



Impacto psicológico y respuesta emocional ante el cáncer de mama y el tratamiento radioterápico

AUTORES

Fontán Bernárdez, R.

Enfermera. University Hospital of Leicester, UK.
Graduada por el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Martín Bravo, I.

Enfermera. Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Meixoeiro. Vigo.

rofobe@gmail.com
isabel.martin.bravo@sergas.es

Recibido: 23/09/2018
Aceptado: 23/1/2019

RESUMEN

Objetivo:

La presencia de psicopatología en el paciente con cáncer ha sido ampliamente documentada. A pesar de ello, la identificación de estos trastornos es insuficiente. El siguiente artículo aborda la ansiedad y la depresión por ser los trastornos más frecuentes en el paciente con cáncer y por la incidencia en su bienestar.

Material y Método:

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo en el que se midieron los niveles de ansiedad y depresión (escala HADS) antes y después del comienzo del tratamiento radioterápico de 46 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. Utilizándose pruebas no paramétricas para el análisis del estado psicológico en relación a características sociodemográficas y clínicas.

Resultados:

El 23,9% de las pacientes presentaron psicopatología previa a la radioterapia frente a un 25,8% una semana después del inicio del tratamiento. Por otra parte, presentaron mayor incidencia de ansiedad y depresión las pacientes que se encontraban sin pareja, con cargas familiares, sin tratamiento quimioterápico neoadyuvante y con tratamiento psicofarmacológico previo a la consulta de radioterapia.

Conclusiones:

A la vista de los resultados no se observan grandes variaciones de la afectación psicológica antes y a la semana de inicio del tratamiento tras haber realizado la consulta informativa y de cuidados con enfermería, dato que sugiere que su psicopatología no se encuentra relacionada con la aplicación de la radioterapia en si o la información recibida, sino con la evolución del cáncer y las posibles secuelas del tratamiento. Finalmente, se elaboró un protocolo de actuación para la consulta de enfermería radioterápica.

Palabras clave:

Ansiedad, depresión, cáncer de mama, HADS, radioterapia.

ABSTRACT

Objective:

The presence of psychopathology in patients with cancer has been extensively documented. Despite that, the identification of these disorders is insufficient. The next article address anxiety and depression due to be the most frequent disorders in patients with cancer and for the incidence on their well-being.

Material and Method:

A prospective observational descriptive study was perform to measure the levels of anxiety and depression (HADS scale) before and after the start of the radiotherapy treatment of 46 women diagnosed of breast cancer. Non parametric tests were used to analyse the psychological state in relation to the sociodemographic and clinical characteristics.

Results:

23.9% of the patients presented psychopathology prior to radiotherapy compared to 25.8% one week after the start of the treatment. On the other hand, it had higher incidence of anxiety and depression the patients without partner, with family responsibilities, with neoadjuvant chemotherapy treatment and with pharmacological treatment previously to the radiotherapy appointment.

Conclusions:

In view of the results, no large variations of the psychological affectation before and a week after of the start of the treatment are observed. Data that suggest that the psychopathology is not related to the application of the radiotherapy treatment or the information received, but with the cancer evolution and the possible treatment sequels. Finally an actuation protocol was develop for the nursing radiotherapy clinic.

Key words:

Anxiety, depression, breast cancer, HADS, radiotherapy.

ARTÍCULOS ORIGINALES

INTRODUCCIÓN

Por todos es sabido que cualquier perturbación en nuestra salud física provocará la consiguiente afectación de nuestra salud mental. Sin ir más lejos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto de relieve que la salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar total de las personas, las sociedades y las naciones.⁽¹⁾

Debemos tener en cuenta que el término salud no siempre ha poseído el mismo significado. Diversas han sido las definiciones que a lo largo de la historia ha adquirido, pero sin duda el cambio conceptual más importante tuvo lugar en 1946 cuando la OMS, define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Llegándose así paulatinamente a entender que los remedios más efectivos son los que tratan el cuerpo y la mente por igual.⁽¹⁾⁽²⁾

Nos encontramos por lo tanto, que la presencia de graves enfermedades físicas, como el cáncer, representa una carga tremenda para quienes las sufren y las sobreviven, conduciendo con frecuencia a serios trastornos psicológicos.⁽¹⁾

El diagnóstico de cáncer, en concreto de cáncer de mama, y los tratamientos que lo acompañan son sin duda elementos capaces de mermar el bienestar psicológico de las mujeres sometidas a esta experiencia. Nos encontramos así con que el cáncer de mama, la depresión y la ansiedad constituyen problemas de salud pública, que además se encuentran estrechamente vinculados entre sí.⁽³⁾⁽⁴⁾

El estigma del cáncer produce en ocasiones un efecto de verdadero freno al desarrollo individual y social en la vida del enfermo, no atribuible en modo alguno, a las limitaciones reales que impone la enfermedad. Debido al estigma existente en todo lo relacionado con el cáncer, la paciente y su familia pueden ver en este diagnóstico un presagio de muerte o de minusvalía. A pesar de la mejoría del pronóstico y la supervivencia con los tratamientos actuales, el cáncer de mama sigue suscitando sentimientos de rabia, miedo y desesperanza.⁽⁵⁾⁽⁶⁾

El diagnóstico de cáncer de mama implica una ruptura con la vida previa que obliga a la persona afectada y a su entorno próximo a adaptarse a múltiples circunstancias difíciles como el diagnóstico, el tratamiento y las revisiones post-tratamiento.

Por ello es frecuente que la mayoría de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama experimenten elevados niveles

de malestar psicológico caracterizados por: incertidumbre, miedo, ansiedad, rabia, depresión, sentimientos de pérdida de control, amenazas a la autoestima.

Estas reacciones emocionales son hasta cierto punto normales y necesarias para que la persona acepte su situación y pueda hacerle frente. Es frecuente que aparezcan en diferentes momentos del proceso de enfermedad (diagnóstico, cirugía, tratamiento y seguimiento) y que se vayan resolviendo en la medida que el paciente asimila su situación y pone en marcha recursos para hacerles frente. En ocasiones el malestar emocional es tan importante que interfiere en la capacidad para afrontar la enfermedad y las consecuencias asociadas a los tratamientos.⁽⁶⁾

Diversos estudios apuntan que la depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en muestras de pacientes con enfermedades físicas, incluyendo el cáncer.⁽⁴⁾

En cuanto a la ansiedad Kaplan (1997) señala que las causas de ansiedad en los pacientes con cáncer pueden ser de diferente índole: situacionales, relacionadas con la enfermedad, con el tratamiento o la exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente.

Por ejemplo, el impacto del diagnóstico junto con la discusión de su pronóstico, la crisis que desencadena la enfermedad y el tratamiento, conflictos con la familia o con el equipo de atención, anticipación de un procedimiento atemorizante, la espera de los resultados de un análisis o de otro tipo de estudio y miedo a la recidiva; además de algunos problemas médicos que por sí solos producen ansiedad como estados metabólicos anormales.

Por otro lado en cuanto a la depresión tenemos que para algunos autores como Cesarco la depresión en pacientes con cáncer es tres veces superior que en la población general y dos veces mayor en personas internadas por otros problemas clínicos.

Son numerosos los factores de riesgo para padecer depresión, pues está relacionada con factores de índole personal como con factores del tratamiento y de la enfermedad, por lo que es de suma importancia detectar y tratar con terapia psicológica y psicofarmacológicamente los cuadros depresivos en estos pacientes, debido a que no sólo modifican su calidad de vida desde un punto de vista subjetivo, sino que también puede cambiar el curso y evolución de la enfermedad por las connotaciones que tiene la depresión sobre el sistema inmunológico.⁽⁷⁾

ARTÍCULOS ORIGINALES

La enfermedad oncológica es un padecimiento grave y complejo que ocasiona un gran impacto físico, psicológico y social en las personas que lo padecen, en su entorno familiar y social como en el equipo de salud que les atiende.⁽⁷⁾

El presente trabajo aborda el cáncer de mama por ser el tumor más frecuente en todo el mundo, después del cáncer de pulmón, así como la ansiedad y la depresión por ser los trastornos mentales más frecuentes en las pacientes con cáncer de mama y por la incidencia en su bienestar.⁽⁸⁾

Los principales problemas psicológicos a los que se ven enfrentadas las mujeres que cursan un cáncer de mama tienen relación con la sensación de pérdida real o potencial que experimentan. La mama es un órgano con una representación cultural, psicológica, sexual y afectiva muy compleja. Debido a ello el diagnóstico, tratamiento y secuelas del cáncer de mama van a ser percibidos y vividos por la paciente de una manera singularmente delicada. La alteración de la simetría corporal es entendida por la mayoría de las pacientes como una deformidad, incluso una pequeña cicatriz puede llegar a tener una interpretación psicológica de magnitud muchas veces incomprendida por el entorno social y afectivo de la paciente, como así también por el equipo médico que la trata.⁽⁹⁾

La sociedad da un valor muy grande al atractivo físico de la mujer, por lo tanto, si a la pérdida normal por la edad de dicho atractivo, se suma una mutilación de órganos tan importantes para su autoestima, como las mamas, la mujer tiende a derrumbarse psicológicamente. Por fortuna, ha habido notables avances en los tratamientos, no obstante, es necesario insistir en la importancia del soporte social a las mujeres que sufren cáncer de mama así como también en las implicaciones que tiene esta enfermedad en su vida afectiva.⁽¹⁰⁾

Por otro lado preguntas como: ¿voy a morir?, ¿va a ser mi familia capaz de soportar esta situación?, ¿me va apoyar mi pareja durante este proceso de enfermedad?, ¿cuáles van a ser las secuelas que los tratamientos médicos van a producir en mi cuerpo y en mi estado de ánimo?, ¿qué implicancias económicas va a tener para mi familia mi enfermedad?, ¿cómo le explico a mis seres queridos lo que me ocurre?, ¿me están diciendo la verdad o me están ocultando algo?, ¿estoy en manos de un equipo médico competente?, ¿por qué enfermé?, etc. Serán cuestiones que perturbarán constantemente el bienestar de la paciente.⁽⁹⁾

Tenemos por tanto que un aspecto fundamental a considerar en el cáncer de mama es el psicológico, debido al gran impacto que ocasiona la enfermedad en la paciente, pero

también existen otros muchos motivos por los cuales se hace necesario profundizar en este campo.

Existen diferentes barreras que a lo largo de la historia han provocado que no se detectara la presencia de alteraciones psicopatológicas en los pacientes con cáncer, frenando así el desarrollo de una adecuada atención sanitaria. Estos elementos de barrera estarán presentes en el propio paciente, en el oncólogo y en la institución sanitaria.

En lo que al paciente se refiere tendríamos tres elementos de barrera: la confluencia de sintomatología somática y psíquica, el miedo al estigma social (ante la posibilidad de ser diagnóstico de algún trastorno mental), la preocupación por la adicción a psicofármacos y el no considerar necesario la solicitud de atención o apoyo psicológico.

Los elementos de barrera en el oncólogo serán: el mayor coste de tiempo que supone el valorar la situación emocional del paciente, creer que no es competencia del oncólogo conocer y valorar la situación psicológica del enfermo, esperar que el paciente demande la atención psicológica, la carencia de habilidades de comunicación y la falta de motivación para explorar síntomas emocionales.

A nivel institucional tendremos como elementos de barrera: la prioridad de curar el cáncer quedando los aspectos emocionales en segundo plano, el mayor coste económico que supone incluir un especialista en psicooncología dentro del personal y el desconocimiento por parte de la dirección o gerencia de un hospital de la eficacia de una atención psicológica al paciente oncológico.^{(11) (12)}

De esta manera nos encontramos con que lamentablemente la habilidad para reconocer la psicopatología en los pacientes con cáncer es todavía limitada.⁽¹²⁾

OBJETIVOS

General:

Determinar el estado psicológico en el que se encuentran las pacientes (presencia, ausencia o sospecha de ansiedad/depresión), antes de comenzar la radioterapia y una semana después del inicio del tratamiento.

Específicos:

- Determinar las características sociodemográficas de la población.
- Evaluar si existen diferencias o variaciones, tras haber realizado la primera consulta con enfermería, entre los ni-

ARTÍCULOS ORIGINALES

veles de ansiedad y depresión previos al inicio y durante la radioterapia.

- Valorar la asociación entre el estado psicológico y: nivel de estudios, cargas familiares, tratamiento quimioterápico neoadyuvante, tratamiento psicofarmacológico y nivel de información sobre el tratamiento.
- Evaluar el nivel de satisfacción de las pacientes tras la consulta de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo.

La muestra del presente estudio está constituida por mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que acudían por primera vez a la consulta de enfermería radioterápica del Hospital Meixoeiro, entre el 28 de enero y el 20 de marzo del 2016.

Todas las pacientes que acudían a dicha consulta fueron susceptibles de participar en el estudio, no estableciéndose ningún criterio de exclusión, salvo la negación explícita de la paciente en la participación del mismo.

Un total de 46 pacientes acudieron a consulta durante los meses en los que se repartieron los cuestionarios, de las cuales todas consintieron su participación.

Se utilizaron dos instrumentos diferentes, por un lado, un cuestionario sociodemográfico de elaboración propia constituido por 9 preguntas que evaluaban datos sociodemográficos y médicos.

Por otro lado el estado psicológico de las pacientes fue evaluado mediante la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS), por las siglas de su nombre en inglés: Hospital Anxiety and Depression Scale, diseñada por Zigmond y Snaith con el objetivo de detectar trastornos de ansiedad y depresión, así como determinar la gravedad de los mismos, en hospitales no psiquiátricos, medios ambulatorios comunitarios o de atención primaria. Es un instrumento ideal para evaluar a pacientes físicamente enfermos, ya que no contiene ítems de síntomas somáticos que puedan atribuirse a la enfermedad y/o a su tratamiento, además de ser de fácil cumplimentación y no requerir gran inversión de tiempo.

El HADS está constituido por catorce preguntas (siete para ansiedad y siete para depresión) que miden la presencia y

severidad de síntomas experimentados durante la semana previa. Las respuestas a las preguntas son ponderadas de cero a tres, siendo veintiuno la máxima puntuación, para cada una de las psicopatologías. Las puntuaciones mayores a diez indican morbilidad psiquiátrica, puntuaciones entre ocho y diez son interpretadas como limítrofes, y puntuaciones inferiores a ocho son consideradas como normales.⁽⁴⁾

El procedimiento llevado a cabo fue el siguiente:

La enfermera de la consulta de radioterapia, explicaba a cada una de sus nuevas pacientes el estudio de investigación que se estaba realizando, dándole la opción de poder participar en el mismo.

A todas aquellas pacientes que manifestaran su consentimiento verbal se les hizo entrega de un cuestionario psicosocial y de dos copias de la escala HADS, los cuales cubrían de una manera totalmente anónima con el fin de conservar la confidencialidad de la información y el respeto por la intimidad de las mujeres encuestadas permitiendo así obtener información de mejor calidad.

Una de las copias de la escala HADS la cumplimentaban el mismo día de la consulta de enfermería antes de la realización de la misma. A continuación en dicha consulta se les proporcionaba información sobre el tratamiento que iban a recibir (pruebas, aparataje, ...) y sobre cuidados de la piel. La segunda copia de la escala HADS la cubrían después de haber completado una semana de tratamiento radioterápico. Las dos copias estaban identificadas con un mismo número, para así poder comparar los resultados de una y otra escala asegurando el anonimato de la paciente.

RESULTADOS

Del total de la muestra, dos de las pacientes se excluyen de la segunda valoración debido a que una de ellas no llegó a recibir radioterapia, ya que tuvo que ser re-intervenida quirúrgicamente, y otra de las pacientes fue desestimada por no poder ser valorada su situación anímica debido a la muerte repentina de un ser querido.

En el momento de cerrar el estudio quedan 13 pacientes por entregar la segunda copia de la escala HADS, debido a un retraso en el inicio del tratamiento por un problema técnico en la unidad (avería de un acelerador lineal).

La edad de las pacientes evaluadas oscila entre los 37 y 80 años con un promedio de 56,7 años (Desviación estándar

ARTÍCULOS ORIGINALES

de 10,1). Siendo el rango de edad de 50-70 años, el que mayor proporción de pacientes contiene.

El 63% de las mujeres tenían pareja (casadas o conviviendo con pareja), encontrándose de esta manera el 37% restante en situación de soltería, viudedad o divorcio.

En cuanto a los estudios cursados, el 51% de las pacientes tenían estudios primarios, un 22% medios y un 27% universitarios. Por otro lado, un 43% tenían trabajo, ya fuera por cuenta ajena o como autónomas, y un 11% se encontraban desempleadas, ya fuera cobrando o no una prestación. El 37% de la muestra eran amas de casa y sólo un 9% estaban ya jubiladas; un 41% tenían hijos o familiares a su cargo.

En cuanto a los datos clínicos, tenemos que un 46% habían recibido quimioterapia y un 35% tomaban en el momento de la encuesta tratamiento ansiolítico o antidepresivo.

Por otro lado, un 61% presentaba algún tipo de miedo o temor en relación al tratamiento radioterápico que iban a recibir (pruebas, aparataje, posibles efectos secundarios...) y un 67% afirmaba tener bastante información acerca del tratamiento que se le iba a aplicar. Respecto a la satisfacción de las pacientes con la consulta de enfermería, el 97% considera que es adecuada y de mucha o bastante ayuda la información recibida en la misma.

Los trastornos psicológicos estudiados han sido la ansiedad y la depresión antes y durante el tratamiento radioterápico. Por lo tanto, el estado psicológico de las pacientes a estudio se encuentra clasificado en presencia o ausencia para ansiedad pre- e intra-tratamiento y presencia o ausencia para depresión pre- e intra-tratamiento.

Esta clasificación de presencia o ausencia de los dos trastornos psicológicos a estudio se encuentra relacionada con la puntuación obtenida en la escala HADS. Por lo tanto, una puntuación mayor que 10, indicaría psicopatología y una puntuación menor que 8 indicaría ausencia de psicopatología (encontrándose incluidas en este grupo aquellas pacientes en estado limítrofe; puntuaciones entre 8 y 10).

En las siguientes tablas (Tabla 1 y 2) se recogen las frecuencias y porcentajes de los datos obtenidos sobre la clasificación del estado psicológico de las pacientes. Así como en la Figura 1 se observa la presencia y ausencia de morbilidad psiquiátrica antes y durante el tratamiento radioterápico.

El rango de edad que presenta un mayor número de pacientes sin ansiedad ni depresión, es el de 50-70 años, con un 86% y 93% respectivamente; siendo el grupo de menores de

Ansiedad	Pre- tratamiento		Intra- tratamiento	
	n ₁	%	n ₁	%
Ausencia	37	80,4	24	77,4
Presencia	9	19,6	7	22,6
Total	46	100	31	100

Tabla 1. Clasificación de los niveles de ansiedad.

Depresión	Pre- tratamiento		Intra- tratamiento	
	n ₁	%	n ₁	%
Ausencia	39	84,8	27	87,1
Presencia	7	15,2	4	12,9
Total	46	100	31	100

Tabla 2. Clasificación de los niveles de depresión.

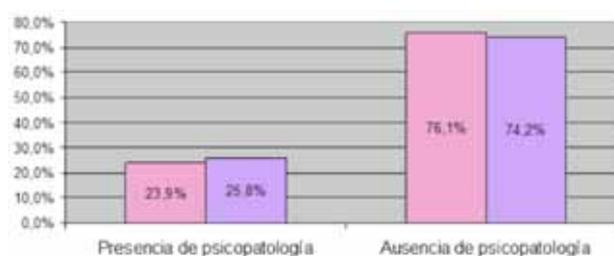


Figura 1. Presencia y ausencia de psicopatología pre- e intra- tratamiento.

50 años, el que presenta un mayor porcentaje de mujeres con ansiedad, el 36%, y el grupo de mayores de 70 años el que presenta un mayor porcentaje de mujeres con depresión, el 33%. De acuerdo a la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para la variable edad en relación a la presencia o ausencia de ansiedad o depresión ($p > 0,05$).

El grupo que se encontraba sin pareja, presenta un mayor porcentaje de mujeres con ansiedad y depresión, un 24%; así como también el grupo que tenía cargas familiares (hijos o familiares a cargo), presenta un mayor porcentaje de mujeres con ansiedad y depresión, un 21% y 16%, respectivamente. De acuerdo a la prueba estadística de Fisher no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ni para la variable estado civil, ni para la variable cargas en relación a la presencia o ausencia de ansiedad o depresión ($p > 0,05$).

En cuanto a los estudios y la ocupación; las mujeres con estudios universitarios presentan el mayor porcentaje de niveles de ansiedad (33%), pero a su vez es el grupo donde encontramos menos depresión (92%). El grupo de mujeres sin estudios es el que presenta menor índice de ansiedad con

ARTÍCULOS ORIGINALES

un 87%. El porcentaje donde encontramos más depresión corresponde al grupo con estudios medios. En relación a la ocupación, el grupo que presenta mayor nivel de ansiedad son las mujeres con una situación laboral activa (25%), junto al grupo de mujeres jubiladas, a su vez este grupo también es el que más porcentaje de depresión demuestra seguido de las mujeres en desempleo. Las pacientes que pertenecen al grupo amas de casa son las que presentan los menores porcentajes de ansiedad y depresión (88%). De acuerdo a la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ni para la variable estudios, ni para la variable ocupación en relación a la presencia o ausencia de ansiedad o depresión ($p > 0,05$).

Con el fin de analizar el efecto que podría tener sobre la salud mental de la pacientes el hecho de consumir ansiolíticos o antidepresivos, al modificar éstos su estado psicológico, se incluyó esta variable y se encontró que aproximadamente el 35% de las mujeres consumían en el momento del estudio ansiolíticos o antidepresivos, relacionados o no con el fin de afrontar de una mejor forma el cáncer de mama. El grupo que se encontraba a tratamiento ansiolítico o antidepresivo presenta un mayor porcentaje de mujeres con ansiedad y depresión, un 44% y un 31% respectivamente. Encontrándose de acuerdo a la prueba estadística de Fisher diferencias estadísticamente significativas para la variable tratamiento psiquiátrico en relación a la presencia de ansiedad y depresión ($p < 0,05$).

En cuanto a haber recibido tratamiento quimioterápico o no, nos encontramos con que el grupo que recibió quimioterapia presenta, un mayor porcentaje de mujeres sin ansiedad ni depresión, un 81% y 86% respectivamente. De acuerdo a la prueba estadística de Fisher no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para la variable de tratamiento quimioterápico en relación a la presencia o ausencia de ansiedad o depresión ($p > 0,05$).

En cuanto al nivel de información que afirmaban poseer las pacientes sobre el tratamiento que iban a recibir, el grupo que afirmaba poseer menos información, presentaba un mayor porcentaje de mujeres con ansiedad y depresión, un 29%. No encontrándose, según la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson diferencias estadísticamente significativas entre la variable información sobre el tratamiento y la presencia o ausencia de ansiedad o depresión ($p > 0,05$).

En relación a la variable miedo o temor al tratamiento radioterápico, nos encontramos con que el grupo que afirma tener miedo o temor, presenta un mayor porcentaje de mujeres con ansiedad y depresión, un 29% y un 18% respectivamente. De acuerdo a la prueba estadística de Fisher no se

han encontrado diferencias estadísticamente significativas para la variable miedo en relación a la presencia o ausencia de ansiedad o depresión ($p > 0,05$).

DISCUSIÓN

A pesar de que la prioridad de las instituciones sanitarias debe ser la prevención y detección precoz del cáncer de mama, estudios como este justifican la necesidad de proporcionar a las pacientes diagnosticadas, las herramientas adecuadas para poder afrontar de la mejor forma posible las implicaciones que dicho diagnóstico tiene tanto a nivel físico, como psicológico y social, permitiendo así que continúen con su proyecto de vida en las mejores condiciones posibles, fortaleciendo sus redes sociales y entorno familiar en lugar de sumirse en estados psicopatológicos.

Además de las acciones llevadas a cabo por las instituciones, el equipo de profesionales debe ser consciente de que cada paciente se debe abordar de forma diferente, dado que la afectación psicológica y las estrategias de afrontamiento varían de unos sujetos a otros, de acuerdo no solo a su conducta y personalidad sino también a su entorno familiar y social; a pesar de que las características y manifestaciones clínicas puedan ser similares entre ellas.

Los estudios sobre el estado psicológico siguen siendo un reto debido a su carácter subjetivo. Sin embargo, la epidemiología y la estadística nos facilitan los instrumentos apropiados para un buen acercamiento a la realidad de las pacientes, aportando información sobre aquellos grupos poblacionales en los que deberemos centrar nuestras acciones, así como también aquellas conductas susceptibles de ser modificadas para una mejor atención del paciente.

Los porcentajes de ansiedad y depresión en este estudio fueron de 19,6% y 15,2% respectivamente, encontrándose estos valores por encima de los resultados del estudio de Derogatis, Morroy y colaboradores (2% y 6%) y por debajo del estudio de Massie y Holland, y, Schang y Heinrich (44% y 25%).

A la vista de los resultados, se observa que el porcentaje de mujeres con psicopatología no varía demasiado después de haber comenzado con el tratamiento radioterápico, lo que hace pensar que a pesar de que un 97% de las pacientes manifiesten que la consulta de enfermería ha sido muy adecuada y de gran ayuda la información recibida, sus miedos no se encuentran relacionados con la aplicación de las sesiones de radioterapia (pruebas, aparataje...) sino con los posibles efectos secundarios a largo plazo y la propia evolución de su enfermedad hacia la curación o no.

ARTÍCULOS ORIGINALES

En nuestro estudio se obtuvo menor incidencia de ansiedad y depresión en aquellas pacientes que tenían pareja y que no presentaba cargas familiares, correspondiéndose estos resultados con el estudio de Bloom, así como también con el de Ford los cuales afirman que el apoyo social disponible se vincula a mayor bienestar.

Respecto a la edad, el estudio de Meyerowitz indica que una mayor edad se asocia a mejores resultados psicológicos, correlacionándose esto con los resultados de nuestro estudio ya que las pacientes de más edad eran las que presentaban menores índices de ansiedad. En cambio el dato de la depresión no es equiparable al anterior estudio citado. Se observa que las pacientes con estudios universitarios presentan mayor ansiedad, así como los pacientes en activo, pudiendo existir una correlación entre ambos datos ya que mujeres con una formación académica superior es más probable que tengan una vida laboral activa. El hecho de que tengan mayor porcentaje de ansiedad y no de depresión puede que esté ligado al nerviosismo y/o situación de estrés que se produce por la conjugación de su trabajo con la enfermedad, las pruebas, los tratamientos a los que se someten y el miedo a la pérdida del mismo o a declinar temporalmente sus responsabilidades laborales. Contrariamente las amas de casa, son las que presentan menores porcentajes de ansiedad, quizá porque no tienen adheridas estas responsabilidades laborales.

Vemos que la presencia de mayor depresión se da en los grupos de desempleadas y jubiladas. Habría sido interesante profundizar en si las causas de dicha depresión son debidas a la enfermedad o a su situación 'inactiva'.

Respecto al miedo que supone enfrentarse al tratamiento con lo que ello conlleva: aparición de efectos secundarios, exposición al aparataje y a la radiación, los pacientes que no referían ningún temor son los que también presentan el menor índice de ansiedad (6%), frente a los que si manifestaban ese miedo que se refleja en el porcentaje de presencia de ansiedad (29%).

Uno de los hallazgos de este estudio es que el grupo de pacientes que no ha recibido quimioterapia presenta un mayor porcentaje de mujeres con ansiedad y depresión. Esto puede ser debido, a que hay que tener en cuenta que estas pacientes pasan por diferentes fases durante el transcurso de su tratamiento. Tenemos por tanto que cuando las pacientes que han recibido quimioterapia llegan al servicio de radioterapia, prácticamente la mayoría de ellas tienen asumido su diagnóstico, pues llevan al menos un año luchando contra la enfermedad. En cambio, las que no han recibido quimioterapia, todavía tienen muy reciente la co-

municación de su diagnóstico, por lo que el impacto de esta información propiciará que las pacientes lleguen al servicio de radioterapia en proceso de aceptación y asimilación, obteniendo así como resultado la presencia de ansiedad y depresión. Ya Nosarti en 2002 apuntaba que la psicopatología en este tipo de pacientes puede ir desapareciendo en la medida en que se va extendiendo la sobrevida. La variable tratamiento psiquiátrico fue la única que presentó diferencias estadísticamente significativas tanto en relación a la ansiedad como a la depresión, siendo el grupo de pacientes que se encontraba a tratamiento psiquiátrico el que poseía mayor porcentaje de mujeres con psicopatología. Resultado que contribuye a afianzar la validez del cuestionario HADS.

A pesar de los resultados obtenidos para estas variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo que hubiera sido interesante haber podido llevar a cabo un estudio en el que la muestra fuera mayor, ya que dada la relación existente entre la presencia de morbilidad psiquiátrica y estas variables, es bastante probable que con un mayor número de pacientes si se encontraran diferencias estadísticamente significativas.

Reflexionando sobre el cuestionario sociodemográfico y a raíz del análisis de los resultados sería interesante poder retomar en un futuro este estudio profundizando en algunas variables, tales como, el miedo/temor al tratamiento (especificando el origen del mismo), las cargas familiares (si se trataba de hijos o de familiares de otro grado de parentesco) y el tratamiento psiquiátrico (motivo y duración del mismo).

En base a los resultados obtenidos, y ante la necesidad de dar respuesta a que acciones deben ser llevadas a cabo, se ha llegado a la conclusión de que sería conveniente la implementación de un protocolo de detección de psicopatología en la consulta de enfermería de oncología radioterápica. Esta implementación está fundamentada en lo que ya postulaban Worden y Weisman en 1984, es decir, en la necesidad de contar con criterios de selección para realizar un cribado de los pacientes en la consulta y una optimización de los recursos disponibles, pudiendo así conocer que pacientes son susceptibles de atención psicológica especializada y disminuir los tiempos de espera para la primera consulta con el psicooncólogo.

El protocolo consistirá en que el paciente cumplimentará la escala HADS en la consulta de enfermería, pudiendo tener así una referencia sobre en que estado psicológico se encuentra. Según la puntuación obtenida en cualquiera de las dos variables evaluadas (ansiedad y depresión), se podrán

ARTÍCULOS ORIGINALES

tomar diferentes medidas: si la puntuación es mayor de 10, se derivará al paciente al psicooncólogo, si la puntuación se encuentra entre 8 y 10 se repetirá a las 2-3 semanas, ya que según los resultados de este estudio si se repitiera a la semana es probable que la puntuación fuera muy similar, debido a que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al realizarlo a los 7 días. En caso de que la puntuación fuera menor a 8 no se realizaría ningún tipo de seguimiento salvo demanda por parte del paciente. El posible protocolo a seguir en la consulta de enfermería radioterápica se encuentra recogido en la Figura 2.

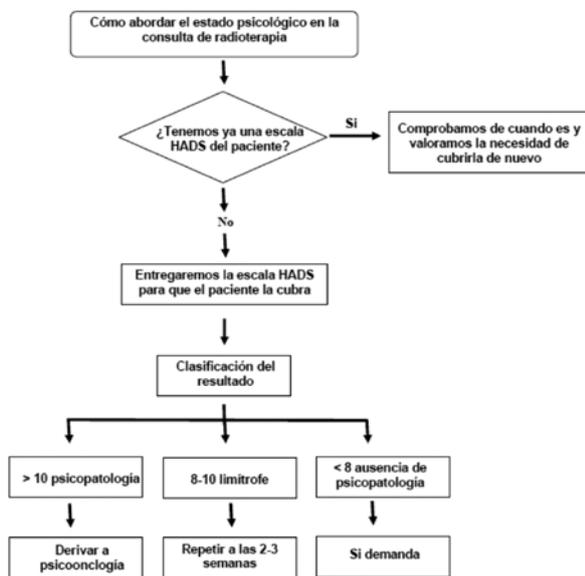


Figura 2. Diagrama de flujo del protocolo de actuación en la consulta de enfermería radioterápica.

Finalmente, se sugiere la realización de estudios que contemplen un análisis comparativo del estado psicológico de las pacientes antes de comenzar con los tratamientos, mientras estén siendo tratadas y durante el periodo en el que la paciente esté acudiendo a revisiones post-tratamiento. Para así poder conocer, el estado psicológico de las pacientes durante las diferentes fases de su enfermedad y cubriendo sus distintas necesidades psicológicas durante las diferentes etapas y brindarles así una atención integral y de calidad.

CONCLUSIONES

- Los niveles de ansiedad y depresión antes de la radioterapia y recién iniciada la misma son equiparables.
- La realización de la consulta de enfermería previa al trata-

miento radioterápico no disminuye los niveles de ansiedad y depresión.

- La consulta de enfermería oncológica es una buena herramienta para la detección de trastornos mentales y para la derivación de aquellos pacientes que lo necesiten a un especialista en psicopatología.

- A la vista de los resultados sería conveniente que estas unidades cuenten con un psicooncólogo, para poder así abordar más específicamente los problemas psicológicos de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Carter R. La relación entre la salud física y la salud mental: trastornos recurrentes. Norte de Salud Mental [revista on-line]. 2004 octubre; 5 (21): 79-85.
- (2) Organización Mundial de la Salud [Sede Web]. Preguntas más frecuentes
- (3) Ferrero Berlanga J, Toledo Aliaga M, Barreto Martín MP. Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama. Revista Latinoamericana de Psicología [revista on-line]. 1995; 27 (1): 87-102.
- (4) Robles R, Morales M, Jiménez LM, Morales J. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. Psicooncología [revista on-line]. 2009; 6 (1): 191-201.
- (5) García-Viniegras CRV, González Blanco M. Bienestar psicológico y cáncer de mama. Avances en Psicología Latinoamericana [revista on-line]. 2007; 25 (1): 72-80.
- (6) Sánchez N. Impacto psicológico del diagnóstico de cáncer de mama. [Monografía en Internet]. Barcelona: gAmis.
- (7) Velázquez Martínez AG, García Cerón MA, Alvarado Aguilar S, Ángeles Sánchez JA. Cáncer y psicología. Gaceta Mejicana de oncología [revista on-line]. 2007; 6 (3): 71-75.
- (8) Asociación Española Contra el Cáncer [Sede Web]; Cáncer de mama. Incidencia.
- (9) Rojas May G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Revista Médica de CLC [revista on-line]. 2006 octubre; 17 (4): 194-197.
- (10) Salas Zapata C. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico. [Trabajo de investigación]. 2009.
- (11) Palacio Incera N. Aspectos psicológicos en el cáncer de mama. [Monografía en Internet]. Santander; febrero 2012.
- (12) Almanza-Muñoz J, Rosario Juárez I, Pérez S. Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. [Trabajo de investigación].