

RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS AUTONÓMICOS CON NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

María Suhail Sánchez Huerta*
Carlos Gonzalo Figueroa López**
Bernardo Cacho Díaz***
Rebeca Robles García****

Resumen: El cáncer de mama es una amenaza debido al estrés que confrontan las mujeres. Éstos pueden generar ansiedad, depresión e incluso, desregular el funcionamiento autonómico. Objetivo: evaluar la relación entre síntomas autonómicos y, síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama. Método: se evaluaron 59 mujeres a quienes se les aplicó el Perfil de Síntomas Autonómicos (PSA) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Resultados: el 49% y el 24% de las mujeres obtuvieron puntajes de moderado a severo para ansiedad y depresión respectivamente. En el análisis de correlación de Pearson se encontró una correlación positiva en los síntomas secretomotores vejiga, sueño y el puntaje total del PSA con los puntajes de HADS. Además de una correlación positiva entre ansiedad y depresión. Conclusión: ante la presencia de manifestaciones autonómicas relacionadas con síntomas afectivos se observa la necesidad de un abordaje psicofisiológico integral.

Palabras clave: cáncer mama, etapa clínica temprana, ansiedad, depresión, perfil síntomas autonómicos.

* Estudiante de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México, México, suhailsanchez@yahoo.com

** Académico, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, México, charlau@ymail.com

*** Coordinador de Neurología, Instituto Nacional de Cancerología, México, bernardocacho@doctor.com

**** Investigadora, Instituto Nacional de Psiquiatría, México, reberobles@hotmail.com

THE RELATIONSHIP BETWEEN AUTONOMIC SYMPTOMS AND ANXIETY AND DEPRESSION IN WOMEN WITH BREAST CANCER

María Suhail Sánchez Huerta*
Carlos Gonzalo Figueroa López**
Bernardo Cacho Díaz***
Rebeca Robles García****

Abstract: Breast cancer presents a threat to women who experience stress. Stress can cause anxiety, depression and even deregulate autonomic functioning. Objective: to evaluate the relationship between autonomic symptoms and levels of anxiety and depression reported by women with breast cancer. Method: application of the Autonomic Symptom Profile (ASP) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to 59 women. Results: We found that 49% and 24% of women obtained scores from moderate to severe anxiety and depression, respectively. Pearson correlation analysis found a positive correlation in secretory symptoms, bladder symptoms and sleep disturbances, as well as total ASP score with scores of HADS. In addition, a positive correlation between symptoms of anxiety and depression was found. Conclusion: autonomic manifestations are associated with affective symptoms, thereby signaling the need for a psychophysiological approach to integrate affective and autonomic symptoms.

Key words: Breast cancer, early clinical stage, anxiety, depression, autonomic symptom profile.

* PhD student, Universidad Nacional Autónoma de México, México, suhailsanchez@yahoo.com

** Scholar, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, México, charlau@ymail.com

*** Coordinator of Neurology, Instituto Nacional de Cancerología, México, bernardocacho@doctor.com

**** Researcher, Instituto Nacional de Psiquiatría, México, reberobles@hotmail.com

Introducción

De acuerdo con las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, a través de su informe GLOBOCAN 2012, reporta que el cáncer de mama es el segundo más común en el mundo y el más frecuente entre las mujeres, con un estimado de 1.67 millones de nuevos casos diagnosticados en 2012 (25% de todos los cánceres) y se ubica como la quinta causa de muerte por cáncer en general con 522,000 muertes.¹

En México, lo reportado por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística en enero de 2014, señala que el cáncer de mama es la segunda causa de muerte entre las mujeres con cáncer de 20 años y más, es decir, 15.38 de cada 100 mil mujeres de esa edad.² Además de las repercusiones en mortalidad, el cáncer de mama también tiene un impacto a nivel económico, según el Plan Nacional de Seguro Médico 2006-2012, el costo del tratamiento es mayor a los 20 mil dólares por mujer. Los tratamientos para pacientes con cáncer de mama en etapa temprana son estándares y homogéneos, mientras que los tratamientos citotóxicos recibidos después de la falla a actividad tumoral (AT) tienen gran variabilidad en pacientes con cáncer de mama avanzado. Esta varianza se ve reflejada en el consumo de recursos asignado a pacientes en estadios de la enfermedad que pueden ir desde los \$114.11 pesos mensuales (si reciben ci-clofosfamida) en estadios tempranos, hasta los \$51,960.86 pesos mensuales por paciente (que reciben vinorelbina oral y trastuzumab en 2a línea) en estadios avanzados.³

A pesar de los avances en la detección y tratamiento del cáncer de mama, éste sigue siendo amenazante para las mujeres, ya que las confronta con nu-

¹ World Health Organization, “Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Breast Cancer”, GLOBOCAN – International Agency for Research on Cancer, (2014), http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (Consulta: 19 de octubre de 2014).

² Instituto Nacional de Estadística y Geografía, “Día mundial contra el cáncer (4 de febrero)”, INEGI Aguascalientes, (2014), 1, www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/.../estadisticas/2014/cancer0.pdf , (Consulta: 19 de octubre de 2014).

³ J.A. Silva, *et al.*, “[Treatment Patterns in Advanced Breast Cancer with Anthracycline and Taxanes and Their Costs in Three Public Hospitals of Mexico]”, en *Value in Health : The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, núm. 14 (5 Suppl 1), 2011, 147–50.

merosos factores de estrés como ser sometidas a quimioterapias y radioterapias, largos períodos de hospitalización, alteraciones en la imagen corporal debidas a las cirugía y sexualidad, la posible recurrencia, incluso el miedo a morir.⁴ O'Connor y cols., encontraron en un grupo de casi cinco mil mujeres danesas, que a pesar de haber tenido un tratamiento exitoso, el 20% continuaba reportando severos niveles de estrés posttraumático a los tres meses y el 14% aún a los quince meses.⁵ Por otra parte, en un estudio realizado en Hamburgo con una muestra de mil ochenta y tres pacientes, a cuarenta y siete meses en promedio después del diagnóstico, reportan que el 23.6% de las mujeres presentaban de moderado a alto niveles de miedo a la recurrencia manifestado con pensamientos intrusivos y síntomas de hiperactivación fisiológica.⁶

El estrés que causa el padecer cáncer de mama se asocia también a factores psicosociales, como información insuficiente o ambigua por parte del personal de salud, toma de decisiones complejas, preocupación por el cambio de rol, disfunción familiar, dificultades en las relaciones sociales, así como la interferencia en las rutinas cotidianas y la vida profesional.⁷⁻⁸

En un estudio publicado en 2012, se evaluó a ciento once sobrevivientes de cáncer respecto a la respuesta a retos y estresores de la vida cotidiana y sus respuestas se empataron con una muestra con las mismas características de población sin cáncer. Se encontró una tendencia a percibir los estresores como más severos y disruptivos, especialmente aquellos relacionados con las tensiones interpersonales; además, la ocurrencia de los estresores se asoció a mayor afecto negativo, menor afecto positivo y aumento de los síntomas físicos.⁹

⁴ M. Vahdaninia, S. Omidvari y A. Montazeri, "What Do Predict Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients? A Follow-up Study", en *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, núm. 45 (3), 2010, 355-61.

⁵ M. O'Connor *et al.*, "How Traumatic Is Breast Cancer ? Post-Traumatic Stress Symptoms (PTSS) and Risk Factors for Severe PTSS at 3 and 15 Months after Surgery in a Nationwide Cohort of Danish Women Treated for Primary Breast Cancer" en *British Journal of Cancer*, núm. 104, 2011, 419-426.

⁶ A. Mehnert *et al.*, "Fear of Cancer Progression and Cancer Related Intrusive Cognitions in Breast Cancer Survivors" en *PsychoOncology*, núm. 18 (12), 2009, 1273-1280.

⁷ A. Royo, "Calidad de Vida en Pacientes Intervenidas de Cáncer de Mama", Trabajo de Investigación, 2011, en http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_181264/TR-RoyoAznar.pdf (Consulta: 22 Enero 2014).

⁸ L. Grassi *et al.*, "Psychosocial Screening and Assessment in Oncology and Palliative Care Centers", en *Frontiers in Psychology*, núm. 5, 2015, 1-6.

⁹ E.S. Costanzo *et al.* "Cancer Survivors' Responses to Daily Stressors: Implications for Quality of Life" en *Health Psychology*, núm. 31 (3), 2012, 360-370.

Estos factores psicosociales a su vez generan síntomas de ansiedad y depresión.¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³ En estudios realizados con mujeres mexicanas, en centros de atención terciaria (Unidades de Alta Especialidad) en Jalisco, empleando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS por sus siglas en inglés) se encontró que la puntuación promedio en la escala de depresión fue de 5.5 ± 4 , y en la de ansiedad de 8.1 ± 4.5 .¹⁴ Algunos autores incluso señalan que mujeres con cáncer de mama que presentan puntajes de más de 11 en la escala de depresión HADS tienen mayor riesgo de mortalidad.¹⁵

La HADS es una escala de autorreporte ampliamente usada en poblaciones no psiquiátricas, su estructura factorial en pacientes con cáncer de mama comprende tres factores distintos pero relacionados: afectividad negativa, ansiedad autonómica y depresión anhedónica.¹⁶

Ornelas-Mejorada, Tufiño y Sánchez-Sosa hicieron la adaptación para este instrumento en mujeres con cáncer de mama que asistían a una Unidad Médica de Alta Especialidad de Oncología del Centro Médico Siglo XXI de la Ciudad de México y posteriormente lo aplicaron a 203 mujeres en estadios 0-III para 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. Encontraron una prevalencia de ansiedad y depresión de 27 y 28% respectivamente, la escolaridad y ocupación tuvieron un efecto significativo sobre la depresión y las pacientes deprimidas presentaron más efectos secundarios que las no deprimidas,

¹⁰ Chintamani *et al.*, "The Correlation of Anxiety and Depression Levels with Response to Neoadjuvant Chemotherapy in Patients with Breast Cancer" en *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports*, núm. 2 (3), 2011, 15.

¹¹ M. Kaminska *et al.*, "Evaluation of Symptoms of Anxiety and Depression in Womwn with Breast Cancer After Breast Amputation or Conservation Treated with Adjuvant Chemotherapy", en *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, núm. 22 (1), 2015, 185-189.

¹² Ch. Eichler *et al.*, " Cognitive Behavioral Therapy in Breast Cancer Patients - a Feasibility Study of an 8 Week Intervention for Tumor Associated Fatigue Treatment", en *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, núm. 16, 2015, 1063-1067.

¹³ P. Herschbach *et al.*, "Psychological Problems of Cancer Patients: A Cancer Distress Screening with a Cancer-Specific Questionnaire", en *British Journal of Cancer*, núm. 91, 2004, 505-511.

¹⁴ R. Robles *et al.*, "Depresión y Ansiedad en Mujeres con Cáncer de Mama : el papel de la afectividad y el soporte social" en *Psicooncología*, núm. 6, 2009, 191-201.

¹⁵ K. Hjelr *et al.* "Depression as a Prognostic Factor for Breast Cancer Mortality", en *Psychosomatics*, núm. 44, 2003, 24-30.

¹⁶ J. Rodgers *et al.*, "An Investigation into the Psychometric Properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Patients with Breast Cancer" en *Health and Quality of Life Outcomes*, núm. 3, 2005.

con lo que concluyen que los datos encontrados indican la importancia de proporcionar apoyo psicológico a las pacientes.¹⁷

Los factores psicosociales también pueden desregular el funcionamiento neuroendócrino, inmune y autonómico.¹⁸ En relación a la manifestación autonómica, autores como Lovallo y Gerin consideran que puede haber diferentes niveles de respuesta al estrés psicológico, en uno de ellos, las reacciones emocionales se traducen en salidas autonómicas e inmunes del hipotálamo y del tallo cerebral; y la alteración sistemática de este nivel puede tener repercusiones en órganos y sistemas, agravando la patología existente.¹⁹

En estudios de carácter fisiológico, investigadores han encontrado en pacientes con cáncer de mama que el estrés constante al que son sometidas, genera la activación neuroendócrina que impacta poco el crecimiento del tumor primario, sin embargo induce exponencialmente una metástasis en tejidos distantes como los nódulos linfáticos y pulmones, a través de la activación de las fibras del sistema nervioso simpático.²⁰

Sarkar y cols. publicaron en 2012 una revisión sobre los procesos mediante los cuales el estrés potencia la carcinogénesis y como reduciendo el estrés se puede prevenir el crecimiento y progresión del cáncer. Ellos mencionan que los acontecimientos estresantes de la vida pueden afectar el crecimiento y metástasis del cáncer mediante la modulación del sistema nervioso, endocrino e inmunológico. Explican que el péptido opioide beta-endorfina (BEP por sus siglas en inglés) desempeña un papel crítico en llevar el eje del estrés a un estado de homeostasis. Se ha demostrado que el aumento de los niveles endógenos de BEP en el hipotálamo a través del trasplante de la neurona BEP suprime la respuesta al estrés, promueve la función inmune y reduce la incidencia de cáncer. El efecto preventivo del cáncer de la BEP se da a través de la supresión de la función neuronal simpática que resulta en un aumento de las células asesinas naturales "Natural Killers" y las actividades macrófagicas, niveles elevados de citoquinas anti-inflamatorias y la reducción de los niveles de citoquinas inflamatorias.

¹⁷ R. E. Ornelas-Mejorada, M. A. Tufiño, y J. J. Sánchez-Sosa, "Ansiedad y depresión en mujeres con Cáncer de Mama en radioterapia: prevalencia y factores asociados," en *Acta de Investigación Psicológica*, núm. 1 (3), 2011, 401-414.

¹⁸ M. H. Antoni *et al.*, 2010. "Cognitive Behavioral Stress Management Effects On Psychosocial And Physiological Adaptation In Women Undergoing Treatment For Breast Cancer" en *Brain Behavioral Immunology*, núm. 23 (5), 2010, 580-591.

¹⁹ W. R. Lovallo, "Psychophysiological Reactivity: Mechanisms and Pathways to Cardiovascular Disease" en *Psychosomatic Medicine*, núm. 65 (1), 2003, 36-45.

²⁰ E. K. Sloan *et al.*, "Sympathetic Nervous System Induces a Metastatic Switch in Primary Breast Cancer", en *Cancer Research*, núm. 70 (18), 2011, 7042-7052.

La inhibición de la progresión del tumor por la BEP también involucra la alteración en el microambiente tumoral, posiblemente debido a la supresión de catecolaminas y la producción de citoquinas inflamatorias que alteran la reparación del ADN, las extensiones de la célula matriz, el proceso angiogénico y la transición epitelial-mesenquimal. Por lo que concluyen que la terapia con células BEP puede tener valor terapéutico en la prevención del cáncer.²¹

La evidencia sugiere entonces, que los factores psicosociales que se encuentran presentes en la vida cotidiana provocan estados de ansiedad, depresión y estrés, causando un desequilibrio en las funciones de los sistemas autonómico, endocrino e inmune que a su vez puede originar el desarrollo o progresión tumoral. Motivo por el cual es de suma importancia identificar, en un principio, estos factores psicosociales y su repercusión fisiológica en las mujeres con cáncer de mama.

La gran mayoría de los estudios que abordan de manera conjunta la reacciones fisiológicas y los estados de ansiedad y depresión en población oncológica, lo hacen a través de la aplicación de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, por el factor de ansiedad autonómica, sin embargo, ante la evidencia científica es necesario ahondar en el impacto a nivel fisiológico. Esto puede lograrse a través del empleo del Perfil de Síntomas Autonómicos, donde las mismas pacientes reportan su sintomatología en cada uno de los sistemas autonómicos.

El objetivo de esta investigación fue determinar si existe alguna relación entre la presencia de síntomas autonómicos con los síntomas de ansiedad y depresión reportados por mujeres con cáncer de mama en etapa clínica temprana que asistían a un centro de atención de tercer nivel.

Método

Participantes y Escenario

Se invitó a participar a mujeres que se encontraban en etapa clínica temprana (I-IIIA) y fueron referidas a consulta del servicio de Neurología del Instituto Nacional de Cancerología de la Ciudad de México, hospital de tercer nivel de atención, por presentar síntomas de disfunción autonómica. Las pacientes elegibles debían ser mayores de 18 años, presentar un índice Karnofsky mayor a 60, escala de funcionalidad que indica que el paciente requiere asistencia

²¹ D. K. Sarkar *et al.*, "Regulation of Cancer Progression by B-Endorphin Neuron" en *Cancer Research*, núm. 72 (4), 2012, 836-840.

ocasional pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades. Estar bajo tratamiento de quimioterapia o radioterapia y una expectativa de sobrevida mayor a 6 meses. Se excluyeron aquellas que presentaron comorbilidades como diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes, amiloidosis, enfermedades psiquiátricas, adicción a sustancias, tabaquismo o tenían algún impedimento cognitivo. Las mujeres que aceptaron participar firmaron un consentimiento donde se informaba el procedimiento y los resultados esperados. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Cancerología.

Evaluación Psicométrica

Las características de etapa clínica, diagnóstico histopatológico, funcionalidad, tratamiento oncológico y edad fueron tomadas del expediente electrónico de las pacientes.

Una vez que las participantes firmaron el consentimiento informado, se les citó a una sesión individual de 60 a 90 minutos donde se les pidió que contestaran dos instrumentos clínicos dirigidos a conocer la presencia de síntomas autonómicos, de ansiedad y depresión. A continuación se describen las características generales de ambos.

Se empleó el Perfil de Síntomas Autonómicos (PSA) versión española, a la cual se le realizó previamente una validación por jueces en los criterios de pertinencia, redacción, lenguaje y validez teórica para población mexicana y posteriormente se llevó a cabo un piloteo con 30 pacientes, demostrando ser útil para evaluar a mujeres mexicanas. Este instrumento cuenta con un coeficiente de correlación intraclasa de 0.93, sensibilidad del 73.9% y especificidad del 100% para detectar disfunción autonómica. Con este instrumento se puede valorar la presencia, frecuencia, gravedad y evolución de síntomas de intolerancia ortostática, respuesta vasomotora y secretomotora, alteraciones gastrointestinales y urinarias, respuesta pupilar, alteraciones del sueño y síncope. Además, incluye dos apartados dirigidos a identificar sujetos que restan importancia a sus síntomas denominado 'infrapuntuación' o aquellos con tendencia a exagerarlos 'sobrepuntuación'. La prueba puede calificarse por apartados y de manera global, se considera que un paciente presenta una disfunción autonómica si puntuá 47 ó más.²²

Para evaluar los síntomas afectivos se usó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS por sus siglas en inglés) con la versión validada y estandarizada para mujeres mexicanas con cáncer de mama en radioterapia de

²² S. Martí-Martínez *et al.*, "Versión Española del Test Perfil de Síntomas Autonómicos" en *Revista de Neurología*, núm. 49 (11), 2009, 577-580.

Ornelas-Mejorada, Tufiño y Sánchez Sosa (2011). La escala consta de 11 reactivos con un alpha general de $\alpha=.85$; la escala de depresión tiene seis y un alpha de Cronbach de .79 y la escala de ansiedad tiene cinco y un alpha de Cronbach de .77, la escala completa tiene un alpha de Cronbach de .85. Es un instrumento de auto-reporto, diseñado como herramienta breve de valoración en poblaciones no psiquiátricas, en el ámbito clínico y para la investigación.²³

Resultados

Se realizó un análisis descriptivo de las variables y el coeficiente de correlación de Pearson con el programa estadístico SPSS v21.

En la Tabla 1 se muestran las características de las cincuenta y nueve mujeres con cáncer de mama que participaron, sus edades estaban entre los 33 y los 76 años, con una media de 51.8 años, el diagnóstico histopatológico de mayor prevalencia fue el canalicular infiltrante en el 72% (42 mujeres) y el 67% de ellas se encontraban en las etapas clínicas II y III. El 54% (32 mujeres) eran casadas.

Tabla 1
Composición de la muestra

Características Sociodemográficas	Número de casos	Porcentaje de la muestra
Edad		
33 - 46	16	27
47 - 57	28	48
58 - 76	15	25
Escolaridad		
Primaria	6	10
Secundaria	27	46
Preparatoria/Técnico	12	20
Licenciatura	14	24

²³ R. E. Ornelas-Mejorada, *op. cit.*

Etapa Clínica		
I	13	23
II	21	37
III	17	30
IV	4	5
FINC (Etapificación fuera del Instituto)	4	5
Diagnóstico Histopatológico		
Canalicular	42	72
Mixto	9	15
Lobulillar	2	3
Otro	6	10
Estado Civil		
Casada	35	59
Soltera	5	9
Otro	19	32

Respecto a los resultados arrojados por el Perfil de Síntomas Autonómicos, 19 participantes presentaron puntajes mayores a 47, que se marca como punto de corte entre pacientes sanos y pacientes con disfunción autonómica. El rango del puntaje total fue de -3.3 a 92.4, con una media de 40.3, es decir, una tercera parte de la población estudiada reporta síntomas propios de disautonomía. En la Tabla 2 se muestran los puntajes máximos que puede alcanzar una persona en cada uno de los apartados; así como los puntajes obtenidos en cada apartado y en total por las participantes en ambos cuestionarios, PSA y HADS. Los puntajes negativos que se observan en el PSA, son debidos a que la prueba considera valores negativos para los síntomas que se han dejado de presentar. Las pacientes que alcanzaron los puntajes máximos por apartado son la minoría, por ejemplo: para estreñimiento sólo dos mujeres alcanzaron 10.5 y tres de ellas 9 puntos, que indicaría que probablemente hay gastroparesia. En los síntomas de pupila sólo dos puntuaron el máximo de 5.5. En el apartado de infrapuntuación, que se refiere a la tendencia de las personas a minimizar sus síntomas (y por lo tanto habría que poner mayor atención como personal de

salud), sólo una mujer alcanzó el máximo de 8.3 puntos, mientras que el 82% puntuó de cuatro a cero, que muestra que las pacientes están reportando objetivamente sus síntomas.

Tabla 2
Medidas de tendencia central
 Tendencia central en Perfil de Síntomas Autonómicos y Escala de Ansiedad
 y Depresión Hospitalaria

	Media	Desv. Típica	Máximo Prueba por apartado	Mínimo Participantes	Máximo Participantes
Intolerancia Ortostática	14.57	10.02	40	0	35
Alteraciones Vasomotoras	1.09	1.92	10	0	6.3
Alteraciones Secretomotoras	5.21	3.47	22.5	0	15
Gastroparesia	1.83	2.09	10	0	8.4
Diarrea	2.16	6.31	20	-12.0	16
Estreñimiento	1.98	3.32	10.5	-4.5	10.5
Vejiga	3.93	3.60	20	0	16
Pupilas	1.85	1.47	5.5	-.5	5
Alteraciones Sueño	2.40	2.01	15	-2.4	6
Síncope	3.28	3.96	20	0	16
Infrapuntuación	2.09	2.30	8.3	0	8.3
Sobrepuntuación	.36	.92	10	0	4.6
Total	40.30	21.55	191.8	0	92.4
HADS Ansiedad	8.42	3.47	15	0	15
HADS Depresión	6.76	3.80	18	0	13

En el apartado de sobrepuntuación, que indica la somatización de síntomas, el 97% puntuó por debajo de dos y sólo una mujer marcó 4.6, máximo para el apartado. Es decir, reportan objetivamente sin minimizar o exagerar sus síntomas. El caso del apartado de Intolerancia Ortostática es el único que muestra

una desviación típica muy amplia, ya que el 54% de la muestra puntuó en el percentil 25 y 50, el resto en el percentil 75 y sólo una participante marcó 35 puntos que señala una intolerancia franca. El resto de puntajes por apartado se encuentran en valores mínimos o medios.

En la Tabla 3 se muestran los resultados obtenidos en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. En la escala de ansiedad, las pacientes se distribuyen en los cuatro niveles de respuesta, sin embargo el 49% reporta tener síntomas de moderados a severos. Para la escala de depresión, 53% de las pacientes dicen presentar síntomas, veinticuatro de ellas de moderado a severo. De las cincuenta y nueve participantes, diecisiete (28%) mostraron comorbilidad afectiva, es decir, presentaron niveles de moderado a severo en ambas escalas.

Tabla 3
Estadística descriptiva

Distribución de los puntajes de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

Nivel	Ansiedad			Depresión		
	N	%	Media	N	%	Media
No presente	14	24	4	28	47	4
Leve	16	27	7	17	29	8
Moderado	17	29	10	10	17	12
Severo	12	20	13	4	7	13

En cuanto a la relación entre la presencia de síntomas autonómicos con los de ansiedad y depresión (Ver Tabla 4), se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa baja en los síntomas secretomotores, de vejiga, del sueño, así como en el puntaje total del PSA con los puntajes de ansiedad y depresión. Es decir, a mayor ansiedad, se presentan mayores alteraciones secretomotoras, del sueño, en la vejiga y de manera general en todos los sistemas autonómicos. También se encontró una correlación positiva estadísticamente significativa media entre los síntomas de ansiedad y depresión, entonces al incrementarse la ansiedad, también hay un aumento en los síntomas de depresión.

Tabla 4
Correlación de Pearson
 Perfil de Síntomas Autonómicos (PSA)
 y Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

		HADS	
		Ansiedad	Depresión
PSA			
Alteraciones Secretomotoras		.34**	
Vejiga		.38**	.30*
Alteraciones del sueño		.30*	
Puntaje total		.39*	
HADS			
Ansiedad		1	.55*
Depresión		.55*	

N = 59

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral)

** La correlación es significante al nivel 0,01 (bilateral)

Discusión

El propósito de este trabajo fue evaluar la existencia de relación entre los síntomas autonómicos con la ansiedad y depresión en un grupo de mujeres con cáncer de mama que asisten a un centro de atención de tercer nivel. Los resultados obtenidos se orientan a una baja correlación entre los síntomas autonómicos y afectivos para esta población. Es importante considerar que los estresores propios del diagnóstico oncológico, sus tratamientos y efectos secundarios, así como los factores psicosociales antes comentados están presentes, sin embargo no hay una activación psicofisiológica como lo reportado en el estudio de Vale: aumento de la tensión arterial, frecuencia cardiaca, mayor agregabilidad plaquetaria que genera oclusión microcirculatoria, además de in-

crecimiento en las concentraciones de glucocorticoides que tienen impacto en la función inmunosupresora, metabólica y en los procesos antiinflamatorios.²⁴

De hecho, a pesar de obtener puntajes de moderado a severo en la escala de ansiedad, las mujeres de la muestra no han desarrollado un desequilibrio en las respuestas simpáticas-parasimpáticas, o aún no han presentado las manifestaciones que diversos autores señalan como producto de la disfunción autonómica.²⁵

De acuerdo con las características de la triada cognitiva de Beck, los individuos depresivos valoran excesivamente los sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles.²⁶ En la población evaluada en este estudio, a pesar de tener un diagnóstico y tratamiento oncológico, considerado como un evento altamente negativo y estresante, la mayoría de las mujeres (76%) se ubicaron en los rangos bajos de la escala de depresión, manifestando que éstos son leves o no les afectan de la manera esperada.

De acuerdo con Andrews y Thomson la depresión frecuentemente es comórbida con la ansiedad.²⁷ En este estudio se corrobora esta relación, el puntaje promedio para ansiedad fue 8.42 ± 3.47 y para depresión fue 6.76 ± 3.80 , puntajes parecidos a los encontrados en un estudio realizado por Robles y cols. en 2009, en mujeres con cáncer de mama de un hospital de tercer nivel de atención, con base en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, encontraron que la puntuación promedio en la escala de depresión fue de 5.5 ± 4 , y en la de ansiedad de 8.1 ± 4.5 que señalaron como prevalencias superiores a las encontradas en población mexicana.²⁸

La correlación existente entre los síntomas de ansiedad y depresión ($r = 55$) $p=0.05$ en 17 de nuestras pacientes coinciden con otros estudios donde se presenta esta comorbilidad, como el estudio de Utne y cols. en una muestra de pacientes oncológicos hospitalizados donde el 44% de ellos la presentaban.²⁹

Diversas investigaciones consideran alta prevalencia de comorbilidad sintomática cuando aproximadamente el 20% de la muestra lo presenta, en nues-

²⁴ S. Vale, "Psychosocial Stress and Cardiovascular Diseases" en *Postgraduate Medical Journal*, núm. 81 (957), 2005, 429-436.

²⁵ Y. L. Michael *et al.*, 2010. "Influence of Stressors on Breast Cancer Incidence in the Women's Health Initiative", en *Health Psychology*, núm. 28 (2), 2010, 137-146.

²⁶ A. Beck *et al.*, *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao, Desclée de Brouwer, 1979, 17^a ed.

²⁷ P. Andrews y T. Anderson, "The Bright Side of Being Blue: Depression as an Adaptation for Analyzing Complex Problems" en *Psychology Review*, núm. 116 (3), 2009, 620-654.

²⁸ R. Robles, *op. cit.*

²⁹ I. Utne *et al.*, "The Relationship between Mood Disturbances and Pain, Hope, and Quality of Life in Hospitalized Cancer Patients with Pain on Regularly Scheduled Opioid Analgesic" en *Journal of Palliative Medicine*, núm. 13 (3), 2010.

tro estudio el 28% presentó esta comorbilidad en los síntomas afectivos de ansiedad y depresión.³⁰

Los datos obtenidos nos permiten mencionar que en nuestra población, aún no se presenta una reactividad fisiológica importante, sin embargo la presencia de algunas manifestaciones autonómicas y su relación con los síntomas afectivos en mujeres con cáncer de mama en una etapa clínica temprana, señalan la necesidad de atención que vaya dirigida a impactar no sólo la ansiedad y depresión, sino incidir desde la perspectiva psicofisiológica para evitar complicaciones en los sistemas autonómico, endocrino e inmunológico a mediano y largo plazo en esta población.

Se presentaron ciertas limitaciones para la realización de este estudio: la principal se relaciona con la selección de la muestra, que fue diagnosticada en una etapa temprana del cáncer de mama, el tratamiento y los efectos secundarios para estas etapas son menos agresivos que en etapas avanzadas, situación que pudo influir en la presentación de los síntomas evaluados. Otra limitación fue que la presencia de síntomas de disfunción autonómica en las pacientes con cáncer de mama normalmente se asocia con los efectos secundarios del tratamiento oncológico, por lo que se retrasa la canalización con el especialista (Neurólogo), el diagnóstico y la valoración, o asociación en su caso, de síntomas. Finalmente, hasta el momento no se han encontrado estudios que valoren la relación de los síntomas afectivos con los autonómicos en pacientes con cáncer de mama que posibiliten la comparación de resultados; tampoco se ha evaluado a otro grupo amplio de mujeres para poder confirmar los hallazgos.

Recomendaciones

Se sugiere considerar el desarrollo de programas de intervención psicológicos asistidos con técnicas psicofisiológicas como la retroalimentación biológica, que permitan brindar atención a esta población, ya que como muestran los datos, 3 de cada 10 mujeres presentan ansiedad y depresión, y algunas de ellas ya comienzan con disfunciones autonómicas. Para futuras investigaciones se recomienda considerar a población con cáncer de mama que se encuentre en una etapa clínica avanzada, debido a que han sido expuestas a otros tipos de tratamientos oncológicos y los pronósticos de sobrevida son menos optimistas, situación que puede determinar una mayor afectación tanto a nivel autonómico como afectivo, observando si hay un incremento en frecuencia de presentación e intensidad, así como una mayor correlación entre éstos, como lo señala la literatura científica.

³⁰ B. Rodríguez Vega *et al.*, "Síntomas de Ansiedad y Depresión en un Grupo de Pacientes Oncológicos y en sus Cuidadores" en *The European Journal of Psychiatry*, núm. 16 (1), 2002, 27-38.

Bibliografía

Andrews, P., and Anderson Thomson, 2009. "The Bright Side of Being Blue: Depression as an Adaptation for Analyzing Complex Problems." *Psychology Review* 116 (3): 620–654. doi:10.1037/a0016242.The.

Antoni, Michael H., Suzanne Lechner, Alain Diaz, Sara Vargas, Heather Holley, Kristin Phillips, Bonnie McGregor, Charles S Carver, and Bonnie Blomberg. 2010. "Cognitive Behavioral Stress Management Effects on Psychosocial and Physiological Adaptation in Women Undergoing Treatment for Breast Cancer." *Brain Behavioral Immunology* 23 (5): 580–591. doi:10.1016/j.bbi.2008.09.005.Cognitive.

Beck, Aaron T., A. John Rush, Brian F. Shaw and Gary Emery, 1979. *Terapia Cognitiva de la Depresión*. 17th ed. Bilbao: Descléé de Brouwer.

Chintamani, Anupriya Gogne, Rohan Khandelwal, Megha Tandon, Sidharth Jain, Yashwant Kumar, Nikhil Narayan, Rahul Bamal, S. Srinivas and Sunita Saxena, 2011. "The Correlation of Anxiety and Depression Levels with Response to Neoadjuvant Chemotherapy in Patients with Breast Cancer." *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports* 2 (3) (January): 15. doi:10.1258/shorts.2010.010072. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3086323&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

Costanzo, E. S., R. S. Stawski, C. D. Ryff, C. L. Coe and D. M. Almeida, 2012. "Cancer Survivors' Responses to Daily Stressors: Implications for Quality of Life." *Health Psychology* 31 (3): 360–370. doi:10.1037/a0027018. <http://psycnet.apa.org/journals/hea/31/3/ 360/>.

Eichler, Christian, Multhaupt Pia, Multhaupt Sibylle, Axel Sauerwald, Wolff Friedrich, Mathias Warm, 2015. "Cognitive Behavioral Therapy in Breast Cancer Patients – a Feasibility Study of an 8 Week Intervention for Tumor Associated Fatigue Treatment." *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 16: 1063-1067.

Grassi, Luigi, Rosangela Caruso, Silvana Sabato, Sara Massarenti, Maria G. Nanni and the UniFe Psychiatry Working Group Coauthors. 2015. "Psychosocial Screening and Assessment in Oncology and Palliative Care Centers." *Frontiers in Psychology* 5: 1-6.

Herschbach P., M. Keller, L. Knight, T. Brandl, B. Huber, G. Henrich and B. Marten-Mittag, 2004. "Psychological Problems of Cancer Patients: A Cancer Distress Screening with a Cancer-Specific Questionnaire." *British Journal of Cancer* 91: 505-511.

Hjerl, Karen, Elisabeth Andersen, Niels Keiding, Henning Mouridsen, Preben Mortensen, and Torben Jorgensen, 2003. "Depression as a Prognostic Factor for Breast Cancer Mortality." *Psychosomatics* 44: 24-30.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, "Día mundial contra el cáncer (4 de febrero), INEGI Aguascalientes, (2014), p. 1globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx

Kaminska, Marzena, Tomasz Kubiatowski, Tomasz Ciszewski, Krzysztof J. Czarnocki, Marta Makara-Studzińska, Iwona Bojar, Elżbieta Starośawska, 2015. "Evaluation of Symptoms of Anxiety and Depression in Women with Breast Cancer After Breast Amputation or Conservation Treated with Adjuvant Chemotherapy." *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22 (1): 185-189.

Lovallo, W. R., 2003. "Psychophysiological Reactivity: Mechanisms and Pathways to Cardiovascular Disease." *Psychosomatic Medicine* 65 (1) (January 1): 36-45. doi:10.1097/01.PSY.0000033128.44101.C1. <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/doi/10.1097/01.PSY.0000033128.44101.C1>.

Martí-Martínez, S. A., Monge-Arigilés J., Sánchez-Payá L., Turpín-Fenoll, C. Martín-Estefanía, C. Leiva-Santana, 2009. "Versión Española del Test Perfil de Síntomas Autonómicos." *Revista de Neurología* 49 (11): 577-580.

Mehnert, A., Petra Berg, G. Henrich, and P Herschbach, 2009. "Fear of Cancer Progression and Cancer Related Intrusive Cognitions in Breast Cancer Survivors". *PsychoOncology* 18 (12): 1273-1280. doi:10.1002/pon. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1481/abstract>.

Michael, Yvonne L., Nichole E. Carlson, Rowan T. Chlebowski, Mikel Aickin, Karen L. Weihs, Judith K. Ockene, Deborah J. Bowen and Cheryl Ritenbaugh, 2010. "Influence of Stressors on Breast Cancer Incidence in the Women's Health Initiative." *Health Psychology* 28 (2): 137-146. doi:10.1037/a0012982.Influence.

O'Connor, M., S. Christensen, A. B. Jensen, S. Moller and R. Zachariae, 2011. "How Traumatic Is Breast Cancer ? Post-Traumatic Stress Symptoms (PTSS) and Risk Factors for Severe PTSS at 3 and 15 Months after Surgery in a Nationwide Cohort of Danish Women Treated for Primary Breast Cancer." *British Journal of Cancer* 104: 419-426. doi:10.1038/sj.bjc.6606073.

Ornelas-Mejorada, Rosa Elena, Mónica Anahí Tufiño and Juan José Sánchez-Sosa, 2011. "Ansiedad Y Depresión En Mujeres Con Cáncer de Mama En Radioterapia: Prevalencia y Factores Asociados." *Acta de Investigación Psicológica* 1 (3): 401-414.

Robles, Rebeca, Mónica Morales, Luz Margarita Jiménez and Jaime Morales, 2009. "Depresión y Ansiedad en Mujeres con Cáncer de Mama: El Papel de la Afectividad y el Soporte Social." *Psicooncología* 6: 191-201.

Rodgers, Jacqui, Colin R. Martin, Rachel C. Morse, Kate Kendell and Mark Verrill, 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. doi:10.1186/1477-7525-3-Received.

Rodríguez Vega, B., A. Ortiz Villalobos, A. Palao Tarrero, C. Avedillo, A. Sánchez-Cabezudo and C. Chinchilla, 2002. "Síntomas de Ansiedad y Depresión en un Grupo de Pacientes Oncológicos y en sus Cuidadores." *The European Journal of Psychiatry (edición En Español)* 16 (1) (March): 27-38. doi:10.4321/S1579-699X2002000100004. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2002000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

Royo, Ana, 2011. "Calidad de Vida En Pacientes Intervenidas de Cáncer de Mama."

Sarkar, D. K. Murugan S. and N. Zhang, C. Boyadjieva, 2012. "Regulation of Cancer Progression by B-Endorphin Neuron." *Cancer Research* 72 (4): 836-840. doi:10.1158/0008-5472.CAN-11-3292.Regulation.

Silva, Juan Alejandro, Juan Francisco González, Juan Enrique Bargalló, Gabriela Hernández-Rivera, Xóchitl Gómez-Roel, Sigfrido Rangel, Juan Jesús Vargas-Valencia, Jonathan Martínez-Fonseca, Bonnie Meyer Korenblat Donato and Ariadna Juárez-García, 2011. "[Treatment Patterns in Advanced Breast Cancer with Anthracycline

and Taxanes and Their Costs in Three Public Hospitals of Mexico]." *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 14 (5 Suppl 1): S147–50. doi:10.1016/j.jval.2011.05.029. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21839890>.

Sloan, Erica K., Saul J. Priceman, Benjamin F. Cox, Stephanie Yu, A. Matthew, Veera Tangkanangnukul, Jesusa M. Arevalo, et al. 2011. "Sympathetic Nervous System Induces a Metastatic Switch in Primary Breast Cancer." *Cancer Research* 70 (18): 7042-7052. doi:10.1158/0008-5472.CAN-10-0522.Sympathetic.

Utne, I., S. Cand, C. Miaskowski, K. Bjordal, S. Paul and T. Rustoen, 2010. "The Relationship between Mood Disturbances and Pain, Hope and Quality of Life in Hospitalized Cancer Patients with Pain on Regularly Scheduled Opioid Analgesic." *Journal of Palliative Medicine* 13 (3).

Vahdaninia, Mariam, Sepideh Omidvari and Ali Montazeri, 2010. "What Do Predict Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients? A Follow-up Study." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45 (3) (March): 355-61. doi:10.1007/s00127-009-0068-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19458878>.

Vale, S., 2005. "Psychosocial Stress and Cardiovascular Diseases.", *Postgraduate Medical Journal* 81 (957): 429-436. doi:10.1136/pgmj.2004.028977.

World Health Organization, "Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Breast Cancer", *GLOBOCAN – International Agency for Research on Cancer*, (2014) en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx