

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,

PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO “FRAY BERNARDINO ALVAREZ”

**“Causas más frecuentes de interconsulta psiquiátrica en
pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de
Cancerología de México en el último semestre de 2008”**

TESIS PARA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA QUE PRESENTA:

ALUMNO

Pável Hernández Silva

Nombre del Asesor Teórico

Dr. Álar Colonia Cabrera

Nombre del Asesor Metodológico

Dr. Francisco Franco López Salazar



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

I. Marco Teórico.....	3
I.1 Respuesta psicológica esperada al diagnóstico del cáncer.....	4
II. Planteamiento del problema.....	10
II.1 Pregunta de investigación.....	10
III. Justificación.....	10
IV. Objetivos.....	11
IV.1 Objetivo general.....	11
IV.2 Objetivos específicos.....	11
V. Material y métodos.....	11
V.1 Diseño.....	11
V.2 Criterios de inclusión.....	11
V.3 Criterios de exclusión.....	12
V.4 Tabla de variables.....	12
VI. Análisis estadístico.....	12
VII. Consideraciones éticas.....	13
VIII. Resultados	13
IX. Discusión.....	19
X. Conclusiones.....	21
XI. Referencias bibliográficas.....	22

Causas más frecuentes de interconsulta Psiquiátrica en pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Cancerología de México en el último semestre de 2008

I. Marco teórico

El incremento en los casos de pacientes con cáncer en el mundo sigue elevándose de forma exponencial, en México desde 1990 los tumores malignos representa la segunda causa de muerte en la población general; en mujeres mayores de los 25 años es la primera. Durante 1994, fallecieron en México 46,423 personas a consecuencia del cáncer ⁽¹⁾, número que se ha incrementado en la última década, situación por la que se crean y demandan nuevas necesidades de atención en distintas áreas, un ejemplo de ello son las diversas subespecialidades que se crearon en el campo de la salud mental.

En los últimos 25 años se ha dedicado mayor atención a los aspectos psiquiátricos de los trastornos comórbidos y los problemas psicosociales del cáncer. Este campo se ha desarrollado hasta el punto de convertirse en una subespecialidad reconocida de la psiquiatría de enlace en oncología ⁽²⁾. La psicooncología aborda las dos mayores dimensiones psiquiátricas y psicológicas del cáncer:

1. Los trastornos psiquiátricos comórbidos y las reacciones psicológicas de los pacientes en las distintas fases de la enfermedad y de sus familiares, así como la tensión psicológica de los profesionales sanitarios encargados de su cuidado.
2. Los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en el riesgo de padecer cáncer, su detección y su supervivencia ⁽³⁾.

Diversos ensayos clínicos sobre nuevos tratamientos del cáncer incluyen una evaluación cuantitativa de la calidad de vida de los pacientes, ya que esto es un aspecto importante que hay que cuidar. Sobre todo a raíz del surgimiento de la psiconeuroinmunoendocrinología que involucra aspectos psicológicos en el resto de funcionamiento de los sistemas, especialmente relevantes en cáncer. También existen aspectos, en los cuales las cuestiones psiquiátricas, éticas, religiosas y espirituales se solapan y se requiere una evaluación psiquiátrica cautelosa para afirmar el pertinente diagnóstico.

I.1 Respuesta psicológica esperada al diagnóstico del cáncer

Para la mayoría de las personas el diagnóstico de cáncer origina un modelo psicológico y predecible de angustia que dura unas cuantas semanas. El cáncer significa una muerte cercana, dolorosa, con la posibilidad de quedar discapacitado y desfigurado debido al tratamiento, la pérdida de la independencia y la autoestima, la modificación de relaciones significativas por las razones antes mencionadas. Esta reacción normal se caracteriza en general por tres fases: 1) rechazo inicial, 2) fase de confusión aguda y 3) periodo de adaptación ⁽⁴⁾.

El primero es un período de incredulidad y rechazo en el que la persona duda del diagnóstico y se pregunta si puede ser un error. Luego de una o dos semanas de esta fase de negación se presenta un periodo donde predominan los pensamientos intrusivos acerca de la muerte y la enfermedad, baja concentración, irritabilidad, ansiedad y estado de ánimo depresivo, anorexia e insomnio que pueden ocasionar pérdida de peso que en general tiende a atribuirse a la progresión de la enfermedad. Estos pacientes pueden presentar inquietud motora y ser incapaces de llevar a cabo actividades cotidianas a causa de la preocupación concerniente a su futuro. En la tercera fase los síntomas de confusión aguda empiezan a disminuir y la veracidad de la enfermedad empieza a ser más tolerable. Se recupera la esperanza con el comienzo de un plan de tratamiento y en un curso claro de acción para encarrilar la enfermedad. Se recupera el anterior nivel de afrontamiento y adaptación psicológica. Los pacientes con antecedentes psiquiátricos o de

trastornos de la personalidad se adaptan en función de esos factores preexistentes. Un historial que revele un trastorno o un diagnóstico de personalidad del eje II, tiene que alertar al médico de un posible agravamiento de este en el contexto de la angustia del tratamiento del cáncer ⁽³⁾. Es por eso la importancia de poder identificar y discernir claramente entre los procesos esperados, posterior a la noticia del cáncer y el agravamiento de alguno estos procesos que pueden finalizar en un trastorno afectivo grave, e incluso otros trastornos mentales, que impliquen el abordaje oportuno y adecuado de los distintos servicios de salud mental. Por lo que el conocer la frecuencia e incidencia en la que se presentan dichas patologías en un hospital con las características del Instituto Nacional de Cancerología de México adquiere suma importancia.

El hecho de llamar al psiquiatra para que evalúe, identifique y controle en el paciente la angustia relacionada con una de estas tres fases u otra sintomatología propia de los múltiples trastornos mentales que involucra el padecimiento oncológico realza la importancia de la psiquiatría de enlace, así como, el rol que esta desempeña en el tratamiento integral del paciente con cáncer, incluso, incidiendo de manera directa en el pronóstico y la calidad de vida de los enfermos. Por tal situación se han realizado diferentes estudios para conocer las causas de comorbilidad psiquiátrica más frecuentes en los enfermos con cáncer.

La prevalencia del trastorno depresivo mayor en los pacientes con cáncer, es de 10 al 25% ⁽⁵⁾. Si se consideran de forma más general los síntomas depresivos, la prevalencia es variable de acuerdo a diferentes artículos desde 7 hasta 58% de los pacientes con cáncer ⁽⁶⁾. Con respecto a la ansiedad, se ha encontrado en diversos estudios, una prevalencia del 15 al 18%, Trastorno de ansiedad generalizada 1.7-2.3%, Trastorno adaptativo con sintomatología ansiosa 3.9 a 4.2%, Fobias 6.9% y Trastorno de pánico 1.3% ⁽⁷⁾. Las alteraciones en el funcionamiento psicológico y el estrés, son diferentes de acuerdo a la región involucrada en el padecimiento oncológico, siendo el mayor en del cáncer de páncreas con 56.3% de síntomas depresivos y 56.7% de síntomas ansiosos ⁽⁸⁾. En cáncer de pulmón se observan 43.4% de síntomas

psicológicos, 42.7% en SNC, 29.6% en los distintos cánceres ginecológicos, 30.5% en próstata y 31.6% en colon ⁽⁹⁾. Se han encontrado algunos factores protectores obvios frente a estas alteraciones psicológicas como son el matrimonio, un nivel socioeconómico alto y la vejez, sin embargo algunos otros se han descartado, como la etapa del cáncer, pues no predice una mejor respuesta adaptativa frente al diagnóstico.

Un estudio realizado a principios de la década de 1980 mostró que un 47% de los pacientes entrevistados en tres centros oncológicos presentaban síntomas que cumplían criterios diagnósticos del DSM-III ⁽¹⁰⁾. Sin embargo, la mayoría de los síntomas estaban relacionados con la ansiedad, estado de ánimo depresivo, o con ambos (68%), depresión mayor (13%) y delirium el (8%). Así, la mayoría de trastornos observados se relacionan con el cáncer en sí mismo, o con los efectos del tratamiento. Los trastornos psiquiátricos preexistentes suelen ser los que presentan un desafío mayor al tratamiento, pero la frecuencia es baja comparada con la alta prevalencia de trastornos secundarios a la enfermedad y el tratamiento.

La comorbilidad psiquiátrica aumenta en los estadios avanzados de la enfermedad y según los grados de discapacidad en especial la depresión y el delirium. En un estudio sobre depresión realizado en Estados Unidos en la década de los 90's con pacientes oncológicos y en régimen hospitalario, la prevalencia de depresión mayor alcanzó el 77% en pacientes con la enfermedad avanzada, incluso cuando dependían de síntomas no vegetativos aislados ⁽¹¹⁾. El delirium sigue un patrón similar, con una prevalencia baja en los pacientes ambulatorios, que aumentan en los pacientes hospitalizados con una enfermedad más grave ⁽¹²⁻¹⁴⁾.

La tristeza y la aflicción por la pérdida de salud y el bienestar son reacciones normales en pacientes con cáncer ⁽¹¹⁾. Se observa un continuo, que empiezan con estas reacciones normales y aumentan en intensidad, alcanzando el grado de síntomas subsindrómicos, trastornos de adaptación con estado de ánimo depresivo, depresión mayor o trastornos del humor relacionados con la enfermedad física. Padecimientos depresivos que se encontraron con mayor

frecuencia, en los diversos estudios realizados en pacientes de consulta externa, en los servicios de psiquiatría (12-14).

Los pacientes con cáncer pueden presentar pensamientos suicidas, incluso en los primeros estado de la enfermedad. La incidencia de suicidio en los pacientes con cáncer sólo supera ligeramente la de la población general; sin embargo, muchos de estos pacientes con enfermedad avanzada que se suicidan no describen (en su mayoría) estos pensamientos (15, 16). En estudios sobre el deseo de una muerte precipitada en pacientes con cáncer avanzado o SIDA, la presencia de depresión es el mayor factor de predicción del deseo de una muerte precipitada, por encima del factor dolor. Es muy necesario enseñar a los médicos a valorar los síntomas depresivos en pacientes con cáncer, enseñándoles en especial que el hecho de preguntar acerca del suicidio no incrementa el riesgo (17). Psiquiátricamente, son factores de predicción la historia de una depresión previa o un intento de suicidio, el abuso de sustancias, un mal apoyo social y la presencia de síntomas depresivos. En Escandinavia, la mayor incidencia de suicidios se observó en pacientes que habían manifestado no tener nuevas opciones de tratamiento y que perdían el contacto con sus médicos, lo que destaca la necesidad de un apoyo continuado (18, 19).

El conocimiento de que existen tumores asociados a padecimientos mentales, (o manifestaciones psiquiátricas) es información útil que nos ayuda a identificar con eficacia los trastornos mentales por los que puedan estar cursando dichos pacientes. Situación que influye directamente con el abordaje oportuno y óptimo, y que repercute de manera ya demostrada, en el pronóstico, el tratamiento y la calidad de vida de los pacientes, incluso, en la correcta identificación del padecimiento mental al realizar la interconsulta psiquiátrica.

En estudios reciente se ha visto que los tumores carcinoides se han asociado con cambios en el estado de ánimo y delirium, asociados con un bajo nivel de serotonina en el sistema nervioso central. El exceso de serotonina en el suero da como resultado una profunda deficiencia de serotonina en el cerebro con síntomas neuropsiquiátricos (20). Patchell y Posner (21) observaron que de 22

pacientes con cáncer y con síntomas neuropsiquiátricos un 11% tenían depresión. Se ha observado que existe la mayor prevalencia de depresión en pacientes con cáncer es en el cáncer de páncreas ⁽²²⁾. Musselman y cols han intentado identificar un falso neurotransmisor que explicaría esta relación, pero no hay datos precisos que corroboren que la depresión es un síntoma habitual ⁽²³⁾. La mayoría de las veces son diagnosticados posterior a una expansión del tumor desde el páncreas, ya que aparece dolor y otros síntomas sistémicos ^(24, 25).

La ansiedad se da en muchos pacientes con cáncer y oscila entre las preocupaciones “normales” y miedos asociados a enfermedades amenazantes para la vida, hasta el subsíndrome de angustia, trastornos de adaptación, ansiedad generalizada y ansiedad debido a enfermedad física ^(26,27).

Se han enumerado las causas más importantes de ansiedad en pacientes con cáncer, dividiéndolas en:

- *Situacionales* que incluyen la crisis relacionada con el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad, conflictos con la familia o el equipo médico, temor anticipatorio a las intervenciones o a los resultados de las pruebas, miedo a la recurrencia.
- *Relacionadas con la enfermedad* que engloba escaso control del dolor, alteraciones metabólicas, tumores secretores de hormonas, síndromes paraneoplásicos.
- *Relacionadas con el tratamiento*, fármacos que producen ansiedad, síndromes de abstinencia, ansiedad condicionada, náuseas y vómitos con quimioterapia.
- *Exacerbación de trastornos de ansiedad previos*, fobias, trastornos de angustia o ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático.⁽¹⁷⁾

Otro padecimiento relevante en la atención del paciente oncológico desde el punto de vista psiquiátrico es el delirium cuya prevalencia aceptada internacionalmente es del 16% en pacientes oncológicos ⁽²⁸⁾ y que genera miedo y malestar importante entre los familiares y el personal a cargo de los pacientes. En pacientes con cáncer, en especial en estados avanzados un cambio súbito en el estado de ánimo, el comportamiento o la función cognitiva indica probablemente un delirium ⁽²⁹⁾. En el marco de los cuidados paliativos, se observó delirium antes de morir en el 75% de los pacientes terminales hospitalizados ⁽¹³⁾. Una causa común del delirium en enfermedades terminales es la falla de algún órgano vital. Los medicamentos en particular los opiáceos, que se administran contra el dolor son una causa frecuente, así como, alguna infección. Según estudios recientes los regimenes de quimioterapia parecen tener un ligero efecto negativo en las funciones cognitivas a largo plazo ⁽³⁰⁾.

Se han descrito otros síntomas psiquiátricos como motivo de preocupación para el equipo médico e incluso de interconsulta a nuestra especialidad. Por ejemplo, la astenia es un signo de enfermedad en los pacientes que tienen determinados tumores (linfoma) o metástasis hepáticas extensas. Tanto la quimioterapia como la radioterapia se asocian a períodos predecibles de astenia después del tratamiento. Los hipnóticos y otros fármacos psicotrópicos pueden también contribuir a la astenia. Los pacientes que sufren fatiga persistente con la enfermedad progresiva o con el tratamiento del cáncer pueden responder bien a dosis bajas de psicoestimulantes y no aumentan la dosis con el paso del tiempo ⁽³¹⁾.

La caquexia de los pacientes cancerosos es debilitante y potencialmente mortal. Se asocia a anorexia, emaciación de la grasa y el músculo, disminución de la calidad de vida y malestar psicológico. Las causas de caquexia son la disfunción gastrointestinal, la alteración del metabolismo y la respuesta del huésped al cáncer (producción de citocinas), la producción de hormonas por los tumores y los tratamientos contra el cáncer ⁽³²⁾. La anorexia puede ser resultado de la depresión o la ansiedad. La existencia de trastornos alimentarios previos complica el tratamiento nutricional de los pacientes oncológicos ⁽³¹⁾.

II. Planteamiento del problema.

Se reconoce de forma general que en los pacientes con cáncer existe una alta prevalencia de distintas enfermedades psiquiátricas, sin embargo, en nuestro medio no se han realizado estudios que nos permitan determinar la frecuencia de cada padecimiento. Frecuentemente no son reconocidos por los médicos de todas las especialidades lo que impide su correcto tratamiento, es ahí donde radica la importancia de conocer a fondo las razones por las que se solicita la interconsulta, lo cual, nos permitirá desarrollar estrategias efectivas de detección y tratamiento.

II.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las causas mas frecuentes de interconsulta psiquiátrica en pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Cancerología de México en el último semestre de 2008?

III. Justificación

Como se mencionó anteriormente, el cáncer en nuestro país según el INCan, representa el segundo lugar como causa de muerte en la población general, mientras que en mujeres por arriba de los 25 años el primer lugar ⁽¹⁾. La tasa de mortalidad por cáncer de 1922 a 1992 tuvo un incremento de cerca de 4 veces.

Durante 1994 fallecieron en México; 46,423 personas a consecuencia del cáncer. El de pulmón ocupó el primer lugar, con 5847 (13%), el de estomago, el segundo, con 4671 (10%) y el de cérvix uterino el tercero, con 4365 (9%) ⁽¹⁾.

En 1995 por medio del Registro Histopatológico de las Neoplasias Malignas (RHNM), se registraron 75675 casos nuevos de cáncer en México ⁽³³⁾.

En la actualidad el INCan es un centro nacional de referencia para pacientes oncológicos que no tienen acceso a la seguridad social ni a la medicina privada, por lo que conocer la frecuencia de las comorbilidades psiquiátricas

en los pacientes oncológicos de esta institución resulta por demás valioso, ya que sería un brújula para conocer los trastorno psiquiátricos más frecuentes que se presentan en nuestra población de pacientes con cáncer.

IV. Objetivos

IV.1 Objetivo general

Determinar las causas mas frecuentes de solicitud de interconsulta psiquiátrica en pacientes hospitalizados del Instituto Nacional de Cancerología de México de Junio a Noviembre de 2008.

IV.2 Objetivos específicos

- Determinar los motivos de interconsulta psiquiátrica en pacientes hospitalizados del instituto nacional de Cancerología de México

- Determinar los diagnósticos psiquiátricos establecidos en dichas interconsultas

V. Material y métodos

V.1 Diseño

Se realizará un estudio transversal descriptivo de las causas de interconsulta al servicio de psiquiatría para pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Cancerología en el periodo comprendido de junio a noviembre de 2008.

V.2 Criterios de inclusión

- ◆ Expedientes de pacientes de ambos sexos
- ◆ Edad \geq 18 años
- ◆ Que se encontraban hospitalizados en el INCan y para quienes se solicitó interconsulta psiquiátrica de junio a noviembre de 2008.

V.3 Criterios de exclusión

- ◆ Pacientes en quienes no se encontró completa la información requerida en el expediente clínico u hoja de registro de interconsulta

V.4 Tabla de variables

	Definición conceptual	Instrumento de medición	Definición operacional
Edad cronológica	Se expresa como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento, que se puede expresar en horas, días, meses u años.	Años calendario.	Variable cuantitativa discontinua Años cumplidos
Sexo	Se describirá el sexo como masculino o femenino de acuerdo al fenotipo del paciente	Expediente clínico	Variable cualitativa dicotómica Masculino o femenino
Estado civil	Estado que guarda entre los ciudadanos.	Expediente clínico	Variable cualitativa nominal Casado, soltero, viudo, divorciado, unión libre.
Escolaridad	Grado máximo de estudios	Expediente clínico	Variable cualitativa nominal Primaria, secundaria, medio superior, superior, postgrado
Lugar de residencia	Lugar donde se encuentra su lugar de residencia habitual	Expediente clínico	Variable cualitativa dicotómica Local (D.F.) o foráneo (Resto del país)
Servicio que realiza la solicitud	Servicio que solicita la interconsulta en hospitalización	Registro de Interconsulta	Variable cualitativa nominal Oncología médica, UTI, Hematología, Radioterapia, Cabeza y cuello, psicología, familiar, ginecología, clínica del dolor, genética
Motivo de interconsulta	Razón de solicitud de interconsulta registrado en la solicitud original	Registro de interconsulta	Variable cualitativa nominal
Diagnóstico psiquiátrico	Diagnóstico realizado por el servicio de psiquiatría	Registro de Interconsulta	De acuerdo al CIE-10
Duración de la interconsulta	Días a partir de la solicitud de IC hasta el egreso del paciente	Registro de Interconsulta	Variable cuantitativa discontinua Días
Motivo de egreso	Causa de egreso de hospitalización	Expediente clínico	Variable cualitativa nominal Mejoría, máximo beneficio, voluntario, defunción
Días de hospitalización	Días a partir del ingreso a hospitalización hasta su egreso	Expediente clínico	Variable cuantitativa discontinua Días
Diagnóstico oncológico	Diagnóstico de base otorgado por su servicio tratante	Expediente clínico	Variable cualitativa nominal

VI. Análisis estadístico

Se realizaron medidas de tendencia central y dispersión para descripción de variables cuantitativas y frecuencias para describir los datos cualitativos. Se evaluó la diferencia de medias utilizando T de Student para variables cuantitativas continuas.

VII. Consideraciones éticas

- Por tratarse de un estudio transversal basado en información del expediente no se requiere consentimiento informado.
- Se someterá a la aprobación del comité de ética del Instituto Nacional de Cancerología de México

VIII. Resultados

En el último semestre se recibieron 63 interconsultas al servicio de psiquiatría, de las cuales 43 (68.3%) correspondieron a pacientes del género femenino y 20 (31.7%) al masculino. El rango de edad varió entre 16 a 82 años con una media de 47 años y una DE de 19 años.

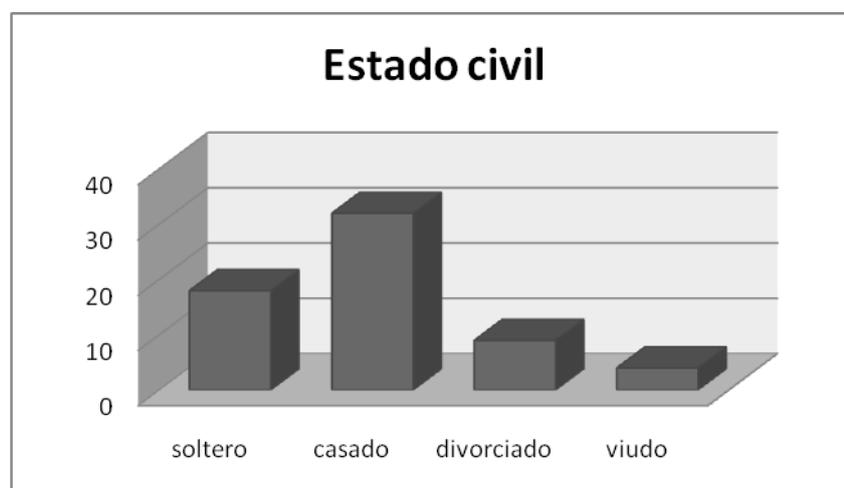


Figura 1. Estado civil

Con respecto al estado civil se encontró que el 28.6% se encontraba soltero, 50.8% casado, 14.3% divorciado y 6.3% eran viudos.

Con respecto a la escolaridad se encontró que 9.5% era analfabeta, 27% estudio la primaria, 25.4% estudio la secundaria, 22.2% estudio la preparatoria, 11.1% estudiaron licenciatura o posgrado y 4.8% estudio carreras técnicas.

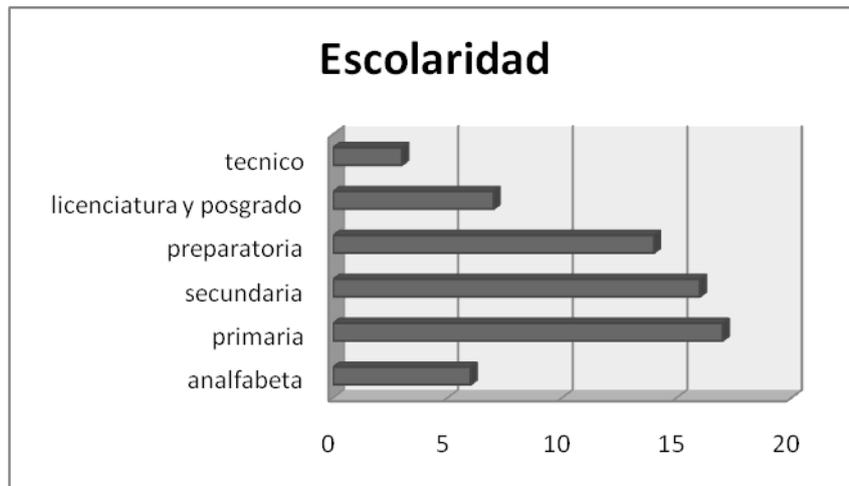


Figura 2. Escolaridad

En el instituto se atienden pacientes de toda la república por lo que la distribución por lugar de residencia de los pacientes que recibieron interconsulta psiquiátrica son como sigue:

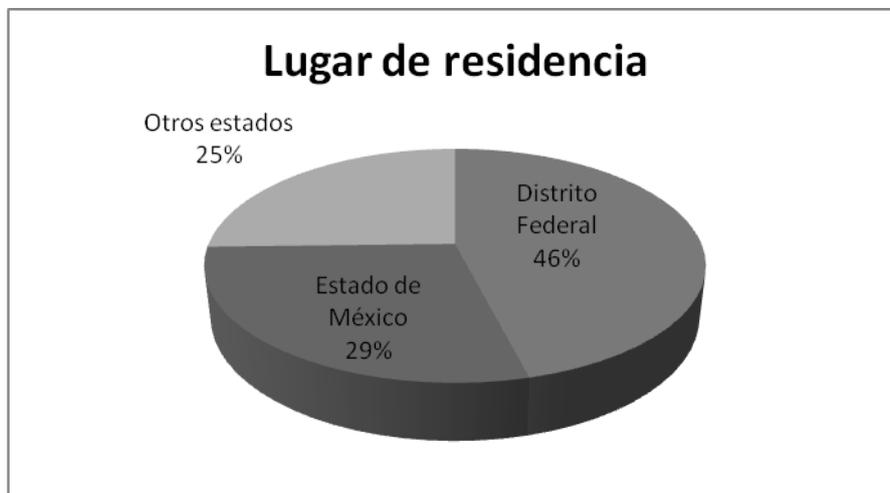


Figura 3. Lugar de residencia

Distintos servicios son los que solicitan IC, destacando oncología médica con un 38.1%, hematología 23.8% y los familiares la solicitan en 10%.

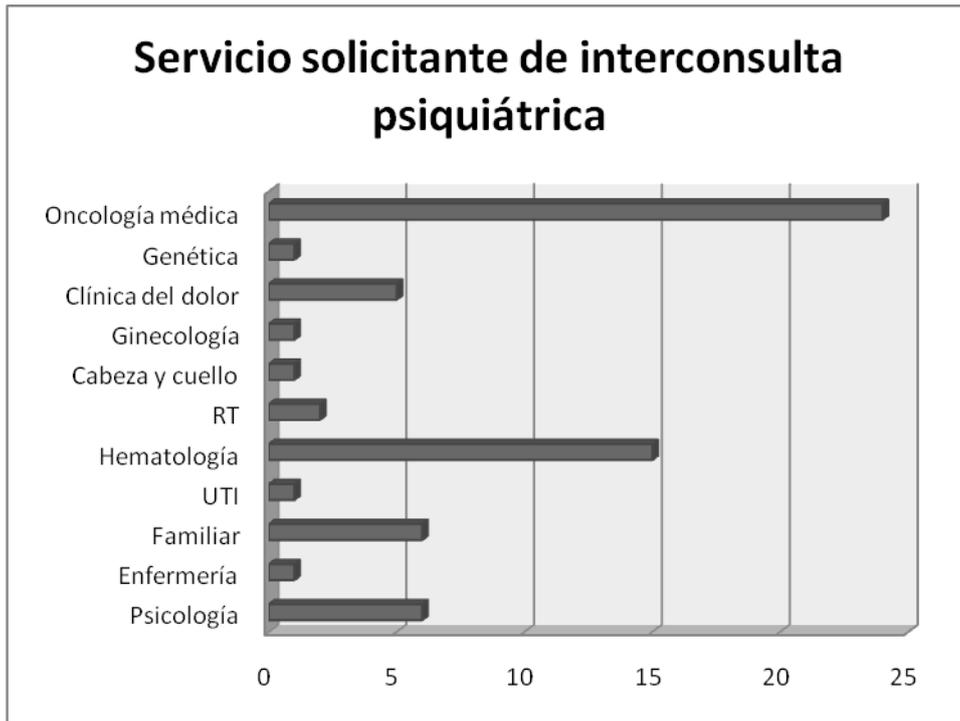


Figura 4. Servicio solicitante de interconsulta psiquiátrica

Para realizar la interconsulta existe un formato donde se registra el motivo por el cual el médico solicita la interconsulta, distribuyéndose de la siguiente forma.

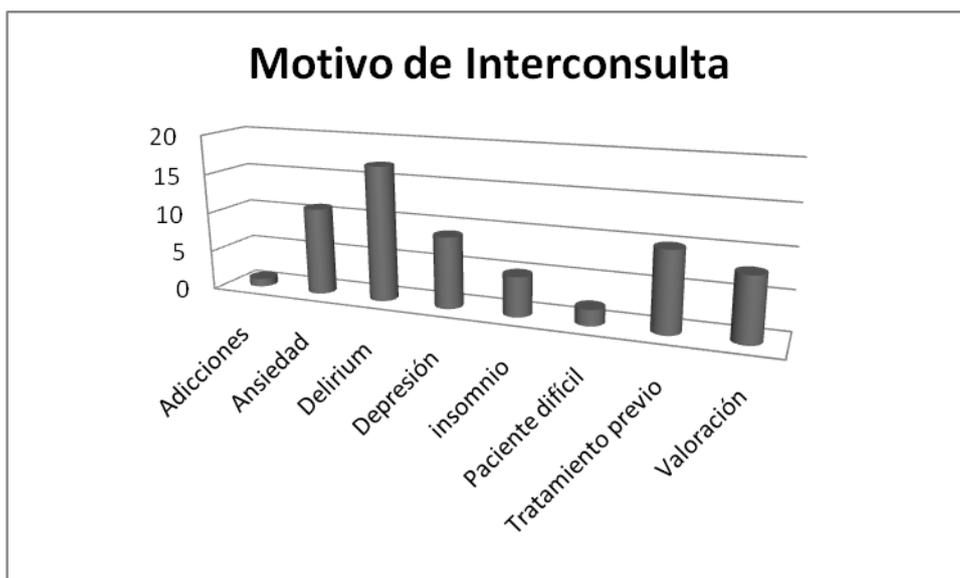


Figura 5. Motivos de solicitud de IC psiquiátrica

Posterior a la realización de la interconsulta se establecieron los distintos diagnósticos psiquiátricos generales.

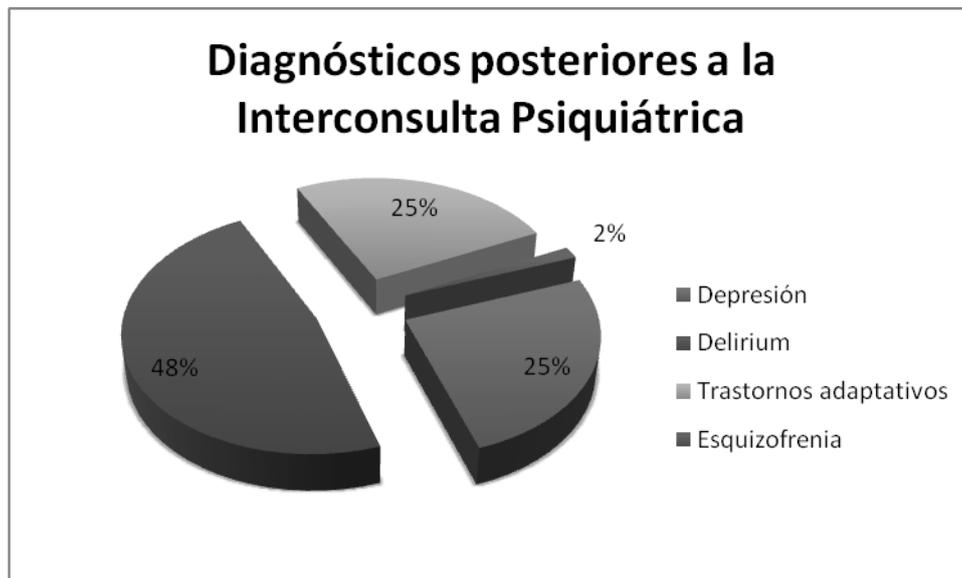


Figura 6. Diagnósticos psiquiátricos

Los tipos de cáncer de los pacientes interconsultados se distribuyeron de la siguiente manera, siendo lo mas frecuente el cáncer de mama seguido por la leucemia. En el grupo de otros se incluyeron un paciente con disgerminoma, otro con estesioblastoma y uno mas con cáncer de vejiga.

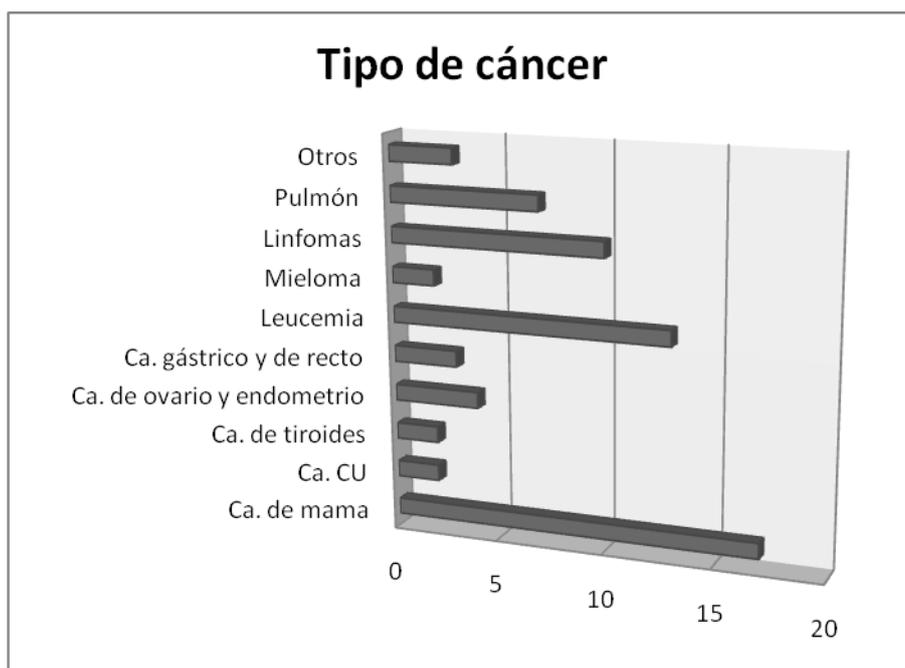


Figura 7. Tipos de cáncer

El tiempo promedio de hospitalización de estos pacientes fue de 16.75 días con una DE 14.44 días. Mientras que el tiempo de duración de la IC es de 1 a 55 días con un promedio de 7.63 días con DE 7.95. Con respecto al tiempo de hospitalización y el tiempo de interconsulta de acuerdo al diagnóstico psiquiátrico no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos $F=0.424$ $p=0.656$, tampoco se encontró diferencias con respecto a la duración de la interconsulta psiquiátrica $F= 1.516$ $p=0.228$. En los pacientes con delirium (n=30) se encontró una estancia hospitalaria media de 17.73 días (DE 15.23) y una duración media de interconsulta de 9.37 (DE 10.341). En los pacientes con depresión (n=16) se encontró una media de estancia hospitalaria de 18.31 (DE 15.40) y una duración de la IC media de 18.31 (DE 15.409). Y los pacientes con trastornos adaptativos (n=16) se encontró una media de estancia hospitalaria de 14.06 (DE 4.49) y una duración media de IC de 5.19 (DE 12.45). Solo se tuvo un paciente con esquizofrenia. No se encontraron diferencias en las edades de acuerdo al diagnóstico psiquiátrico $F=1.410$ $p=0.249$. Tampoco se encontraron diferencias en el diagnóstico psiquiátrico por el tipo de tumor.

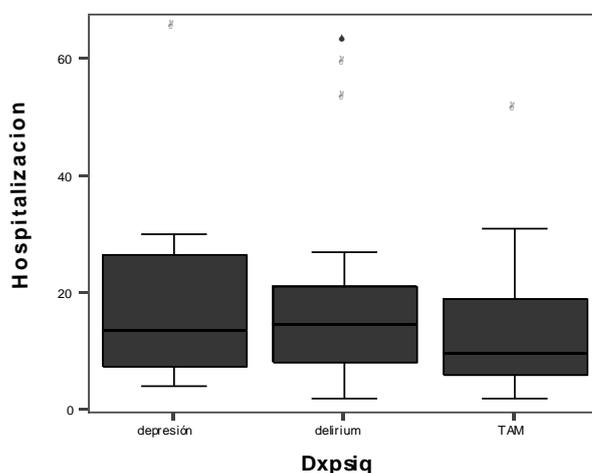


Figura 8. Comparación de medias de grupo de diagnóstico psiquiátrico con respecto al tiempo de hospitalización

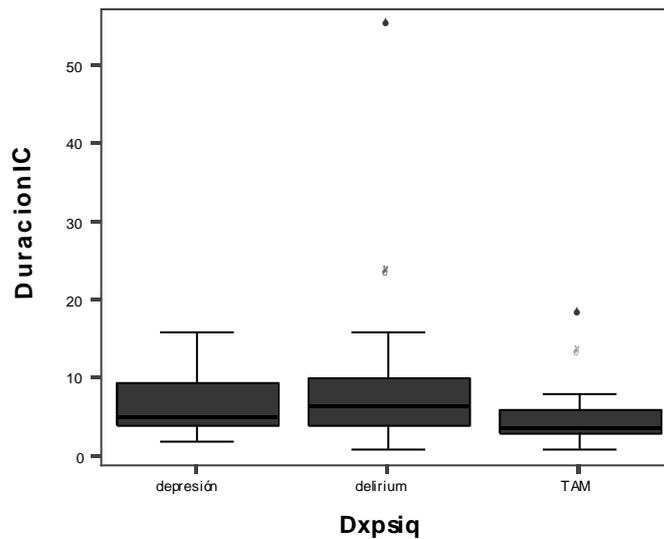
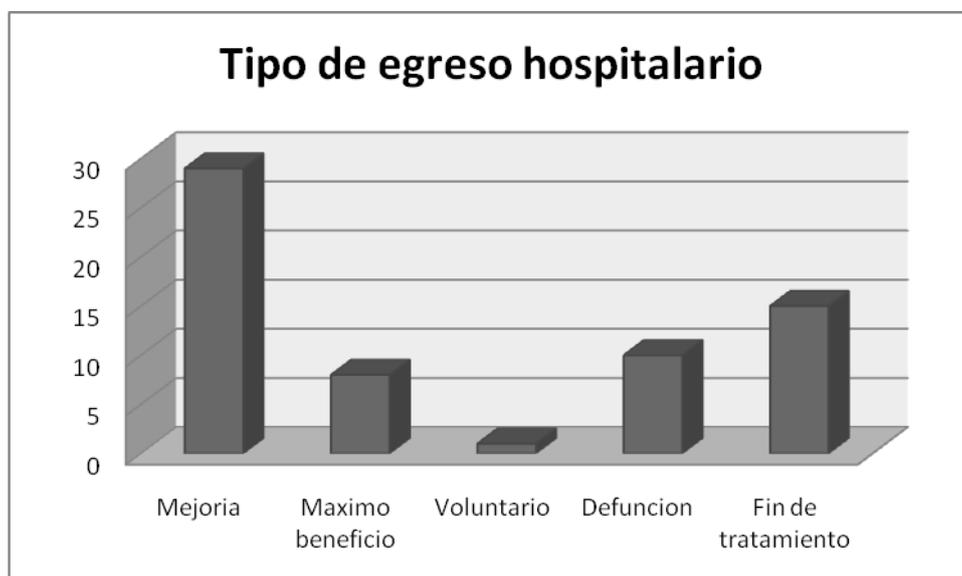


Figura 9. Comparación de medias de grupo de diagnóstico con respecto al tiempo de duración de la interconsulta

El tiempo medio de diferencia entre la duración de la hospitalización y el tiempo de duración de la interconsulta es decir el tiempo que se tardó en solicitar la IC posterior al ingreso del paciente fue de 9.11 días (DE 11.52).

La razón de egreso de los pacientes que recibieron interconsulta se distribuyo de la siguiente manera, se presentaron 10 defunciones (15.9%), 46% egresaron por mejoría, 1 paciente egreso de forma voluntaria, 23.8% egresaron por finalizar su tratamiento y 12.7% egresaron por máximo beneficio hospitalario.



IX. Discusión

Este estudio tuvo la intención de revisar de forma inicial el trabajo realizado en el servicio de psiquiatría del Instituto Nacional de Cancerología de México debido a que no existen muchas instituciones que se dediquen de forma específica a la atención de pacientes con cáncer que tengan las características de nuestros pacientes. Es un instituto de referencia nacional por lo que contamos con pacientes de todo el país aunque por su localización y la descentralización que se ha buscado al crearse hospitales de alta especialidad en distintas regiones del país la mayor afluencia de pacientes es del Estado de México y el Distrito Federal.

Aunque el servicio de psiquiatría del instituto ha estado presente prácticamente desde su fundación, existe una importante desconocimiento de sus funciones por parte de los pacientes, el personal paramédico y los mismos médicos de la institución por lo que difícilmente se alcanzan las metas de atención que se reportan en la literatura mundial. Se reportan muy pocas interconsultas y en general solo algunos servicios las realizan de forma constante y metódica. Esto lo podemos observar en los resultados obtenidos de esta investigación. Primero podemos observar que los servicios que mas solicitaron IC fueron oncología médica y hematología ambos eminentemente médicos, quedando muy claro que los servicios con enfoque principalmente quirúrgico solicitaron muy pocas veces la intervención. Esto probablemente es algo derivado de la formación de el médico que enfoca su atención a áreas específicas, pasando a segundo término la resolución de problemas mentales, sin embargo de acuerdo a la literatura mundial sabemos que de las prevalencias mas altas de delirium se tienen en pacientes en el periodo postquirúrgico temprano sin embargo no se nos solicita su atención.

Por otro lado, también se puede observar en este estudio que no se nos llama en cuanto inicia el padecimiento mental, o en cuanto inician los

síntomas, ni siquiera en cuanto el paciente se hospitaliza en general tuvimos un promedio de 9 días para iniciar la interconsulta. Esto deriva en una atención tardía de los padecimientos. Incluso en muchos de los pacientes se nos llama únicamente en los últimos días antes de su fallecimiento lo que no permite un alivio temprano de los síntomas.

En este periodo la razón mas frecuente de IC fue la presencia de delirium lo cual no corresponde con la literatura existente donde se menciona que son los trastornos adaptativos los que mas cantidad de interconsultas generan, esto podría derivarse de la baja detección de esta sintomatología ya que en muchas ocasiones se considera “normal” y “esperable” debido a que el cáncer es una enfermedad grave que puede ser interpretada como una amenaza inminente de muerte. En general no se considera a las enfermedades mentales como susceptibles de ser corregidas, se tiende a pensar que no existe tratamiento que pueda corregir la depresión, la ansiedad o incluso los trastornos adaptativos por lo que no se considera necesaria la atención psiquiátrica de estos pacientes.

Tampoco es compatible con la literatura que no se aumente el tiempo de hospitalización en los pacientes con delirium, sin embargo es posible observar que los pacientes se dan de alta aun con las alteraciones mentales presentes, con riesgo de caídas, lesiones y muy importante dificultad del manejo por parte de la familia ya que un paciente en delirium no coopera y genera ansiedad en sus cuidadores al no saber manejarlo.

X. Conclusiones

Se derivan del estudio las siguientes conclusiones:

- ◆ Es necesario brindar mejor información de las actividades del servicio y realizar un mejor enlace, especialmente con los servicios quirúrgicos que nos permitan una mayor detección de los padecimientos mentales y su correcta atención.
- ◆ Se requiere de una mayor difusión de los tratamientos y sus efectos en los padecimientos mentales que permitan a los profesionales entender que son susceptibles de ser corregidos de forma práctica en tiempos cortos.
- ◆ Es necesario concienciar a los médicos de los riesgos de no atender a los pacientes con enfermedades mentales desde el punto de vista psiquiátrico, en especial a los pacientes con delirium.

XI. Referencias bibliográficas:

1. Mohar A., Frias-Mendivil M, Suchil-Bernal L, Moras Macias T, G. De la Garza J. *Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. Salud Pública Mex.* 1997, 39, 253-58.
2. Holland, J.C. (ed.) (1998). *Psycho-oncology*, Oxford University Press, New York.
3. Gelder, M.G., López-Ibor, J.J., Andreansen, N., *Tratado de psiquiatría, tomo II*, (ed. 2004). Capítulo 5, pp. 1407-15.
4. Massie, M.J., and Holland, J.C., (1989). *Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorder. In Handbook of psycho-oncology: psycho-social care of cancer patients* (ed. J.C. Holland and J.H. Rowland), pp. 273-82. Oxford University Press, New York.
5. Pirl, W. (2004). *Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment depression in cancer patients. J Natl Cancer Inst Monogr*, 32-9.
6. Massie, M. (2004). *Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Inst Monogr.*, 57-71.
7. Stark, D., & House, A. (2000). *Anxiety in cancer patients. Br J Cancer* , 83:1261-7.
8. Jacobsen, P., Donovan, K., & Trask, P. (2005). *Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. Cancer*, 103:1494-502.
9. Zabora, J., Brintzenhogesoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). *The prevalence of psychosocial distress by cancer site. Psychooncology* , 10:19-28.
10. Degoratis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J. et al, (1983). *The prevalence of Psychiatric disorders among cancer, patients, Journal of the American Medical Association*, 240, (751-7).
11. Bukberg, J., Penman, D., and Holland, J.C., (1984). *Depression in hospitalized cancer patients. Psychosomatic Medicine*, 43, 199-212.
12. Knight, D. and Folstein, M.F. (1977). *Unsuspected emotional and cognitive disturbances in medical patients. Annals of internal Medicine*, 87, 723-4.
13. Massie, M.J., Holland, J.C., and Glass, E. (1983). *Delirium in terminally ill cancer patients. American Journal of Psychiatry*, 140, 1048-50.
14. Pereira, J., Hanson, J., and Bruera, E. (1997). *Frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. Cancer*, 69, 835-41.
15. Massie, M.J. and Popkin, M. K. (1998). *Depressive disorders.* In *textbook of Psycho-oncology* (ed. J.C. Holland), pp 518-40, Oxford University Press, New York.
16. Massie, M.J., Gagnon, P., and Holland, H.C. (1994). *Depression and suicide in patients with cancer. Journal of Pain Symptom Management*, 9, 325-40.
17. Massie, M.J., Gagnon, P., and Holland, H.C. (1994). *Depression and suicide in patients with cancer. Journal of Pain Symptom Management*, 9, 325-40.
18. Bolund, C. (1985). *Suicide and cancer I. Medical and care factors in suicide by cancer patients in Sweden, 1973-1976. Journal of psychosocial Oncology*, 3, 17-30.

19. Bolund, C. (1985). *Suicide and cancer II. Demographic and social characteristics of cancer patients who committed suicide in Sweden, 1973-1976. Journal of Psychosocial Oncology, 3, 31-52.*
20. Breitbart, W. and Wein, S.E. (1998). *Metabolic disorders and neuropsychiatric symptoms. In Psycho-oncology (ed. J.C. Holland), pp. 639-49, Oxford University Press, New York.*
21. Patchell, R.A. and Posner, J.B. (1986). *Neurological complications of carcinoides, Neurology, 36, 745-9.*
22. Shakin, E.J. and Holland J.C. (1988). *Depression and pancreatic cancer. Journal of pain and Symptom Management, 3, 194-8.*
23. Musselman, D.L., McDaniel, J.S., Porter, M.R., and Nemeroff, C.B. (1998). *Psychoendocrinology and cancer. In Psycho-oncology (ed. J.C. Holland), pp 135-43. Oxford University Press, New York.*
24. Passik, S.D. and Breitbart, W. (1996). *Depression in patients with pancreatic cancer: diagnostic and treatment issues. Cancer, 78, 615-23.*
25. Green, A. and Austin, C. (1993). *Psychopathology of pancreatic cancer: a psychobiology probe. Psychosomatics, 34, 208-21.*
26. Maguire, P. (1978). *Psychiatric problems in the first year following mastectomy. British Medical Journal, 1, 963-5.*
27. Wells, K.B., Golding, J.M. and Burham, M.A. (1998). *Psychiatric disorders in a sample of general population with and without medical conditions. American Journal of Psychiatry, 52, 100-13.*
28. Pereira, J., Hanson, J., & Bruera, E. (1997). *The frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. Cancer, 79(4):835-842*
29. Breitbart, W. and Cohen, K. (1998). *Delirium. In Psycho-oncology (ed. J.C. Holland), pp. 564-75. Oxford University Press, New York.*
30. Fleishman, S.B. and Kalash, G.R. (1998) *Chemotherapeutic agents and neuropsychiatric side effects. In Psycho-oncology (ed. J.C. Holland), pp. 630-9, Oxford University Press, New York.*
31. Levenson, J.L. (2006), *Tratado de Medicina Psicosomática, ed. Arts Medica, Cap. 24, pp.527-45.*
32. Inui A, (2002) : *Cancer Anorexia-cachexia syndrome. CA Cancer J Clin 52: 72-91.*
33. *Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Cancerología, Asociación Mexicana de Patólogos. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México. Morbilidad y Mortalidad, 1993-1994, México, D.F. 1996.*