

EFECTO DE LA PRESENCIA DE LOS FAMILIARES SOBRE LA DEPRESIÓN EN MUJERES HOSPITALIZADAS CON CÁNCER

VANESSA FUCHS-TARLOVSKY, MÓNICA BEJARANO, KAROLINA ÁLVAREZ A, MARIANA GODOY, NADINE C FERNÁNDEZ K.

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, SERVICIO DE ONCOLOGÍA. ESCUELA DE DIETÉTICA Y NUTRICIÓN, ISSSTE, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA. MÉXICO

RESUMEN

La depresión es un problema frecuente en las pacientes con cáncer. En estos casos, la familia es la principal fuente de apoyo, sin embargo, la literatura muestra que así como puede mejorar el estado de ánimo de la paciente puede causar un acompañamiento insano y causar efecto contrario. **OBJETIVO:** Conocer el impacto de la presencia familiar en aparición de síntomas depresivos de pacientes con diagnóstico de cáncer cérvico uterino, ovario o mama durante su estancia hospitalaria en el Servicio de Oncología Hospital General de México. **MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo y prospectivo en pacientes con cáncer cérvico uterino, ovario o mama, estancia intra-hospitalaria mínima de 4 días. Se registraron los tiempos de acompañamiento y la relación con los acompañantes. Se utilizó el inventario de depresión de Beck. Se realizó análisis estadístico descriptivo y prueba X^2 para comparar los reactivos del cuestionario. **RESULTADOS:** Se evaluaron 100 pacientes; 61,3 % manifestaron síntomas depresivos clínicamente significativos. De ellas, 22,1 % presentó depresión leve, 23,1 % moderada y 16,1 % severa. Destacó la preocupación por la salud (88,1 %), cansancio 76,1 % y pérdida de peso 74,1 %, desinterés sexual e incapacidad para trabajar 68,1 % para cada uno. **CONCLUSIÓN:** La presencia familiar aparentemente no influye en la depresión de las pacientes, independientemente del tipo de cáncer o del tratamiento recibido. El acompañamiento familiar puede resultar emocionalmente ambivalente en caso de no ser adecuado. La depresión en estas pacientes, parece estar condicionada por factores internos.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, uterino, ovario, mama, familia, depresión.

SUMMARY

In women with cancer, family is an important source of support, but sometimes, the accompanying may even promote depression in hospitalized patients, depression decreases quality of life, increases the complication rates and length of hospital. **OBJECTIVE:** Determine the impact of family presence in the onset of depressive symptoms in patients with cervical, ovarian or breast cancer during their hospital stay at the Oncology, Hospital General de Mexico. **METHODS:** This was an observational, descriptive and prospective study in patients with cervical, ovarian or breast cancer, with minimum of 4 days hospital stay. Number of times that the patient was accompanied was recorded as well as the family relationship with the escorts. Relationship with the Depression Inventory was used to evaluate depression. Descriptive statistical analysis was performed and X^2 test was used to compare Beck items. **RESULTS:** Evaluated 100 patients, 61.3 % reported clinically significant depressive symptoms. Of these, 22.1 % had mild, 23.1 % moderate 16.1 % severe depression. Highlighted concerns about health were seen in (88.1 % of the patients), fatigue in 76.1 % and weight loss in 74.1 % of then; sexual disinterest and inability to work was observed in 68.1 % for the population evaluated. **CONCLUSION:** The presence of the family members did not influence on depression in our population, regardless of type of cancer or the treatment received. The accompanying can be emotionally ambivalent if not appropriate. Depression in these patients appeared to be influenced by internal factors.

KEY WORDS: Cancer, uterus, ovarian, breast, family, depression.

Recibido: 26/01/2013 Revisado: 22/03/2013
Aceptado para publicación: 10/05/2013

Correspondencia: Vanessa Fuchs Tarlovsky Hospital General de México. Unidad de Oncología 111. Doctor Balmis No. 148, Col. Doctores. México. D.F. C. P. 06726. E-mail: vanessafuchs@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Es común que el cáncer y la depresión ocurran de manera simultánea. Esto sucede, pues algunos de los síntomas del cáncer como el dolor y la fatiga aumentan la prevalencia de depresión en estos pacientes. En la literatura se ha asociado la depresión como un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer, sin embargo, los pacientes enfermos, ya sea por el progreso de la enfermedad tanto como por los tratamientos, pueden caer en la depresión. Este padecimiento puede alterar el sistema inmunológico de manera importante por lo que se pone en riesgo la supervivencia del paciente. Existe evidencia de que el apoyo psicosocial puede ser de ayuda en los pacientes que están enfermos, reduciendo los síntomas de depresión, ansiedad y dolor, contribuyendo a incrementar el tiempo de supervivencia ⁽¹⁾. En México, los tres tipos de cáncer con mayor incidencia en mortalidad en las mujeres son el cáncer de mama (7,6 %), el cáncer de ovario (6,4 %) y el de cuello de útero (2,7 %) ⁽¹⁾. La presencia de tumor maligno en alguno de estos órganos sexuales constituye un impacto psíquico capaz de desestructurar el equilibrio anímico y afectivo en la mujer, debido al simbolismo de feminidad que representan y a su funcionalidad reproductiva ⁽²⁻⁴⁾. En este contexto, la depresión se presenta como uno de los trastornos psicológicos más comunes; suele ser breve en su inicio, con una duración de varios días o semanas; puede incluir sentimientos de incredulidad, rechazo o desesperación, o bien, comenzar con un período disfórico, en el cual se pueden experimentar trastornos del sueño y del apetito, ansiedad, cavilaciones y temor al futuro ⁽²⁾. Las cifras de depresión en las mujeres con cáncer abarcan un espectro muy amplio que va desde un 21 % a 76,7 % ⁽³⁻⁸⁾, lo que conlleva a desmejoras en la calidad de vida, incremento de tiempo de estancia hospitalaria y complicaciones

con los tratamientos ⁽⁴⁻⁶⁾. Existen instrumentos cuya función es otorgar un valor concreto a un fenómeno tan subjetivo como la depresión. Por ejemplo, en un estudio realizado por Carrol y col., se aplicó la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) para detectar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer. Se encontró que el 47,6 % necesitarían tratamiento psicológico, porque de acuerdo a los puntos de corte de esta escala, cerca del 23 % de los encuestados tenían puntuaciones por arriba del número 11, indicando posible ansiedad y/o depresión. En este mismo estudio se descubrió que los pacientes que se encontraban hospitalizados al momento, o tenían tumores malignos diagnosticados en esos instantes, tenían mayores índices de depresión ⁽⁵⁾.

Otro instrumento es el BDI-II de *Beck, Asteer, & Brown*. Este puede ser auto-aplicado o aplicado por un examinador y consta de 21 reactivos que contienen cuatro opciones de respuesta, utilizados para medir el grado en que se presenta el síntoma depresivo de interés, por ejemplo, tristeza, pesimismo, insatisfacción, fatiga, sentimientos de fracaso y miedo al castigo, entre otros ⁽⁶⁾.

Una de las premisas básicas del modelo biopsicosocial, afirma que los diversos subsistemas (biológico, individual, familiar, comunitario, etc.) mantienen una relación de influencia recíproca, de tal forma que afectan tanto a la salud como a la enfermedad ⁽⁷⁾. Cuando se presenta una enfermedad como el cáncer, la familia funge como la mayor fuente de apoyo social y personal así como afectiva y económica. De esta manera, la calidad de la relación interpersonal se vuelve vital ⁽⁸⁾. Se ha descubierto mediante experiencia clínica que los procesos internos de la familia pueden ser fuente de riesgo y protección para el individuo enfermo. Las respuestas de la familia ante la crisis dependen de una estructura previa de funcionamiento, de sus experiencias, mitos, creencias y tradiciones desarrolladas y establecidas alrededor del tiempo

emocional de su historia. Esto puede definir la forma en la cual los recursos de apoyo son solicitados y manejados, los roles que se esperan de los diferentes miembros y el grado de éxito esperado ⁽⁹⁾. Los conflictos intrafamiliares y la culpa, pueden empeorar el curso de la enfermedad, la cercanía y la unidad, mientras que las relaciones de apoyo mutuo y las destrezas de la familia en el cuidado del enfermo son factores de protección ⁽¹⁰⁾.

El objetivo principal del presente estudio fue determinar la relación entre el acompañamiento familiar y la presencia de síntomas depresivos en las pacientes hospitalizadas con alguno de los tipos de cáncer antes mencionados. Adicionalmente, se compara la manifestación de los síntomas depresivos entre los diversos diagnósticos y los tipos de tratamiento.

MÉTODO

Previa aprobación por el comité de ética y de investigación del Hospital General de México, se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo en pacientes femeninas que ingresaron al Servicio de Oncología a partir del 1° de julio de 2006 hasta el 31 de marzo de 2007. Como criterios de inclusión, las pacientes debieron tener un diagnóstico de cáncer cérvico uterino, de ovario o de mama y una estancia intra hospitalaria mínima de 4 días.

Al ingreso de las pacientes, se les explicó el objetivo del estudio y se les dio a firmar una hoja de consentimiento informado de manera voluntaria para participar en el estudio. Se llevó un registro diario de las veces que la paciente fue acompañada durante su estancia hospitalaria y la relación con las personas que las acompañaron. Para detectar la presencia de síntomas depresivos se utilizó al cuarto día de estancia hospitalaria el inventario de depresión de Beck. Esta evaluación se aplicó leyendo directamente a la paciente cada oración de los reactivos que la integran (21 reactivos). Aunque en la aplicación del

método propuesto por Beck normalmente se califica como “ausencia de depresión” con 0 a 10 puntos, “depresión leve” con 10 a 16 puntos, “depresión moderada” con 17 a 29 y “depresión severa” con 30 o más puntos, se ha concluido que el punto de corte más adecuado para diferenciar pacientes deprimidos de los no deprimidos dentro de un ambiente intra-hospitalario es un puntaje de 13. Este punto de corte ha mostrado un valor específico del 89,6 %, una sensibilidad de 91,7 % y un valor predictivo del 68,8 % ⁽¹¹⁾.

A fin de caracterizar la muestra evaluada se realizó un análisis estadístico descriptivo, así como una prueba X^2 (Chi cuadrado) a fin de encontrar la posible relación entre la depresión y la presencia del familiar.

RESULTADOS

Se evaluaron 100 pacientes con un rango de edad entre 18 y 83 años y un promedio de edad de 47,8 años. Sesenta y un pacientes (61,6 %) ingresaron con diagnóstico de cáncer cérvico uterino, 16 pacientes (16,1 %) con cáncer de mama, y 22 pacientes (22,1 %) con cáncer de ovario. El 32,1 % ingresaron para mejorar condiciones, 21,1 % someterse a un proceso quirúrgico, 25,1 % para recibir quimioterapia y 21,1 % para recibir radioterapia.

Se encontró que el 61,3 % de las pacientes manifestaron síntomas depresivos clínicamente significativos. De ellas, 22,1 % presentó depresión leve, 23,1 % moderada y 16,1 % presentó depresión severa. El 87 % de las pacientes fueron acompañadas y tuvieron visitas al menos la mitad de los días de su estancia hospitalaria. En el Cuadro 1, se observa la relación entre la incidencia de depresión con el acompañamiento del familiar ($P=0,80$), el diagnóstico médico ($P=0,53$) y tratamiento de la enfermedad de base ($P=0,65$), las cuales resultaron no significativas.

Mediante el desglose de la escala de Beck, se

encontró que el síntoma depresivo más frecuente fue la preocupación por la salud, el mismo se observó en 88,1 % de las pacientes. El cansancio se presentó en un 76,1 % y la pérdida de peso en el 74,1 %. Tanto el desinterés sexual como la incapacidad para trabajar se observó en un 68,1 %.

Cuadro 1. Relación entre la incidencia de depresión con relación al tratamiento, con relación al diagnóstico y al grado de acompañamiento. (n=100)

Variables analizadas	X ²	P
Depresión y tratamiento	1,63	0,65 *
Depresión y diagnóstico	1,24	0,53 *
Depresión y grado de acompañamiento	0,06	0,80 *

*No significativo

DISCUSIÓN

La depresión en pacientes con cáncer es tres veces superior en comparación con la población en general y dos veces mayor en personas hospitalizadas por otros problemas clínicos⁽¹²⁾. El cáncer en órganos sexuales femeninos constituye un impacto capaz de desestructurar el equilibrio anímico de la mujer que lo padece, aumentando la probabilidad de desarrollar un estado depresivo. En nuestro estudio se utilizó el inventario de depresión de Beck para detectar este trastorno psicológico, mostrando que las pacientes participantes, presentaron principalmente preocupación por su salud presente, probablemente como consecuencia del proceso de aceptación de su enfermedad⁽¹³⁾; seguido de síntomas físicos de cansancio, pérdida de peso, incapacidad para trabajar y desinterés sexual, independientemente del tipo

de cáncer o del tratamiento recibido. Resulta interesante la relación de esta sintomatología física con la depresión porque con frecuencia esto es observado en el paciente oncológico debido al proceso fisiopatológico de la enfermedad o efecto secundario del tratamiento oncológico, por lo que es difícil atribuirlo solamente a que el paciente está experimentando un proceso depresivo^(14,15).

En cuanto al acompañamiento familiar y su relación con la depresión, no se encontraron en la literatura datos recientes que traten de determinar esta relación en un grupo de pacientes hospitalizadas que presenten tumor en el cérvix, ovario o mama, sin embargo, sí destacan la importancia del apoyo social en la paciente oncológica para recuperar su equilibrio psico-social⁽³⁾. Un estudio en 1999 que midió la depresión en pacientes con cáncer de mama en relación con la presencia familiar, la etapa de la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico, concluyó que la presencia familiar en la depresión no fue estadísticamente significativa (P=0,21) pero el riesgo de que estas pacientes se deprimieran posteriormente fue tres veces superior al de las enfermas con apoyo familiar⁽¹⁶⁾. Nuestros resultados muestran que del 61,3 % de las pacientes con síntomas clínicos significativos de depresión, no presentaron relación significativa con el diagnóstico y tratamiento médico, ni con el acompañamiento familiar. Estos datos sugieren que en nuestras pacientes, el acompañamiento familiar no está relacionado directamente con el proceso de depresión. Sin embargo, un estudio realizado en pacientes con cáncer cérvico uterino muestra que el acompañamiento familiar puede estar influido en la presencia de depresión de las pacientes, sugiriendo un apoyo familiar insano que, además de la enfermedad, podría afectar el estado anímico de la paciente⁽¹²⁾. En nuestro estudio se observó que el acompañamiento familiar puede resultar emocionalmente ambivalente en caso de no ser adecuado⁽⁵⁾. Al igual que en la literatura se presentaron muchos

factores adversos para proveer un apoyo familiar benéfico y de calidad; debido a las necesidades socioeconómicas pocos familiares pudieron perder días de ingreso laboral, lo que causó gran angustia a la paciente cuando era acompañada, a su vez el origen rural de muchas familias impidió el continuo traslado para las visitas. Finalmente, el bajo nivel de educación complicó la comunicación entre los médicos, la paciente y sus familiares. Esta dinámica provocó una gran desorganización en la familia propiciando cambio de roles y de actividades, generando estrategias defensivas y evasivas en ambas partes. Una de las principales consecuencias de este patrón social, fue un prolongado sentimiento de soledad que las pacientes refirieron, a pesar de estar acompañadas, en este sentido la depresión parece estar más condicionada por factores internos de la paciente que por situaciones contextuales que aparecen de manera esporádica.

Una de las limitaciones del estudio fue la medición cuantitativa de la compañía, debido a la dificultad de establecer un criterio válido para su evaluación. Sin embargo, el análisis de estos datos, permite percibir la importancia de los componentes intrínsecos de una relación, como lo son: el respeto, la empatía y la honestidad, que parecen ser más importantes que la simple presencia familiar.

Se recomienda que el acompañamiento sea mediante actos simples y cotidianos como el contacto físico, cuidar a sus hijos, acompañar emocionalmente a la paciente sin intentar evitar sus expresiones afectivas, respetar los tiempos de visita y los límites que pone esta, ser detallista y creativo y mantenerla comunicada con el mundo exterior. Saber escuchar lo que realmente siente la paciente, mantenerla enterada de la evolución de su enfermedad e incluirla en la toma de decisiones acerca de su tratamiento. Además, es necesario investigar acerca de estos factores cualitativos, así como el efecto de los tratamientos psicológicos en la calidad del acompañamiento percibido por las pacientes y por los familiares, con el fin de potenciar sus efectos.

La importancia médica del diagnóstico de la depresión oportunamente, reside poder brindar en conjunto al tratamiento oncológico un adecuado tratamiento psicológico y en ocasiones psiquiátrico, para mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer ginecológico.

Finalmente se concluye, que la depresión es un trastorno psicológico multifactorial, en el que el acompañamiento familiar no representa una fuerte asociación. Sin embargo, se considera que esta entidad se encuentra sub-diagnosticada, lo cual puede agravar el grado de depresión en caso de no recibir apoyo especializado.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Datos nacionales a propósito del día mundial contra el cáncer. Disponible en URL: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadistica>.
2. Alvarado-Aguilar S. Psicooncología en México, perspectiva histórica. *Gac Méx Oncol*. 2004;3(3):44-47.
3. Bodurka-Bevers D, Basen-Engquist K, Carmack CL, Fitzgerald MA, Wolf JK, Gershenson, D M. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 2000;78(3):302-308.
4. DiMatteo RM, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med*. 2000;160:2101-2107

5. Carroll B, Kathol R, Noyes R, Wald T, Clamon GH. Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital anxiety and depression scale. *Gen Hosp Psychiatry*. 1993;15(2):69-74.
6. Beck A, Steer R, Garbin M. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1998;8(1):77-100.
7. Minuchin SBR, Baker L. *Psychosomatic families*. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
8. Doherty W, Campbell T. *Families and health*. Newbury, California: Sage Publications; 1988.
9. Gómez JA. Portales Médicos. La familia y la enfermedad en fase terminal. Disponible en: URL: <http://www.portalesmedicos.com/monografias/familia/04.htm>.
10. Fleitas L, Fleitas L, editor. Interpretación y uso de los genogramas. Granada, España; 1999:429-454.
11. Beck AT, Asteer R, Brown G. BDI-II: Inventario de depresión de Beck 2ª edición. Buenos Aires, Argentina: Paidós; 2006.
12. Cesaro R. Depresión y ansiedad en el paciente con cáncer. En abordaje integral del paciente con cáncer. Buenos Aires: Psico-Socio-Oncología; 1988.
13. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC, Flieshman SB, Zabora J, Baker F, et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients: A multicenter evaluation of the distress thermometer. *Cancer*. 2005;103(7):1494-1502.
14. Carmack-Taylor CL, Basen-Engquist K, Shinn EH, Bodurka DC. Predictors of sexual functioning in ovarian cancer patients. *J Clin Oncol*. 2004;22(5):881-889.
15. Breen SJ, Baravelli CM, Schofield PE, Jefford M, Yates PM, Aranda SK. Is symptom burden a predictor of anxiety and depression in patients with cancer about to commence chemotherapy? *Med J Aust*. 2009;190(7):99-104.
16. Vidal M, Santiago J. La consulta psico-oncológica: La depresión en cáncer. *Rev Arg Clin Neuropsiquiátrica*. 1999;8(2):141-156.

Los autores declaramos que este estudio fue realizado bajos los principios éticos de confidencialidad de la información de las pacientes por medio de un consentimiento informado; así como que el presente trabajo de investigación no ha sido considerado para publicación en otra revista, ni presenta conflicto de interés de ningún tipo que impida con el proceso de revisión.