

Ansiedad y Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama en Radioterapia: Prevalencia y Factores Asociados

Rosa Elena Ornelas-Mejorada, Mónica Anahí Tufiño Tufiño
& Juan José Sánchez-Sosa¹

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

Someterse a radioterapia y padecer los efectos secundarios son situaciones que generan ansiedad y depresión en las mujeres con cáncer de mama. El objetivo fue evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión que presentan las mujeres con cáncer de mama en radioterapia y analizar los efectos y las diferencias de variables clínicas y sociodemográficas sobre su malestar psicológico. Participaron 203 mujeres mexicanas con cáncer de mama en estadios 0-III. Para evaluar ansiedad y depresión se utilizó la versión adaptada de la escala The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y los datos sociodemográficos se recolectaron mediante una entrevista estructurada. La prevalencia de ansiedad y depresión fue 27 y 28% respectivamente. Escolaridad F (6,203) = 2.39, p = .009 y ocupación F (3,203) = 1.32, p = .009 tuvieron un efecto significativo sobre depresión; mientras que “vive con” resultó significativa F (6,203) = 2.69, p = .016 únicamente con ansiedad. Significativamente las pacientes deprimidas (M = 3.73) presentaron más efectos secundarios que las no deprimidas (M = 2.84). Resequedad en la boca, irritación en la piel y dolor en la zona radiada fueron los síntomas más reportados. La prevalencia de ansiedad y depresión encontrada, indica la importancia de proporcionar apoyo psicológico a las pacientes

Palabras Clave: Ansiedad, Depresión, Cáncer de mama, Radioterapia, México.

Anxiety and Depression in Women with Breast Cancer

Undergoing Radiation Therapy: Prevalence and Associated Factors

Abstract

Enduring the symptoms of breast cancer and the effects of radiation therapy frequently lead to depressive and anxious symptoms in patients. The purpose of the present study was to examine the prevalence of anxious and depressive symptomatology in these patients and to explore the effects of clinical and socio-demographic variables on psychological distress. A total of 203 women with breast cancer, in stages 0 - III from a large public medical center in Mexico City participated. Anxious and depressive symptomatology was assessed through the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Socio-demographic data were obtained through a structured interview. Prevalence of anxious and depressive symptomatologies were 27% and 28% respectively. One-way ANOVA on socio-demographic variables with symptomatology revealed that schooling F (6.203) = 2.39, p = .009 and occupation F (3.203) = 1.32, p = .009 were significant for depressive symptomatology. Living with specific persons was significant F (6.203) = 2.69, p = .016 for anxious symptomatology. The clinical variables "radiotherapy week" and specific features of the diagnostic, as well as marital status and age groups showed small differences related to either anxious or depressive symptomatology. More radiation side effects were reported by women with (M = 3.73) than those without (M = 2.84) depressive symptoms. The most frequent side effects were dry mouth, skin irritation and pain in the radiated area. The high levels of distress and the extreme physical discomfort produced by radiotherapy make the present findings useful for developing interventions aimed at helping breast cancer patients under radiation therapy.

Key Words: Anxiety, Depression, Breast-cancer, Radiation-therapy, Mexico.

¹ Correspondencia: Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Avenida Universidad 3004. C.P. 04510 México, D.F. Teléfono 56-22-23-32. Email: jujosaso@yahoo.com .

Esta investigación fue posible por el financiamiento 42131 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México. El estudio forma parte de la tesis de posgrado y profesional de las primeras autoras bajo la dirección del último. Agradecimientos a: Villanueva, C. y Cruz, H. por su destacada colaboración como entrevistadoras, a Humberto Bautista Rodríguez y Miguel Ángel Calva Espinosa por su apoyo Institucional en la UMAE Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social.

© UNAM Facultad de Psicología, 2011

En las mujeres con cáncer de mama las principales manifestaciones de malestar psicológico reportadas en diferentes momentos y tratamientos oncológicos son ansiedad y depresión (Bulotiene, Veseliunas, Ostapenko & Furmonavicius, 2008; Burgess, Cornelius, Love, Graham, Richards & Ramirez, 2005; Forester, Kornfeld & Fleiss, 1978; Garduño, Riveros & Sánchez-Sosa, 2010; Heather, Andrykowski, Munster & Jacobsen, 2007; Peck & Boland, 1977; Schnur, David, Kangas Green, Bovbjerg & Montgomery, 2009; Stiegelis, Ranchor & Sanderman, 2004; Reuter, Raugust, Marschner & Härter, 2007; Woods & Williams, 2002).

En sentido histórico la radioterapia (RT) fue una de las primeras aplicaciones y continúa siendo una técnica importante y eficaz contra el cáncer (Programa de acción para la terapia contra el cáncer, 2007). En el tratamiento del cáncer de mama la terapia de radiación desempeña un papel fundamental pues está indicada en cualquier estadio de la enfermedad ya sea como parte del tratamiento primario o para prevenir la recurrencia. Su uso tiene como objetivos prolongar la sobrevivencia, controlar un tumor localizado y reducir la mortalidad (Vinh-Hung & Verschraegen, 2004).

A pesar de los beneficios médicos que ofrece la terapia de radiación, enfrentar nuevamente un tratamiento oncológico y experimentar los efectos secundarios que ocasiona (Söllner, Maislinger, Konig, Devries & Lukas, 2004), es un proceso que puede resultar emocionalmente difícil para quien lo recibe (Hickok, Morrow, Roscoe, Mustian & Okunieff, 2005; Knobf & Sun, 2005).

La vida de las pacientes se altera al tener que dejar de hacer sus actividades para asistir cinco días a la semana al hospital durante más de un mes, esperar su turno, permanecer inmóviles en un cuarto frío y oscuro, escuchar durante todo el tiempo los sonidos que emite el equipo. Ante estas condiciones, las pacientes han reportado que se sienten angustiadas e impotentes cuando están solas recibiendo las radiaciones y evalúan como amenazante la habitación donde se encuentra la máquina de radiación (Mose et al., 2001). Su bienestar físico también se ve seriamente afectado debido a los efectos secundarios, frecuentemente intensos de la radiación. La fatiga, irritación de la piel en la zona radiada, náusea y pérdida de apetito, están entre los síntomas más reportados en las mujeres con cáncer de mama (Halkett, Kristjanson & Lobb, 2008; Hickok et al., 2005; Hinds & Moyer, 1997; Mose et al., 2001; Schnur, Ouellette, DiLorenzo, Green & Montgomery, 2011).

En términos de recolección de datos psicológicos en esta área, uno de los instrumentos más utilizados para evaluar, identificar y establecer la prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama es la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria "HADS" (Aass, Fossa, Dahl & Moe, 1997; Bulotiene et al, 2008, Frick, Tyroller & Panzer, 2007; Montazeri et al., 2000; Osborne, Elsworth & Hopper, 2003; Stiegelis, Ranchor & Sanderman, 2004). Este instrumento, traducido, adaptado y validado en muy diversas poblaciones ha mostrado ser una herramienta de investigación útil para identificar individuos en riesgo de sufrir o estar sufriendo malestar psicológico. Sin embargo, existe una gran variabilidad en los puntos de corte que se emplean para considerar posibles casos o casos clínicos (Rodgers, Martin, Morse, Kendell & Verrill, 2005).

Los porcentajes de prevalencia de malestar psicológico reportados en investigaciones muestran gran variabilidad. Las diferencias metodológicas que presentan estos estudios, así como los distintos momentos del proceso de enfermedad y tratamiento en que se realiza la evaluación de las pacientes se añaden a esta variación. En pacientes con enfermedad metastásica la gama reportada va del 10% al 40% (Fulton, 1998; Hopwood, Howell & Maguire, 1991); en estadio temprano cerca del 50% presentan sintomatología ansiosa y/o depresiva un año después de recibir el diagnóstico (Burgess et al., 2005); antes del diagnóstico 48% han mostrado síntomas graves de ansiedad y 18% de depresión (Montazeri et al., 2000). Antes de iniciar la radioterapia de 10% a 20% de los pacientes han reportado sintomatología ansiosa y sólo 1.5 a 8% reportaron síntomas de depresión (Stiegelis et al, 2004); el primer día de radioterapia 40% han reportado sintomatología ansiosa, y al final del tratamiento 19% reportaron haberla tenido todo el tiempo (Rhan et al., 1998).

Probablemente debido a la posibilidad de usar datos de investigación para construir intervenciones clínica y socialmente validadas, en años recientes, la investigación en cáncer de mama sobre variables como sintomatología ansiosa o depresiva y factores socioculturales, demográficos, ambientales, médicos y clínicos ha cobrado gran relevancia. Sin embargo, las diferencias metodológicas presentes en los estudios (tipo de estudio, instrumentos utilizados, número de participantes, momento de la medición, tipo de cáncer, género, estadios tempranos o combinados de la enfermedad) hacen que los resultados varíen considerablemente en consistencia. Esta variabilidad en las características metodológicas (principalmente los momentos de la evaluación) y en la prevalencia de ansiedad y depresión advierte la necesidad de obtener datos representativos en participantes latinoamericanas en general y mexicanas en particular.

Uno de los riesgos al evaluar la presencia de malestar psicológico en estas pacientes utilizando instrumentos validados en otras poblaciones, consiste en la exclusión de aquellas pacientes que presentan morbilidad psicológica y que pudieran resultar beneficiadas de recibir atención psicoterapéutica. En América Latina en general y México en particular se ha investigado muy poco sobre la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva y posibles factores asociados a estas sintomatologías en mujeres con cáncer de mama en terapia de radiación. De manera similar, el uso de instrumentos validados en mujeres mexicanas es muy limitado. En virtud de lo anterior se adopta como propósito principal del presente estudio evaluar la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva que presentan las mujeres con cáncer de mama en radioterapia, examinar el posible efecto de las variables clínicas y sociodemográficas sobre el malestar psicológico y explorar posibles diferencias en los efectos secundarios que reportan las pacientes con y sin malestar psicológico.

Método

Participantes

Participaron 203 mujeres adultas con diagnóstico confirmado de cáncer de mama. Se las incluía en el estudio si: 1) estaban recibiendo radioterapia con

equipo de cobalto 60, 2) tenían la indicación médica de recibir 25 sesiones de radioterapia, 3) aceptaban participar en el estudio de forma voluntaria. Se trata básicamente de un estudio transversal, descriptivo realizado entre enero y mayo de 2011 en el Servicio de Radioterapia de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México (tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínicas de las participantes (N=203)

Características	n	%
Edad (años)		
15-44	46	23
45-64	132	65
65 en adelante	25	12
Situación de pareja		
Soltera	36	18
Casada	115	57
Unión libre	16	8
Divorciada	6	3
Separada	7	3
Viuda	23	11
Ocupación		
Ama de casa	105	52
Jubilada	12	6
Empleada	56	27
Trabaja por su cuenta	30	15
Vive con		
Esposo/Pareja	20	10
Esposo/Hijos o hijas	90	44
Esposo, hijos y familiares	13	6
Sola	14	7
Familiares	27	13
Hijos	34	17
Hijos y familiares	5	3
Escolaridad		
Ninguna	5	3
Primaria	68	34
Secundaria	41	20
Bachillerato	19	9
Carrera técnica	41	20
Licenciatura	27	13
Posgrado	2	1

Continua tabla 1

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínicas de las participantes (N=203) (continua)

Características	n	%
Tipo de diagnóstico		
Indefinido	83	41
Estadio 0 (carcinoma in situ)	1	.5
Estadio I	14	7
Estadio II	18	9
Estadio III A	51	25
Estadio III B	27	13
Estadio III C	9	4.5
Semana de Radioterapia		
Semana 1 (sesión 1-5)	56	28
Semana 2 (sesión 6-10)	35	17
Semana 3 (sesión 11-15)	50	24
Semana 4 (sesión 16-20)	34	17
Semana 5 (sesión 21-25)	28	14

Procedimiento

Las entrevistas y las aplicaciones del instrumento estuvieron a cargo de una psicóloga con grado de maestría y alumna de doctorado y tres tesis de licenciatura de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) especialmente entrenadas en la aplicación de instrumentos y conducción de entrevistas. Una vez obtenidas de los técnicos radiólogos las listas de pacientes programadas para radioterapia, en la sala de espera o en las salas de radioterapia se llamaba a cada paciente y se le informaba que se estaba realizando una investigación para tesis doctoral de psicología en la UNAM, cuyo objetivo era explorar los síntomas físicos y emocionales que presentan las mujeres con cáncer de mama cuando se encuentran recibiendo radioterapia. Se les mencionaba que la información que proporcionaran era totalmente confidencial y que ésta se usaría para diseñar un tratamiento de intervención psicológica que se les proporcionaría más adelante a otras pacientes que tuvieran que ser radiadas. También se les explicaba que su participación sería estrictamente voluntaria y que en caso de no aceptar, su decisión no interferiría de ninguna manera con su tratamiento médico. Finalmente, se les solicitaban unos minutos para contestar una entrevista y un cuestionario. Las aplicaciones se hicieron de manera individual en el aula de enseñanza, en el archivo y en el área de planeación del Servicio de Radioterapia. Todos estos sitios contaban con mobiliario habitual, iluminación adecuada y mobiliario razonablemente cómodo.

Medición

Se utilizó una entrevista estructurada para recolectar los datos clínicos y socio-demográficos. Características como estadio de enfermedad y número de sesiones de radioterapia se obtuvieron de la hoja de tratamiento de cada paciente. Para evaluar la sintomatología depresiva y ansiosa, se utilizó la versión en español de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983) validada y estandarizada con mujeres mexicanas con cáncer de mama en radioterapia (Ornelas-Mejorada & Sánchez-Sosa, 2011). La escala consta de 11 reactivos y dos subescalas: la escala de depresión con seis reactivos y la escala de ansiedad con cinco reactivos. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 18 para sintomatología depresiva y de 0 a 15 para ansiosa. Los puntos de corte clínico se establecieron para cada subescala. Para la escala de ansiedad, puntuaciones de 0-5 significan que no hay ansiedad clínica, de 6-8 ansiedad leve, 9-11 ansiedad moderada y de 12 a 15 ansiedad grave. Para la escala de depresión puntuaciones de 0-6 significan que no hay depresión clínica, de 7-9 depresión leve, de 10-12 depresión moderada y de 13 a 16 depresión grave. La confiabilidad alpha de Cronbach para la escala de ansiedad es de 0.77, para la escala de depresión 0.79, y para la escala total 0.85.

Análisis Estadístico

Para describir las características de las participantes, se obtuvieron estadísticas descriptivas (frecuencias, medias y desviaciones estándar) en todas las variables del estudio. Para explorar en qué medida la variabilidad de las puntuaciones de sintomatología ansiosa y depresiva pueden atribuirse a la semana de radioterapia o a variables socio-demográficas se aplicó un análisis de varianza de una vía (ANOVA). Para establecer si existen diferencias en la frecuencia de los efectos secundarios que presentan las pacientes con y sin malestar psicológico, en virtud del nivel de medida y la naturaleza de la pregunta de investigación específica para esta porción se aplicó la prueba U de Mann-Whitney. Se consideraron estadísticamente significativos los resultados con una probabilidad asociada menor a .05. Los datos se analizaron usando el paquete SPSS Statistics 13.0 y PASW Statistics 18.

Resultados

Los resultados derivados del HADS mostraron que el 27% y 28% de las participantes presentaron sintomatología ansiosa y depresión clínica respectivamente. Los puntajes que establecen un nivel de sintomatología ansiosa y depresión leve se derivaron de los puntos de corte obtenidos en la validación de la escala para esta población. El promedio de la puntuación para la subescala de sintomatología ansiosa fue de 4.04 (DE= 2.82, variabilidad total 0-15); para la escala de depresión la media fue de 5.43 (DE= 3.72, variabilidad total 0-17).

La media de edad de las participantes fue de 52.46 (DE= 11.04, con variabilidad total 27-90). La mayoría fueron mujeres entre 45 a 64 años (65%), casadas o en unión libre (65%), amas de casa (52%). Casi la mitad viven con su esposo e hijos (44%). Contaban con educación básica primaria y secundaria (54%). El tipo de diagnóstico que prevaleció fue estadio III (43%), casi la misma proporción se encuentra sin estadio de su padecimiento (41%), sólo el 16% presentó cáncer en estadio 0, I y II (tabla 1).

La tabla 2 muestra los resultados obtenidos en el ANOVA de una vía que se realizó para ver los efectos de las variables sociodemográficas y clínicas sobre los puntajes de sintomatología ansiosa y depresiva. La escolaridad mostró resultados significativos para depresión $F(6,203) = 2.39$, $p = .009$. A través de la prueba post hoc de Games Howell se observó una clara diferencia entre los grupos de primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura ($p < .05$). La tendencia muestra que en los niveles de bachillerato y licenciatura se presentan menores puntuaciones de sintomatología depresiva y los resultados para sintomatología ansiosa con esta variable no fueron significativos. Para la variable "vive con", los resultados no fueron significativos con sintomatología depresiva pero sí con sintomatología ansiosa $F(6,203) = 2.69$, $p = .016$; con la prueba post hoc de Tukey se encontraron diferencias entre las mujeres que viven sólo con su pareja y aquéllas que viven con su pareja e hijos ($p < .05$). La ocupación sólo resultó significativa para sintomatología depresiva $F(3,203) = 1.32$, $p = .009$, la prueba post hoc de Games Howell nos indica que las diferencias se encuentran entre quienes son amas de casa y las que son empleadas ($p < .05$). La situación específica de pareja, grupos de edad, tipo particular de diagnóstico y la semana de radioterapia no mostraron efecto sobre ansiedad y depresión.

La tabla 3, muestra la distribución de participantes con y sin malestar psicológico y la semana de tratamiento en la que se encontraban. La primera semana contiene la mayor proporción 41% y 32% para sintomatología ansiosa y depresiva respectivamente.

El número de síntomas que presentaron las pacientes fue significativo con depresión ($p = .010$) pero no con sintomatología ansiosa. Las mujeres con sintomatología depresiva tienen una media de síntomas de 3.73 y las mujeres sin depresión de 2.84. Los síntomas reportados con mayor frecuencia por las pacientes fueron resequedad en la boca, irritación en la piel, dolor en la zona radiada, pérdida del sabor, náusea, cansancio, descamación en la piel y vómito.

Tabla 2
Medias, desviaciones estándar y análisis de varianza de una vía (ANOVA) para los efectos de variables sociodemográficas sobre sintomatología ansiosa y depresión

Tabla 3

Distribución de mujeres con y sin malestar psicológico (sintomatología ansiosa y depresión) durante la radioterapia

Semana de Radioterapia	Total de pacientes entrevistadas (n=203)		Mujeres sin depresión (n=147)		Mujeres con depresión (n=56)		Mujeres sin sintomatología ansiosa (n=149)		Mujeres con sintomatología ansiosa (n=54)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Semana 1 (sesión 1 a 5)	56	28	38	26	18	32	34	22	22	41
Semana 2 (sesión 6 a 10)	35	17	25	17	10	18	27	18	8	15
Semana 3 (sesión 11 a 15)	50	24	39	27	11	20	39	27	11	20
Semana 4 (sesión 16 a 20)	34	17	27	18	7	12	28	19	6	11
Semana 5 (sesión 21 a 25)	28	14	18	12	10	18	21	14	7	13

Discusión

El propósito principal del presente estudio consistió en evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión que presentan mujeres con cáncer de mama en radioterapia. Los resultados señalan que casi un tercio del total de pacientes presentan sintomatología ansiosa y depresiva durante esta fase de su tratamiento. Estos datos difieren considerablemente con los reportados por otros autores. En mujeres noruegas con cáncer de mama que fueron hospitalizadas para recibir radioterapia la prevalencia fue de 14% para sintomatología ansiosa y 5% para depresiva (Aass et al., 1997), en mujeres alemanas 13 y 8% respectivamente (Frick et al., 2007).

En el presente estudio, los puntos de corte adoptados como criterio para tipificar prevalencia se obtuvieron de la validación del HADS en esta población. Se consideraron las puntuaciones que estuvieran en las categorías leve, moderada y grave que equivalen a las categorías: a) posibles casos, b) casos clínicos y c) casos graves de la escala original. Estos resultados también establecen diferencias con el criterio empleado por otros autores quienes han considerado sólo a aquella población que se encuentra en las categorías de casos clínicos o casos graves (Aass et al., 1997; Frick et al., 2007) lo cual excluye a una población en claro riesgo que, en principio, no se expondría a ninguna intervención.

En virtud de que las pacientes reciben radiación durante cinco semanas consecutivas, se analizó la prevalencia de sintomatología por semana de tratamiento. En la primera semana la sintomatología ansiosa fue mayor que la de depresión. Este dato es similar al de otros autores que han reportado que al inicio del curso de la radioterapia el distrés psicológico se caracteriza por sintomatología ansiosa más que depresiva (Stiegelis et al., 2004). Una posible explicación para el

presente estudio es que la gran mayoría de las pacientes tienen la experiencia de haber pasado por cirugía y quimioterapia, adicionalmente estas pacientes saben que los tratamientos oncológicos causan efectos secundarios y que éstos pueden estar presentes por varios meses o ser prácticamente permanentes. En sentido clínico se podría proponer que, por lo tanto, están conscientes de que al recibir radioterapia experimentarán también efectos secundarios, sin embargo, no necesariamente saben cuáles serán los síntomas, ni la intensidad de los mismos, especialmente en lo que se refiere al daño en la piel.

De la segunda a la cuarta semana la prevalencia fue muy similar para sintomatología ansiosa y depresiva. En cambio, en la quinta semana el porcentaje de sintomatología depresiva se incrementó rebasando notoriamente al de sintomatología ansiosa. Es probable que, conforme pasan los días, las pacientes se dan cuenta que algunas cosas que pensaban acerca de las radiaciones y del lugar donde recibirían el tratamiento no eran ciertas, lo que podría contribuir a disminuir su sintomatología ansiosa. Sin embargo, mientras más días tengan de exposición a la radiación, el número de síntomas así como su intensidad irá en aumento. Dependiendo de la gravedad de los síntomas, algunos como el daño en la piel, la descamación y el dolor seguirán presentes incluso después de que la radioterapia haya finalizado, de modo que diversos cambios ubicados a lo largo del tiempo, pudieran ser un factor clave que intervenga en estos resultados.

Los efectos secundarios más reportados ocasionados por la terapia de radiación fueron: resequedad en la boca, irritación en la piel, dolor en la zona radiada, pérdida del sentido del gusto, náusea, cansancio, descamación de la piel y vómito. Las mujeres con sintomatología depresiva reportaron más molestias derivadas de la radiación que las mujeres sin esa sintomatología y esos resultados fueron estadísticamente significativos (Ornelas-Mejorada, Tufiño & Sánchez-Sosa, 2011). Otros autores reportan datos similares en mujeres con cáncer de mama hospitalizadas (Chen & Chang, 2004). Estas diferencias no se observaron respecto de la sintomatología ansiosa. Esto lleva a suponer la posibilidad de utilizar la lista de efectos secundarios para diseñar formatos de auto-reporte que permitieran no sólo registrar su ocurrencia conforme van transcurriendo las semanas de tratamiento, sino además su intensidad y la cantidad de preocupación o sufrimiento que les genera.

Aún con las diferencias que se presentaron en la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva por semana de tratamiento, el análisis de varianza no resultó significativo, las medias de los grupos no difieren entre sí. Como se puede observar en los resultados la depresión y la ansiedad están presentes durante todas las semanas de radioterapia. Por lo tanto, es posible suponer que una mujer que presente al inicio de su tratamiento sintomatología ansiosa, al final del mismo seguirá teniendo sintomatología ansiosa, probablemente con puntuaciones menores. En cambio, las puntuaciones de sintomatología depresiva aumentarían en las semanas posteriores conforme aumentaran el número e intensidad de los efectos secundarios. Al final del tratamiento, muy probablemente la paciente seguiría teniendo sintomatología ansiosa y depresiva. Esta tendencia temporal puede resultar extremadamente útil para graduar los componentes de intervenciones cognitivo-conductuales y de

regulación emocional y asignarlos en modalidades específicas en función de la evolución del sufrimiento en la paciente, lo cual constituiría muy probablemente una contribución clínica clave.

En los resultados obtenidos del análisis de las variables socio-demográficas sobre ansiedad y depresión se obtuvieron valores significativos en tres variables: escolaridad y ocupación para sintomatología depresiva, y la variable denominada “vive con” para sintomatología ansiosa. En el caso de la escolaridad, las diferencias se mantuvieron significativas entre los grupos de mujeres con primaria, secundaria, bachillerato y licenciatura de modo que, en lo general, a menor escolaridad mayores puntuaciones en sintomatología depresiva aunque algunas mujeres con posgrado presentaron puntuaciones similares a las de menor escolaridad. En cuanto a ocupación las mujeres que se dedican al hogar mostraron significativamente mayor sintomatología depresiva que las que trabajan como empleadas. Una posible explicación es que las mujeres que trabajan tienen derecho a días de incapacidad, por lo tanto, en caso de ser necesario, el médico le dará la indicación de cuantos días deberá estar ausente de su trabajo y la proveerá con un comprobante formal al efecto. En cambio, en sentido figurado (pero real) las amas de casa no tienen derecho a incapacidad, por lo tanto, los médicos sólo les suelen dar como indicación que deben descansar. Algunas observaciones clínicas sugieren que el no poder realizar las actividades domésticas, entre otras actividades, puede generar creencias extremas tales como “soy una carga para mi familia”, “ya no sirvo para nada”, cuyo resultado emocional normalmente desemboca en sintomatología depresiva, a veces grave (Garduño, Riveros & Sánchez Sosa, 2010).

Al analizar los efectos de la variable “vive con” sobre sintomatología ansiosa sólo se obtuvieron diferencias significativas entre las mujeres que viven con su esposo y las que además del esposo viven con sus hijos. Muchas mujeres durante la entrevista expresaron tener gran preocupación por sus hijos en caso de que ellas murieran o tuvieran que ser internadas por periodos prolongados.

Los hallazgos del presente estudio contribuyen a ampliar los reportados en la literatura internacional, en el sentido de confirmar que las mujeres mexicanas con cáncer de mama al igual que mujeres de otras nacionalidades presentan sintomatología ansiosa y depresiva durante la radioterapia en niveles que van de leves a graves. Aún con la variabilidad metodológica de los estudios, cuando se han analizado variables como la educación y la ocupación, así como la variable médica “efectos secundarios”, los resultados son especialmente relevantes para la sintomatología depresiva. Las variables asociadas a sintomatología ansiosa presentan mayor variabilidad, lo que puede hacer suponer que la cultura probablemente también tiene un efecto (Aass et al., 1997; Bulotiene et al., 2008; Halkett et al., 2008; Hickok et al., 2005; Krischer & Xu, 2008; Osborne, Elsworth & Hopper, 2003; Rahn et al., 1998; Stiegelis, Ranchor & Sanderman, 2004).

Sería importante en futuras investigaciones evaluar en detalle el rol de variables cognitivas como creencias específicas relacionadas tanto con la enfermedad como con el tratamiento, el papel de diversas estrategias concretas para lidiar con el estrés que generan estos cuadros clínicos, en especial el papel específico de la fatiga por su peso intrusivo. Una validación adicional del tipo

"satisfacción del usuario", resultante del análisis de variables clínicas y otras (Van Houten, 1979) facilitaría la posibilidad de integrar datos útiles no sólo para identificar pacientes en riesgo de o que presenten morbilidad psicológica, sino para evaluar los efectos de la aplicación de intervenciones desarrolladas ex profeso para estas pacientes. Parece claro, a partir de los resultados del presente estudio y de otros, que hace falta desarrollar, instrumentar y evaluar intervenciones psicológicas específicas para las características médicas y psicológicas de pacientes en radioterapia. Será indispensable, en este sentido, considerar las variables socio-demográficas que muy probablemente modulan los niveles de sufrimiento y malestar psicológico.

Referencias

- Aass, N., Fossa, S. D., Dahl, A. A. & Moe, T. J. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *European Journal of Cancer*, 33 (10), 1597-1604.
- Bulotiene, G., Veseliunas, J., Ostapenko, V. & Furmonavicius, T. (2008). Women with breast cancer: relationships between social factors involving anxiety and depression. *Archives of Psychotherapy*, 4: 57-62.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramirez A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 1-4. doi.10.1136/bmj.38343.6700868.D3
- Chen, M. L. & Chang, H. K. (2004). Physical symptom profiles of depressed and nondepressed patients with cancer. *Palliative Medicine*, 18: 712-718.
- Forester, B.M., Kornfeld, D.S. & Fleiss, J. (1978). Psychiatric aspects of radiotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 135:960-3.
- Frick, E., Tyroller, M. & Panzer, M. (2007). Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. *European Journal of Cancer Care*, 16, 130-136.
- Fulton, C. (1998). The prevalence and detection of psychiatric morbidity in patients with metastatic breast cancer. *European Journal Cancer Care*, 7, 232-239.
- Garduño, C., Riveros, A. y Sánchez-Sosa, J.J.(2010). Calidad de Vida y cáncer de mama: Efectos de una intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 69-80.
- Halkett, G., Kristjanson, L. & Lobb, E. (2008). 'If we get too close to your bones they'll go brittle': women's initial fears about radiotherapy for early breast cancer. *Psycho-Oncology* 17:877-884.
- Heather, J., Andrykowski, M. Munster, P. & Jacobsen, P. (2007). Physical symptoms/side effects during breast cancer treatment predict posttreatment distress. *Ann Behav Med*, 34(2), 200-208.
- Hickok, J. T., Morrow, G. R., Roscoe, J. A., Mustian, K. & Okunieff, P. (2005). Ocurrence, severity, and longitudinal course of twelve common symptoms

- in 1129 consecutive patients during radiotherapy for cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 30, 433-442.
- Hinds, C. & Moyer, A. (1997). Support as experienced by patients with cancer during radiotherapy treatments. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 371-379.
- Hopwood, P., Howell, A. & Maguire, P. (1991). Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-rating questionnaire. *Br J Cancer*, 64, 349-352.
- Knobf, M.T. & Sun, Y. (2005). A longitudinal study of symptoms and self-care activities in women treated with primary radiotherapy for breast cancer. *Cancer Nursing*, 28, 210-218
- Krischer, M.M. & Xu, P. (2008). Determinants of psychological functioning in patients undergoing radiotherapy: A descriptive study. *Journal of Psychological Oncology*, 26(4) doi: 10.1080/07347330802359552
- Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M. & Haji- Mahmoodi, M. (2000). Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, 9, 151-157.
- Mose, S., Budischewski, K.M., Rahn, A.N., Zander-Heinz, A.C. Bormeth, S. & Böttcher, D. (2001). Influence of irradiation on therapy-associated psychological distress in breast carcinoma patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 51, 1328-35.
- Osborne, R.H., Elsworth, G.R. & Hopper, J.L. (2003). Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry. *European Journal of Cancer*, 755-762. doi:10.1016/S0959-8049(02)00814-6
- Ornelas-Mejorada, R.E. y Sánchez-Sosa, J.J. (noviembre, 2011). Validación de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). *Memorias de la VI Conferencia Internacional de Psicología de la Salud*. La Habana: SCPS.
- Ornelas-Mejorada, R.E., Tufiño, M. y Sánchez-Sosa, J.J. (noviembre, 2011). Depresión en mujeres mexicanas con cáncer de mama en radioterapia: efectos secundarios y factores asociados. *Memorias de la VI Conferencia Internacional de Psicología de la Salud*. La Habana: SCPS.
- Peck, A.B. & Boland, J. (1977). Emotional reactions to radiation treatment. *Cancer*, 40, 180-184.
- Programa de acción para la terapia contra el cáncer (PACT). (Marzo, 2007). Organismo Internacional de Energía Atómica (IAEA). Electronic Reference [en línea]. Recuperado el 19 de noviembre de 2009, de http://cancer.iaea.org/documents/pact1006_sp.pdf
- Rhan, A.N., Mose, S., Zander, H.A., Budischewski, K., Bormeth, S.B., Adamietz, I.A., Böttcher, H.D. (1998). Influence of radiotherapy on psychological health in breast cancer patients after breast conserving surgery. *Anticancer Research*, 18, 2271-3.
- Reuter, K., Raugust, S., Marschner, N. & Härter, M. (2007). Differences in prevalence rates of psychological distress and mental disorders in inpatients and outpatients with breast and gynaecological cancer. *European Journal of Cancer Care*, 16, 222-230.

- Rodgers, J., Martin, C.R., Morse, R. C., Kendell, K. & Verrill, M. (2005). An investigation into the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with breast cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3: 41. doi:10.1186/1477-7525-3-41
- Schnur, J. B., David, D., Kangas, M., Green, S., Bovbjerg, D. & Montgomery, G. (2009). A randomized trial of a Cognitive-Behavioral Therapy and Hypnosis Intervention on positive and negative affect during breast cancer radiotherapy.
- Schnur, J. B., Ouellette, S. C., DiLorenzo, T. A., Green, S. & Montgomery, G. H. (2011). A qualitative analysis of acute skin toxicity among breast cancer radiotherapy patients. *Psycho-Oncology*, 20, 260-268.
- Söllner, W., Maislinger, S., Konig, A., Devries, A. & Lukas, P. (2004). Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultationliaison service. *Psychooncology*, 13, 893–897.
- Stiegelis, H., Ranchor, A. & Sanderman, R. (2004). Pyschological functioning in cancer patients treated with radiotherapy. *Patient Education and Counseling*, 52, 131-141.doi:10.1016/S0738-3991 (03)00021-1
- Van Houten, R. (1979). Social Validation: The evolution of standards of competency for target behaviors. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12(4), 581-591.
- Vinh-Hung, V. & Verschraegen, C. (2004). Breast-conserving surgery with without radiotherapy: Pooled-analysis for risks of ipsilateral breast tumor recurrence and mortality. *Journal of the National Cancer Institute*, 96, 115-121.
- Woods, M. & Williams, L. (2002). Cancer care, Part 1. Mental health care for women with breast cancer. *Nursing Times*, 98, 34-35.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.