Comeche, M.I., Ortega, J., Amor, P., y Zubeidat, I. (2008). Perfil sociodemográfico de los usuarios de un servicio de asistencia psicológica online. *Psicothema*, 20, 610-615.

(45) Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology* 2001;10 (1): 19-28

(46) Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney Hospitals. *Aust N Zeal J Psychiatr* 2001; 34: 785-91

(47) Trask PC, Paterson A, Riba M, Brines B, Griffith K, Parker P, Weick J, Steele P, Kyro K, Ferrara J. Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplant* 2002; 29(11): 917-25

(48) Ozalp E, Cankurtaran ES, Soygür H, Geyik PO, Jacobsen PB. Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psychooncology* 2007; 16(4): 304-11

(49) Graves KD, Arnold SM, Love CL, Kirsh KL, Moore PG, Passik SD. Distress screening in a multidisciplinary lung cancer clinic: prevalence and predictors of clinically significant distress. *Lung Cancer* 2007; 55(2): 215-24.

(50) Almanza MJ, Rosario JI, Pérez S. Traducción, adaptación y validación del Termómetro de Estrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Rev Sanid Milit Mex* 2008; 62(5): 209-17



• La comparación de los niveles de ansiedad y depresión de pacientes y familiares muestra una tendencia clara de mayores niveles de ansiedad en los pacientes (78%) en comparación a los familiares (69%) dichas diferencias no alcanzan la significación estadística. En lo referente a la variable sintomatología depresiva las diferencias entre ambos colectivos son aún más pronunciadas. Así, se observan niveles muy superiores de sintomatología depresiva en los familiares en comparación a los encontrados en pacientes, un 77% frente a un 60% respectivamente. Estas tendencias de respuesta son congruentes si lo analizamos de forma conjunta con los motivos por los que reciben la intervención psicológica cada uno de los colectivos. Tal como sugieren Watson et al.<sup>51</sup>, la fenomenología de la ansiedad y la depresión es claramente diferente; la primera está centrada en la emoción de miedo e involucra sentimientos de preocupación, en contraste con la segunda que está dominada por la emoción de tristeza, y se asocia con sentimientos de desesperanza. Así, resulta coherente que en las personas enfermas cuyo principal motivo de consulta es “malestar emocional asociado a la enfermedad” predomine la sintomatología ansiosa mientras que en los familiares que acuden mayoritariamente por duelo tras la pérdida de un ser querido sea más frecuente la sintomatología depresiva.

• La intervención psicológica muestra un importante efecto beneficioso sobre los niveles de estrés, así como en la sintomatología de ansiedad y depresión de las personas con cáncer que han recibido este tipo de tratamiento. Así, en la evaluación pre-intervención el 73% de los usuarios percibían un nivel de estrés elevado o severo frente al 6% de participantes que informan de niveles altos o severos en la evaluación realizada al finalizar el tratamiento. También se han producido mejorías significativas en el post-tratamiento en depresión y ansiedad, que confirman la valoración del estado psicológico subjetivo determinados en el nivel de estrés. Por lo tanto, la terapia cognitivo-conductual adaptada para pacientes de cáncer y

sus familiares ha demostrado ser una intervención útil, con un tamaño del efecto positivo muy significativo en una elevada proporción de los casos.

• La relevancia de los resultados de la eficacia de la intervención psicológica es aún mayor si tenemos en cuenta que se ha obtenido en el contexto de la práctica real con pacientes de cáncer y sus familiares. Este hecho asegura su validez externa o posibilidad de generalización, es decir, el grado en que los resultados obtenidos pueden ser razonablemente aplicados a la población de referencia o a un grupo definible de pacientes en la práctica clínica habitual<sup>52</sup>.

• Destacar que los datos referidos a la duración de los tratamientos psicológicos con pacientes y familiares de cáncer difieren claramente de la práctica clínica en otros ámbitos de la psicología clínica. Así, nuestro promedio son 4 sesiones de tratamiento, frente al promedio de 18 sesiones obtenido por otros autores en el campo de la salud mental (40-42). La brevedad de las intervenciones en psicooncología puede explicarse, en gran medida, por los motivos de consulta. Uno de los motivos más señalados, tanto por pacientes como por familiares, es el referido a la necesidad de orientación, el cual en la gran mayoría de los casos se resuelve con intervenciones muy breves (menos de 3 sesiones) centradas fundamentalmente en orientación psicoeducativa. En la misma línea, también se requieren intervenciones breves (6 a 7 sesiones) en el caso del principal motivo de demanda de intervención, concretamente, el referido a malestar emocional derivado de la enfermedad. Sólo aquellas personas cuyos motivos de consulta son sintomatología depresiva o ansiosa necesitan intervenciones más intensivas (más de 8 sesiones). Por su parte, los familiares que solicitan la ayuda en la fase de duelo son los usuarios que requieren las intervenciones más duraderas (más de 10 sesiones).

• Un servicio de atención psicológica especializada implica la puesta en marcha de procesos de evalua-

ción psicológica y de tratamientos específicos realizada por profesionales sanitarios especialistas. Esta labor debe dirigirse tanto a la prevención de problemas psicológicos como a la valoración y tratamiento de todos aquellos asociados al cáncer (principalmente trastornos adaptativos, ansiedad y depresión). De esta forma se favorece la adaptación al proceso de enfermedad, mejorando la adhesión a los tratamientos oncológicos y la comunicación con la familia, equipo médico, etc. para que las personas afectadas puedan alcanzar el mayor bienestar personal y social durante la enfermedad, el tratamiento, así como durante la fase de supervivencia y en el final de la vida.

• Por último, señalar que la intervención psicológica en el ámbito de la oncología obtiene resultados muy positivos con un número de sesiones de tratamiento relativamente reducido. Así, el 85% de los pacientes han recibido menos de 8 sesiones. Sin duda, la variable más importante siempre es la calidad de vida de los pacientes y el alivio de síntomas, pero incluso los costos de los tratamientos psicológicos son muy bajos y competitivos. En poco menos de dos meses la mayoría de los pacientes de cáncer y sus familiares pueden obtener un cambio sustancial en sus problemas y en su calidad de vida. Informar sobre estos resultados a las autoridades sanitarias, así como a los usuarios y a los profesionales resulta fundamental.

(51) Watson D, Weber K, Assenheimer JS, Clark LA, Strauss ME, McCormick RA. Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *J Abnorm Psychol.* 1995 Feb;104(1):3-14.

(52) Rothwell R. *Lancet* 2005;365:82-93. <http://www.icf.uab.es/WebsietesDB/shortcut.asp?refid=72432>

### OBSERVATORIO DEL CÁNCER AECC

Este documento ha sido escrito por Belén Fernández Sánchez y Carmen Yélamos Agua.

El Observatorio del Cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer quiere agradecer a todo el colectivo de profesionales de psicología que desarrollan su actividad en la Sedes Provinciales de la AECC su interés, profesionalidad y compromiso con el trabajo. Gracias por poner a disposición del Observatorio sus datos para la elaboración de este informe.

El informe está sujeto a copyright pero el texto puede ser utilizado libremente siempre y cuando se indique la fuente de forma completa.



**OBSERVATORIO  
DEL CÁNCER AECC**