

Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama

Rubén Valle ¹, Miguel Zúñiga ¹, Carolina Tuzet ¹, Carmen Martínez ¹,
Jesús De la Jara ¹, Rolig Aliaga ², Álvaro Whittembury ³

Resumen

Introducción: Las pacientes con cáncer de mama tienden a desarrollar algún tipo de trastorno psiquiátrico, principalmente depresión. Una manera de evaluar cómo las pacientes conllevan su enfermedad es a través de la calidad de vida. Objetivos: Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y calidad de vida y sus asociaciones con el tiempo desde el diagnóstico y el estado menopáusico. Diseño: Estudio analítico, observacional y transversal. Lugar: Servicio de Oncología del Hospital Arzobispo Loayza. Participantes: Mujeres con diagnóstico clínico e histológico de cáncer de mama que acudieron para tratamiento con quimioterapia. Intervenciones: Se utilizó el inventario de depresión de Beck, la escala de calidad de vida de Mezzich y Cohen y un cuestionario demográfico. El análisis fue realizado con la prueba exacta de Fisher, t de student y regresión lineal. Principales medidas de resultados: Sintomatología depresiva, calidad de vida. Resultados: Se encuestó 24 pacientes, encontrándose una prevalencia de 38% de sintomatología depresiva y 38% de baja calidad de vida. No se halló asociación significativa de sintomatología depresiva y nivel de calidad de vida con alguno de los factores asociados, excepto en la relación de este último con el grado de instrucción de la paciente, con un OR de 11,2 ($p=0,047$, IC 95% 0,99 a 125,6). Conclusiones: Se encontró una prevalencia de 38% de sintomatología depresiva y 38% de baja calidad de vida. El tiempo desde el diagnóstico y estado menopáusico no tuvieron una asociación significativa con la sintomatología depresiva y la calidad de vida. El único factor asociado significativamente con la calidad de vida fue el grado de instrucción.

Palabras clave

Neoplasias de la mama; depresión; calidad de vida; menopausia.

Depressive symptoms and quality of life in breast cancer women

Abstract

Background: Breast cancer women have a tendency to develop psychiatric symptomatology, mainly depressive. A way to evaluate how the patient entails her disease is by quality of life. Objectives: To determine the prevalence of depressive symptoms and quality of life and their associations with time since diagnosis and the menopausal status. Design: Analytical, observational and transversal study. Setting: Arzobispo Loayza Hospital Oncology Service. Participants: Women with clinical and histological diagnosis of breast cancer and seeking chemotherapy. Interventions: The Beck depression inventory, the Mezzich and Cohen quality of life scale and a demographic questionnaire were

used. The Fisher test, student's T-test and lineal regression analysis were used. Main outcome measures: Depression symptoms, quality of life. Results: In 24 women studied the prevalence of depressive symptoms and low level of quality of life was 38%. We did not find a significant association between depressive symptoms and quality of life, except with education level, OR 11,2 ($p=0,047$, 95%CI 0,99 to 125,6). Conclusions: We found a prevalence of 38% of both depressive symptoms and low level of quality of life. Time from diagnosis and menopausal status did not have a significant association with both depressive symptoms and quality of life. The only factor significantly associated to quality of life was patient's education level.

Key words: Breast neoplasms; depression; quality of life; menopause.

¹ Estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Medicina Humana. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

² Servicio de Oncología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.

³ Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye una de las más importantes causas de morbimortalidad por cáncer, ocupando el primer lugar de

casos de cáncer en la mujer a nivel mundial (1). En el Perú, ocupa el segundo lugar en morbilidad, después del cáncer de cuello uterino y el primero en mortalidad; el grupo etáreo más afectado corresponde a las mujeres entre los 45 y 64 años, con 2 475 casos y una tasa de letalidad de 9,45%, en el periodo 1997 a 2001 (2).

Se ha observado que las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama tienden a desarrollar algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo los trastornos más frecuentes la depresión mayor y la ansiedad (3). Sin embargo, muchas veces se ha observado que estas pacientes no cumplen todos los criterios para ser diagnosticadas con depresión mayor. Es entonces cuando hablamos de la presencia de sintomatología depresiva (4). La asociación entre cáncer y síntomas depresivos es incierta y al respecto algunos autores manifiestan que se debe a una reacción normal del organismo a la enfermedad; otros la refieren como un síntoma propio de la enfermedad e incluso al tratamiento (4,5).

Con el empleo de los nuevos procedimientos y fármacos antineoplásicos, se ha logrado aumentar el tiempo de vida de las pacientes. Sin embargo, este aumento del tiempo de vida no viene acompañado de un cambio cualitativo en la manera como las pacientes llevan su enfermedad (6,7). Una manera de evaluar cómo las pacientes afrontan su enfermedad y cómo esta influye en sus capacidades mentales, físicas y sociales es a través de la calidad de vida (6). Se ha observado que las mujeres jóvenes tienen menor calidad de vida después del diagnóstico de cáncer, con respecto a las mujeres mayores, debido a la presencia de síntomas menopáusicos, problemas del desempeño sexual e imagen corporal y a los factores económicos y sociales (8). Asimismo, otro estudio muestra que las mujeres con cáncer de mama, dentro del rango de edad de 45 a 65 años de edad, no muestran mayor diferencia en la calidad de vida

respecto a las mujeres sin cáncer de mama en este mismo grupo etáreo (9).

El cáncer de mama se presenta con mayor frecuencia a partir de los 45 años de edad, periodo que coincide con la aparición de la menopausia. La menopausia, definida como el cese de la menstruación durante 12 meses en ausencia de otras causas patológicas o psiquiátricas (10), trae consigo cambios en el estado de ánimo (tristeza, ansiedad e irritabilidad). Sin embargo, algunos autores señalan que los cambios en el estado del ánimo durante la menopausia estarían más relacionados a cambios psicológicos y sociales propios de este grupo etáreo que a cambios orgánicos por desequilibrios hormonales (11,12). La presencia de menopausia en mujeres con cáncer de mama podría influir en la mayor o menor prevalencia de sintomatología depresiva.

Aún no está claro en qué momento posterior al diagnóstico de cáncer de mama las pacientes empiezan a desarrollar síntomas depresivos. En un estudio longitudinal realizado en Londres, se encontró una prevalencia de 20% al año de diagnóstico de depresión, ansiedad o ambos, que disminuyó progresivamente en los siguientes años (13). Otros estudios indican que la depresión es más frecuente en la etapa terminal del cáncer, especialmente en aquellos con síntomas físicos pobremente controlados (3).

En este estudio, se buscó determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y nivel de calidad de vida y sus asociaciones con el tiempo desde el diagnóstico y el estado menopáusico, así como determinar qué factores no relacionados con la enfermedad pueden influir en su mayor o menor prevalencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio analítico, observacional, de corte transversal. La población de estu-

dio estuvo conformada por pacientes mujeres con diagnóstico clínico e histológico de cáncer de mama, que acudieron al servicio de Oncología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza para tratamiento con quimioterapia. Fueron excluidas las pacientes que no cumplían con su tratamiento, las que se encontraban en estadio terminal y aquéllas que presentaban enfermedad crónica no oncológica en estadio terminal.

Para la recolección de datos, se utilizó el inventario de depresión de Beck, que es una escala autoaplicada que consta de 13 ítems, en su versión abreviada; esta escala evalúa la gravedad del cuadro depresivo (¹⁴). Los puntos de corte son: 0 a 4, depresión ausente o mínima; 5 a 7, depresión leve; 8 a 15, depresión moderada; y, mayor de 15, depresión grave. Esta escala fue validada en el Perú, en el Instituto Nacional de Salud Mental (^{14,15}). La otra escala utilizada fue la escala de calidad de vida de Mezzich y Cohen; es un instrumento autoaplicado. La finalidad es medir calidad de vida relacionada a la salud e incluye 10 ítems, que evalúan el bienestar físico, psicológico, emocional y la calidad de vida global. El indicador de la variable calidad de vida es cuantitativo, con valores que van de 10 hasta 100; no presenta puntos de corte y, a mayor puntaje, mayor calidad de vida; esta escala ha sido validada para el Perú (¹⁶). La ficha de datos demográficos es un cuestionario de aplicación directa. Para su elaboración, se tomó en cuenta variables sociodemográficas utilizadas en otros trabajos y fichas utilizadas en el servicio de oncología del HNAL. Consta de 10 dominios relacionados a las características sociales y antecedentes patológicos de la población. La aprobación fue hecha por los asesores de este trabajo. Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 11.0, en su versión en español. Se aplicó las pruebas exacta de Fisher, t de student y regresión lineal.

RESULTADOS

Se entrevistó 24 pacientes; 6 pacientes no asistieron a sus controles, por lo que no pudieron formar parte del estudio; 54,2% estaba constituido por pacientes posmenopáusicas y 45,8% premenopáusicas. El 4,2% de las pacientes no había tenido estudios escolares y 95,8% algún grado de educación escolar o universitaria (primaria 16,7%, secundaria 54,2 % y superior 25%). Las pacientes tenían un promedio de tiempo de diagnóstico de cáncer de mama de 12 meses.

La variable sintomatología depresiva fue reagrupada en sintomatología depresiva presente (leve, moderada, severa) y ausente. Los datos fueron analizados mediante la prueba exacta de Fisher, con un nivel de significancia de 95%, encontrándose que 38% de la población estudiada presentó algún grado de sintomatología depresiva.

El tiempo desde el diagnóstico de cáncer de mama, expresado en meses, fue agrupado en el rango de 0 a 15 y >15, no encontrándose asociación significativa con la sintomatología depresiva ($p = 1,00$, IC 0,18 a 8,82). La asociación con el estado menopáusico (que toma los valores de premenopáusico y posmenopáusico, según sea anterior o posterior a la etapa menopáusica) no encontró asociación significativa ($p = 0,67$; IC 0,10 a 2,83) (Tabla 1).

La variable calidad de vida fue agrupada en dos grupos, definiéndose en nivel bajo de calidad de vida un puntaje de 10 a 60 y nivel alto de calidad de vida un puntaje de 60 a 100, encontrándose una prevalencia de 38% de nivel bajo de calidad de vida en la población estudiada (Tabla 2).

El estado menopáusico y el tiempo desde el diagnóstico fueron analizados con la prueba exacta de Fisher, con un nivel de significancia de 95%, no mostrando asociación

Tabla 1. Sintomatología depresiva y factores asociados en mujeres con cáncer de mama.

Sintomatología depresiva	<i>p</i>	OR	IC95%
Grado de instrucción	0,11	1,90	1,24 a 2,91
Ninguna o primaria			
Secundaria y superior			
Comorbilidad	0,67	1,60	0,29 a 8,73
Sí			
No			
Mastectomía	1,00	0,87	0,11 a 6,57
Sí			
No			
Menopausia	0,67	0,53	0,10 a 2,83
Sí			
No			
Antecedente familiar de cáncer de mama	0,09	0,20	0,32 a 1,24
Sí			
No			
Edad	1,00	1,20	0,22 a 6,38
menor de 47 años			
47 a más años			
Tiempo desde diagnóstico	1,00	1,27	0,18 a 8,82
0 a 15 meses			
15 a más meses			
Días perdidos de trabajo/actividad usual en 3 meses después del diagnóstico	0,19	5,33	0,52 a 54,3
0 a 30			
30 a más			

Tabla 2. Calidad de vida y factores asociados en pacientes mujeres con cáncer de mama.

Calidad de vida	<i>p</i>	OR	IC95%
Grado de instrucción	0,047	11,20	0,99 a 125,60
Ninguna o primaria			
Secundaria y superior			
Comorbilidad	0,68	1,60	0,29 a 8,73
Sí			
No			
Mastectomía	0,62	2,90	0,27 a 31,21
Sí			
No			
Menopausia	0,10	5,20	0,80 a 34,42
Sí			
No			
Antecedente familiar de cáncer de mama	1,00	1,00	0,17 a 5,77
Sí			
No			
Edad	0,21	0,25	0,03 a 1,62
menor de 47 años			
47 a más años			
Tiempo desde diagnóstico	0,15	0,19	0,02 a 1,40
0 a 15 meses			
15 a más meses			
Días perdidos de trabajo/actividad usual en 3 meses después del diagnóstico	0,19	5,33	0,52 a 54,44
0 a 30			
30 a más			

ción con la calidad de vida ($p = 0,1$ IC 0,80 a 34,42; $p = 0,15$ IC 0,02 a 1,4; respectivamente); el grado de instrucción fue agrupado en ninguna o primaria y secundaria o superior, y se encontró una diferencia significativa con la calidad de vida, utilizando la prueba exacta de Fisher ($p = 0,047$, IC 0,99 a 125,6) y la prueba T student ($p = 0,01$), al ser evaluada cuantitativamente (Tabla 3).

Se utilizó la prueba de regresión lineal para analizar la edad y días perdidos de trabajo/actividad usual en tres meses después del diagnóstico de cáncer de mama, con el nivel de calidad de vida. La edad mostró estar asociada con un $p = 0,02$ y el R fue 0,42. Por otro lado, la variable días perdidos de trabajo/ actividad usual en tres me-

ses después del diagnóstico de cáncer de mama no mostró estar asociada con la calidad de vida ($p = 0,14$).

DISCUSIÓN

La meta del trabajo fue determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama y relacionar estas variables a factores que podrían influir en su mayor o menor prevalencia. La importancia del estudio radica en la ausencia de investigación de este tema en nuestro medio y que los trabajos hechos en el extranjero muestran resultados variables, donde pocas generalizaciones pueden ser hechas (⁴).

Tabla 3. Calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama (t de Student).

	Calidad de vida		p
	Media	DE	
Nivel de sintomatología depresiva			0,09
Presente	71,67	12,9	
Ausente	61,73	13,9	
Grado de instrucción			0,01
Ninguno y primaria	51,6	8,9	
Secundaria y superior	69,11	13,0	
Comorbilidad			0,90
Sí	65	13,15	
No	65,73	15,16	
Mastectomía			0,67
Sí	66,11	14,19	
No	63,00	15,36	
Menopausia			0,10
Sí	61,08	10,85	
No	70,64	16,27	
Antecedente familiar de cáncer de mama			0,26
No tiene / desconoce	64,88	13,69	
Tiene	57,60	4,615	

Estudios muestran una alta prevalencia de depresión y otros trastornos psiquiátricos en mujeres con cáncer de mama^(3,12). En nuestro estudio, encontramos una prevalencia de 38% de algún grado de sintomatología depresiva (leve, moderada, severa), no encontrando el antecedente de otros trabajos para definirlo como una prevalencia alta o baja. Al respecto, Pasacreta encontró una prevalencia de 9% de sintomatología depresiva en mujeres con un tiempo de diagnóstico de 3 a 7 meses. Sin embargo, otros estudios nos muestran tasas de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama tan bajas como de 1,5% (Maraste, Brant, Olsson, 1991) o altas hasta 57% (Sachs y col., 1995)⁽⁴⁾. Esto podría deberse a la forma de definir las variables, a los instrumentos que cada estudio utiliza, como son los juicios de observadores, los puntos de cortes y el tipo de población estudiada.

El estado menopáusico no estuvo asociado con la sintomatología depresiva, lo cual

concuera con lo presentado por Conde en su estudio en mujeres con cáncer de mama, donde no encontró diferencia en mujeres premenopáusicas o posmenopáusicas. En este estudio, el síntoma más frecuente propio de la menopausia fue los bochornos, con una prevalencia de 41% en premenopáusicas y 53% en posmenopáusicas. Otras investigaciones señalan que los bochornos pueden estar presentes hasta en 65% de mujeres con cáncer de mama⁽⁹⁾. La presencia de síntomas depresivos relacionados con tiempo desde el diagnóstico muestra resultados variables; en nuestro estudio, no encontramos asociación. Burgess y col, en un estudio en pacientes mujeres con cáncer de mama, muestran una prevalencia de 50% de depresión para el primer año después del diagnóstico⁽¹³⁾. Otros estudios encuentran una alta prevalencia de depresión en la etapa terminal del cáncer⁽³⁾.

La calidad de vida es un buen indicador de la manera como siente el paciente que está llevando su enfermedad⁽¹⁶⁾. En nuestro trabajo, encontramos una prevalencia de 62% de buena calidad de vida. En un estudio en mujeres jóvenes con cáncer de mama, se encuentra una buena calidad de vida para este grupo de pacientes, siendo la molestia más acentuada los síntomas físicos que produce⁽⁸⁾. La asociación estadística encontrada con el grado de instrucción no coincide con lo reportado en otros trabajos, probablemente porque en estos, el grado de instrucción de la población fue más alto y uniforme^(17,18). La buena calidad de vida, presente en la mayoría de pacientes, puede ser explicada por el cuidado multiprofesional y la atención especial que dan las instituciones a este tipo de pacientes⁽⁹⁾. El soporte emocional también es muy importante en ellas. Además, la información que se les brinda, no solo se debe centrar en opciones de procedimientos y tratamientos, sino también respecto a todos los cambios físicos y psicológicos que puede sufrir su organismo y prepararlas para afrontarlos⁽⁸⁾.

Las limitaciones encontradas en el estudio corresponden al diseño empleado que, por ser transversal, no puede establecer una relación causa efecto entre la sintomatología depresiva, la calidad de vida y los factores asociados. La otra limitación fue el reducido tamaño de la población, a lo cual se sumó la ausencia de seis pacientes que no cumplieron con asistir a su tratamiento.

Finalmente, nosotros creemos que estos resultados pueden contribuir al manejo médico del paciente con cáncer de mama, desde el punto de vista del apoyo psicológico y psiquiátrico.

AGRADECIMIENTOS

A los alumnos de la escuela académico profesional de medicina de la Facultad de San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos: Bravo Rojas, Erick Aníbal; Buleje Huiza, Jesús Santiago; Castro Rumiche, Mario Gabriel; Cusihuamán Auccacusi, Jenny; Chuquicaja Yupán, Carlos Enrique; Dávila Briones, Carlos Jesús; Francia Flores, Sue Helen; Guardia Ricra, Manuel Christian; Orbegozo Reyna, Rosa Marina; Ramón Pinedo, Arquimedes Martín; por su participación en el trabajo; y al personal de enfermería del Servicio de Oncología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, por el apoyo asistencial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisan P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005;55:74-108.
2. Alarcón E, Agreda F. Epidemiología descriptiva de las neoplasias malignas en el Perú (periodo 1997-2001). *Boletín del INEM.* 2004;6(1):11-32.
3. White CA. ABC of psychological medicine cancer. *BMJ.* 2002;325:377-80.
4. Pasacreta J. Depressive phenomena, physical symptom distress, and functional status among women with breast cancer. *Nurs Res.* 1998;47(2):67-8.
5. Bardwell WA, Nitarajam L, Dismdale J, Mortimer JE, Hollenback K. Objective cancer-related variables are not associated with depressive symptoms in women treated for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol.* 2006;24(16):2420-7.
6. Ferriols R, Ferriols F, Alós M. Calidad de vida en oncología clínica. *Farm Hosp.* 1995;19(6):315-22.
7. Bobes JB, González P, Bousoño MV. Calidad de vida en psiquiatría. En: Barcia D (ed). *Tratado de Psiquiatría.* 1ra ed. Madrid: Arán; 2000. p. 831-43.
8. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2005;23(15):3322-9.
9. Conde D, Pinto-Nieto A, Cabello C, Danielle S. Menopause symptoms and quality of life in women aged 45 to 65 years with and without breast cancer. *Menopause.* 2005;12(4):436-43.
10. Hurd W, Ámese L, Randolph J. Menopausia. En: Bereck J (ed). *Ginecología de Novak.* 13^{va} ed. México: Mc Graw Hill; 2002. p. 891-914.
11. Zung WW, Broadhead WE, Roth ME. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *J Fam Pract.* 1993;37:337-44.
12. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. Mood and the menopausal transition. *J Nerv Ment Dis.* 1999;187:685-91.
13. Burgess C, Cornelius V. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ.* 2005;330:702.
14. Bobes J, Bascarán M, Sáiz P, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la psiquiatría clínica. 3ra Ed. Barcelona: Ars Medica; 2004.
15. Warthon D, Novara J, Sotillo C. Estandarización y correlación de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para la depresión en la población de Lima Metropolitana. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi; 1985.
16. Schwartz K, Zapata-Vega M, Mezzich J, Mazzotti G. Validation study of the multicultural quality of Life (MQLI) in a Peruvian sample. *Rev Brasileira Psiquiatría.* 2006;28(1):24-8.
17. Ganz P. Breast cancer in older women: Quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *J Clin Oncol.* 2005;21:4027-33.
18. Geiger AM, West C, Nekhlyudov. Contentment with quality of life among breast cancer survivors with and without contralateral prophylactic mastectomy. *J Clin Oncol.* 2006;24(9):1350-6.

Manuscrito recibido el 30 de noviembre de 2006 y aceptado para publicación el 15 de diciembre de 2006.

Correspondencia:
Rubén E. Valle Rivadeneyra
Jr. Filadelfia N 2365.
San Martín de Porres
Lima 31, Perú.
Correo-e: ruben_yr12@hotmail.com