Cáncer de mama y depresión en la menopausia. Estudio de prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con cáncer de mama en la menopausia.

Angeles Canosa[2]; Javier Stigliano[2]; Carolina Casimo[2]; Maria Eugenia Loderer[2]; Barbara Seybold[1]; Valeria Sambucari[3]; Maria Vilela[4], Carlos Prieto[5]

Resumen

Introducción

Las mujeres con cáncer de mama, menopaúsicas tienden a desarrollar algún tipo de trastorno psiquiátrico, como depresión mayor y ansiedad. Según varios estudios las mujeres con antecedentes personales de depresión tienen cinco veces más probabilidades de presentar síntomas depresivos. Asimismo, los factores agravantes o crisis sociopsicoculturales y la actividad social pueden influir directamente en la depresión. El diagnostico puede realizarse por un especialista o por médicos en atención primaria. Se desarrollaron algunas escalas para profesionales de la salud con el objetivo de conseguir una pronta derivación, como la Escala de Zung, que es la que se utilizó en este trabajo a través de una encuesta.

Objetivo primario

Conocer mediante la escala de depresión de Zung, la frecuencia de pacientes con cáncer de mama, en la menopausia, con alteraciones compatibles con depresión.

1 Médico Ginecología: Encargada Área de Climaterio.
2 Médico del Servicio de Ginecología y de la Unidad de Mastología.
3 Licenciada en Psicología.
4 Médico Psiquiatra.
5 Jefe de Sección de Patología Mamaria.

Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas. (Ilia y Marconi, El Palomar, Provincia de Buenos Aires, Argentina). Año 2019

Correo electrónico: angelesmcanosa@gmail.com, drstigliano@yahoo.com.ar, carocasimo@hotmail.com, mariaeugenialoderer@gmail.com, draseybold@gmail.com, valeriasambucari@gmail.com, vilela_mery@hotmail.com, prietocarlose@hotmail.com

Objetivo secundario

Conocer si existe asociación entre aquellas pacientes con cáncer de mama postmenopáusicas y riesgo de depresión según la escala de Zung y otros factores agravantes de tipo socioculturales.

Resultados

Poco más de la mitad de las pacientes encuestadas presentaron algún grado de depresión. Un 16% de la muestra refirió antecedente de depresión, de las mismas hubo más de un 70% con depresión. Un 66% de la población encuestada no realiza actividad social, de este subgrupo más de la mitad tiene depresión según la escala utilizada. Siendo que realizar actividad social disminuye el riesgo de estados depresivos, con una ($p<0,05$) estadísticamente significativa.

Conclusiones

A partir de este estudio se concluye que es sumamente importante el manejo integral y multidisciplinario del paciente con cáncer de mama, y así poder brindar apoyo psicológico y psiquiátrico. Realizando diagnósticos tempranos y orientando de manera multidisciplinaria.

Palabras Clave

Cáncer de mama. Depresión. Menopausia. Escala de Zung. Factores Agravantes. Desordenes Psiquiátricos.

Abstract

Introduction

Menopausic women with breast cancer tend to develop some type of psychiatric disorder, such as major depression and anxiety. According to several studies, women with a personal history of depression are five times more likely to present depressive symptoms. Also, aggravating factors or socio-psychocultural crises and social activity can directly influence on depression. A specialist or a primary care

doctor can get to the diagnostic. Some professional health scales were developed with the aim of achieving a prompt referral, such as the Zung Scale, which is the one used in this work through a survey.

Primary Objetive

Find out, with the Zung depression scale, the frequency of menopausic patients with breast cancer, and alterations compatible with depression.

Secundary Objetive

Find out if there is an association between those postmenopausic patients with breast cancer and the risk of depression according to the Zung scale and other aggravating sociocultural factors.

Results

More than half of the surveyed patients presented some degree of depression. A 16% of the sample reported a history of depression, from this a 70% had depression. A 66% of the surveyed population does not do social activity, of this subgroup more than half have depression according to the scale used. Those that do social activity have less risk of depression, with a statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusions

This study concludes that the integral management of the patient with breast cancer is extremely important, providing psychological and psychiatric assistence. Getting to early diagnoses and guiding in a multidisciplinary way.

Key words

Breast cancer. Depression. Menopausia. Zung depression scale. Aggravating factors. Psychiatric disorders.

Introducción

El cáncer de mama ocupa el primer lugar de casos de cáncer en la mujer a nivel mundial.[1] En Argentina, según las estimaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud), es el de mayor ocurrencia.

La menopausia es el cese definitivo de la menstruación, durante la cual comienzan a presentarse cambios hormonales y físicos con una mayor vulnerabilidad a la depresión. En Argentina, la edad promedio es de 49 a 51 años.Las mujeres con cáncer de mama y sobre todo en esta etapa, tienden a desarrollar algún tipo de trastorno psiquiátrico, como depresión mayor y ansiedad.[2]

El DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) define a la depresión como un conjunto de síntomas de predominio afectivo, cognitivo y somático. Es un proceso multifactorial que se convierte en un síntoma patológico en virtud de su intensidad, penetración, duración e interferencia con el funcionamiento social o fisiológico.[3]

Según la bibliografía, con los cambios hormonales un gran porcentaje de las mujeres experimentan algún grado depresivo.[4,5] Gran parte de estos trastornos se encuentran íntimamente relacionados con el diagnóstico de Cáncer de Mama.

Cole y Von Ammon Cavanaugh S. afirman la relación entre los trastornos de ánimo durante el climaterio y factores agravantes, tales como historia previa de depresión, incapacidad física y enfermedades concomitantes, por ejemplo cáncer de mama. Según varios estudios las mujeres con antecedentes personales de depresión tienen cinco veces más probabilidades de presentar síntomas depresivos.[5,6,7] Algunos autores del presente trabajo en otra oportunidad han realizado encuestas sobre la depresión en la menopausia a partir de casos aislados, que llevaron a esta investigación.[8]

El tratamiento del cáncer de mama puede llevar a la menopausia de la mujer o al menos a síntomas menopaúsicos. Algunos efectos de la terapia en el cáncer de mama pueden generar tristeza, cansancio o depresión.

La depresión es un trastorno que puede ser diagnosticado de forma fiable por profesionales no especialistas utilizando escalas autoaplicadas, con el objetivo de conseguir una pronta derivación.[9,10,11] La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS) es la que se utilizó en este trabajo.[12]

Los médicos que asisten pacientes en la perimenopausia[13] y el equipo que acompañe a la paciente con cáncer de mama, son indispensables para diagnosticar la depresión y derivar a la paciente lo antes posible a fin de que realice un adecuado tratamiento.

La mayoría de las pacientes que no presentan comorbilidades graves solo concurren al mastólogo o ginecólogo para su control anual, siendo esta una de las únicas oportunidades para evaluar y asesorar sobre prevención, realizar screening de enfermedades prevalentes y estimular cambios saludables en el estilo de vida. Cada consulta debe ser realizada de manera dirigida, dando lugar así a la posibilidad de diagnósticos tempranos de los trastornos depresivos.[14]

Por tal motivo, frente a una paciente con cáncer de mama en la etapa de la menopausia, la consulta es extensa. En el presente trabajo se buscó aplicar una encuesta para los trastornos depresivos en la población seleccionada y así poder realizar tratamientos tempranos.

Objetivo

Objetivo Primario

Conocer mediante la escala de depresión de Zung, la frecuencia de pacientes con cáncer de mama, en la menopausia (considérese a las postmenopáusicas, sin límite de edad), con alteraciones compatibles con depresión.

Objetivo Secundario

Conocer si existe asociación entre aquellas pacientes con cáncer de mama postmenopáusicas y riesgo de depresión según la escala de Zung y otros factores agravantes de tipo socioculturales.

Material y método

Previa consulta al Comité de Ética, y al Departamento de Docencia e Investigación sobre la necesidad de consentimiento informado y visto que la encuesta se encuadra en aproximación diagnóstica y que la misma se encuentra validada no se consideró necesario más que una explicación del objetivo de la misma (Anexo 4).

Se comenzó en el mes de abril de 2019 administrando el cuestionario a pacientes con cáncer de mama, menopaúsicas, en control oncológico y superando el año de tratamiento. Se entregó el cuestionario a 150 pacientes atendidas en forma consecutiva, de las cuales 8 se negaron a contestar, 10 pacientes entregaron la ficha en forma incompleta, quedando 132 pacientes finales (n=132). Todo ello se realizó en la *Unidad de Mastología del Hospital Posadas* hasta el mes de octubre de 2019.

Se utilizó la escala autoaplicada de depresión de Zung (anexo 1), compuesta por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas unas en términos positivos (10) y otras (10) en términos negativos. Son relevantes los síntomas somáticos y los cognitivos, se separaron ocho ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica la frecuencia de los síntomas, no la intensidad, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, asignados a los términos que a continuación se mencionan: nunca o pocas veces; algunas veces; frecuentemente; mayoría del tiempo o siempre.

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones.

Se usaron los siguientes puntos de corte[12,15]:

- no depresión ‹40,

- depresión leve 41-47,

- moderada 48-55,

- grave >55.

Por separado se analizó una pregunta utilizada comúnmente entre los profesionales de la salud mental como signo de derivación urgente respecto del deseo de suicidio, la pregunta 21 (Anexo 2).

Las pacientes con alteración en la escala, fueron derivadas sin turno y evaluadas en esa semana. Realizan psicoterapia en forma individual y taller grupal, según indicación y si el equipo de psicopatología considera son derivadas a psiquiatría.

En la encuesta, las pacientes deben poner el año del diagnóstico de cáncer de mama, el año de cirugía y su fecha de última menstruación.

Para evaluar factores sociales de la paciente se agregaron preguntas sobre: fuente de ingresos (jubilación, trabajo formal, temporal, ninguno, otro), estudios (primario, secundario, terciario, universitario) y si presentaron algún evento de los denominados "crisis" (pérdida de familiar, divorcio, enfermedad grave de familiar, pérdida de trabajo, ningún evento). Estas "crisis" a los efectos del presente trabajo los denominamos "factores agravantes", dado que su presencia podría catalogar a una población de riesgo psicosocial en el aspecto anímico. Se evaluó también la presencia o ausencia de actividad social (concurre a club, a actos religiosos, grupo de amigos, talleres, actividades barriales, otros) para establecer si existe algún grado de asociación con depresión (Anexo 3).

Los resultados fueron evaluados con medidas de frecuencia, Test Chi cuadrado o test exacto de Fisher según la variable para el valor de p. Valor Predictivo Positivo (VPP) Valor Predictivo Negativo (VPN). (soft XLStat).

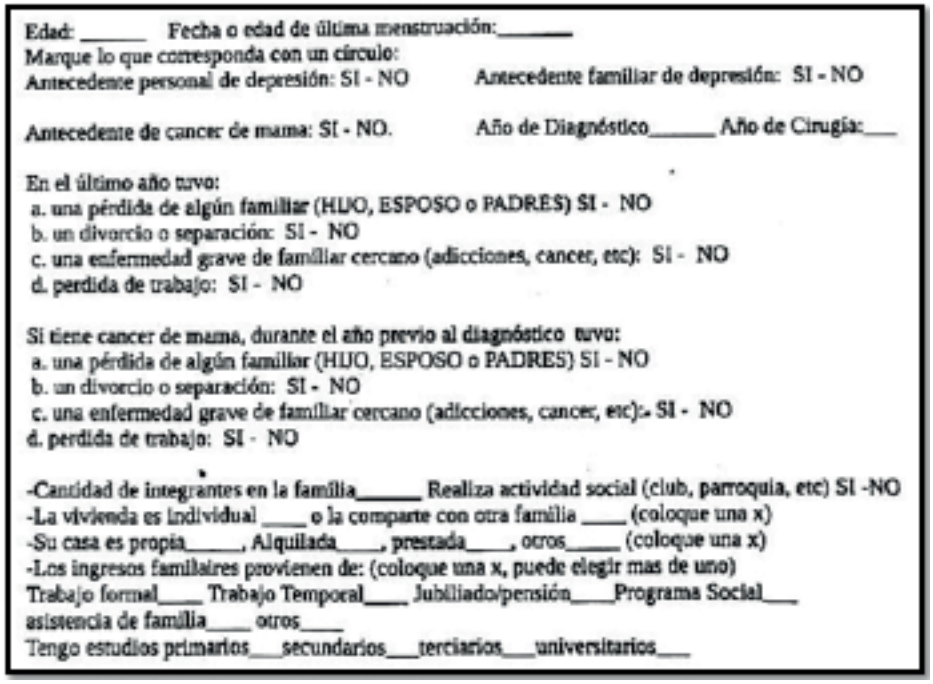
Anexo 1: Escala de ZUNG

	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Anexo 2: Pregunta 21

"He pensado en quitarme la vida"

Anexo 2: Pregunta 21



Edad: _____ Fecha o edad de última menstruación:_____
Marque lo que corresponda con un círculo:
Antecedente personal de depresión: SI - NO Antecedente familiar de depresión: SI - NO

Antecedente de cancer de mama: SI - NO. Año de Diagnóstico_____ Año de Cirugía:___

En el último año tuvo:
a. una pérdida de algún familiar (HIJO, ESPOSO o PADRES) SI - NO
b. un divorcio o separación: SI - NO
c. una enfermedad grave de familiar cercano (adicciones, cancer, etc): SI - NO
d. perdida de trabajo: SI - NO

Si tiene cancer de mama, durante el año previo al diagnóstico tuvo:
a. una pérdida de algún familiar (HIJO, ESPOSO o PADRES) SI - NO
b. un divorcio o separación: SI - NO
c. una enfermedad grave de familiar cercano (adicciones, cancer, etc): SI - NO
d. perdida de trabajo: SI - NO

-Cantidad de integrantes en la familia_____ Realiza actividad social (club, parroquia, etc) SI -NO
-La vivienda es individual ____ o la comparte con otra familia ____ (coloque una x)
-Su casa es propia_____, Alquilada____, prestada____, otros_____ (coloque una x)
-Los ingresos familiares provienen de: (coloque una x, puede elegir mas de uno)
Trabajo formal____ Trabajo Temporal____ Jubiliado/pensión____Programa Social___
asistencia de familia____ otros____
Tengo estudios primarios___secundarios___terciarios___universitarios___

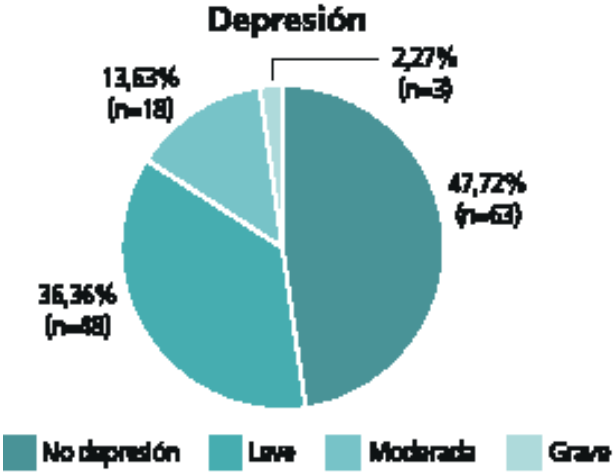
Anexo 4: Explicación que era leída a la paciente, sobre el llenado de la ficha/encuesta, consensuado con los comités consultados.

"Estimada señora, usted concurre a este consultorio por controles oncológicos, atravesando lo que los médicos denominamos el climaterio. Como usted sabe y observó, durante la consulta se realizan múltiples preguntas para conocerla mejor, un examen físico completo y extenso, todo esto conllevando mucho tiempo. Existen aspectos de sus antecedentes que sería mejor evaluarlos mediante el llenado de una ficha, completada por usted con tranquilidad. Estos datos están relacionados con su historia psicológica y su actualidad social. El volcado de los datos a la historia clínica solo se realizará si de la misma surge algún aspecto que debamos atender de su salud. Esta ficha responde a los alcances de las leyes vigentes en cuanto al secreto médico y de protección de datos personales, es decir son utilizados a los efectos diagnósticos y conocer las características de nuestras pacientes. Usted es libre de llenar o no esta ficha sin compromiso alguno."

RESULTADOS

Características generales de la población:
Número de pacientes: n= 132

Las pacientes encuestadas presentaron una edad promedio de 62 años y de 46 años para la menopausia. Al analizar los integrantes de la familia se vio que en promedio son 4 personas por vivienda. Un 68.18% (n= 90) de la muestra recibe ingresos de jubilación o pensión, un 22.72% (n= 30) trabaja de manera formal, las restantes reciben asistencia familiar o trabajos temporales. En cuanto a los niveles educativos: un 97.72% (n= 129) de la población encuestada completó los estudios primarios, un 31.81% (n= 42) los secundarios.



Cáncer de mama en pacientes menopaúsicas + depresión
Número de pacientes: n= 132

Según la escala utilizada presentaron valores compatibles con depresión 52.28% (n= 69), el 36.36% leve (n= 48), el 13.63% moderada (n= 18), el 2.27% grave (n=3) y el 47.72% (n= 63) no la presentó. (Grafico 1)

Cáncer de mama en pacientes menopaúsicas + depresión
Número de pacientes: n= 132

	Antecedente de Depresión	Sin Antecedente de Depresión	TOTAL
Depresión	15 (71.42 %)	54 (48.64 %)	69 (52.28 %)
No depresión	6 (28.57 %)	57 (51.35 %)	63 (47.72 %)
TOTAL	21 (15.9 %)	111 (84.1 %)	132 (100 %)

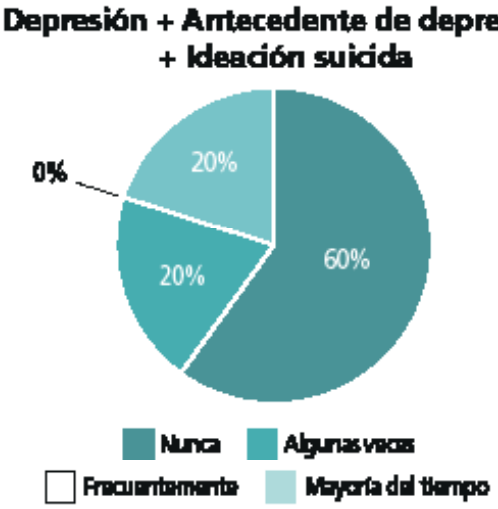
El 15.9% (n= 21) de la muestra (n= 132) refirió tener antecedentes personales de depresión, y de esas pacientes el 71.42% (n=15) se encuentra dentro del corte de rango de depresión (Tabla 1).

De la tabla que antecede se obtienen los siguientes resultados: que los antecedentes de depresión muestran una sensibilidad 71%, especificidad 51%, prevalencia 16%, Valor Predictivo Positivo 22%, Valor Predictivo Negativo 90%. Un chi cuadrado de 3.67, con una p de 0.055.

Antecedente de Depresión (n= 21) + depresión según escala de Zung
Número de pacientes: n= 132

Subtipo de depresión o ausencia	Porcentaje de antecedente de depresión	Antecedente de depresión/ total subgrupo
Sin depresión	9,52%	6/63
Depresión Leve	12,5%	6/48
Depresión Moderada	38,88%	7/18
Depresión Grave	66,66%	2/3
Total	**15,9%**	**21/132**

Al evaluar los antecedentes personales de depresión en cada subtipo de depresión, se observó que, a mayor depresión, mayor es el porcentaje de antecedente de depresión. (Tablas 2)



Depresión + Antecedente de Depresión + Ideación Suicida
Número de pacientes: n= 15

Con respecto a la pregunta 21 sobre ideación suicida (He pensado en quitarme la vida), de aquellas pacientes que refirieron antecedente de depresión y tenían depresión según la escala utilizada (n= 15), un 20% (n= 3) mencionó haber tenido alguna vez ideaciones suicidas y otro 20% (n= 3) dijo tener estos pensamientos la mayoría del tiempo. (Gráfico 2)

Depresión + Actividad Social
Número de pacientes: n= 132

	No actividad social	Actividad social	TOTAL
Depresión	51 (62.5%)	18 (37.5 %)	69
No depresión	36 (58%)	27 (42%)	63
TOTAL	**87 (65.9 %)**	**45 (34.1 %)**	**132**

nó Al analizar la actividad social de las pacientes encuestadas, se obtienen los siguientes resultados: una sensibilidad del 59%, una especificidad del 60%, prevalencia del 66%, Valor Predictivo Positivo de 74%, Valor Predictivo Negativo de 43%. Un chi cuadrado de 4.12, la p <0.05 (de 0.042), siendo estadísticamente significativa. (Tabla 3)

Depresión según escala + Actividad social
Número de pacientes: n= 132

Depresión (n total)	Actividad Social	No Actividad Social
Sin depresión (63)	42 % (27)	58 % (36)
Leve (48)	37.5 % (18)	62.5 % (30)
Moderada (18)	0 %	100 % (18)
Grave (3)	0 %	100 % (3)

De las 132 pacientes encuestadas, 87 de ellas no realizan actividades sociales (65.9%). De esas, 51 pacientes presentaron depresión (62.5%). (Tabla 3). El 37.5% (n= 18) de las pacientes con depresión leve (n=48) lleva a cabo al menos una actividad social. Al analizar las pacientes en rango de depresión moderada o grave, ninguna de ellas realiza actividades sociales. (Tabla 4)

Factores agravantes en el último año
Número de pacientes: n=132

En el último año	N	%
Pérdida de familiar	54	40.9
Divorcio	15	11.36
Enfermedad familiar grave	66	50
Perdida de trabajo	18	20.45
Ningún evento	39	29.54

Respecto de los *factores agravantes* en el *último año corriente*, se observó que un 40.9% (n= 54) de todas las pacientes encuestadas hizo referencia a la perdida de algún familiar, el 11.36% (n= 15) a divorcio o separación, el 50% (n= 66) a alguna enfermedad familiar grave, el 20.45% (n= 27) a la perdida de trabajo y un 29.54% (n= 39) no refirió ningún evento. Puede presentarse más de un factor agravante por paciente. (Tabla 5).

Factores agravantes en el año previo al cáncer
Número de pacientes: n=132

En el año previo al cáncer	N	%
Pérdida de familiar	36	27.27
Divorcio	18	13.63
Enfermedad familiar grave	48	36.36
Perdida de trabajo	15	11.36
Ningún evento	57	43.18

Al analizar los factores agravantes en el año previo al cáncer, se encontró un 27.27% (n= 36) asociado a pérdidas de un familiar, un 13.63% (n= 18) a divorcio, un 36.36% (n= 48) a una enfermedad familiar grave y un 11.36% (n= 15) a pérdida de trabajo. Por otra parte, no refirieron evento asociado un 43.18% (n= 57). (Tabla 6)

DISCUSIÓN

La escala Autoaplicada de Depresión de Zung (*Self-Rating Depression Scale*, SDS) (anexo 1) desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue una de las primeras en validarse.[15] La misma, cuantifica los síntomas de base empírica, enfocándose en el componente somático-conductual del trastorno depresivo.[4,11] Además, fue utilizada para garantizar homogeneidad en el proceso de evaluación, ya que con este tipo de instrumento se alcanza un mayor grado de precisión diagnóstica que con una entrevista clínica habitual o no estructurada.[11] Fue validada para pacientes en esta etapa de la vida, puede ser autocompletada y utilizada para diagnosticar por profesionales no especialistas.[12]

Presenta buenos índices de correlación con otras escalas, como la de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck.[16,17] La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni intelectual.[18] Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico.[16] Los índices de fiabilidad son satisfactorios. Los índices de sensibilidad (85%) y especificidad (75%) son adecuados cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

Se determinaron los puntos de corte en base a la validación y utilización previa en otros estudios.[12,15] Consecuentemente, los utilizados fueron los siguientes: 1) no depresión ‹40, 2) depresión leve 41-47, 3) moderada 48-55, 4) grave >55.

La muestra estudiada presentó porcentajes de depresión similares a los analizados en otros estudios internacionales.[20,21] Amerita destacar que, si bien el número de casos analizados en el presente trabajo a primera vista no resulta tan importante a nivel cuantitativo si lo es a nivel cualitativo, y muestra de ello son las conclusiones a las que permite arribar. No obstante, cuantitativamente se presenta superior a otros trabajos similares analizados en la bibliografía internacional.

Al evaluar a aquellas pacientes que presentaron antecedente personal de depresión y depresión (n=15), un 20% de esas pensaron alguna vez en suicidarse y otro 20% lo pensó la mayoría del tiempo. Deviene insoslayable la importancia de una intervención oportuna, toda vez

que la depresión no tratada contribuye al aumento de riesgo de suicidio e incrementa de tal manera el cuadro depresivo.[21] Estos resultados se analizaron por separado y sirvieron para derivar de manera urgente a las pacientes con ideación suicida. Las mismas fueron derivadas en el día y al realizar este trabajo aún se encuentran en tratamiento psiquiátrico. El 66% (2 pacientes) continúan en seguimiento por el equipo de psicopatología de las pacientes con valores de escala compatibles con depresión grave, el 83% (15 pacientes) de las de depresión moderada y el 62.5% (30 pacientes) de las de depresión leve.

A lo largo de la vida la mujer presenta cambios, de tipo hormonal y sociopsicoculturales. Dentro de estos últimos se encuentran: independencia de los hijos, pérdida de belleza física y de la capacidad de procrear, proyectos frustrados, competencias de nuevas generaciones, etc. La menopausia es un estado particular donde se hacen presentes muchos de los cambios referidos y esto conlleva a un mayor riesgo de depresión.[22,23,24] Está visto que el cáncer de mama, en esta etapa de la vida, según los resultados de este trabajo y los consultados en otros estudios, muchas veces lleva a las pacientes a estados psicológicos graves. Al asociarse todos esos factores de riesgo se puede derivar en un acto suicida[25,26] razón por la cual se agregó la pregunta 21 a la encuesta y así poder derivar a las pacientes oportunamente a psiquiatría.

A nivel internacional se ha determinado que el suicidio se presenta con mayor incidencia dentro del año después de un diagnóstico de cáncer que en la población general, según un estudio dirigido por los autores principales Hesham Hamoda, del Hospital Infantil de Boston y la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard (Estados Unidos) y Ahmad Alfaar, de 'Charité-Universitätsmedizin Berlin', en Alemania. Se analizaron 4.671.989 pacientes de Estados Unidos, de los cuales 1.585 se suicidaron dentro del año de su diagnóstico y hubo un riesgo dos veces y media mayor que el que se esperaría en la población general. El riesgo de suicidio también aumentó significativamente después del diagnóstico de cáncer colorrectal, pero el riesgo de muerte suicida no aumentó significativamente tras los diagnósticos de cáncer de mama y próstata. Posiblemente esto tenga que ver con la expectativa de vida de cada una de estas patologías oncológicas, considerando que el cáncer de mama y el de próstata presentan mayores índices de sobrevida.

Uno de los autores del estudio realizado para conocer el riesgo de suicidio planteaba: "Tanto el cáncer como el suicidio son las principales causas de muerte y presentan un gran desafío para la salud públi-

ca. Nuestro estudio destaca el hecho de que, para algunos pacientes con cáncer, su mortalidad no será un resultado directo del cáncer en sí, sino más bien debido al estrés de lidiar con eso, que culmina en el suicidio". Y agrega: "Este hallazgo nos plantea el desafío de garantizar que los servicios de apoyo psicosocial se integren temprano en la atención del cáncer".

El cuestionario presentó preguntas agregadas a la escala original, con el objetivo de evaluar otras posibles variables relacionadas con estados depresivos y cáncer de mama. Estas indagaban sobre: fuente de ingresos, estudios y si presentaron algún evento de los denominados "crisis" o "factores agravantes" (pérdida de familiar, divorcio, enfermedad grave de un familiar, pérdida de trabajo, ningún evento). Asimismo, se evaluó la actividad social (concurre a club, a actos religiosos, grupo de amigos, talleres, actividades barriales, otros).

La bibliografía consultada muestra que existe relación entre los factores agravantes y la depresión, constatándose que aquellos factores sociales que ocurren en esta etapa de la vida (relacionados directamente con preocupaciones económicas, laborales o psicoconductuales) pueden potenciar sinérgicamente los síntomas psicológicos referidos durante la menopausia.[27] Asimismo, en algunos trabajos de depresión y cáncer de mama, se hace referencia a los factores agravantes como desencadenantes exógenos, es decir situaciones negativas en la vida de las pacientes que llevan a la depresión y pueden generarla incluso una vez superadas estas situaciones, debido al estrés o agotamiento.

Las pacientes encuestadas que no realizan actividades sociales se asocian con mayor porcentaje de depresión, resultado que se presenta de igual manera en la bibliografía internacional. Si cruzamos los resultados de la realización de actividad social con los números de ideación suicida encontramos una clara tendencia, también reflejada en la bibliografía.[28,29]

LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

La validez y la fiabilidad de las respuestas de una encuesta deben ser evaluadas en relación con una variedad de factores. Es posible que las pacientes no hayan evaluado con precisión la importancia de un tema e incluso que hayan malinterpretado el objetivo, algo que puede ocurrir en todas las encuestas. Asimismo, la diferencia de años respecto de la aparición del cáncer puede determinar un sesgo de olvido. La

extensión de lo solicitado puede haber causado fatiga y habituación, es decir las pacientes pueden haber seleccionado la respuesta aleatoriamente. Finalmente, la población del Hospital Posadas es heterogénea y resulta difícil extrapolar resultados con otros centros.

CONCLUSIÓN

El fenómeno depresivo, en algunas ocasiones pasa inadvertido para los profesionales ya que los pacientes tienden a no expresar este sentimiento y enmascarar sus síntomas, para que parezca parte de su enfermedad.

La mayoría de nuestras pacientes concurren a controles anuales siendo estas consultas ocasiones únicas para evaluar, asesorar, guiar y generar cambios en el estilo de vida. Debemos atender de manera dirigida, dando lugar así a la posibilidad de diagnósticos tempranos de los trastornos depresivos, podemos usar este tipo de cuestionarios, para así darle el tiempo necesario a la paciente para que analice su situación y poder orientarla con un manejo multidisciplinario. Realizar interconsultas, generar grupos de pacientes para tratamientos comunes, incentivar a la realización de actividades sociales y grupales, porque hemos observado que estas pacientes tienen un riesgo menor de presentar síntomas depresivos.

Este estudio concluye que es sumamente importante el manejo integral del paciente con cáncer de mama, desde el punto de vista del apoyo psicológico y psiquiátrico.

Referencias

1. WHO-Cancer Report 2020-Global Profile.

2. White CA. ABC of psychological medicine cancer. BMJ. 2002;325:377-80.

3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2013.

4. Harlow BI, Cohen LS, Otto MW, Spiegelman D, Cramer DW. Prevalence and predictors of depressive symptoms in older premenopausal women. Arch Gen Psychiat 1999; 56: 418-24.

5. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, et al. Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(4):375–382.

6. Freeman E.W, Sammel MD, Liu L, et al. Hormones and menopausal status as predictors of depression in women in transition to menopause. Arch Gen Psychiatry. 2004;61(1):62–70.

7. Nicol SL. Causality, menopause, and depression: A critical review of literature. Brit Med J 1996; 313: 1229-32. 10.

8. Seybold, B; Canosa,A, et al Estudio de prevalencia de síntomas depresivos en el climaterio utilizando escala autoadministrada de Zung y encuesta dirigida a factores de riesgo. SOGBA 2018.

9. Parsvanborg A, A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) Journal of Affective Disorders Volumen 64, Issues 2–3, May 2001, Pages 203-216.

10. Santiago Palacios Javier Ferrer-Barriendosb Health-related quality of life in the spanish women through and beyond menopause. development and validation of the cervantes scale. Medicina Clínica Volume 122, Issue 6, 2004, Pages 205-211.

11. Lara TH, Ramírez de Lara L, Lara TL. Algunas normas para la medición de la depresión. Neurol Neurocir Psiquiat 1976; 17: 5-9.

12. Zung WW. Zung Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. En: Sartorious N, Ban TA (eds.). Assessment of depression. Berlin: Springer-Verlag y W.H.O, 1986; 221-231.

13. Brambilla DJ, McKinlay SM, Johannes CB. Defining the perimenopause for application in epidemiological investigations. Am J Epidemiol 1994; 140: 1091-5.

14. Avis NE, Brambilla D, McKinlay SM, Vass K. A longitudinal analysis of the association between menopause and depression. Results from the Massachusetts Women's Health Study. Ann Epidemiol 1994; 4(3): 214-20. 12.

15. Conde V, Franch J. Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los transtornos angustiosos y depresivos. Madrid: Upjohn, 1984. p 62-76.

16. Feightner JW, Worrall G. Early detection of depression by primary care physicians. Can Med Assoc J 1990; 142: 1215-1220.

17. Cohen CI, Crosby M, Zeman D. The role of labelling processes in assessment of geriatric depression. Int J Geriatric Psychiatry 1988; 3: 209-217.

18. Tucker MA, Ogle SJ, Davison JG, et al. Development of a brief screening test for depression in the elderly. J Clin Exp Gerontol 1986; 8: 173-190.

19. Hulstijn EM, Deelman BG, de Graaf A et al. The Zung-12: a questionnaire for depression in the elderly. Tijdschr Gerontol Geriatr 1992; 23: 85-93.

20. Burgess C, Cornelius V. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. BMJ. 2005; 330:702.

21. Pasacreta J. Depressive phenomena, physical symptom distress, and functional status among women with breast cancer. Nurs Res. 1998;47(2):67-8.

22. Valle R, Zúñiga M, Tuzet C, Martínez C, De la Jara J, Aliaga R, Whittembury A. Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2006, ISSN 1025 - 5583 Págs. 327-332.

23. Hurd W, Ámese L, Randolph J. Menopausia. En: Bereck J (ed). Ginecología de Novak. 13va ed.México: Mc Graw Hill; 2002. p. 891-914.

24. Conde D, Pinto-Nieto A, Cabello C, Danielle S. Menopause symptoms and quality of life in women aged 45 to 65 years with and without breast cancer. Menopause. 2005;12(4):436- 43.

25. LLanos Tejada F. "Conocimientos, actitudes y sintomatología referida a la menopausia en mujeres de un distrito rural de la sierra peruana ". Revista Médica Herediana. Lima 2004, 15,1,24-29.

26. Pacheco J, Salvador J. "Conocimiento y actitudes de la mujer peruana sobre climaterio y menopausia." Ginecol & obstet 1998; 44,3, 157-61.

27. Heredia Hernández B, Lugones Botell M. Entorno familiar, laboral, manifestaciones clínicas y enfermedades crónicas en mujeres de edad mediana. Rev Cubana Med Gen Integr. 2009 [citado 5 Jun 2014]; 25(2).

28. Mann E, Ringer D, Pitkin J, Panay N, Hunter S. Psychosocial adjustment in women with premature menopause: a cross-sectional survery. Climateric. 2012 [citado 5 Jun 2014];15(5).

29. Ganz P. Breast cancer in older women: Quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. J Clin Oncol. 2005; 21:4027-33.

Debate

Dr. Uriburu: Muchas gracias, muy buena su presentación y una vez más agradezco y doy la bienvenida que se toquen estos temas en la Sociedad de Mastología, como parte integral del tratamiento de la paciente con cáncer de mama. No hace muchas reuniones trajeron aquí un trabajo sobre disfunción sexual en las pacientes tratadas por cáncer de mama y precisamente, una de las conclusiones es pesquisar a las pacientes que tienen esta disfunción o esta alteración. Es tarea nuestra, del equipo tratante, para identificarlas, pesquisarlas y mejorar su calidad de vida. Como bien dijiste, la diapositiva más importante, por lo menos la que a mí me llamo mucho la atención, es la que indica que el 52% de las pacientes tiene algún grado de depresión. Es cierto que la mayoría son leves, pero un porcentaje no despreciable son moderadas o graves. Como bien decís, es indispensable que nosotros, el equipo tratante, pesquise y diagnostique. Evidentemente nos va a llevar un tiempo, las consultas se van a hacer más largas, porque cada vez son más los factores que entran en juego y éste, que no es menor, es uno de ellos. Como dije aquella vez, cuando se presentó el otro trabajo, para eso está bueno formar esos consultorios dentro de las unidades de mastología, que afuera se llaman de "survivorship" para darles un apoyo a las pacientes, para pesquisar la disfunción sexual o la depresión, a las que necesiten el apoyo psicológico, tenemos también en cada unidad la psico oncóloga, o las complicaciones del tratamiento o cuantas cosas que el paciente a veces no se anima a preguntar y si no lo pesquisamos nos perdemos esto. Una vez más, felicitaciones por su trabajo y por el tema elegido.

Dr. Cassab: Yo también te quería felicitar. Gracias por recordarnos que no tenemos que separar lo orgánico de la mente, ya que la mente quizás mueva lo orgánico también. Sin lugar a dudas, que si la paciente está deprimida puede abandonar el tratamiento o aún perjudicarlo. Te hago una sola consulta. Vi que todos los factores que mencionaste eran económicos, psicosociales, laborales, etc. Quería saber si, en ese grupo que tuvo depresión, habían interactuado con el tratamiento que se realizó con esas pacientes. Por ejemplo, yo creo que no es lo mismo realizarle una mastectomía a una paciente que la interpreta como una mutilación, que un tratamiento conservador. Que no es lo mismo no realizar quimioterapia, que valorar todos los efectos deletéreos de la quimioterapia, como alopecia y todo lo que eso significa, y hasta también el tratamiento hormonal. Sabemos que el tamoxifeno agrava los síntomas de la menopausia y uno de problemas más importantes de la carencia de estrógenos es la depresión, el insomnio y todos los síntomas que están asociados a ella. Entonces, quería saber, si en esa torta donde mencionás el porcentaje, que no lo recuerdo, de depresión, pudieron llegar a comparar los tratamientos que les hicieron a las pacientes, para ver si la depresión era algo que ya venían cargando o tuvo que ver específicamente con el tratamiento que les realizaron.

Dra. Canosa: No, eso fue muy difícil de poder hacer porque, si bien la encuesta era anónima, cuando la recibíamos evaluábamos sobre todo si esa paciente había presentado en algún momento ideación suicida, como para derivarla urgente y en ese caso, obviamente no la dejábamos ir. Pero la realidad es que llegar al puntaje de depresión o no, lo hacíamos después y no sabíamos qué paciente había sido. Solamente podíamos ver lo que teníamos puesto que era, cuándo había tenido el diagnóstico de cáncer de mama y cuándo se había operado.

Dr. Uriburu: Ahora me confundió un poquito. Si queremos pesquisar a esta paciente con depresión y la encuesta es anónima ¿Cómo hacemos para pesquisarla?

Dra. Canosa: Lo que mirábamos mayormente era si ella tenía ideación suicida o no y después lo íbamos valorando con el tema de la psicóloga, pero la realidad es que no quedaba el nombre plasmado de la paciente.

Dr. Fuleston: Te felicito por el trabajo, es muy actual. Esto está generando en EE.UU. muchas reclamaciones desde el punto de vista médico legal. Por lo cual allá se están formando equipos interdisciplinarios donde este aspecto se enfoca especialmente.
Yo te quería preguntar tres cositas asociadas a la depresión, que en general acompaña a este grupo y a pacientes más jóvenes también. Que no lo vi en tu encuesta y quería saber si estaba aprobada por el Comité de Bioética del Hospital. Que es el defecto cosmético o el defecto inestético que produce la cirugía mamaria, el cambio en la sexualidad, la falta de interés en la mujer luego de atravesar en general esta enfermedad con respecto a la sexualidad y, un poco acompañado con eso, la pérdida de la autoestima.

Dra. Canosa: Eso sí se va contestando. En la escala de Zung hay un montón de consideraciones. No específicamente, porque la escala de Zung se usa para un montón de cosas, no se usa solo para pacientes con cáncer de mama, pero sí con el tema de la autoestima y demás, eso sí está valorado, pero no con el tema de la cirugía específicamente por cáncer de mama. Eso hubiese sido bastante difícil evaluarlo en un hospital público y más en una población como la del Hospital Posadas. Hubo preguntas que fueron realmente difíciles de responder para las pacientes. Uno piensa que es algo muy sencillo, pero es una población a la que no le resulta fácil contestar un cuestionario.

Dr. Uriburu: Muy bien Dra. Canosa, considero que es un muy buen camino.

Dra. Canosa: Quisiera contar algo. Además de trabajar en el Hospital Posadas, en este momento trabajo en la Trinidad de Ramos Mejía. Mi idea antes de la pandemia era hacer trabajos grupales con pacientes con cáncer de mama, pero prepandemia tuve a mi hijo, y luego vino la pandemia, así que esto quedó flotando en el aire, y ahora va a ser bastante difícil concretarlo. Pero se los propongo, porque creo que en lugares como el Hospital Británico, el Hospital Austral o lugares así, quizás sea más fácil de hacer. Me acuerdo de que una colega mía me contó: "...yo me he tenido que ir a hacer las uñas con mi mamá en grupo", porque la acompañaba de esa manera y para la mamá había sido como super importante. Los trabajos grupales, esto que decía de la actividad social, parece una pavada para nosotros, porque estamos habituados a, por ejemplo, reunirnos el domingo con la familia o vemos el partido con no sé quién o hacemos algo con algún amigo y capaz para un paciente que está así, no lo es y realmente es algo que lo acompaña.

Dr. Uriburu: Es todo muy valioso lo que ha mencionado. Muchas gracias, una vez más a usted y a su grupo de trabajo.