



Artículo Original

Depresión y cáncer en el adulto mayor

Depression and Cancer in Older Adults

Ketty Lemus Herrera^a 

a. Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

Recibido: 3/12/2019

Aceptado: 31/3/2020

Resumen

Introducción: El cáncer puede presentar comorbilidades como los trastornos depresivos.

Objetivo: Identificar los grados de depresión en pacientes oncológicos de la tercera edad.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, exploratorio, de corte transversal y naturaleza cuantitativa. Se tomó como espacio de investigación las consultas centrales o grupos multidisciplinarios de las consultas de cáncer de mama, pulmón, ginecológicos y tumores urológicos, en el último trimestre del 2017. A los pacientes que participaron en el estudio se le aplicó una encuesta semiestructurada con el fin de relacionar variables sociodemográficas con las enfermedades oncológicas en el adulto mayor. Se utilizó el inventario de Beck y la escala de Montgomery (MDRS), con previo consentimiento informado.

Resultados: Los grupos etarios oncológicos con depresión representativos fueron los de 66-70 años y más de 80 años. La ocupación que prevaleció fue el de los peritados. Se encontró una relación directamente



proporcional entre la edad y el grado de depresión. La depresión severa prevaleció en el inventario de Beck. La depresión moderada prevaleció en la escala de Montgomery.

Conclusiones: la depresión es un factor pronóstico independiente de las bajas tasas de supervivencia en casos de cáncer avanzado. Además, provoca una reducción de la calidad de vida y prolonga la hospitalización y, lo que es aún más importante la depresión con cáncer avanzado puede ser tratada y se han desarrollado herramientas para facilitar su diagnóstico.

Palabras clave: *depresión; pacientes oncológicos; grados de depresión; inventario de Beck; escala de Montgomery.*

Abstract

Introduction: Cancer may present comorbidities such as depressive disorders.

Objective: Identify the degrees of depression in older adults who are oncological patients.

Methods: Cross-sectional exploratory observational descriptive study of a quantitative nature. Head consultations or multidisciplinary group consultations of breast, lung and gynecological cancer, and urological tumors, in the last quarter of 2017 were taken as a research space. A semi-structured survey was applied to the patients who participated in the study in order to relate sociodemographic variables with oncological diseases in older adults. Beck inventory and Montgomery scale (MDRS) were used with prior informed consent.

Results: Representative oncological age brackets with depression were those aged 66-70 years and older than 80 years. Those who were given an expert's opinion prevailed. A directly proportional relationship was found between age and degree of depression. Severe depression predominated in Beck inventory. Moderate depression prevailed in Montgomery scale.

Conclusions: Depression is an independent predictor of low survival rates in advanced cancer. Moreover, it causes a reduction in quality of life and prolongs hospitalization and what is even more important, depression in cases of advanced cancer can be treated, and tools have been developed to facilitate its diagnosis.

Keywords: *Depression, oncological patients, degrees of depression, Beck inventory, Montgomery scale.*



Introducción

La depresión del latín *depressionem*, significa “opresión”, “encogimiento” o “abatimiento”. Es el diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad, culpabilidad y desesperanzas profundas, entre otros; además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de la vida.^(1,2,3)

Se considera que la depresión ha persistido a lo largo de todo el desarrollo de la humanidad. En la antigüedad su símil recibió el nombre de melancolía y sus síntomas fueron descritos en casi todos los registros literarios y médicos.^(3,4,5) Hipócrates es considerado el primer médico en describir clínicamente la melancolía o depresión, explicaba el comportamiento y el proceso salud enfermedad mediante el equilibrio de “humores” en el cuerpo (la sangre, la flema, la bilis negra y la bilis amarilla). Según esta teoría, un exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático y un manifiesto sentimiento de tristeza. En el año 1725, el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de depresión.^(4,5)

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios.⁽⁶⁾ En general, suelen registrarse cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 % en la población general y para el trastorno depresivo, una incidencia anual de 1-2 por cada 1000 habitantes.^(6,7)

El cáncer afecta una de cada dos personas y este riesgo va en aumento continuo a medida que una persona envejece. En muchos países compite con las cardiopatías por el primer lugar como causa de muerte principal y podría decirse que es la principal causa de morbilidad en la salud.^(8,9,10)

La recurrencia de cáncer causa profunda angustia a medida que disminuye la posibilidad de curarse.^(10,11)

El cáncer suele presentar comorbilidades típicas, como los trastornos depresivos. La depresión es la alteración más frecuente en las personas diagnosticadas con cáncer. Según el National Cancer Institute (NIC) estima que la depresión afecta entre un 25-35 % de los pacientes, a veces no reconocida ni tratada. El tipo de depresión más común en los pacientes con cáncer es la reactiva.^(12,13)

Galeno fue el primer autor que consideró la influencia de la personalidad con cáncer. En su tratado sobre los tumores *De tumoribus*, aseguraba que las mujeres con melancolía padecían de cáncer de mama con más frecuencia, en comparación con las mujeres sanguíneas, que se mostraban activas y seguras de sí mismas.^(13,14,15)



La depresión provoca una reducción de la calidad de vida, prolonga la hospitalización y acorta el tiempo de supervivencia, pero, lo más importante, en pacientes con cáncer avanzado la depresión puede ser tratada y se han desarrollado herramientas de evaluación para facilitar su diagnóstico.^(16,17)

Cuando se trata de evaluar desde el punto de vista psiquiátrico a pacientes con cáncer y diagnosticar los estados depresivos, la mayor dificultad es distinguir si los síntomas que presentan estos pacientes son secundarios a la enfermedad somática o corresponden al trastorno psiquiátrico.

En la vejez con frecuencia se presentan simultáneamente padecimientos en los que no hay una causa única de morbilidad, sino que predomina la menor causalidad, la coexistencia de trastornos psiquiátricos y enfermedades crónicas no transmisibles, como el cáncer, en aumento al número de años vividos, pueden alterar la capacidad de las personas para mantener su independencia. Los ancianos deprimidos muestran menos ánimo, más ansiedad y más quejas somáticas que los jóvenes con la misma enfermedad. Por ese motivo, la depresión en los ancianos tiende a ser infradiagnosticada en este tipo de paciente, existiendo una alta probabilidad de generar un sufrimiento innecesario.

Se ha podido observar que se trata de un problema de investigación en desarrollo a nivel mundial. Por lo que el interés de estudiar la depresión en los ancianos se presenta debido a que no ha sido un área muy desarrollada en nuestro país. Asimismo, existen muchas concepciones erróneas en relación al tema: todas las personas con cáncer sufren depresión, que la tristeza es una reacción normal a la crisis a la que el paciente se enfrenta durante el cáncer, los tratamientos de la depresión no ayudan y la depresión en una persona con cáncer es normal.

La presente investigación permitió obtener información para comprender en mayor medida los efectos psicológicos del cáncer, tomando como punto de partida que esta enfermedad afecta no solo al estado físico, sino al estado psicológico y social del paciente que la padece.

El presente trabajo tiene como objetivo identificar los grados de depresión en pacientes oncológicos de la tercera edad.



Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, de naturaleza cuantitativa, tomando como espacio las consultas centrales o grupos multidisciplinarios (GMD) de las consultas de cáncer de mama, ginecológico, pulmón y tumores urológicos en el Hospital General Docente “Enrique Cabrera”, durante último trimestre del 2017.

La depresión fue medida mediante la aplicación del inventario de Beck y la escala de Montgomery, los cuales se aplicaron a todos los pacientes incluidos en la muestra.

Los resultados fueron desglosados según el tipo de depresión y la distribución en los diferentes grupos etarios en los distintos subgrupos.

El universo lo conformó todos los pacientes oncológicos que acudieron a la consulta programada por GMD de cáncer de las diferentes especialidades: los lunes, tumores ginecológicos; los martes, cáncer de mama y pulmón; el 2.º y 4.º jueves de cada mes, tumores urológicos.

La muestra estuvo conformada por 28 pacientes, de ellos 17 pertenecían al sexo femenino.

A todos los pacientes se les solicitó el consentimiento informado verbal y por escrito.

Clasificación de las variables

La variable dependiente fue la depresión.

Las variables independientes fueron las sociodemográficas: edad, sexo, tercera edad y cáncer. Variables de confusión: estado civil, ocupación, tipo de cáncer.

Las variables biológicas propias de la depresión, teniendo en cuenta el grado de depresión según inventario de Beck y escala de Montgomery .

Se comparan las variables dependientes con las independientes, en relación al grado de depresión y tipo de cáncer.



Variables

Endógenas

Depresión: Definición operacional. La depresión va a estar definida operacionalmente por la puntuación total obtenida en el test de depresión.

Tipos de cáncer: Definición operacional. Presencia o ausencia de cada uno de los tipos de cáncer histológicamente confirmado y clínicamente diagnosticado por el especialista del área. De esta manera para la presente investigación se tomaron en cuenta el cáncer de mama, de pulmón, próstata y ginecológico.

Exógenas: sexo, edad y estado civil.

Para el abordaje de las variables se empleó:

Inventario de Beck: El objetivo del inventario es evaluar la profundidad o intensidad de la depresión, de manera que pudiera sustituir a los especialistas, proporcionando una anotación que incluso sirviera para la realización de investigaciones. Se utiliza en adultos preferentemente, de forma autoadministrada, y el tiempo promedio de realización es de 20 min. Consta de 21 categorías de síntomas y actividades, con cuatro o cinco anotaciones y cada una refleja un grado creciente de profundidad de la depresión. Los resultados informan si hay depresión I; II con depresión ligera (estas dos primeras son consideradas como normales); III, depresión profunda; IV, severa; V, depresión clínica severa.

Escala de Depresión de Montgomery- Asberg (MADRS): Es la escala de valoración para evaluación de la depresión, obtenida de una escala mayor, la Escala de Valoración Psicopatológica Comprensiva. Consiste en 10 puntos que son síntomas principales de depresión. Nueve de ellos se basan en reportes de pacientes y uno es la observación de esta población por parte del evaluador. Los puntos se califican en una escala de 0 a 6. A diferencia de la HAM-D, más comúnmente utilizada, no se enfoca predominantemente en los síntomas somáticos de la depresión. Se enfoca en síntomas como tristeza, tensión, lasitud, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La MADRS se utiliza frecuentemente en pruebas clínicas de terapia farmacológica, para evaluar los efectos psicotrópicos del medicamento sobre síntomas de la enfermedad depresiva.

La MADRS puede diferenciar entre diferentes niveles de depresión, después de obtener el puntaje final.



Tipo de depresión y puntaje

Recuperación: 0-8

Leve: 9-17

Moderada: 18-27

Moderadamente grave: 28-34

Grave: 35-39

Muy grave: 60

El puntaje se basó en una entrevista clínica, que además de preguntas generales acerca de los síntomas también realice otras más detalladas, las cuales permitan precisar el nivel de gravedad. El evaluador debe decidir si el puntaje se ubica en los peldaños definidos de la escala (0, 2, 4, 6) o entre ellos (1, 3, 5).

Resultados

La muestra estuvo conformada por 28 pacientes, de ella 17 pertenecientes al sexo femenino que representa el 60,7 % y 11 pertenecieron al sexo masculino, que representa el 39,2 de la muestra (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de los pacientes oncológicos por grupos etarios

60-65 años		66-70 años		71-75 años		76-80 años		+ 80 años	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
3	10,7	15*	53,5	1	3,6	2	7,14	7	25

El grupo etario de pacientes oncológicos el más representativo fue el de 66-70 años.

El estado civil, unión consensual y casados prevalecieron en el grupo etario de 66-70 años; mientras que el estado civil de viudez, en el grupo de más de 80 años (Tabla 2).

Tabla 2 - Distribución de los grupos oncológicos por grupos etarios en función de su estado civil

Estado civil	60-65 años	66-70 años	71-75 años	76-80 años	+80 años
Solteros	2	0	0	0	0

Unión consensual	1	6	0	1	0
Casados	1	4	1	0	0
Viudo(a)	1	0	0	1	10
Total	5	10	1	2	10

La ocupación que prevaleció en la muestra fue la de peritados (Tabla 3).

Tabla 3 - Distribución de los pacientes oncológicos por grupos etarios en función de la ocupación

Ocupación	60-65 años		66-70 años		71-75 años		76-80 años		+ 80 años	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ama de casa	2	7,14	5	17,9	0	0	0	0	0	0
Peritado	3	10,7	5	17,9	0	0	1	3,6	5	17,9
Jubilado	0	0	0	0	1	3,6	1	3,6	5	17,9
Total	5	17,9	10	35,7	1	3,6	2	7,14	10	35,7

En el inventario de Beck se observó que prevaleció la depresión severa en los diferentes grupos etarios (Tabla 4).

Tabla 4 - Grados de depresión por el inventario de Beck por grupos etarios

Grado de depresión	60-65 años		66-70 años		71-75 años		76-80 años		+ 80 años	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Estado no depresivo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Depresión leve	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Depresión moderada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Depresión severa	5	17,9	10	35,7	1	3,6	2	7,14	10	35,7



En la escala de Montgomery prevalecieron la depresión de tipo moderada, moderadamente grave y muy grave (Tabla 5).

Tabla 5 - Tipos de depresión por la escala de Montgomery por grupos etarios

Tipo de depresión	60-65 años		66-70 años		71-75 años		76-80 años		+ 80 años	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Recuperación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leve	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Moderada	1	3,6	2	7,14	0	0	0	0	0	0
Moderadamente grave	2	7,14	3	10,7	0	0	0	0	3	10,7
Grave	2	7,14	5	11,1	0	0	1	3,6	3	10,7
Muy grave	0	0	0	0	1	3,6	1	3,6	4	14,2
Total	5	17,9	10	35,7	1	3,6	2	7,4	10	35,7

La depresión severa al aplicársele el inventario de Beck a los pacientes oncológicos prevaleció, observándose en los diferentes tipos de cáncer (Tabla 6).

Tabla 6 - Grados de depresión por la aplicación del inventario de Beck y tipos de cáncer

Grados de depresión	Tipo de cáncer					
	Mama	Urológico	Cervicouterino	Pulmón	Vejiga y próstata	Infiltrante
Estado no depresivo	0	0	0	0	0	0
Depresión leve	0	0	0	0	0	0
Depresión moderada	0	0	0	0	0	0
Depresión severa	10	10	0	0	8	0



Discusión

En el presente estudio se evidenció que los pacientes adultos mayores oncológicos tienen síntomas depresivos, lo cual coincide con la literatura revisada. *Botto* y otros⁽⁸⁾ observaron que, en promedio, uno de cada cuatro pacientes oncológicos presentaba una cantidad elevada de síntomas depresivos.

El presente trabajo evidenció que en los pacientes con enfermedades oncológicas la depresión se diagnostica mejor mediante la aplicación de los test psicológicos, independientemente de la entrevista psiquiátrica, que es fundamental. Así mismo, se detectó que la depresión es frecuente con cáncer avanzado, a pesar de lo cual muchas veces no es diagnosticada ni tratada de manera correspondiente.

Sin embargo, en esta investigación se observaron, en contraste a la literatura revisada, algunos aspectos como que no todos los pacientes poseen la información de que tienen cáncer, aun cuando está descrito que el mejor tratamiento precisamente comienza con la comunicación sobre el padecimiento. Así, cuando el paciente está bien informado se convierte en su mejor defensor y en un aliado indispensable de los médicos. Aquellos casos en los que se obtuvo esta información, la revelación provino del familiar que acompañaba al paciente, quien lo comentaba a solas antes de realizarle la entrevista al enfermo.

También se observó en la muestra estudiada que el sexo que prevaleció fue el femenino, a diferencia de las investigaciones revisadas. Esto puede deberse a que los pacientes estaban citados para las consultas programadas en esos meses y, en su inmensa mayoría, se correspondían con féminas.

Se observó una prevalencia de los peritados en cuanto a la ocupación, a diferencias de los artículos referenciados, en los que la ocupación más frecuente fue la de jubilados. Lo anterior puede estar relacionado con la calidad de vida de los pacientes de la muestra estudiada, pues en nuestro estudio los participantes se peritaron tempranamente, a inicios de la enfermedad oncológica, no teniendo aún la edad de jubilación, demostrándose la eficacia en los tratamientos biológicos indicados por estos grupos multidisciplinarios, a pesar de no recibir el tratamiento integral, que comprenda el aspecto psicológico y social. Es decir, la mayoría de los participantes en nuestro estudio tenían al momento de escribirse este artículo una evolución de la enfermedad oncológica de más de cinco años, aunque no se contempló como una de las variables, pues no todos precisaron con exactitud el tiempo del padecimiento. Tal evolución favorable ha sido, a diferencia de lo que puede ocurrir en otros países, gracias precisamente al trabajo de seguridad social en Cuba, con el objetivo de mejorarles la calidad de vida a este tipo de paciente.

Los profesionales de salud en esta área deben enfrentar una cantidad considerable de barreras. Una de ellas es la idea equivocada de que es normal que los pacientes con cáncer avanzado estén tristes. Aun así, a



pesar de esos obstáculos, no debe perderse el foco acerca del hecho de que la depresión es un factor pronóstico independiente de las bajas tasas de supervivencia en casos de cáncer avanzado. Además, provoca una reducción de la calidad de vida y prolonga la hospitalización y, lo que es aún más importante la depresión con cáncer avanzado puede ser tratada y se han desarrollado herramientas para facilitar su diagnóstico.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud: Depresión. Ginebra: OMS; 2014.
2. Organización Mundial de la Salud. Depresión: Qué debemos saber. Ginebra: OMS; 2016.
3. Krebber AM, Buffart LM, Kleijn G, Riepma IC, de Bree R, Leemans CR, *et al.* Prevalence of depression in cancerpatients: a meta-analysis of diagnostic interview and self-reportinstruments. *Psychooncology*. 2014;23(2):121-30.
4. Zagarroitiá Alonso I. Depresión generalidades y particularidades. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
5. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la Salud Mental: La depresión es el trastorno mental más frecuente. Ginebra: OMS; 2012.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-5). 5.^a Ed. EE. UU.: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
7. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales Ginebra: OMS; 2014 /
8. Botto A, Acuña J, Jiménez JA. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev. Médica de Chile*. 2014;142(10):1297-1305. DOI: [10.4067/S0034-98872014001000010](https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010).
9. Organización Mundial de Salud. Cáncer. Temas de Salud: Ginebra: OMS; 2015.
10. Torre D, Gonzáles I, Sánchez S. Tumores malignos en adultos mayores atendidos en el Hospital Manuel Fajardo Rivero. 16 abril. 2015;54(257).
11. Montiel Castillo V, Álvarez Reyes O, Guerra Morales V. Afrontamiento a la enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Rev. Medicentro electrónico*. 2016 [acceso: 21/02/2017]; 20(2). Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2069>



12. National Cancer Institute (NCI). Depression for health professional. 2014. [acceso: 16/05/2015].
Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/depression-hp-pdf>
13. Llanes Torres H, López Sepúlveda Y Vázquez Aguilar JR, Hernández Pérez R. Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. MediMay. 2015 [acceso: 16/05/2015]; 21(1).
Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707/1158>
14. Guiner J, Saiz Ruiz J, Bobes J, Zamorano E, López F, Hernando T, *et al.* Consenso español de salud física del paciente con cáncer y depresión. Rev. Psiquiatría y Salud Mental. 2014;7(4):195-207. DOI: [10.1016/j.rpsm.2014.05.003](https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.05.003)
15. Guerrero Alcedo JM, Prepo Serrano AR, Lozo Álvarez JG. Autotranscendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. Rev. haban. cienc. med. 2016;15(2).
16. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEEAE). Cáncer. Aspectos psicológicos. Madrid: SEEAE; 2010.
17. Landa Ramírez E, Pérez-Sánchez IN, Sánchez-Román S, Covarrubias-Gómez A. Ansiedad y depresión relacionadas con presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal. Psicología y Salud. 2014;24(1):55-63.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

