



**Universidad
Zaragoza**

TRABAJO FIN DE GRADO

**IMPACTO CLÍNICO Y EMOCIONAL DEL CÁNCER EN
FUNCIÓN DE LA EXISTENCIA DE UNA ETIOLOGÍA
MÁS O MENOS CONOCIDA Y/O MODIFICABLE**

**CLINICAL AND EMOTIONAL IMPACT OF CANCER
DEPENDING ON THE EXISTENCE OF A MORE OR
LESS KNOWN AND/OR MODIFIABLE ETIOLOGY**

**AUTOR:
MARÍA LÓPEZ AISA**

**DIRECTOR:
JAVIER MARTÍNEZ TRUFERO**

**FACULTAD DE MEDICINA
CURSO 2023/2024**

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	
1. Impacto emocional del cáncer.....	5
2. Impacto emocional en sarcoma.....	6
3. Impacto emocional en cáncer de cabeza y cuello	7
4. Cómo medir el impacto emocional del cáncer	8
MATERIAL Y MÉTODOS	
1. Hipótesis.....	9
2. Objetivos del estudio	9
3. Diseño del estudio	10
4. Búsqueda bibliográfica.....	11
5. Variables analizadas	11
6. Análisis descriptivo y estadístico	11
RESULTADOS	
1. Análisis descriptivo	12
2. Impacto clínico-emocional según escala hads.....	14
3. Análisis descriptivo específico para valoración del impacto clínico-emocional en función de la etiología tumoral.....	15
4. Asociaciones relevantes	17
DISCUSIÓN	
1. Hallazgos principales. Diferencias y similitudes con estudios previos.....	20
2. Implicaciones clínicas	22
3. Limitaciones	23
CONCLUSIONES	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXO.....	27

RESUMEN

Introducción. El cáncer es una enfermedad con un gran impacto clínico-emocional en los pacientes. Esto provoca un aumento de prevalencia de trastornos emocionales que repercuten en la salud global de los enfermos.

Objetivo. Evaluar el impacto clínico y emocional del cáncer en función de si tiene una causa conocida o desconocida.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo-analítico, transversal con dos cohortes. Una cohorte de 12 pacientes con sarcoma (cáncer de causa no conocida) y otra cohorte de 10 pacientes con cáncer de cabeza y cuello (causa conocida). En este trabajo se ha realizado un análisis descriptivo de ambos grupos y comparado ciertas variables observadas relevantes para el tema de estudio.

Resultados. El 40% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello muestran indicios de tener un trastorno emocional, el 20% presenta síntomas de ansiedad y el 50% de depresión. El 90% de este grupo es consciente de que su patología tiene etiología conocida y muestra preocupación sobre ello (4,8 puntos sobre 10). Respecto a la cohorte de sarcomas, observamos indicios de trastorno emocional en un porcentaje más bajo respecto al grupo anterior (16,7%), un 25,5% muestra síntomas de ansiedad y un 25,5% de depresión. El 91,7% de los pacientes con sarcoma sabe que su cáncer no tiene causa conocida; mostrando 6,33 puntos sobre 10 de preocupación.

Por otro lado, el grado de asombro que sienten los pacientes cuando se les comunica su diagnóstico está estadísticamente relacionado ($p < 0,004$) con tener un tumor con etiología más o menos conocida. Los pacientes con cáncer de etiología desconocida se sorprenden más (9,42 puntos sobre 10) que los que tienen cáncer de etiología conocida (6,70 sobre 10).

Conclusiones. Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello tienen una mayor prevalencia de trastornos emocionales y síntomas de depresión que los pacientes con sarcoma. Existe relación significativa entre la sorpresa al diagnóstico y la etiología más o menos conocida del cáncer. Este estudio piloto exploratorio pone de manifiesto la necesidad de más investigación sobre este tema para mejorar la calidad asistencial en pacientes oncológicos.

Palabras clave: ansiedad, depresión, síntomas afectivos, cáncer de cabeza y cuello, sarcoma.

ABSTRACT

Introduction. Cancer is a disease with a big clinical-emotional impact on patients. This causes an increase in emotional disorders' prevalence, which impacts the overall health of patients.

Objective. To evaluate the clinical and emotional impact of cancer depending on whether its cause is known or unknown.

Material and methods. Descriptive-analytical observational study with two cohorts. A cohort of 12 patients with sarcoma (cancer of unknown cause) and another group of 10 patients with head and neck cancer (cancer of known cause). In this study, a descriptive analysis of both groups has been carried out and certain observed variables relevant to the topic of the study have been compared.

Results. 40% of patients with head and neck cancer show any hint of emotional disorder, 20% of this cohort have symptoms of anxiety and 50% from depression. 90% of the cohort is aware that their pathology has a known cause and shows concern about it (4.8 points out of 10). Regarding the sarcoma cohort, we observed hints of emotional disorder in a lower percentage compared to the previous group (16.7%), 25.5% showed symptoms of anxiety and another 25.5% of depression. 91.7% of patients with sarcoma know that their cancer has no cause and show 6.33 points out of 10 of concern in relation to this fact.

On the other hand, the astonishment that patients feel when they are informed of their cancer diagnosis is statistically related ($p < 0.004$) to having a tumor with a more or less known etiology. Patients with cancer of unknown etiology are more surprised (9.42 out of 10) than those with cancer with a known cause (6.70 out of 10).

Conclusions. Patients with head and neck cancer have a higher prevalence of emotional disorders and depression than patients with sarcoma. There is a relationship between surprise at diagnosis and the more or less known etiology of cancer. This exploratory pilot study highlights the need for more research on this topic to improve the quality of care in cancer patients.

Keywords: anxiety, depression, affective symptoms, head and neck neoplasms, sarcoma

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad multifactorial que impacta significativamente en la vida de los pacientes. Produce efectos deletéreos tanto física como psicológicamente. En estos pacientes, la ansiedad y la depresión se asocian con una disminución de la calidad de vida, falta de adherencia a los programas de rehabilitación y un mayor uso de los servicios de atención médica.⁽¹⁾

Con este trabajo queremos explorar si estos efectos sobre el estado anímico son variables según si la etiología del cáncer es conocida o no, de cara a establecer estrategias de manejo clínico diferentes.

1. IMPACTO EMOCIONAL DEL CÁNCER

La prevalencia de depresión en la población general adulta es del 5% y la prevalencia de ansiedad es del 4% (datos de la OMS). Sin embargo, estos datos son mayores en pacientes con cáncer. La prevalencia en estas personas se eleva al 15% respecto a la depresión mayor, 20% de depresión menor y 10% de ansiedad.⁽²⁾ Esta realidad hace que cobre más relevancia el estudio de impacto emocional del diagnóstico de cáncer en estos sujetos.

A colación de lo anterior, si tenemos en cuenta la situación clínica de los pacientes podemos concretar mejor la prevalencia de depresión en los pacientes con cáncer; de modo que es del 5-16% en pacientes ambulatorios, del 4-14% en pacientes hospitalizados, del 4-11% en muestras mixtas de pacientes ambulatorios y hospitalizados y del 7-49% en cuidados paliativos.⁽³⁾ Por lo tanto, el impacto emocional aumenta conforme la enfermedad está más avanzada.

Si bien es un tema poco estudiado, se ha podido observar que la prevalencia de depresión y ansiedad se mantiene elevada a largo plazo en estos pacientes. El porcentaje de trastorno depresivo es mayor a los 5 años del diagnóstico⁽⁴⁾. También es mayor la ansiedad entre los supervivientes de cáncer de todos los tipos.⁽⁵⁾

No solo el progreso de la enfermedad influye en el impacto emocional del cáncer si no también diversas circunstancias. Algunos aspectos que intervienen son comunes a los factores de riesgo en la población general; como pueden ser factores económicos y sociales, la edad, el sexo, el nivel educativo... Sin embargo, otros son exclusivos de estos pacientes. Entre estos últimos encontramos los siguientes: tipo de cáncer, retraso al diagnóstico, recaída, síntomas físicos, el grado de malignidad de su tumor, pronóstico de vida con su enfermedad, modalidad de tratamiento oncológico, efectos adversos y complicaciones del mismo...⁽⁴⁾

Sin embargo, no se han encontrado datos relevantes sobre si el impacto emocional puede ser diferente dependiendo de si el cáncer tiene o no una causa conocida y/o modificable. Y este hecho debería ser explorado, ya que la enfermedad y sus consecuencias pueden ser percibidas y vividas de forma diferente si el propio individuo puede haber influido en su aparición, o si la enfermedad aparece de forma totalmente imprevista. El cáncer de cabeza y cuello es un tipo de cáncer en el cual el paciente suele ser plenamente consciente de que tiene causas modificables como es el tabaco y el alcohol. Por otro lado, los sarcomas son tumores que, en la mayor parte de los casos, no tienen causa conocida, y el paciente también es conocedor de ello.

2. IMPACTO EMOCIONAL EN SARCOMA

Los sarcomas son un grupo de tumores malignos que se originan a partir del tejido mesenquimal, de los tejidos que dan soporte y conexión al cuerpo. En general son tumores de sintomatología muy variada y de agresividad variable dependiendo del tipo de sarcoma y del estadio tumoral al momento del diagnóstico. La mayoría de los sarcomas no tienen causa conocida. ⁽⁶⁾

Hasta el 45% de los pacientes con sarcoma experimentan algún tipo de malestar psicológico. Varios estudios han estudiado esta circunstancia. ^(7,8)

Se estima que en un 33-38% los pacientes con sarcoma tenían síntomas de ansiedad. El 17% tuvo síntomas leves, el 8% tuvo síntomas moderados y el 8% tuvo síntomas graves. Se observaron síntomas de ansiedad lo suficientemente graves como para provocar una derivación en el 16% de los pacientes en general. Por otra parte, los tres principales síntomas de angustia informados por los pacientes fueron sentirse tenso e incapaz de relajarse (50%), sentirse nervioso y tembloroso (48%) y experimentar pensamientos repetitivos y aterradores (42%). El 5% de los pacientes expresaron ideación suicida. ^(7,8)

Paralelamente, el 21%-35% de los pacientes tenía síntomas de depresión. Se observaron distintos niveles de gravedad dentro de los síntomas depresivos: el 19% tuvo síntomas leves, el 9% tuvo síntomas moderados, el 6% tuvo síntomas moderadamente graves, y el 1% tuvo síntomas graves. Se observaron síntomas de depresión lo suficientemente graves como para provocar una derivación al servicio de psicología y psiquiatría en el 17% de los pacientes en general. ^(7,8)

Además de depresión y ansiedad, se han encontrado sentimientos de retraimiento social, dificultad en la toma de decisiones, somatizaciones, mayores sentimientos de desánimo y desmoralización, y profundas experiencias de impotencia y vulnerabilidad. ⁽⁹⁾ Asimismo, los pacientes experimentaron tasas más altas de problemas de autoimagen, depresión y suicidio. ⁽¹⁰⁾

Los trastornos psicológicos obtuvieron más relevancia durante el tratamiento inicial y cuando se producían recaídas o complicaciones. Los síntomas de ansiedad fueron más comunes en la fase de diagnóstico, mientras que los síntomas depresivos fueron más comunes en la fase de tratamiento. ⁽¹⁰⁾

No se identificaron diferencias en la supervivencia general entre los pacientes que presentaban síntomas de depresión o ansiedad versus los que no los presentaban. ^(7,8)

Como factores predictores significativos de ansiedad, depresión y malestar dentro de los pacientes con sarcoma se han encontrado los siguientes: la ubicación de la pared abdominal, el sexo femenino, los antecedentes de problemas del estado de ánimo y las preocupaciones psicosociales. ⁽¹¹⁾

Mediante este trabajo se intentará averiguar si el hecho de que la enfermedad no esté causada por ningún factor conocido o modificable incrementa de manera añadida la carga emocional que supone el diagnóstico de cáncer, especialmente en términos de depresión y ansiedad. Adicionalmente, se compararán los resultados obtenidos en estos pacientes con los que tienen cánceres con causa conocida, mencionados en el apartado 3.

3. IMPACTO EMOCIONAL EN CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

El cáncer de cabeza y cuello se define como un grupo de cánceres con características biológicas similares que afectan a la cavidad bucal, la cavidad nasal, los senos paranasales, la faringe y la laringe. Su incidencia anual es de aproximadamente 550.000 casos en todo el mundo y provoca 300.000 muertes cada año. ⁽¹²⁾

En casi el 90% de los casos el tipo histológico más frecuente es el carcinoma escamoso. ⁽¹³⁾ El 80% de la etiología de este cáncer se atribuye a causas ambientales, especialmente relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco que son factores bien establecidos y predisponentes. ⁽¹⁴⁾

Por otro lado, diversos estudios han identificado que el cáncer de cabeza y cuello está relacionado con tasas más elevadas de depresión y ansiedad si se compara con otros tipos de cáncer. En relación con la etiología relacionada con el alcohol y el tabaco, también se han encontrado asociaciones en los pacientes con carcinomas de cabeza y cuello y diversos problemas psicosociales que afectan a la emocionalidad personal: conflictos en las relaciones interpersonales, aislamiento social y dependencia, desfiguración facial, daño a la propia imagen, suicidio y abuso de sustancias. ⁽¹²⁾

Se estima que en hasta un 61,9% de los pacientes afectados por esta enfermedad coexisten síntomas afectivos clínicamente relevantes de ansiedad y depresión. Concretamente, se presentan síntomas clínicamente relevantes de ansiedad en 46,4% de pacientes y síntomas clínicamente relevantes de depresión en 54,7% de pacientes. ⁽¹⁾

La prevalencia de estos trastornos afectivos varía según el momento clínico que atraviesan estos pacientes. Los síntomas de ansiedad parecen permanecer estables con el tiempo desde el diagnóstico hasta 2 años después del tratamiento, mientras que los síntomas de depresión parecen ocurrir principalmente durante los primeros 6 meses después del diagnóstico. Otros estudios apuntan a que la ansiedad parece disminuir antes y después del tratamiento y que la depresión puede convertirse en un factor crónico en el cáncer de cabeza y cuello. El mayor riesgo de ansiedad fue del 28,7 % entre los pacientes antes del tratamiento, que disminuyó al 10,0 % a los 24 meses. El mayor riesgo de depresión fue del 15,1% antes del tratamiento, del 18,2% a los 3 meses, del 7,2% a los 12 meses y del 16,0% a los 24 meses. ^(15,16)

Se ha avanzado mucho en el tratamiento de este tipo de cáncer mediante cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia dirigida e inmunoterapia. Si bien el tratamiento debe equilibrarse con una buena calidad de vida y las secuelas del tratamiento. La desfiguración facial, la falta de movilidad, el dolor, la fatiga y el deterioro de las funciones básicas como tragar, masticar y hablar son algunos de los síntomas que afectan la calidad de vida y la salud emocional de estos pacientes. También se ha relacionado este distress emocional al incumplimiento del tratamiento, al aumento de los costos de atención médica, a retrasos en el inicio de tratamiento y a una disminución de la supervivencia. ⁽¹⁶⁾

Mediante este trabajo se intentará averiguar si el hecho de que estos tumores tienen una etiología conocida, modificable y relacionada con el estilo de vida del paciente también influye en el impacto clínico y emocional, como los mencionados en el párrafo anterior. Adicionalmente, se compararán los resultados obtenidos en estos pacientes con los que tienen cánceres sin aparente causa conocida, mencionados en el apartado 2.

4. CÓMO MEDIR EL IMPACTO EMOCIONAL DEL CÁNCER

Existen diversos formatos que evalúan el estado emocional de los pacientes: la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), el Cuestionario de Salud General (GHQ), Escala de Evaluación del Estado del Ánimo (EVEA) o la escala de Detección de Malestar emocional (DME). Sin embargo, en este estudio, se aceptará la versión española de la primera (HADS) dado que ha demostrado buena consistencia interna y validez externa. Por otra parte, esta escala muestra una buena sensibilidad y especificidad a la hora de identificar trastornos psicológicos. Además, a diferencia de otras escalas como el GHQ, el HADS no incluye síntomas que pueden tener una causa física (sueño, hiporexia, astenia, pérdida de peso, insomnio...) y así evita posibles confusiones dado que evalúa personas con patologías médicas.⁽¹⁷⁾ Otra ventaja que ofrece esta escala es la mayor aceptación que tiene por parte de los pacientes dada su sencillez y rapidez.⁽¹⁸⁾

El objetivo de la escala HADS es detectar los trastornos de ansiedad y depresión en pacientes ambulatorios con enfermedad física, sin patología psiquiátrica. Aunque también ha sido empleada para evaluar a pacientes enfermos mentales y población general (adolescentes, adultos, personas de la tercera edad). Resulta interesante estudiar conjuntamente los estados de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer dado que dos tercios de los pacientes con cáncer y depresión también tienen síntomas de ansiedad clínicamente significativos.^(2,17,18)

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión es fiable porque todos los ítems muestran una correlación significativa con la escala completa (0,49-0,74, $p < 0,01$) así como lo hacen sus subapartados de ansiedad (0,60-0,80, $p < 0,01$) y de depresión (0,58-0,79, $p < 0,01$). De esta manera, la subescala de ansiedad tiene un nivel muy bueno de consistencia interna (índice entre el 80-86). Paralelamente, la subescala de depresión muestra rangos de consistencia interna de 80-87. Posee una especificidad y sensibilidad para detectar trastornos depresivos del 87% y 72% respectivamente y un 85% y 80% para detectar el espectro de ansiedad respectivamente.^(17,18)

La HADS es un cuestionario autoevaluado de 14 ítems con siete ítems en cada una de sus subescalas (depresión y ansiedad). Cada ítem se califica de 0 a 3 conforme se ha sentido el paciente en la última semana: 0 como siempre, 1 no tanto, 2 definitivamente no tanto, 3 nada. La puntuación total para las subescalas de depresión y ansiedad varía de 0 a 21 por subescala. Cada ítem ha demostrado tener una carga factorial variable. Respecto al trastorno de ansiedad, el ítem 3 (siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder) muestra menor carga y el ítem 1 (me siento tenso/a o nervioso/a) muestra mayor carga. En cuanto al trastorno de depresión, el ítem 8 (me siento lento/a y torpe) muestra una menor carga y el ítem 4 (soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas) muestra mayor carga.⁽¹⁸⁾

No existe un punto de corte universalmente aceptado. El límite para valorar la ansiedad fluctúa entre los 7-9 puntos en la subescala de ansiedad. En la subescala de depresión el límite varía entre los 3-7 puntos. Tomando la escala en general, los puntos de corte varían entre 10-17.^(17,18)

Esta escala es un modelo de screening para los trastornos de ansiedad y depresión. Por lo tanto, cuando se superen los puntos de corte estaría indicado contrastar los datos con una prueba diagnóstica y/o derivación al servicio de psiquiatría/psicología.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. HIPÓTESIS

El impacto clínico y emocional del cáncer puede variar en función de la existencia o no de una etiología conocida y/o modificable.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo principal

Explorar dos cohortes de pacientes, una afectada por cáncer de cabeza y cuello (con factores predisponentes conocidos y/o modificables) con otra afectada por sarcomas (de causa mayoritariamente desconocida), analizando específicamente el impacto clínico y emocional del cáncer.

Objetivos secundarios

1. Describir el impacto emocional en los pacientes con cáncer, en los pacientes afectados por sarcoma y por cáncer de cabeza y cuello.
2. Análisis descriptivo de la muestra
3. Estudiar la relación entre etiología del cáncer y los trastornos emocionales (ansiedad/depresión) en los pacientes.
4. Determinar la asociación entre etiología tumoral y diferentes variables medidas con la encuesta realizada para este estudio.

Objetivos personales

Aprender a realizar búsquedas bibliográficas a través de bases de datos científicas, revisando fuentes de información de manera crítica y sintetizando los aspectos más relevantes sobre un tema.

Realizar una encuesta de manera rigurosa, mostrando habilidades socioemocionales con los pacientes de manera que la perciban de manera clara y sencilla.

Recoger, interpretar y analizar datos estadísticos.

3. DISEÑO DEL ESTUDIO

Estamos ante un estudio observacional, descriptivo-analítico y transversal. Se ha realizado mediante dos cohortes en el servicio de Oncología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

El estudio consta del dictamen favorable del Comité de Ética de la investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CEICA) para la realización del proyecto. Los datos de los pacientes han sido debidamente anonimizados. Todos los pacientes han firmado el consentimiento informado previamente a la participación en el estudio mediante la cumplimentación de los formularios.

Incluye un total de 22 pacientes divididos en dos cohortes: un grupo de 12 pacientes con sarcoma y otro grupo de 10 pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Estos pacientes han sido clasificados de acuerdo con la patología que padecen: la cohorte de sarcomas tiene tumores de causa desconocida y la cohorte de cabeza y cuello padecen cánceres con etiología conocida (tabaco y alcohol).

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello o sarcoma tratados ambulatoriamente en consultas de Oncología Médica de HUMS.
- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes capaces de entender, firmar el consentimiento informado y contestar a cuestionarios, para ser incluidos en el estudio.
- Pacientes con expectativa de vida mayor a 3 meses.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con sarcoma de causa conocida.
- Pacientes con cáncer de cabeza y cuello relacionados con el virus del papiloma humano.

No todos los sarcomas son de causa desconocida. Existen sarcomas minoritarios relacionados con algunos factores etiológicos conocidos como es la irradiación o algunos síndromes genéticos hereditarios infrecuentes. Por eso se ha descartado del estudio a los pacientes con este tipo de cáncer dado que son causas conocidas.⁽¹⁹⁾

Por otra parte, no todos los pacientes con cáncer de cabeza y cuello son debidos a factores conocidos y modificables como el alcohol y el tabaco. En los últimos años también se ha descrito que, en un porcentaje variable de los carcinomas escamosos de orofaringe, la etiología reside en la infección del virus papiloma humano, especialmente por el VPH 16. Suelen estar asociados a un curso clínico diferente con un mejor pronóstico que los que no están causados por este virus. Dicha etiología, aunque creciente, en Europa sigue siendo minoritaria. Se ha descartado del estudio a los pacientes con cáncer producido por infección de HPV dado que esta no es una causa tan claramente modificable como el tabaco o el alcohol.⁽²⁰⁾

El trabajo consta de 3 fases: búsqueda bibliográfica, recogida de datos y posterior análisis de estos. Estos capítulos se explican más detalladamente a continuación, en los puntos 4, 5 y 6 de este apartado “Material y Métodos”.

4. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se han realizado varias búsquedas bibliográficas en la base de datos Medline a través del servicio de búsqueda de la US National Library of Medicine (Pubmed). Los tesauros de búsqueda que se han introducido para encontrar los diferentes artículos se han determinado según el diccionario MeSH. Se han utilizado los siguientes: “anxiety”, “depression”, “affective symptoms”, “neoplasms”, “head and neck neoplasms”, “sarcoma”. Se han combinado los términos mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”.

La bibliografía utilizada ha sido cargada en un procesador de citas bibliográficas: Mendeley. Referenciadas según el sistema Vancouver y listadas en el apartado de “Bibliografía” en orden de aparición a lo largo del texto.

5. VARIABLES ANALIZADAS

La recogida de datos se ha realizado mediante la cumplimentación por parte de cada uno de los pacientes de la escala HADS descrita en la introducción. Debido a que no hay precedentes de estudios sobre la materia que se quiere investigar, se ha elaborado una encuesta, por cuenta propia, para interrogar específicamente sobre diferentes variables relevantes, destacando el impacto emocional que les genera a los pacientes su enfermedad en función de la existencia o no de una etiología conocida y/o modificable. Los aspectos que se cuantifican en esta segunda encuesta se valoran en un rango del 1 al 10. (Anexo 1-2).

6. ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y ESTADÍSTICO

Se han recogido los datos de la escala HADS y de la encuesta específica mediante el programa excell. El análisis estadístico se ha realizado mediante el software Jamovi en su versión 2.4.14.

En primer lugar, se realiza un análisis descriptivo de las cohortes para conocer las principales características de la muestra: edad, sexo, extensión e histología tumoral.

Posteriormente, se continua con el análisis descriptivo, incidiendo en la observación de los resultados obtenidos con la escala HADS para valorar la prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión y trastorno emocional en su conjunto en la muestra.

Se exponen a continuación las respuestas obtenidas con la escala diseñada específicamente para valorar el impacto que pueda tener la causa o no causa de la enfermedad en los pacientes de la muestra.

Finalmente, se exponen diferentes asociaciones entre las variables del estudio. Se emplearán test no paramétricos dado que se cuenta con una muestra pequeña ($N < 30$). Para relacionar variables cualitativas la prueba idónea es el test de Fisher ⁽²¹⁾ y se utilizará odds ratio como medida de asociación.⁽²²⁾ Para vincular una variable cuantitativa u ordinal con una variable cualitativa se emplea el test de la U de Mann-Whitney.⁽²³⁾

RESULTADOS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

La media de edad para la cohorte de pacientes con sarcoma (53,8 años) es algo menor que para los de cabeza y cuello (59,8 años). Coinciden en el máximo de edad (66 años) pero difieren en el mínimo, siendo menor en la cohorte de sarcoma (28 años) respecto a la cohorte de cabeza y cuello (53 años).

Todos los pacientes que padecen cáncer de cabeza y cuello son hombres. En los pacientes con sarcoma la frecuencia por sexo es más similar, siendo algo mayor en el sexo femenino: un 58,3% son mujeres y un 41,7% son hombres.

Un 83,3% de los sarcomas se encuentran en una fase avanzada de la enfermedad y un 16,7% están localizados. Por otro lado, en la cohorte de cabeza y cuello los porcentajes se invierten: un 40% están avanzados mientras que un 60% están localizados.

	SARCOMA	CABEZA Y CUELLO
EDAD MEDIA	53.8	59.8
EDAD MÁXIMA	66	66
EDAD MÍNIMA	28	53
DS EDAD	10.9	4,94
MUJERES	7	0
% MUJERES	58.3%	0%
HOMBRES	5	10
% HOMBRES	41.7%	100%
LOCALIZADO	2	6
% LOCALIZADO	16.7%	60.0%
AVANZADO	10	4
% AVANZADO	83.3%	40.0%

Tabla 1. Datos muestrales descriptivos. DS: Desviación estándar.

En cuanto a la histología de los sarcomas encontramos: 3 tumores GIST (tumor estromal gastrointestinal), 2 condrosarcomas, 2 leiomiomas, 2 liposarcomas, 2 tumores fibrosos solitarios y 1 cordoma. Estos pacientes están tratados mayoritariamente con terapia dirigida (6, uno de ellos dentro de un ensayo clínico), seguido de 4 pacientes con quimioterapia (2 de ellos con QT paliativa y otro de ellos también se encuentra en un ensayo clínico) y los 2 restantes con cirugía (uno de ellos con quimiorradioterapia adyuvante).

Por otra parte, los tumores de cabeza y cuello son todos carcinomas escamosos/epidermoides. 4 se encuentran en la laringe, 2 en la orofaringe, 2 en la hipofaringe, 1 en la lengua y 1 es cervical de origen desconocido. Casi todos estos pacientes (7 de 10) tienen un tratamiento de quimioterapia más radioterapia radical. La terapia dirigida es el tratamiento de otros dos pacientes (cetuximab) y la quimioterapia más terapia dirigida es el tratamiento del último restante.

HISTOLOGÍA SARCOMAS

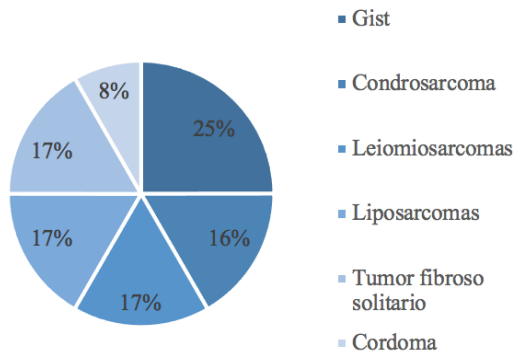


Gráfico 1. Histología sarcomas

TRATAMIENTO SARCOMAS

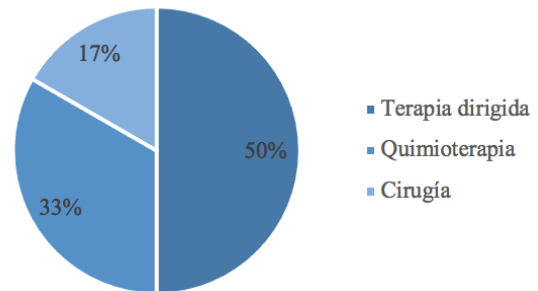


Gráfico 2. Tipos de tratamiento sarcomas

LOCALIZACIONES CABEZA Y CUELLO

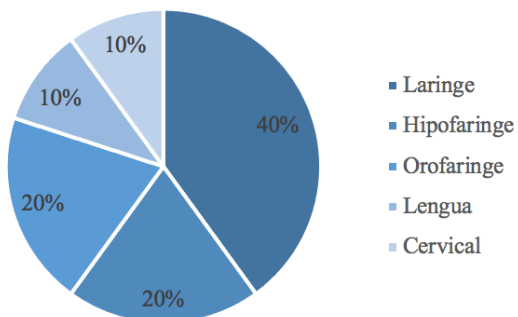


Gráfico 3. Localizaciones cáncer de cabeza y cuello

TRATAMIENTO CABEZA Y CUELLO

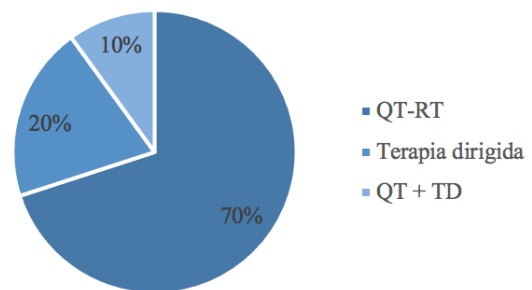


Gráfico 4. Tipos de tratamiento cáncer de cabeza y cuello

2. IMPACTO CLÍNICO-EMOCIONAL SEGÚN ESCALA HADS

La media de puntuación de ansiedad es similar en ambas cohortes (6,58 en sarcoma y 6,70 en cabeza y cuello) pero obtienen una puntuación mayor de depresión (5,00) los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en comparación con los pacientes con sarcoma (2,67). Esto se refleja en la puntuación total de HADS: 11,7 para cáncer de cabeza y cuello y 9,25 para sarcoma. Tomando el 8 como punto de corte para detectar ansiedad, 5 para depresión y 13 para la puntuación total, se muestran las siguientes tablas de frecuencias. En el grupo de sarcomas un 25,5% de pacientes tiene síntomas de ansiedad y el mismo porcentaje de pacientes de depresión. Por otra parte, un 20% de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello tienen síntomas de ansiedad y la mitad de depresión (50%). En esta cohorte los trastornos emocionales en general prevalecen en el 40% de la muestra, porcentaje superior al que muestran los pacientes con sarcoma (16,7%).

	SARCOMA			CABEZA Y CUELLO		
	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	HADS GLOBAL	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	HADS GLOBAL
N	12	12	12	10	10	10
MEDIA	6.58	2.67	9.25	6.70	5.00	11.7
MEDIANA	6.5	1.5	8.00	7	4.50	11.5
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	2.43	2.19	3.41	4.27	3.71	7.72
MÍNIMO	2	0	5	1	1	2
MÁXIMO	11	6	16	14	13	27

Tabla 2. Puntuación HADS para trastornos emocionales

	SARCOMA	CABEZA Y CUELLO
ANSIEDAD	3	2
% ANSIEDAD	25,5%	20%
DEPRESIÓN	3	5
% DEPRESIÓN	25,5%	50%
TRASTORNO EMOCIONAL	2	4
% TRASTORNO EMOCIONAL	16,7%	40%

Tabla 3. Prevalencia de trastornos emocionales en la muestra (puntos de corte: 8 para ansiedad, 5 para depresión, 13 para puntuación global)

3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO ESPECÍFICO PARA VALORACIÓN DEL IMPACTO CLÍNICO-EMOCIONAL EN FUNCIÓN DE LA ETIOLOGÍA TUMORAL

Valoración personal de los pacientes sobre su estado físico-psíquico

Los pacientes con sarcoma de media valoran algo mejor su estado físico (6,75) y emocional (7,92) respecto a los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (6,60 y 7,10 respectivamente), pero no hay mucha diferencia entre ambos.

	SARCOMA		CABEZA Y CUELLO	
	VALORACIÓN FÍSICA	VALORACIÓN EMOCIONAL	VALORACIÓN FÍSICA	VALORACIÓN EMOCIONAL
N	12	12	10	10
MEDIA	6.75	7.92	6.60	7.10
MEDIANA	7.00	8.00	7	7
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	1.48	1.16	1.58	2.18
MÍNIMO	3	6	4	3
MÁXIMO	8	10	9	10

Tabla 4. Valoración físico-emocional

En relación con el diagnóstico de la enfermedad

La sorpresa al diagnóstico puntúa de media más alto en los pacientes con sarcoma (9,42 frente a 6,70 en cabeza y cuello). Por otra parte, la percepción de la demora en el diagnóstico de cáncer es mayor en la cohorte de sarcomas que en la cohorte de cáncer de cabeza y cuello (4,25 frente a 3,60 en cabeza y cuello), siendo los datos más dispersos también en los sarcomas (desviación estándar de 3,79 frente a 2,50 en la cohorte de pacientes con cáncer de cabeza y cuello).

	SARCOMA		CABEZA Y CUELLO	
	SORPRESA AL DIAGNÓSTICO	DEMORA DEL DIAGNÓSTICO	SORPRESA AL DIAGNÓSTICO	DEMORA DEL DIAGNÓSTICO
N	12	12	10	10
MEDIA	9.42	4.25	6.70	3.60
MEDIANA	10.0	2.00	6.50	4.00
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	1.24	3.79	2.11	2.50
MÍNIMO	6	1	4	1
MÁXIMO	10	10	10	8

Tabla 5. Valoración de la sorpresa sentida por los pacientes en el momento del diagnóstico y la percepción de cuánto se demoró su diagnóstico

En relación con la etiología de la enfermedad

En la muestra, el 100% de los cánceres de cabeza y cuello tienen causa conocida y el 100% de los sarcomas tienen causa desconocida. Sin embargo, hay 2 pacientes que no perciben esta causalidad. En la cohorte de sarcoma un paciente cree que si conoce la causa de su cáncer: sugiere que deriva de los “restos de la notocorda”, confundiendo origen con etiología. En el otro grupo, un paciente refiere que la etiología de su cáncer cervical es desconocida para él, pero médicamente es claramente atribuible al tabaco y alcohol como factores etiológicos de su patología tumoral.

		SARCOMA	CABEZA Y CUELLO
CONOCEN LA CAUSA	FRECUENCIA	1	9
	% DEL TOTAL	8.3%	90%
DESCONOCEN LA CAUSA	FRECUENCIA	11	1
	% DEL TOTAL	91.7%	10%

Tabla 6. Percepción del conocimiento causal de la enfermedad

Adicionalmente, los pacientes con sarcoma puntúan de media más alto en la preocupación que les causa no conocer la etiología de su cáncer (6,33) frente a los de cabeza y cuello (4,80) por si conocerla.

	PREOCUPACIÓN POR CONOCER O NO LA ETIOLOGÍA	
	SARCOMA	CABEZA Y CUELLO
N	12	10
MEDIA	6.33	4.80
MEDIANA	7.00	5
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	3.23	2.70
MÍNIMO	1	1
MÁXIMO	10	9

Tabla 7. Preocupación por el conocimiento/desconocimiento de la etiología tumoral

En los comentarios de la encuesta, muchos de los pacientes con sarcoma coinciden en que esa preocupación/angustia viene de no saber la causa de su enfermedad porque eso deriva en no poder tener un tratamiento tan efectivo como les gustaría. También les causa incertidumbre y preocupación por si su patología tiene predisposición genética y es heredada por sus descendientes y familiares. Por último, también destaca un sentimiento de frustración e impotencia por no haber podido prevenir su patología.

Por otro lado, en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello se reconoce que sus hábitos han influido en la aparición de su enfermedad, que pueden tener más “papeletas” para padecer un tumor pero que nunca se espera que puedas padecerlo tú, “que te toque a ti la lotería”. Si bien es verdad que dos de los pacientes muestran sentimientos de inquietud, nerviosismo, angustia y depresión, por lo general, hay menos preocupación por la etiología de su cáncer.

4. ASOCIACIONES RELEVANTES

a) Etiología conocida y/o modificable del cáncer y ansiedad

Partimos de la hipótesis Gupo 1 $\neq$ Grupo 2; siendo grupo 1 etiología conocida y/o modificable del cáncer y grupo 2 ansiedad. Intervalo de confianza del 95%.

Tabla de contingencia:

	ANSIEDAD		
ETIOLOGÍA CONOCIDA	NO	SI	TOTAL
NO	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)
SI	8 (80%)	2 (20%)	10 (100%)
TOTAL	17 (77.3%)	5 (22.7%)	22 (100%)

Test de Fisher:

	VALOR	P
Test exacto de Fisher		1.000
N	22	

Aceptamos la hipótesis ($p > 0.05$); por lo que hay diferencias significativas entre las variables. No podemos afirmar que conocer la etiología del cáncer esté asociado estadísticamente a padecer ansiedad.

Medida comparativa/ de asociación:

		INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95%	
	VALOR	INFERIOR	SUPERIOR
RAZÓN DE ODDS	0.750	0.0988	5.69

Desconocer la causa del cáncer sería un factor protector (razón de odds < 1) para no padecer un trastorno de ansiedad; si bien los intervalos de confianza no son estadísticamente significativos porque incluyen el valor nulo.

b) Etiología conocida y/o modificable del cáncer y depresión

Partimos de la hipótesis Gupo 1 $\neq$ Grupo 2; siendo grupo 1 etiología conocida y/o modificable del cáncer y grupo 2 depresión. Intervalo de confianza del 95%.

Tabla de contingencia:

	DEPRESIÓN		
ETIOLOGÍA CONOCIDA	NO	SI	TOTAL
NO	9 (75%)	3 (25%)	12 (100%)
SI	5 (50%)	5 (50%)	10 (100%)
TOTAL	14 (63.6%)	8 (36.4%)	22 (100%)

Test de Fisher:

	VALOR	P
Test exacto de Fisher		0.378
N	22	

Aceptamos la hipótesis ($p > 0.05$); por lo que hay diferencias significativas entre las variables. No podemos afirmar que conocer la etiología del cáncer esté asociado estadísticamente a padecer depresión.

Medida comparativa/ de asociación:

		INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95%	
	VALOR	INFERIOR	SUPERIOR
RAZÓN DE ODDS	3.00	0.495	18.2

El no conocer la etiología del cáncer sería un factor de riesgo (razón de odds > 1) para no padecer un trastorno depresivo; si bien los intervalos de confianza no son estadísticamente significativos porque incluyen el valor nulo.

c) Etiología conocida y/o modificable del cáncer y trastorno emocional en la muestra

Partimos de la hipótesis Grupo 1 $\neq$ Grupo 2; siendo grupo 1 etiología conocida y/o modificable del cáncer y grupo 2 trastorno emocional. Intervalo de confianza del 95%.

Tabla de contingencia:

			TRASTORNO EMOCIONAL		
CONOCIMIENTO DE LA ETIOLOGÍA	DE	LA	NO	SI	TOTAL
NO			10 (83.3%)	2 (16.7%)	12 (100%)
SI			6 (60%)	4 (40%)	10 (100%)
TOTAL			16 (72.7%)	6 (27.3%)	22 (100%)

Test de Fisher:

	VALOR	P
Test exacto de Fisher		0.348
N	22	

Aceptamos la hipótesis ($p > 0.05$); por lo que hay diferencias significativas entre las variables. No podemos afirmar que conocer la etiología del cáncer esté asociado estadísticamente a padecer un trastorno emocional.

Medida comparativa/ de asociación:

		INTERVALOS DE CONFIANZA AL 95%	
	VALOR	INFERIOR	SUPERIOR
RAZÓN DE ODDS	3.33	0.462	24.1

El desconocimiento de la causa del cáncer sería un factor de riesgo (razón de odds >1) para no padecer un trastorno emocional; si bien los intervalos de confianza no son estadísticamente significativos porque incluyen el valor nulo.

d) Etiología conocida y/o modificable del cáncer y diferentes variables

Partimos de la hipótesis Grupo 1 $\neq$ Grupo 2; siendo grupo 1 etiología conocida y/o modificable del cáncer y grupo 2 las diferentes variables. Intervalo de confianza del 95%.

		Estadístico	P
U de Mann-Whitney	Valoración física	55.0	0.758
	Valoración emocional	49.0	0.474
	Sorpres a al diagnóstico	19.0	0.004
	Demora de diagnóstico	54.0	0.707
	Preocupación por la etiología	39.5	0.184

Tabla 8. Prueba U de Mann-Whitney para las diferentes variables

En todas las variables menos en la sorpresa al diagnóstico aceptamos la hipótesis ($p > 0.05$); por lo que hay diferencias significativas entre las medias de las variables. No podemos afirmar que conocer la etiología del cáncer esté asociado estadísticamente a la valoración física-emocional que hacen los pacientes, ni a la percepción de la demora del diagnóstico, ni a la preocupación que les causa conocer o no conocer la etiología de su enfermedad.

Sin embargo, en el caso de la sensación de sorpresa al diagnóstico rechazamos la hipótesis ($p < 0.05$); por lo que no hay diferencias significativas entre la media de las variables. Podemos por tanto afirmar que la etiología tumoral conocida y/o modificable está estadísticamente relacionado con la sorpresa que experimentan los pacientes al diagnóstico. Mediante las descriptivas del grupo podemos observar que los pacientes con cáncer de etiología desconocida se sorprenden más (9.42) que los que tienen un cáncer con causa conocida (6.70).

	GRUPO	N	MEDIA	MEDIANA	DE	EE
SORPRESA AL DIAGNÓSTICO	NO	12	9.42	10.00	1.24	0.358
	SI	10	6.70	6.50	2.11	0.667

Tabla 9. Descriptivas de la variable “sorpresa al diagnóstico”

DISCUSIÓN

1. HALLAZGOS PRINCIPALES. DIFERENCIAS Y SIMILITUDES CON ESTUDIOS PREVIOS

El primer aspecto que se analiza es la edad. El estudio coincide con la bibliografía que constata que el cáncer de cabeza y cuello aparece más frecuentemente por encima de los 50 años.^(13,24) Este hecho podría deberse a que las causas modificables necesitan un período de latencia para producir patología. En la muestra, estos tumores son todos carcinomas escamosos como muestra la literatura.⁽¹³⁾ Por otra parte, casi son inexistentes las publicaciones que aborden los sarcomas en su conjunto porque son un grupo de tumores con características diferentes ⁽⁶⁾, por lo que la edad de aparición en este grupo de pacientes es muy diversa; que se refleja en la mayor desviación estándar que muestra la edad de los sarcomas de la muestra. Esta variabilidad también es aplicable al hecho de que se hayan obtenido datos de histologías diferentes en esta cohorte.

Por otra parte, en la muestra, el 100% de los pacientes con cabeza y cuello son hombres. La relación en la incidencia por sexos en este cáncer es de 2 hombres:1 mujer siendo por tanto mucho más frecuente en hombres.⁽²⁴⁾ Podría estar relacionado con que el consumo de tabaco y alcohol también es más prevalente en el sexo masculino.⁽²⁵⁾ Respecto a los pacientes con sarcoma, la frecuencia de mujeres y hombres también es variable, coincidente con la dispersión señalada en el párrafo anterior.

Los sarcomas generalmente cuando son pequeños pueden pasar desapercibidos y no dar síntomas hasta que crecen.⁽⁶⁾ Este hecho se refleja en la muestra dado que se han encontrado más casos de enfermedad en fase avanzada. Además, podríamos relacionar la existencia de mayor proporción de sarcomas en estadio avanzado con la mayor demora al diagnóstico que también nos sugiere la muestra, hecho inherente a todos los tumores y enfermedades raras. Contrariamente, son más prevalentes los cánceres de cabeza y cuello localizados, presentando una menor demora en el diagnóstico, aunque en la literatura se ha encontrado que este factor no tiene una asociación relevante.⁽²⁶⁾ Podríamos asociarlo a que tienen una sintomatología más llamativa: bulto en cuello, llaga en boca, disfagia, odinofagia, ronquera...⁽²⁷⁾ También podría estar relacionado con el hecho de que estos pacientes consulten antes por la conciencia de que sus hábitos tóxicos puedan estar influyendo en su salud o por tener otros problemas de salud relacionados con sus hábitos tóxicos que les hagan acudir al médico.

El punto de corte óptimo para la detección de ansiedad y depresión con la escala de HADS no tiene un valor claramente definido y generalizado. Los puntos de corte escogidos salen de la media de los estudios consultados (ansiedad entre 7 y 9, depresión entre 3 y 7 y puntuación total entre 10 y 17).^(17,18) El punto de corte para la ansiedad es de 8 puntos, el límite para la depresión es de 5 puntos y para la escala en general, el punto de corte se sitúa en 13. Las medias de puntuación de las cohortes no muestran ansiedad y depresión en la muestra, tomando estos puntos de corte. Pero es interesante destacar que ambos grupos son más vulnerables a la ansiedad que a la depresión; siendo esta última más llamativa en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (pudiendo considerar síntomas de depresión en este grupo con una media de 5 puntos, al límite del punto de corte). Sin embargo, estos datos cambian un poco si se cogen individualmente. Tomando como referencia los puntos de corte antes citados, se puede destacar que un cuarto de los pacientes con sarcoma tiene síntomas

de ansiedad y depresión, un quinto de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello tiene síntomas de ansiedad y la mitad en este grupo tiene síntomas de depresión.

Probablemente lo más destacable en los datos obtenidos en relación a la ansiedad y depresión es el mayor porcentaje de casos con síntomas de trastorno emocional en la cohorte de cáncer de cabeza y cuello frente a la cohorte de sarcomas (44,4% frente 16,7%). Aunque luego en el análisis comparativo no se ha demostrado una asociación estadísticamente significativa, se sugiere que este dato es una tendencia a tener en cuenta y que merece posteriores indagaciones. Es posible que estas diferencias podrían ser más claras en una muestra más amplia.

Los datos son algo menores que los encontrados en la bibliografía^(1,7,8,16):

	SARCOMA			CABEZA Y CUELLO		
	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	TRASTORNO EMOCIONAL EN GENERAL	ANSIEDAD	DEPRESIÓN	TRASTORNO EMOCIONAL EN GENERAL
EN NUESTRA MUESTRA	25%	25%	16,7%	20%	50%	44,4%
EN LA BIBLIOGRAFÍA	33-38%	21-35%	45%	46,4%	54,7%	28-61,9%

Tabla 10. Comparación de prevalencias entre la muestra y la bibliografía

Las puntuaciones subjetivas del estado físico y emocional de los pacientes son bastante uniformes en los dos grupos, en torno a 7,5/10 puntos para la valoración emocional y de 6,5/10 para la valoración física. Esta es una valoración más genérica por lo que podría ser algo menos fiable que la obtenida con la escala HADS en el apartado anterior.

Los pacientes con sarcoma muestran más sorpresa al diagnóstico que los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (media 9,4/10 vs 6,7/10). Pese a que no se ha encontrado artículos de referencia, este dato podría coincidir con el hecho de que la mayoría de los sarcomas no tienen factores de riesgo etiológicos descritos ⁽⁶⁾, mientras que en el caso de los cánceres de cabeza y cuello si los hay ⁽¹⁴⁾ por lo que los pacientes con esta enfermedad podrían esperar que sus hábitos influyesen en dicha aparición y por lo tanto su sorpresa es algo menor. Como se ha mencionado al principio del párrafo, los pacientes con sarcoma (causa desconocida) se sorprenden más cuando se les comunica su enfermedad que los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (causa conocida) y en este caso además sí que existe una asociación estadísticamente significativa. Desde la experiencia clínica, el grado de sorpresa que provoca el diagnóstico puede afectar a la toma de decisiones sobre la enfermedad y en el afrontamiento del proceso, que pueden ser cruciales en la evolución posterior. El hecho de que este grado de sorpresa pueda ser diferente según la etiología, es posible que tenga influencia en la evolución. Por esto, se plantea que este hallazgo también merece ser explorado en estudios posteriores.

La muestra coincide con los artículos que citan que los cánceres de cabeza y cuello tienen en su gran mayoría una causa conocida.⁽¹⁴⁾ Frente a estos nos encontramos con los sarcomas, que por lo general su causa es desconocida.⁽⁶⁾ Por otro lado, el estudio muestra una mayor preocupación por el conocimiento o no de la etiología tumoral en la cohorte de sarcomas frente a la cohorte de cabeza y cuello (media 6,3/10 vs 4,8/10). No se han podido encontrar publicaciones sobre el impacto que tiene el conocimiento etiológico del cáncer en la salud de los pacientes. Por eso, esta tendencia a mayor preocupación sobre la etiología tumoral en los pacientes que tienen un cáncer sin causa aparente merecería de exploraciones posteriores.

Es probable que el desconocer la causa de una enfermedad genere inseguridades e incertidumbres que también pueden influir en la toma de decisiones sobre la enfermedad y el afrontamiento psicológico.

No se han observado asociaciones significativas entre las demás variables, a excepción de la sorpresa al diagnóstico.

2. IMPLICACIONES CLÍNICAS

Los pacientes con cáncer muestran unos niveles de sufrimiento emocional más elevado que la población general por lo que los recursos médicos para evitar que influyan en su proceso patológico deberían ir también enfocados a este respecto.

Es innegable la prevalencia de trastornos ansioso-depresivos en los pacientes con cáncer por lo que un buen apoyo psico-social podría ayudar a que estos pacientes mejoraran su estado de ánimo teniendo una repercusión positiva en su estado de salud general.

Esta ayuda tiene que llegar a tiempo para poder evitar complicaciones físicas y resultados adversos generales. Se estima que solo un 10% de los pacientes con cáncer que necesitan atención psicológica son derivados para obtener un tratamiento psicológico/psiquiátrico de calidad. Para evitar esto, se puede aplicar a los pacientes algún instrumento de screening psicológico como la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). De este modo, podremos ofrecer ayuda a los pacientes que lo necesiten desde las fases más tempranas de su enfermedad, enfocar adecuadamente los costes sanitarios para reducirlos y poder realizar un adecuado seguimiento de los pacientes.⁽²⁸⁾

Es importante evitar los factores de riesgo (tabaco, alcohol...) que puedan influir en la aparición de tumores y tener sospecha clínica para evitar diagnosticar los tumores con causa desconocida en fase avanzada.

En este estudio se han detectado indicios de que el impacto emocional del diagnóstico de cáncer tanto en síntomas de ansiedad/depresión como en el nivel de sorpresa relacionada con el diagnóstico, pueden ser diferentes en función de si el tumor se relaciona con la existencia de una etiología conocida y/o modificable o no. En la revisión bibliográfica que se ha realizado no se han encontrado datos en relación con esta cuestión. Por lo tanto, se evidencia que estos hallazgos no estaban descritos previamente y podrían ser tenidos en cuenta en futuros estudios de cara a establecer estrategias de manejo clínico y psicológico en estos pacientes.

Podría plantearse que los recursos para asumir la frustración y mejorar la comunicación médico-paciente en el momento del diagnóstico tengan que diferenciarse entre pacientes con cáncer con causa conocida o no conocida.

3. LIMITACIONES

Este es un estudio observacional mayoritariamente descriptivo por lo que no se pueden establecer relaciones de causalidad en la parte de este análisis. Además, se analizan parámetros derivados de la experiencia de los pacientes por lo que resta objetividad al estudio.

Por otra parte, contamos con un tamaño muestral insuficiente para poder establecer asociaciones estadísticamente significativas.

No se ha encontrado bibliografía suficiente respecto a este tema. Resulta una materia novedosa, por lo que se puede clasificar el trabajo como estudio piloto, un estudio exploratorio y se anima a realizar estudios de mayor tamaño muestral relacionados con esta cuestión en el futuro.

CONCLUSIONES

- Los pacientes con cáncer muestran mayor prevalencia de ansiedad y depresión que la población general. Los pacientes con sarcoma (cáncer con causa no conocida) presentan malestar psicológico hasta en un 45% y la cifra en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello (cáncer con causa conocida) se eleva hasta el 60%. Una buena herramienta de screening para valorar este impacto es la HADS.
- Los pacientes de la muestra con cáncer de cabeza y cuello tienen de media 59,8 años, la totalidad son hombres y todos padecen cánceres escamosos tratados mayoritariamente con quimiorradioterapia radical. El 60% tiene un cáncer localizado y el 40% en fase avanzada. El 20% muestra síntomas de ansiedad, el 50% de depresión y el 40% de trastorno emocional. El 90% de los pacientes de este grupo son conscientes de que su cáncer tiene una causa conocida y se muestran de media 4,8 puntos sobre 10 de preocupados a este respecto.
- Los pacientes de la muestra con sarcoma tienen de media 53,8 años. El 58,3% son mujeres y el 41,7% son hombres. La mayoría son cánceres en fase avanzada (83,3%). La histología y el tratamiento de estos tumores es variable. El 25,5% de los pacientes tiene síntomas de ansiedad y otro 25,5% de depresión. Los trastornos emocionales representan un 16,7% en esta cohorte. El 91,7% de los pacientes con sarcoma son conscientes de que su cáncer no tiene causa y muestran 6,33 puntos sobre 10 de preocupación a este respecto.
- No se muestran asociaciones estadísticamente significativas entre etiología conocida y/o modificable del cáncer e impacto emocional (depresión o ansiedad) en los pacientes. Este estudio exploratorio pone de manifiesto la necesidad de más investigación sobre este tema para mejorar la calidad asistencial en los pacientes oncológicos.
- Tener un cáncer con etiología más o menos conocida está estadísticamente relacionado con la sorpresa que experimentan los pacientes al diagnóstico. Los pacientes con cáncer de etiología desconocida se sorprenden más (9,42 puntos sobre 10) que los que tienen un cáncer con causa conocida (6,70 puntos sobre 10).

CONCLUSIÓN PERSONAL

La relación entre la etiología del cáncer y su impacto clínico y emocional en los pacientes oncológicos es un tema complejo que requiere una atención integral. Comprender esta relación puede contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a optimizar los recursos sanitarios.

A lo largo de este trabajo he podido adquirir competencias en la búsqueda rigurosa de información científica, de síntesis eficaz y de análisis descriptivo-estadístico; habilidades que seguro me serán útiles para mi futuro profesional. He podido profundizar en la importancia de la salud integral para el manejo adecuado de los pacientes y en la vital relevancia de la investigación para alcanzar la excelencia en la práctica clínica diaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krebbers I, Simon SR, Pilz W, Kremer B, Winkens B, Baijens LWJ. Patients with Head-and-Neck Cancer: Dysphagia and Affective Symptoms. *Folia Phoniatica et Logopaedica*. 2021 Jul 20 ;73(4):308–15.
2. Pitman A, Suleman S, Hyde N, Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ*. 2018;361.
3. Walker J, Holm Hansen C, Martin P, Sawhney A, Thekkumpurath P, Beale C, et al. Prevalence of depression in adults with cancer: a systematic review. *Annals of Oncology*. 2013;24:895–900.
4. Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, Katikireddi SV, Smith DJ. Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: A growing clinical and research priority. *BMC Cancer*. 2019;19(1):1–8.
5. Mitchell AJ, Ferguson DW, Gill J, Paul J, Symonds P. Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2013 Jul 1 ;14(8):721–32.
6. Albín Cano RG. Sarcomas: etiology and symptoms. *Revista Finlay*. 2012;2(2):2- 12
7. Polfer EM, Alici Y, Baser RE, Healey JH, Bartelstein MK. What Proportion of Patients With Musculoskeletal Sarcomas Demonstrate Symptoms of Depression or Anxiety? *Clin Orthop Relat Res*. 2022 Nov 1;480(11):2148.
8. Srikanthan A, Leung B, Shokoohi A, Smrke A, Bates A, Ho C. Psychosocial Distress Scores and Needs among Newly Diagnosed Sarcoma Patients: A Provincial Experience. *Sarcoma*. 2019.
9. Giulia Franzoi I, Granieri A, Sauta MD, Agnesone M, Gonella | Marco, Grimaldi C, et al. The psychological impact of sarcoma on affected patients. *Psychooncology*. 2023.
10. McDonough J, Elliott J, Neuhaus S, Reid J, Butow P. Health-related quality of life, psychosocial functioning, and unmet health needs in patients with sarcoma: A systematic review. *Psychooncology*. 2019 Apr 1;28(4):653–64.
11. Ingley KM, Klein R, Theobalds N, Burtenshaw S, Abdul Razak AR, Chen B, et al. High prevalence of persistent emotional distress in desmoid tumor. *Psychooncology*. 2020 Feb 1;29(2):311–20.
12. Zhang Z, Bin Abdullah MFIL, Shari NI, Lu P. Acceptance and commitment therapy versus mindfulness-based stress reduction for newly diagnosed head and neck cancer patients: A randomized controlled trial assessing efficacy for positive psychology, depression, anxiety, and quality of life. *PLoS One*. 2022;17(5 May):1–18.
13. López González JL, Navarro Expósito F, Molina Villaverde R, Álvarez-Mon Soto M. Head and neck cancer. *Medicine (Spain)*. 2013;11(24):1447–60.

14. Hortense FTP, Bergerot CD, De Domenico EBL. Quality of life, anxiety and depression in head and neck cancer patients: A randomized clinical trial. *Revista da Escola de Enfermagem*. 2020;54:1–8.
15. Van Beek FE, Jansen F, Mak L, Lissenberg-Witte BI, Buter J, Vergeer MR, et al. The course of symptoms of anxiety and depression from time of diagnosis up to 2 years follow-up in head and neck cancer patients treated with primary (chemo)radiation. *Oral Oncol*. 2020;102(February):104576.
16. Gascon B, Panjwani AA, Mazzurco O, Li M. Screening for Distress and Health Outcomes in Head and Neck Cancer. *Current Oncology*. 2022;29(6):3793–806.
17. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25(4):277–83.
18. Carmen Terol-Cantero M, Cabrera-Perona V, Martín-Aragón M. Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*. 2015;31(2):494–503.
19. Nacev BA, Jones KB, Intlekofer AM, Yu JSE, Allis CD, Tap WD, et al. The epigenomics of sarcoma. *Nat Rev Cancer*. 2020;20(10):608–23.
20. Yanan L, Hui L, Zhuo C, Longqing D, Ran S. Comprehensive analysis of mitophagy in HPV-related head and neck squamous cell carcinoma. *Sci Rep*. 2023;13(1).
21. Díaz Pértiga S, Fernández Pita S. Asociación de variables cualitativas: El test exacto de Fisher y el test de McNemar. *Cadernos de atención primaria*. 2004;11:304–8.
22. Fuentes Ferrer ME, Prado González N del. Medidas de frecuencia y de asociación en epidemiología clínica. *Anales de Pediatría Continuada*. 2013;11(6):346–9.
23. Moncho Vasallo J. Pruebas no paramétricas. *Estadística aplicada a las ciencias de la salud*. 2015;97–134.
24. Barsouk A, Aluru JS, Rawla P, Saginala K, Barsouk A. Epidemiology, Risk Factors, and Prevention of Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. *Medical Sciences*. 2023;11(2):42.
25. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. ESTADÍSTICAS 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. 2023;(Madrid):30.
26. Matarredona-Quiles S, Martínez Ruíz de Apodaca P, Serrano Badía E, Ortega Beltrá N, Dalmau-Galofre J. Factors associated with diagnosis delay in head and neck cancer. *Acta Otorrinolaringologica (English Edition)*. 2022;73(1):19–26.
27. Instituto Nacional del Cáncer. 2022. Cánceres de cabeza y cuello.
28. Hernández M, Cruzado JA. Psychological care for cancer patients: From assessment to treatment: First prize of the 19th “Rafael Burgaleta” Applied Psychology Awards 2012 | La atención psicológica a pacientes con cáncer: De la evaluación al tratamiento: 1er Premio de la XIX edición. *Clin Salud*. 2013;24(1):1–9.

ANEXO

Anexo 1: Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (hospital anxiety and depression scale, HADS)⁽¹⁸⁾

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS)

Los médicos conocen la importancia de factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada pregunta y marque la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la **última semana**.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

1.- Me siento tenso/a o nervioso/a:

- ☐ Casi todo el día
- ☐ Gran parte del día
- ☐ De vez en cuando
- ☐ Nunca

2.- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

- ☐ Igual que antes
- ☐ No tanto como antes
- ☐ Solamente un poco
- ☐ Ya no disfruto con nada

3.- Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- ☐ Sí y muy intenso
- ☐ Sí, pero no muy intenso
- ☐ Sí, pero no me preocupa
- ☐ No siento nada de eso

4.- Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- ☐ Igual que siempre
- ☐ Actualmente algo menos
- ☐ Actualmente mucho menos
- ☐ Actualmente en absoluto

5.- Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- ☐ Casi todo el día
- ☐ Gran parte del día
- ☐ De vez en cuando
- ☐ Nunca

6.- Me siento alegre:

- ☐ Gran parte del día
- ☐ En algunas ocasiones
- ☐ Muy pocas veces
- ☐ Nunca

7.- Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente:

- ☐ Siempre
- ☐ A menudo
- ☐ Raras veces
- ☐ Nunca

8.- Me siento lento/a y torpe:

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ A menudo
- ☐ Gran parte del día

9.- Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos en el estómago”:

- ☐ Nunca
- ☐ Sólo en algunas ocasiones
- ☐ A menudo
- ☐ Muy a menudo

10.- He perdido el interés por mi aspecto personal:

- ☐ Me cuido como siempre lo he hecho
- ☐ Es posible que no me cuide como debiera
- ☐ No me cuido como debiera hacerlo
- ☐ Completamente

11.- Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- ☐ Realmente mucho
- ☐ Bastante
- ☐ No mucho
- ☐ En absoluto

12.- Tengo ilusión por las cosas:

- ☐ Como siempre
- ☐ Algo menos que antes
- ☐ Mucho menos que antes
- ☐ En absoluto

13.- Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- ☐ Muy a menudo
- ☐ Con cierta frecuencia
- ☐ Raramente
- ☐ Nunca

14.- Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o de televisión:

- ☐ A menudo
- ☐ Algunas veces
- ☐ Pocas veces
- ☐ Casi nunca

Anexo 2: Encuesta del impacto clínico y emocional del cáncer en función de la existencia de una etiología más o menos conocida y/o modificable.

IMPACTO CLÍNICO Y EMOCIONAL DEL CÁNCER EN FUNCIÓN DEL
CONOCIMIENTO DE SUS CAUSAS

Esta encuesta se centra en evaluar el impacto clínico y emocional del cáncer en función de la existencia de una etiología más o menos conocida y/o modificable.

Lea cada pregunta y responda según usted considere lo más fidedigno a su realidad. Agradecemos su participación en esta encuesta.

1. Edad: _____

2. Sexo:

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro ☐ Prefiero no decirlo

3. ¿Cómo valora de forma general su estado físico?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

4. ¿Cómo valora de forma general su estado emocional?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

5. ¿Le sorprendió el diagnóstico de su cáncer?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

6. ¿Cree que se demoró el diagnóstico más de lo admisible?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

7. ¿Conoce la causa de su cáncer? Si/No

☐ SI ☐ NO

8. ¿Le preocupa saber o no saber la causa de su cáncer?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

9. Describa los sentimientos o preocupaciones que le produce el saber o no saber la causa del cáncer que padece:
