

Factores asociados con síntomas de depresión y ansiedad en pacientes mexicanas con cáncer de mama

Factors associated with symptoms of depression and anxiety in Mexican patients with breast cancer

Abel Lerma-Talamantes
Museo Interactivo Tour de la Vida, Servicios
de Salud Pública de la Ciudad de México

Flor Esmeralda Larios-Jiménez
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
(CUCS)
Universidad de Guadalajara

Adrián Daneri-Navarro
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
(CUCS)
Universidad de Guadalajara

Claudia Lerma
Departamento de Instrumentación
Electromecánica, Instituto Nacional de
Cardiología Ignacio Chávez

Rebeca Robles-García
Dirección de Investigaciones
Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto
Nacional de Psiquiatría

La depresión y ansiedad son las psicopatologías más comunes en las mujeres con cáncer de mama (CaMa), aumentan el riesgo de desenlaces clínicos adversos y afectan el costo y efectividad de los tratamientos médicos. El objetivo de este trabajo fue identificar factores sociodemográficos y psicológicos (distorsiones cognoscitivas, discapacidad percibida) asociados con síntomas de depresión y ansiedad en una muestra de pacientes mexicanas con CaMa.

Se aplicaron cuatro instrumentos psicológicos a 291 pacientes diagnosticadas con CaMa (Inventarios de Depresión y de Ansiedad de Beck, Escala de Evaluación de Discapacidad Percibida, e Inventario de Distorsiones Cognitivas). Se hizo análisis bivariado y multivariado de regresión logística.

En las pacientes deprimidas hubo más casos de tabaquismo, uso de medicamentos, más casos con estudios primarios y menos pacientes activas económicamente. Las pacientes con ansiedad tenían más tabaquismo actual, sin estudios o solo estudios primarios y no estaban activas económicamente. Tomar medicamentos, no estar activas económicamente y tener solo estudios de primaria o sin estudios son factores asociados independientemente a los síntomas depresivos y, con excepción de tomar medicamentos, también a la ansiedad. Las distorsiones cognitivas y la discapacidad percibida explican independientemente los síntomas de ansiedad y de depresión. Los síntomas de depresión y ansiedad correlacionaron positivamente entre sí y con las distorsiones cognitivas y la discapacidad.

Se identificaron factores sociodemográficos y otros aspectos psicológicos asociados de manera independiente a los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con CaMa. Estos factores podrían ser considerados en el diseño de intervenciones para disminuir dichos síntomas.

Palabras clave: Depresión; ansiedad; distorsión cognitiva; discapacidad; síntomas.

Correspondencia:

Rebeca Robles-García: Instituto Nacional de Psiquiatría, Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Calzada México-Xochimilco 101. Tlalpan, Ciudad de México. 14370, Correo electrónico: reberobles@imp.edu.mx

Agradecimientos:

Abel Lerma recibió apoyo económico del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), mediante una beca para realizar una estancia para estudios posdoctorales en la Universidad de Guadalajara, México. Los autores agradecen a Alma Guillermina Maya-González y Alma Carina García-Martínez, por su asistencia en la aplicación de cuestionarios y sesiones de terapia.

Depression and anxiety are the most common psychopathologies in women with breast cancer, which increase the risk of adverse clinical outcomes and affect the cost and effectiveness of medical treatments. The objective of this work was to identify sociodemographic and psychological factors (cognitive distortions, perceived disability) associated with symptoms of depression and anxiety in a sample of Mexican patients with breast cancer.

Four psychological instruments were applied to 291 patients diagnosed with breast cancer (Beck Anxiety and Depression Inventory, Perceived Disability Evaluation Scale, and Cognitive Distortion Inventory). A bivariate and multivariate logistic regression analysis was performed. In depressed patients there were more cases of smoking, use of medications, more cases with primary studies and fewer economically active patients. The patients with anxiety had more current smoking, more cases without studies or only primary studies and were not economically active. Taking medications, not being economically active and having only primary school or without studies are factors associated independently to depressive symptoms and, with the exception of taking medication, also to anxiety. Cognitive distortions and perceived disability explain independently the symptoms of anxiety and depression. The symptoms of depression and anxiety correlated positively with each other and with cognitive distortions and disability. Sociodemographic factors and other psychological aspects are associated independently to the symptoms of depression and anxiety in patients with breast cancer. These factors could be considered in the design of interventions to reduce these symptoms.

Keywords: Depression; anxiety; cognitive distortions; disability; symptoms.

El cáncer es una enfermedad no transmisible que se ubica entre las 10 primeras causas de mortalidad mundial (World Health Organization, 2011a). En su reporte más reciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) confirma que más de dos tercios de todos los tipos de cánceres ocurren en países pobres y de mediano ingreso, donde juntos, el cáncer de pulmón, de mama, colon-rectal, estómago e hígado producen más de la mitad de las muertes (World Health Organization, 2015). El cáncer de mama, en específico, amenaza severamente el bienestar y la salud de la mujer y desestabiliza a los sistemas de salud y sociales, primariamente en países en desarrollo como México (Knaul et al., 2009). Mundialmente se registra una incidencia de casi 1.4 millones y provoca alrededor de medio millón de muertes directas. América Latina y el Caribe reporta hasta 408,000 nuevos casos y 92,000 muertes y para 2030 se estima que aumentaría un 46% (Organización Panamericana de la Salud OPS, 2015). En Estados Unidos, solo durante 2015 se estima que murieron casi 41,000 personas por esta enfermedad y habrá más de 231,000 nuevos casos de cáncer de mama (National Cancer Institute, 2015). En México, en 2013, morían más de 16 mujeres con cáncer de mama por cada 100,000 mujeres vivas de 25 años y más (Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI, 2015), pero desde 2008 se detectaron en México 25 mujeres al día con cáncer de mama (Secretaría de Salud, 2011).

Existe controversia en la cifra de prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con cáncer de mama, se estima un 50% de prevalencia tanto antes como a un año del diagnóstico (Burgess et al., 2005; Den Oudsten, Van Heck, Van der Steeg, Roukema, & De Vries, 2009); y que los síntomas depresivos persisten hasta 5 años y son más frecuentes que los reportados por mujeres en población normal (Maass, Roorda, Berendsen, Verhaak, & de Bock, 2015).

De acuerdo con Lueboonthavachai (2007), los predictores de ansiedad y depresión en estas pacientes incluyen: a) una relación familiar disminuida y disfuncional, b) problemas adaptativos, pobre solución de conflictos y c) presencia de fatiga y dolor (Lueboonthavachai, 2007). Por su parte, Lim y colaboradores (2011) sugieren que la ansiedad es el único predictor para desarrollar síntomas depresivos (Lim, Devi, & Ang, 2011) antes del diagnóstico del cáncer de mama.

Además, se ha demostrado que el apoyo social, vivir en pareja y aspectos cognoscitivos del afrontamiento de la enfermedad, como minimizar o negar el riesgo son parámetros pronósticos positivos, pero la restricción de emociones y la depresión en estas pacientes están asociadas con menor supervivencia (Falagas et al., 2007). Ya durante el tratamiento médico, las pacientes que están bajo quimioterapia y que fueron mastectomizadas presentan puntajes mayores de ansiedad, un afrontamiento negativo de la enfermedad y una peor calidad de vida (Karakoyun-Celik et al., 2010). Las pacientes mastectomizadas presentan más síntomas de depresión y ansiedad, comparadas contra aquellas que reciben un tratamiento adyuvante no quirúrgico (Kaminska et al., 2015; Lim et al., 2011). En estudios longitudinales con estas pacientes, la fatiga es un fuerte factor de riesgo para desarrollar ansiedad y depresión a corto plazo (tres meses de seguimiento), mientras que a largo plazo (18 meses), el dolor es un predictor de ansiedad y la fatiga lo es de depresión (Vahdaninia, Omidvari, & Montazeri, 2010).

Alcalar y colaboradores (Alcalar, Ozkan, Kucucuk, Aslay, & Ozkan, 2012) demostraron que los pensamientos automáticos, los errores cognoscitivos, el nivel educativo, el espíritu de lucha y la preocupación o ansiedad son indicadores causales de depresión en pacientes con cáncer de mama. Debido al efecto negativo de la depresión sobre la calidad de vida, además de identificarla y

tratarla tempranamente, se requiere estimar el papel y la carga que tienen otras variables posiblemente asociadas a los síntomas depresivos (Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008), como por ejemplo los cambios en el estilo de vida (dieta, ejercicio y peso), o para desarrollar herramientas de tamizaje clínico que señalen claramente aspectos a intervenir posteriormente (Eccles et al., 2013). Otros autores refieren que la depresión y la ansiedad están asociadas o son explicadas por la distorsión en la imagen corporal y la baja autoestima (Pintado-Cucarella, 2016) o por la afectividad positiva y negativa (Robles, Morales, Jiménez, & Morales, 2009).

El objetivo de este trabajo fue identificar factores sociodemográficos y psicológicos (distorsiones cognoscitivas, discapacidad percibida) asociados con síntomas de depresión y ansiedad en una muestra de pacientes mexicanas diagnosticadas con cáncer de mama.

MÉTODO

Participantes

Se incluyeron 291 mujeres mayores de 18 años (21 a 88 años) previamente diagnosticadas con cáncer de mama y que acudían a sus visitas de seguimiento y tratamiento por la enfermedad en dos unidades hospitalarias de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco, entre agosto de 2014 y abril del 2015. El muestreo fue no probabilístico por disponibilidad, pacientes alfabetas funcionales, capaces de comunicarse verbalmente, estables clínicamente y sin abuso de drogas. Las pacientes estaban en etapa de diagnóstico (13%), postquirúrgicas (6%), pre-quirúrgicas (1.5%), en tratamiento oncológico (25%, de las cuales 2% en radioterapia, 23% en quimioterapia) y 52% en vigilancia o seguimiento. Sólo había prescripción de fármacos antidepressivos en 4% y ansiolíticos en 2% de las pacientes.

El tamaño de muestra de este estudio ($N = 291$) cumple con lo recomendado por Nunnally (Nunnally, 2015), al incluir más de cinco pacientes por cada reactivo evaluado en los instrumentos utilizados (descritos abajo), los cuales tienen no más de 30 reactivos cada uno.

Instrumentos utilizados

Todas las participantes completaron un formato de datos sociodemográficos y clínicos, así como los siguientes instrumentos: 1) Inventario de Depresión (BDI) (Beck, 2006; Jurado et al., 1998; Torres-Castillo, Hernández-Malpica, & Ortega-Soto, 2012); 2) Inventario de Ansiedad (BAI) (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988; Robles, Varela, Jurado, & Páez 2001); 3) Inventario de Distorsiones Cognitivas (Lerma et al., 2012) y 4) la Escala de Discapacidad Percibida (Organización Mundial de la Salud, 2015).

El BDI y el BAI son escalas de 21 reactivos que incluyen dos subescalas cada una: síntomas cognitivos y somáticos. Ambas han sido ampliamente utilizadas en población general y

clínica. La consistencia interna (alfa de Cronbach) en población mexicana para el BAI es de 0.83 (Robles et al., 2001), y para el BDI de 0.87 (Jurado et al., 1998). Los puntos de corte para este estudio se ubicaron por encima de los usados para población normal, debido a la condición de enfermedad crónica de las participantes en este estudio. Para el BDI se consideró con síntomas depresivos a las pacientes que obtuvieran ≥ 13 puntos (Hedayati, Bosworth, Kuchibhatla, Kimmel, & Szczech, 2006); en el caso del BAI, el punto de corte se ubicó en ≥ 23 puntos (Galindo-Vázquez et al., 2015; Robles et al., 2001).

Por su parte, el Inventario de Distorsiones Cognitivas de Lerma y cols. (2012) cuenta con 30 reactivos que se califican mediante escala tipo Likert (1 a 5 puntos), que se agrupan en 4 subescalas: perfeccionismo, catastrofismo, auto-etiquetización negativa y pensamiento dicotómico). La consistencia interna alfa de Cronbach de la escala fue de 0.93 y todas sus subescalas correlacionan positivamente con los síntomas depresivos y ansiosos en el estudio original con población mexicana.

La Escala de Discapacidad Percibida WHODAS-II (versión abreviada) de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2015) consta de 12 reactivos que miden discapacidad percibida (alfa de Cronbach 0.98, 81% de la varianza explicada en la escala completa de 36 reactivos), que en esta versión abreviada están repartidos en 6 dimensiones con dos reactivos cada una: comprensión y comunicación, capacidad para moverse alrededor (en el entorno), cuidado personal, capacidad para relacionarse con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en sociedad. Adicionalmente se incluyen 5 reactivos, tres para medir gravedad o severidad de la discapacidad (reactivos 15 al 17), más el reactivo 1, que aborda el estado general de salud, mientras el número 14 evalúa globalmente el grado de afectación por la discapacidad que experimenta el sujeto.

Procedimiento: Todas las participantes que ingresaron al estudio llenaron los cuatro cuestionarios en absoluta privacidad y fueron ayudadas por una asistente de investigación para aclarar dudas. Toda la información fue capturada por dos asistentes de investigación en una base de datos expresamente diseñada para el estudio. Las asistentes recibieron previamente capacitación para la entrevista de contacto, la explicación y obtención del consentimiento informado y la aplicación de los cuestionarios. El investigador principal supervisó la fidelidad de cumplimiento del procedimiento, mediante la ejecución de ensayos conductuales durante la capacitación, observando directamente algunas entrevistas con las pacientes y la revisión aleatoria de algunos cuestionarios a lo largo del levantamiento de la muestra. Adicionalmente, se efectuaron entrevistas personalizadas con las asistentes de investigación antes, durante y al final del estudio para verificar la comprensión de las tareas por hacer y comprobar que se hacían los ajustes necesarios. El investigador principal tuvo acceso a las bases de datos hasta la parte final del estudio y comprobó la veracidad en la captura de los datos mediante la auditoría del 10% de los cuestionarios seleccionados aleatoriamente.

Aspectos éticos: El protocolo completo, el consentimiento informado, los instrumentos de evaluación y el cronograma de operación fueron sometidos a consideración y fueron aprobados por los Comités de Ética e Investigación de los dos centros hospitalarios donde fue efectuada la investigación. Además, el protocolo recibió el visto bueno de la Universidad de Guadalajara, a través del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS). El protocolo fue considerado de riesgo mínimo y todos los datos confidenciales y personales de las pacientes fueron borrados de la base de datos utilizada para el análisis final. Las pacientes que eran detectadas con puntuación grave de depresión o ansiedad fueron referidas al médico correspondiente a su clínica para que recibiera atención adecuada. Las asistentes de investigación verificaban que la paciente con síntomas depresivos o ansiosos graves acudiera a esta primera cita médica.

Análisis estadístico: El análisis estadístico se efectuó mediante el programa SPSS versión 15.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. La comparación de las variables sociodemográficas para los síntomas depresivos o ansiosos se efectuó mediante prueba chi cuadrada o exacta de Fisher. La mayoría de las variables numéricas no tuvieron distribución normal (valores $p \leq 0.05$ en la prueba de Kolmogorov-Smirnov), razón por la cual se describieron usando medianas y percentiles 25–75 y se compararon mediante la prueba U-Mann-Whitney. Se calcularon correlaciones de Spearman entre las variables psicológicas para estimar la posible colinealidad entre ellas.

Para identificar las variables asociadas independientemente con los síntomas de depresión y ansiedad se efectuó un análisis multivariado de regresión logística. Las variables a predecir (dependientes) fueron: presencia de síntomas de depresión (≥ 13 puntos) y presencia de síntomas de ansiedad (≥ 23 puntos). Las variables predictoras (variables independientes) fueron: fumar actualmente (sí o no), tomar medicamentos (sí o no), no activa económicamente, sin estudios o solo primaria, síntomas de depresión o ansiedad (puntaje total), distorsiones cognitivas (puntaje total) y discapacidad percibida (puntaje total). Primero se introdujeron a cada modelo las variables socio demográficas. Posteriormente, las variables que resultaron significativas se mantuvieron fijas como factores confusores y las variables psicológicas fueron introducidas una a la vez para cada modelo por separado. Esto debido a que se detectó correlación positiva entre estas últimas.

RESULTADOS

Entre las pacientes con síntomas depresivos (≥ 13 puntos), hubo más casos de tabaquismo al momento del estudio, o que tomaban medicamentos, y que solo habían cursado primaria, y también hubo menos pacientes que eran activas económicamente. Estas pacientes depresivas tuvieron mayor puntuación en las escalas de ansiedad, de distorsiones cognitivas y de discapacidad percibida ($p \leq 0.001$) (Tabla 1).

Por su parte, en las pacientes con síntomas de ansiedad (≥ 23

Tabla 1.

Síntomas de depresión (medidos con la escala de depresión Beck II) en una muestra de 291 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en la Ciudad de Guadalajara, México*

Características	Síntomas de depresión		Valor p
	≤ 12 Puntos (n=172)	≥ 13 Puntos (n=119)	
Edad (Años)	51 (44 - 58)	50 (44 - 57)	0.607
Fuma actualmente	2 (1%)	6 (5%)	0.047
Fumaba antes de enfermarse	47 (27%)	32 (27%)	0.935
Trabaja	46 (27%)	28 (24%)	0.536
Obtiene remuneración económica	59 (34%)	35 (29%)	0.380
Toma medicamentos	8 (5%)	20 (17%)	0.001
Vive zona metropolitana	105 (61%)	78 (66%)	0.435
No activo económicamente	79 (46%)	118 (99%)	<0.001
Sin estudios o solo primaria	52 (30%)	52 (44%)	0.018
Estado civil			0.499
Individual (soltera, viuda, divorciada)	57 (33%)	44 (37%)	
Pareja (casada o unión libre)	115 (67%)	75 (63%)	
Tiene dependientes económicos	51 (30%)	39 (33%)	0.571
Síntomas de ansiedad total (puntos)	6 (3 - 10)	18 (12 - 27)	<0.001
Ansiedad somática (puntos)	5 (2 - 7)	12 (8 - 17)	<0.001
Ansiedad cognitiva (puntos)	1 (0 - 3)	5 (3 - 10)	<0.001
Distorsión cognitiva total (puntos)	44 (36 - 56)	69 (54 - 85)	<0.001
Perfeccionismo total	8 (7 - 10)	11 (9 - 16)	<0.001
Perfeccionismo intrínseco	5 (5 - 7)	7 (5 - 10)	<0.001
Perfeccionismo extrínseco	2 (2 - 3)	3 (2 - 5)	<0.001
Catastrofismo	16 (11 - 21)	26 (20 - 33)	<0.001
Auto etiquetización negativa	7 (5 - 9)	12 (8 - 15)	<0.001
Pensamiento dicotómico	12 (9 - 16)	18 (12 - 22)	<0.001
Discapacidad percibida (puntos)	21 (19 - 28)	34 (27 - 43)	<0.001

*Los valores se muestran mediante frecuencias y porcentajes, o medianas (percentil 25- percentil 75). La comparación se efectuó mediante prueba U de Mann-Whitney, Chi Cuadrada o prueba exacta de Fisher.

puntos), había más casos con tabaquismo actual, sin estudios o solo primaria y no activas económicamente, y tuvieron mayores puntajes en síntomas de depresión, distorsiones cognitivas y discapacidad percibida ($p \leq 0.001$) (Tabla 2)

Se observó además que los síntomas de depresión y ansiedad correlacionaron positivamente entre sí, con las distorsiones cognitivas y con la discapacidad percibida. Así también una alta correlación entre las distorsiones cognitivas y la discapacidad percibida (Tabla 3).

El análisis multivariado confirmó que tomar medicamentos, no estar activas económicamente y tener estudios de primaria o no contar con estudios son factores asociados independientemente con los síntomas depresivos (Tabla 4). Las mismas variables (con excepción de tomar medicamentos) también estuvieron asociadas independientemente con la ansiedad. Además, las distorsiones cognitivas y la discapacidad percibida constituyen factores psicológicos asociados independientemente tanto a los síntomas de ansiedad como a los de depresión.

Tabla 2.

Síntomas de ansiedad (medidos con la Escala de Ansiedad Beck) en una muestra de 291 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en la ciudad de Guadalajara, México*

Características	Síntomas de depresión		Valor p
	≤22 Puntos (n=241)	≥23 Puntos (n=50)	
Edad (Años)	51 (43 - 58)	50 (45 - 56)	0.701
Fuma actualmente	3 (1%)	5 (10%)	0.005
Fumaba antes de enfermarse	61 (25%)	18 (36%)	0.087
Trabaja	62 (26%)	12 (24%)	0.799
Obtiene remuneración económica	76 (32%)	18 (36%)	0.539
Toma medicamentos	20 (8%)	8 (16%)	0.083
Vive zona metropolitana	149 (62%)	34 (68%)	0.411
No activo económicamente	89 (37%)	5 (10%)	<0.001
Sin estudios o solo primaria	79 (33%)	25 (50%)	0.021
Estado civil			0.388
Individual (soltera, viuda, divorciada)	81 (34%)	44 (37%)	
Pareja (casada o unión libre)	160 (66%)	20 (40%)	
Tiene dependientes económicos	30 (60%)	39 (33%)	0.234
Síntomas de ansiedad total (puntos)	9 (5 - 14)	25 (18 - 27)	<0.001
Depresión somática (puntos)	7 (4 - 11)	17 (12 - 23)	<0.001
Depresión cognitiva (puntos)	1 (0 - 4)	9 (5 - 15)	<0.001
Distorsión cognitiva total (puntos)	49 (37 - 64)	80 (59 - 94)	<0.001
Perfeccionismo total	9 (7 - 11)	12 (9 - 18)	<0.001
Perfeccionismo intrínseco	6 (5 - 7)	8 (6 - 12)	<0.001
Perfeccionismo extrínseco	2 (2 - 4)	4 (2 - 6)	0.003
Catastrofismo	18 (12 - 24)	32 (24 - 40)	<0.001
Auto etiquetización negativa	7 (5 - 11)	13 (9 - 17)	<0.001
Pensamiento dicotómico	12 (9 - 18)	19 (14 - 25)	<0.001
Discapacidad percibida (puntos)	23 (19 - 31)	43 (33 - 53)	<0.001

*Los valores se muestran mediante frecuencias y porcentajes, o medianas (percentil 25- percentil 75). La comparación se efectuó mediante prueba U de Mann-Whitney, Chi Cuadrada o prueba exacta de Fisher.

Tabla 3.

Índices de correlación de Spearman entre las puntuaciones totales de depresión, ansiedad, distorsión cognitiva y discapacidad percibida en una muestra de 291 pacientes con cáncer de mama de la Ciudad de Guadalajara, México.

	Depresión	Ansiedad	Distorsión cognitiva
Ansiedad	0.735*		
Distorsión cognitiva	0.555*	0.505*	
Discapacidad percibida	0.625*	0.570*	0.576*

* p ≤ 0.01

DISCUSIÓN

Esta investigación permitió identificar factores socio demográficos y psicológicos que están asociados independientemente con los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes mexicanas con cáncer de mama. En congruencia con estudios previos (Falagas et al., 2007; Karakoyun-Celik et al., 2010; Lueboonthavatchai, 2007), e incorporando otras variables de interés (como por ejemplo las de estar o no activas económicamente, la ingesta de medicamentos o el tabaquismo), el presente estudio responden a las recomendaciones de explorar diversas posibilidades explicativas de la prevalencia de los síntomas depresivos y ansiosos, con la finalidad de abordarlas mediante intervenciones psicológicas integrales (Eccles et al., 2013).

Nuestros resultados confirman recientes hallazgos correlacionales entre síntomas de depresión y ansiedad con un menor nivel educativo y presencia de más distorsiones cognitivas (pensamientos automáticos) en pacientes con depresión (Alcalá et al., 2012). Factores como la dependencia económica son mediadores o disparadores de los síntomas depresivos que podrían contribuir a una toma pobre de decisiones (Lueboonthavatchai, 2007), la no adherencia a tratamientos médicos, el incremento de percepciones negativas (Bender et al., 2014) y el aislamiento social (Thompson et al., 2013), lo cual sugiere la reducción del apoyo social disponible. El papel predictivo del bajo nivel escolar sobre la depresión y la ansiedad confirma afirmaciones previas (Ornelas-Mejorada, Tufiño, & Sánchez-Sosa, 2011) en pacientes tratadas con radioterapia, lo que podría enlazarse con la discapacidad percibida encontrada en nuestro estudio y fortalecer la idea de proporcionar apoyo psicológico a estas pacientes.

La presencia de pensamientos negativos repetitivos, como la cavilación y la preocupación, ha sido recientemente asociada al riesgo de desarrollar trastorno depresivo y ansioso en población sin otras patologías y otro tipo de pacientes (Drost, Van der Does, van Hemert, Penninx, & Spinhoven, 2014; Kertz, Koran, Stevens, & Bjorgvinsson, 2015; Spinhoven, Drost, van Hemert, & Penninx, 2015). En consecuencia, es importante facilitar la comunicación y educar a las pacientes respecto a las diversas opciones de tratamiento (Citrin, Bloom, Grutsch, Mortensen, & Lis, 2012). Este proceso bien podría facilitarse mediante la identificación de los pensamientos automáticos y de estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión en niveles tempranos (Lim et al., 2011), cuando aún no se requiere tratamiento farmacológico para estas psicopatologías.

En un estudio previo Lerma y colaboradores (2012) demostraron la asociación independiente de las distorsiones cognitivas con los síntomas depresivos y ansiosos en pacientes renales en etapa terminal. Ese hallazgo se confirma ahora en pacientes sobrevivientes de cáncer de mama, quienes comparten la característica de padecer una enfermedad crónica con altos índices de mortalidad y con alta prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos (Simon, Von Korff, & Lin, 2005).

Existen aspectos de discapacidad de tipo cognitivo, de movilidad, de auto cuidado, de interacción social, de vida cotidiana y

Tabla 4.

Análisis de regresión logística múltiple de los factores asociados a la presencia de síntomas de depresión ($BDI \geq 13$ puntos) o con síntomas de ansiedad ($BAI \geq 23$ puntos) en una muestra de 291 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en la Ciudad de Guadalajara, México.

Variables	Depresión		Ansiedad	
	O.R. (I.C.95%)	p	O.R. (I.C.95%)	p
<i>Sociodemográficas</i>				
Fuma actualmente	4.41 (0.53 - 36.47)	0.169	8.90 (1.88 - 42.11)	0.006
Toma medicamentos	5.17 (1.57 - 16.98)	0.007	-	-
No activo económicamente	148.65 (19.86 - 1112.48)	<0.001	4.90 (1.86 - 12.94)	<0.001
Sin estudios o solo primaria	2.13 (1.15 - 3.94)	0.016	2.14 (1.12 - 4.09)	0.022
<i>Psicológicas</i>				
Síntomas de depresión total (puntos)	-	-	1.17 (1.11 - 1.22)	<0.001
Síntomas de ansiedad total (puntos)	1.37 (1.25 - 1.51)	<0.001	-	-
Distorsión cognitiva total (puntos)	1.08 (1.06 - 1.12)	<0.001	1.05 (1.03 - 1.07)	<0.001
Discapacidad percibida (puntos)	1.23 (1.15 - 1.30)	<0.001	1.12 (1.08 - 1.16)	<0.001

BDI= Inventario de depresión de Beck II; BAI = Inventario de ansiedad de Beck.

de vida participativa que pueden estar reducidos en las pacientes con cáncer de mama. La OMS recomienda evaluar oportunamente estos aspectos de discapacidad en todos los pacientes con alguna enfermedad crónica (World Health Organization, 2011b). Por ejemplo, en pacientes sobrevivientes de cáncer de mama, la discapacidad se manifiesta frecuentemente con dolor y fatiga de tipo físico (Vahdaninia et al., 2010). Nuestros resultados sugieren que la discapacidad percibida debiera ser identificada e intervenida oportunamente en tanto su fuerte asociación con los síntomas de ansiedad y depresión en esta población.

Limitaciones y perspectivas

La muestra para este estudio fue extraída por disponibilidad, por lo cual la generalización de nuestros resultados es limitada. Aunque se extrajo la muestra de dos centros hospitalarios en la ciudad de Guadalajara, sería deseable incrementar la muestra proveniente de otras regiones jaliscienses, así como replicar el estudio en otras ciudades o regiones de México. En futuros estudios se sugiere también medir y controlar variables como el dolor y la fatiga percibidos, ya que se han reportado asociados con síntomas ansiosos y depresivos en pacientes con enfermedades crónicas (Lueboonthavatchai, 2007; Vahdaninia et al., 2010). Finalmente, aun cuando los instrumentos utilizados para medir ansiedad y depresión tienen confiabilidad suficiente para la evaluación de estas psicopatologías, se recomienda que futuros estudios confirmatorios utilicen una entrevista psiquiátrica diagnóstica para diferenciar a pacientes con y sin trastornos de ansiedad o depresión.

CONCLUSIONES

Los síntomas ansiosos o depresivos pueden ser explicados en alguna medida por la presencia de variables como el nivel educativo, el tabaquismo, las distorsiones cognitivas (pensa-

mientos automáticos negativos), la dependencia económica y la discapacidad percibida en pacientes mexicanas sobrevivientes de cáncer de mama. Los síntomas depresivos y ansiosos están asociados directamente con las distorsiones cognitivas y la discapacidad percibida. La medición y control de estos factores es relevante y podrían incluirse en el diseño específico de intervenciones psicológicas para mejorar la adherencia a tratamientos y la toma de decisiones clínicas, así como para disminuirlos síntomas depresivos y ansiosos que tanto afectan la calidad de vida de estas pacientes.

Referencias

- Alcalar, N., Ozkan, S., Kucucuk, S., Aslay, I., & Ozkan, M. (2012). Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treated for breast cancer. *Jpn.J.Clin.Oncol.*, 42(10), 940-947. doi:10.1093/jjco/hys119
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J.Consult Clin.Psychol.*, 56(6), 893-897.
- Beck, A. (2006). *Inventario de Depresión de Beck (BDI-III)*. USA: Traducción y adaptación al castellano por Brenlla, ME(1) y The Psychological Corporation, Eds. doi:PMID: 3985195
- Bender, C. M., Gentry, A. L., Brufsky, A. M., Casillo, F. E., Cohen, S. M., Dailey, M. M., ... & Sherwood, P. R. (2014). Influence of patient and treatment factors on adherence to adjuvant endocrine therapy in breast cancer. *Oncol.Nurs.Forum*, 41(3), 274-285.
- 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. *BMJ*, 330(7493), 702. doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3

- Citrin, D. L., Bloom, D. L., Grutsch, J. F., Mortensen, S. J., & Lis, C. G. (2012). Beliefs and perceptions of women with newly diagnosed breast cancer who refused conventional treatment in favor of alternative therapies. *Oncologist*, 17(5), 607-612. doi:10.1634/theoncologist.2011-0468
- Den Ouden, B. L., Van Heck, G. L., Van der Steeg, A. F., Roukema, J. A., & De Vries, J. (2009). Predictors of depressive symptoms 12 months after surgical treatment of early-stage breast cancer. *Psychooncology*, 18(11), 1230-1237. doi:10.1002/pon.1518
- Drost, J., Van der Does, W., van Hemert, A. M., Penninx, B. W., & Spinhoven, P. (2014). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic factor in depression and anxiety: A conceptual replication. *Behav.Res.Ther.*, 63C, 177-183. doi:10.1016/j.brat.2014.06.004
- Eccles, S. A., Aboagye, E. O., Ali, S., Anderson, A. S., Armes, J., Berdichevski, F., ... & Bundred, N. J. (2013). Critical research gaps and translational priorities for the successful prevention and treatment of breast cancer. *Breast Cancer Res.*, 15(5), R92. doi:10.1186/bcr3493
- Falagas, M. E., Zarkadoulia, E. A., Ioannidou, E. N., Peppas, G., Christodoulou, C., & Rafailidis, P. I. (2007). The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review. *Breast Cancer Res.*, 9(4), R44. doi:10.1186/bcr1744
- Galindo-Vázquez, O., Rojas, E., Meneses, A., Aguilar, J., Álvarez, M., & Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 12(1), 51-58. doi:10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n1.48903
- Hedayati, S. S., Bosworth, H. B., Kuchibhatla, M., Kimmel, P. L., & Szczech, L. A. (2006). The predictive value of self-report scales compared with physician diagnosis of depression in hemodialysis patients. *Kidney Int*, 69(9), 1662-1668.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI. (2015). Mujeres y hombres en México 2014 INEGI. Recuperado de http://www.inmujeres.gob.mx/inmujeres/images/frontpage/redes_sociales/myh_2014.pdf
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kaminska, M., Kubiatowski, T., Ciszewski, T., Czarnocki, K. J., Makara-Studzinska, M., Bojar, I., & Staroslawska, E. (2015). Evaluation of symptoms of anxiety and depression in women with breast cancer after breast amputation or conservation treated with adjuvant chemotherapy. *Ann.Agric.Envirón. Med.*, 22(1), 185-189.
- Karakoyun-Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alanyali, H., & Kinay, M. (2010). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: Relationship to coping with cancer and quality of life. *Med.Oncol.*, 27(1), 108-113. doi:10.1007/s12032-009-9181-4
- Kertz, S. J., Koran, J., Stevens, K. T., & Bjorgvinsson, T. (2015). Repetitive negative thinking predicts depression and anxiety symptom improvement during brief cognitive behavioral therapy. *Behav.Res.Ther.*, 68, 54-63.
- Knaul, F. M., Nigenda, G., Lozano, R., Arreola-Ornelas, H., Langer, A., & Frenk, J. (2009). Breast cancer in Mexico: an urgent priority. *Salud Publica Mex*, 51 Suppl 2, s335-s344.
- Lerma, A., Salazar, E., Perez-Grovas, H., Bermudez, L., Gutierrez, D., Reyes-Lagunes, I., ... & Lerma, C. (2012). Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación de distorsiones cognitivas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Salud Mental*, 35(3), 189-194.
- Lim, C. C., Devi, M. K., & Ang, E. (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *Int.J.Evid.Based.Healthc.*, 9(3), 215-235. doi:10.1111/j.1744-1609.2011.00221.x
- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J.Med.Assoc.Thai.*, 90(10), 2164-2174.
- Maass, S. W., Roorda, C., Berendsen, A. J., Verhaak, P. F., & de Bock, G. H. (2015). The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. *Maturitas*, 82(1), 100-108. doi:10.1016/j.maturitas.2015.04.010
- National Cancer Institute. (2015). USA: National Cancer Institute. Recuperado de <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/breast.html>
- Nunnally, J. (2015). *Teoría Psicométrica*. México: Trillas
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad* (1). Suiza: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud OPS. (2015). *Cáncer de mama*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3400&Itemid=3639&lang=es
- Ornelas-Mejorada, R. E., Tufiño Tufiño, M. A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2011). Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), 401-414.
- Pintado-Cucarella, S. (2016). Alteraciones de la autoestima y la imagen corporal y síntomas de depresión y ansiedad en una muestra de pacientes mexicanas con cáncer de mama. *Salud Publica Mex*, 58(4), 400-401.
- Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: A review of the literature. *Breast Cancer Res Treat*,(110), 9-17. doi:DOI 10.1007/s10549-007-9706-5
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L., & Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191-201.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.
- Secretaría de Salud. (2011). *Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México*. Recuperado de <http://www.>

- epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LOS_TUMORES_MALIGNOS_M%C3%A9xico.pdf
- Simon, G. E., Von Korff, M., & Lin, E. (2005). Clinical and functional outcomes of depression treatment in patients with and without chronic medical illness. *Psychol.Med.*, 35(2), 271-279.
- Spinhoven, P., Drost, J., van Hemert, B., & Penninx, B. W. (2015). Common rather than unique aspects of repetitive negative thinking are related to depressive and anxiety disorders and symptoms. *J.Anxiety.Disord.*, 33, 45-52. doi:10.1016/j.janxdis.2015.05.001
- Thompson, T., Rodebaugh, T. L., Perez, M., Schoutman, M., & Jeffe, D. B. (2013). Perceived social support change in patients with early stage breast cancer and controls. *Health Psychol*, 32(8), 886-895.
- Torres-Castillo, M., Hernández-Malpica, E., & Ortega-Soto, H. (2012). Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental*, 14(2), 1-6.
- Vahdaninia, M., Omidvari, S., & Montazeri, A. (2010). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol.*, 45(3), 355-361. doi:10.1007/s00127-009-0068-7
- World Health Organization. (2011a). *Global status report on noncommunicable diseases 2010* (1). Geneva, Switzerland: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2011b). WHO Disability Assessment Schedule 2.0 WHODAS 2.0. [http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/#,\(2\)](http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/#,(2)).
- World Health Organization. (2015). *Global status report on noncommunicable diseases 2014* Switzerland: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1