

11241

24
203

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MEDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Título: EVOLUCIÓN DEL ESTADO AFECTIVO EN
PACIENTES CON CANCER DE MAMA DE
RECIENTE DIAGNOSTICO

Alumno: Dra. ISABEL MEDRANO ORTÍZ DE ZÁRATE

TUTOR TEÓRICO

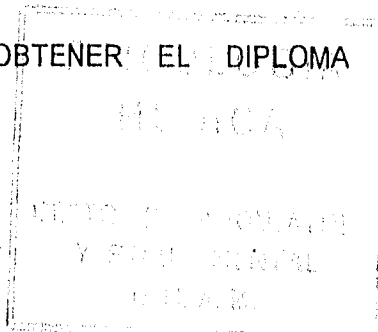
Dra. Ma. del Carmen E. Lara Muñoz

TUTOR METODOLÓGICO

Dra. Ma. del Carmen E. Lara Muñoz

TESIS PARA
PSIQUIATRÍA"

OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN



AÑO: 1996.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ANTECEDENTES :

En los países occidentales, el cáncer de mama representa el tumor más frecuente en la mujer, después de las neoplasias de piel no melanomatosas. En efecto, en Norteamérica y en Europa occidental, una de cada 14-16 mujeres presenta el riesgo de manifestar clínicamente un cáncer de mama en el curso de una vida media normal. Tal riesgo es bastante inferior en las negras africanas y en las orientales,, (sobre todo, japonesas). La enfermedad representa la primera causa de muerte por tumor en la mujer, particularmente en las mujeres de edad comprendida entre 35 y 54 años, mientras que en las de edad superior a 55, esta es la segunda causa después de las enfermedades cardiovasculares.

La neoplasia de mama es 100 veces más frecuente en la mujer que en el hombre. La edad media de aparición clínica se encuentra entre los 45 y 50 años, y sólo en el 2% de las mujeres aparece la enfermedad en edades inferiores a los 30 años. La curva de incidencia de tipo "occidental" muestra dos picos, el primero cerca de los 45 años y el segundo después de los 70, con un ligero estacionamiento alrededor de la edad de la menopausia.

Los factores etiológicos y de riesgo asociados con carcinoma de mama son genéticos, fenotípicos y ambientales.

A estos hay que añadir la existencia de un carcinoma de mama previo: en efecto, la mujer con una neoplasia previa en una mama presenta un riesgo doble de padecer un segundo carcinoma en la mama contralateral. (1)

La experiencia de tener cáncer a través de la historia ha sido asociado con altos niveles de estrés psicológico. Galeno noto una relación entre la afección disfórica y tener cáncer.

Los psiquiatras en el siglo XVIII y XIX también hicieron una correlación entre neoplasia y desórdenes psicológicos. (2)

Freud estableció hace mucho tiempo premisas psicoanalíticas según las cuales la aparición de una neoplasia es efecto de una asociación con lo que el órgano afectado significa en la vida del individuo. Así por ejemplo, la boca representaría receptividad psicológica; el ano posesión; los órganos genitales impulso de unión. Otro sería, los órganos que podrían expresar necesidades específicas y ser objeto de injuria psicodinámica y localización neoplásica. (5)

El predominio de desórdenes psiquiátricos entre pacientes con cáncer dio pie a que en 1950 muchos investigadores se preocuparan con la relación entre la personalidad y el cáncer. Otros investigadores han expresado interés en la idea de los estados psicopatológicos particularmente la depresión que puede

representar un signo previo de la neoplasia, además otros investigadores enfocaron el rol del estado psicológico en el ajuste de la enfermedad y la relación entre sobrevivir y el estilo de enfrentar la enfermedad. (2)

Bahnson y Bahnson señaló un tipo de personalidad con propensión al cáncer. Describió los pacientes con cáncer como personas que utilizaban la proyección como defensa con menos frecuencia que otras. En vez de esto, la persona con propensión al cáncer tiende a reprimir y negar el estrés emocional. Booth encontró que los pacientes con cáncer eran personas a las cuales les causaba gran perturbación superar las depresiones consecutivas a pérdidas personales. Sugirió que las depresiones podían somatizarse en forma de neoplasia. (6)

La creciente información sobre los aspectos inmunológicos del cáncer plantea la posibilidad de que los mecanismos inmunológicos desempeñen un papel importante en la mediación de las influencias psicosociales sobre la susceptibilidad y curso de las enfermedades neoplásicas.

Ha sido hipotetizada que la influencia de factores emocionales en el curso de la enfermedad neoplásica es mediatizada vía el sistema inmune o el sistema endocrínológico o ambos. (4)

La investigación del cáncer implica pruebas y plantea problemas. Un pequeño número de estudios en personas suscitan la posibilidad de que los estados de depresión, o las estructuras del carácter de los individuos afectados, suponen una inhibición profunda, sobre todo de los impulsos hostiles que pueden servir de predictores útiles del cáncer. Estos estudios se realizaron con pacientes con lesiones benignas y malignas de mama y cervicales y con apreciaciones psicológicas formuladas por observadores que desconocían los resultados de las biopsias. Es posible que estos pacientes comunicaran a los observadores el conocimiento latente de la naturaleza de las lesiones. No obstante, estos estudios apoyan la hipótesis de que los conflictos de personalidad particularmente profundos predisponen a las personas al desarrollo de la malignidad de forma todavía desconocida. (7)

Los hallazgos parecen confirmar la importancia de que el grado de depresión y el comportamiento de la enfermedad influye en los pacientes con cáncer y sugiere la necesidad de mayor investigación de las variables psicológicas asociadas con ello. (3)

Con objeto de determinar la repercusión que el cáncer de mama y su tratamiento tienen sobre el estado afectivo de las pacientes y la manera en que ellas responden ante la enfermedad, diferentes autores han realizado investigaciones al respecto, las cuales han reportado dentro de sus hallazgos depresión y ansiedad siendo; todos ellos (10,12,17,19,20,21,22). Algunos autores

aparte de estos signos y síntomas han reportado trastorno de la imagen corporal (15) y otras relaciones entre dolor y depresión (16,20). Además de la incertidumbre (19) que se refiere cuando el tratamiento que se ha llevado a cabo a sido cirugía de mama conservadora.

Lara en 1984 reporto un estudio en pacientes oncológicos (50 enfermas admitidas en el INC), a las cuales les aplicaron entrevistas semiestructuradas y al final de ésta se les aplicó la escala de depresión de Zung (Escala de depresión autovalorativa). De acuerdo a la reacción psicológica que presentaban las pacientes se les dividió en 3 grupos, uno de Negadores, el segundo de Aceptación pasiva y un tercero de Aceptación activa. Se buscaron asociaciones entre estas formas de respuesta y las variables demográficas, clínicas y el índice de Zung, encontrando que la localización del cáncer en mujeres influía en su respuesta, (las pacientes con cáncer de mama no aceptaban activamente su enfermedad). Un índice de Zung superior a 60 se asoció con ausencia de aceptación activa, también se observo que el 7% de las mujeres presentaban un trastorno crónico, (depresión recurrente, distimia y ciclotimia). (8)

Alargaratnam y Kung en 1986 reportaron 2 grupos de pacientes chinas, un grupo con cáncer de mama comparado con un grupo seleccionado al azar de pacientes con otra clase de malignidad. Se les aplicó el DI (Inventario de depresión de Beck) y el EPI (Inventario de personalidad) encontrando que el grupo de cáncer de mama fue menos depresivo y más estable emocionalmente que aquellas que sufrieron otra enfermedad maligna. Sugiriendo que el diagnóstico de malignidad fue el factor de mayor riesgo de morbilidad psicosocial. (9)

Hughes y colaboradores en 1986 reportaron un estudio conformado por enfermas referidas de una clínica de mama, a las que se les aplico la escala HAD, la depresión fue diagnosticada de acuerdo a los criterios del DSM III, de ahí encontraron que el 25% había tenido depresión, el 18 % una depresión fronteriza, dicho estado lo presentaban con un año de anterioridad al tiempo de la entrevista, el 8% tenia depresión mayor y 21% depresión menor. La depresión en estas pacientes fue asociada con eventos recientes en la vida y dificultades sociales. Alteraciones en el ánimo y estres psicológico, lo cual puede contribuir al desarrollo de una enfermedad benigna de mama. (10)

Fallowfield y colaboradores en 1986 estudiaron 2 grupos de enfermas, de los cuales uno se manejo con tratamiento conservador y otro con mastectomía. Encontraron en ambos ansiedad, e incluso reportaron que en los pacientes con cirugía conservadora presentaban un chequeo compulsivo por probable recurrencia. (11)

Romsaas y colaboradores en 1986 reportaron 2 grupos de enfermas, uno que fue sometido a una revisión clínica por presentar síntomas compatibles con

probable cáncer de mama y un segundo grupo, las cuales fueron vistas 48 hrs. antes de que entraran a cirugía por cáncer de mama. A ambos grupo se les aplico las escalas de POMS (Perfil en el estado de ánimo) y el HLCS (Control de salud satisfactoria), los resultados fueron comparados con un grupo de pacientes normales de un colegio, encontrándose que las mujeres que fueron diagnosticadas como impacientes antes de la cirugía de cáncer mamario presentaron más angustiadas que las mujeres atendidas en la consulta externa, sobre el POMS, pero no fueron diferentes de las mujeres normales del colegio. No reportaron diferencias por el HLCS. (12)

Hughson y colaboradores en 1987 reportaron 2 grupos de mujeres, un grupo de enfermas recibió radioterapia posterior a la mastectomía y otro grupo no lo recibió. Los investigadores encontraron que las pacientes sometidas a la radioterapia posterior a la mastectomía presentaban mayor angustia, sugiriendo que un trastorno emocional después de una mastectomía puede ser incrementado por la radioterapia. (13)

Bridge y colaboradores en 1988 llevaron a cabo un estudio conformado de 2 grupos de enfermas con cáncer de mama en estadios I y II en tratamiento de radioterapia, (el cual se ha visto aumenta la ansiedad). El primer grupo consistió en relajación muscular y el segundo en relajación mas imaginación, a ambos grupos se les aplico una escala general de estado de animo y el LEEDS, concluyendo que las pacientes que recibieron relajación con imaginación fue mas efectivo al disminuir la sintomatología, presentándose no diferenciación estadísticamente significativa en las escalas usadas. Por otra parte, se observo que las pacientes que presentaban un alto grado de coraje presentaron mayor fatiga, disminución en el vigor y más disturbios de estado de animo. (14)

Holmberg y colaboradores en 1989 reportaron un estudio de enfermas con cáncer de mama y cirugía conservadora y otras enfermas con tratamiento de mastectomía a las que se les aplico una entrevista semiestructurada a los 4 y 13 meses posteriores al tratamiento. Las escalas aplicadas fueron la de estimación de ansiedad-depresión, y la de la adaptación a la relación sexual, concluyeron que no hay diferencia estadística significativa entre los 2 grupos, comentando que lo observado fue trastorno a nivel de imagen corporal. (15)

Spiegel en 1989 reporto que es muy importante que a las enfermas con cáncer de mama se les brinde apoyo cognoscitivo al igual que a su familia, además de que se les enseñase técnicas como la hipnosis, el bioritmo, la retroalimentación y la desensibilización sistemática, ya que con estos apoyos se ha observado resultados favorables como la reducción significativa en los disturbios del ánimo y dolor. (16)

McArdle y colaboradores en 1990 reportaron un estudio con enfermas a las cuales se les realizó cirugía de mama conservadora y se les aplico 2 escalas de

autoevaluación, el cuestionario de salud general y el LEEDS (Escala general de autovaloración de depresión y ansiedad), reportando que las enfermas mastectomizadas presentaron exceso significativo de depresión por LEEDS. (17)

Bull y colaboradores en 1990 reportaron 4 grupos de mujeres a las que se les aplicó el cuestionario de ansiedad y depresión para hospital (HAD), no encontraron aumento en los niveles de ansiedad o depresión sólo refirieron que el 10% de las 750 mujeres investigadas y que se reportaron ansiosas fueron las que tenían cáncer de mama como resultado de la investigación. (18)

Lara y Alvear en 1991 entrevistaron al 42% de enfermos que ingresaron al Instituto Nacional de Cancerología determinando la prevalencia de síndromes orgánicos cerebrales, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y reacciones de ajuste en los pacientes hospitalizados en dicho Instituto de acuerdo a los criterios y estudiaron los factores demográficos y clínicos asociados con morbilidad psiquiátrica. Los diagnósticos psiquiátricos más frecuentemente reportados fueron las reacciones de ajuste con 39% en mujeres y 33% en hombres, para el caso de mujeres el síndrome orgánico cerebral en 11% y trastornos crónicos en 7%. De los factores demográficos señalaron el sexo y la edad; de los factores clínicos la localización del cáncer y de los psicosociales el no tener hijos. (19)

Hopwood y colaboradores en 1991 realizaron un estudio a 222 mujeres con cáncer de mama avanzado a las cuales les aplicaron los cuestionarios HADS y RSCL encontrando que el 13% fueron persistentes, ansiosas y depresivas evaluadas por HADS y 10% por RSCL por lo que los datos sugieren que el cáncer contribuye a la angustia psicológica, pero la falta de motivación contribuyó más a la depresión, que a la ansiedad. También encontraron que hay relación entre dolor y depresión, más que con ansiedad. (20)

Hopwood y colaboradores en 1991 realizaron un estudio en 81 enfermas de cáncer de mama avanzado a las cuales les aplicaron los cuestionarios HADS (Escala de ansiedad y depresión para hospital general) y RSCL (Lista de chequeo de Síntomas de Rotterdam), para identificar en ellas ansiedad o estado depresivo; analizaron los cuestionarios por separado y encontraron que HADS presentó más puntos para ansiedad y comentaron que el RSCL es más sensible. Concluyeron que ambos cuestionarios fueron encontrados como buenos valoradores predictivos para ayudar a detectar a aquellos desórdenes afectivos en pacientes con cáncer avanzado y que incluso juntos estos cuestionarios dan mayor beneficio. (21)

Maraste y colaboradores en 1992 reportaron 2 grupos de enfermas, unas mastectomizadas y otras con cirugía de mama conservadora a quienes les aplicaron la escala HAD. Los resultados sugirieron que las enfermas presentaron más ansiedad que depresión, que la conservación de la mama no exenta de

prevenir la morbilidad psiquiátrica y que las enfermas mastectomizadas a los 50 años presentaron trastorno psiquiátrico, lo que posiblemente puede ser un pivote para desencadenar estos trastornos psiquiátricos, ya que presentan reacción emocional negativa. (22)

Barraclough y colaboradores en 1992 reportaron un estudio realizando un seguimiento en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama por 42 meses después del tratamiento quirúrgico primario usando LEDES, (Escala de eventos de vida y dificultades sociales) y el DSM III (Sistema de diagnóstico psiquiátrico de la asociación Psiquiátrica Americana en tercera edición), trataron de ver si el estrés psicosocial contribuía a la recaída de cáncer de mama y los resultados que obtuvieron no soportaron la teoría. Se vio que las mujeres con una historia de cáncer de mama y traumas emocionales invaluable (duelo, luto) podrían condicionar una recaída. (23)

**PLANTEAMIENTO
DEL
PROBLEMA:**

¿ Existen cambios en la evolución del estado afectivo de las pacientes con cáncer de mama, de reciente diagnóstico?

A través del tiempo se ha evidenciado la importancia que tienen los factores psicológicos en pacientes con cáncer.

La finalidad de este estudio es establecer la correlación que hemos observado entre los estados afectivos (depresión) y las neoplasias.

OBJETIVO:

Determinar la evolución del estado afectivo en pacientes con cáncer de mama de reciente diagnóstico.

HIPÓTESIS :

La ansiedad es menor a los seis meses que en el momento del diagnóstico.

La depresión es menor a los seis meses que en el momento del diagnóstico.

METODOLOGÍA

Diseño

Se realizó un estudio observacional, comparativo, longitudinal, prospectivo y clínico

Sujetos

Se seleccionaron las enfermas que acudieron al servicio de consulta externa del Hospital de Oncología, del Hospital de Gineco-obstetricia # 3 del Centro Medico la Raza, con sospecha de cáncer de mama, en el periodo comprendido del primero de abril de 1995 al 30 de junio del mismo año.

Criterios de Inclusión

Pacientes de sexo femenino y que ingresaron al servicio de oncología del 1º de abril de 1995 al 30 de junio de 1995, mayores de 20 años de edad.

Pacientes con sospecha de cáncer de mama y que aceptaron por escrito participar en el estudio.

Pacientes que no estuvieron recibiendo atención psiquiátrica u otra enfermedad concomitante.

Criterios de Exclusión

Pacientes que hubiesen presentado una neoplasia previa.

Pacientes que desarrollaron otra patología durante el estudio, ya sea que hayan ameritado tratamiento farmacológico o quirúrgico.

Material

(Instrumentos)

Escala de Ansiedad y Depresión para Hospital General (HAD)

La Escala de ansiedad y depresión para hospital puede ser abreviada HAD. Es un instrumento con significancia clínica para la ansiedad y la depresión en pacientes atendidos en clínicas de medicina general. Esta escala es una medida válida de severidad de estos desórdenes del estado de ánimo y por lo tanto puede ser repetida en subsecuentes visitas a la clínica, la cual dará al médico información útil concerniente a su progreso. Contiene 7 elementos de depresión y 7 de ansiedad, basados en las manifestaciones psíquicas de la enfermedad, que no se alteran por enfermedades físicas. Si el paciente comprende las preguntas, puede ser autoaplicable. Cada subescala se cuantifica individualmente, estableciéndose el punto de corte entre 8 y 11 de calificación dependiendo de la sensibilidad y especificidad que se requiera (24). Con este instrumento se evaluó ansiedad y depresión de las pacientes.

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Es un cuestionario de autovaloración con 21 elementos que se califican de 0 a 3. Difiere de otros cuestionarios de depresión porque incluye muchos aspectos cognoscitivos, ya que Beck diferencia entre síntomas y actitudes. El punto de corte para diagnóstico de depresión es de 13.

Escala Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad, la llamada ansiedad-rasgo (A-Rasgo) y la ansiedad estado (A-Estado). La escala A-Rasgo consiste en 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado. La dispersión de posibles puntuaciones para IDARE varía, desde un mínimo de 20 hasta un máximo de 80, tanto en escala A-Estado como en A-Rasgo.

La Ansiedad Estado es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetiva, conscientemente percibidos y por un

aumento de la actividad del sistema nervioso humano. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad Rasgo se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A- Estado. (26)

PROCEDIMIENTO

Se estudiaron un total de 31 pacientes que ingresaron al servicio de oncología del hospital de gineco-obstetricia # 3, enviadas de su clínica de adscripción con sospecha de cáncer de mama y que fueron captadas en el periodo comprendido del primero de abril de 1995 al 30 de junio del mismo año.

Antes de que la paciente ingresara a su consulta, durante la espera se les aplicaron las escalas de ansiedad, depresión y desesperanza, antes de que se les realizase su estudio histopatológico; previamente se les explico el motivo y se les solicito su participación, las mismas escalas se les aplicaron a los 3 y 6 meses nuevamente, a aquellas con resultado histopatológico positivo de malignidad.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados se describen con medida de tendencia central y de dispersión. Se determinaron diferencias en el momento del diagnóstico y seis meses después mediante pruebas para muestras pareadas.

RESULTADOS

Se evaluó a 31 pacientes femeninas cuyas edades comprendieron de los 20 a los 80 años de edad, con un promedio de 50.8. La mayoría de las pacientes son (n=18) originarias del Distrito Federal, grafica # 1, lo que equivale un 58%. En la gráfica # 2 observamos el grado de escolaridad; 14 pacientes terminaron primaria, equivalente a un 45%; 6 terminaron la secundaria, equivalente a un 19% y 5 hicieron una carrera comercial obteniendose un 16%. Su estado civil lo apreciamos en la gráfica # 3, en donde 14 pacientes son casadas, con un 45% y 7

son viudas lo equivale a un 22%. El 85% vive con su familia nuclear. Se declaró un 71% como desempleadas y dedicadas al hogar.

ESCALAS

Con respecto a nuestras variables obtuvimos en el presente estudio, que la calidad de vida de las pacientes estudiadas fue de 6.0 en promedio, con un de 16 y un mínimo de 4. Con respecto a la misma variable observamos que a los 3 meses el promedio fue de 5.8 con un rango de 7.0, una máxima de 11 y una mínima de 4 y a los 6 meses se tuvo un promedio de 5.5, con un rango de 12.0, teniéndose un máximo de 16 y un mínimo de 4. Las diferencias entre las evaluaciones no fueron significativas.

La depresión medida por el HAD tuvo un promedio inicial de 8.1, con un rango de 13.0, presentándose una máxima de 15 y una mínima de 2, a los 3 meses se tuvo un promedio de 8.9, con un rango de 8.0, siendo un máximo de 14 y un mínimo de 6. Y a los 6 meses se tuvo un promedio de 7.4, con un rango de 11.0, teniéndose un máximo de 14 y un mínimo de 3.

La variable HAD Ansiedad tuvo un promedio inicial de 9.7, con un rango de 18.0, presentándose una máxima de 18 y una mínima de 0, a los 3 meses se tuvo un promedio de 10.8, con un rango de 13.0, siendo un máximo de 20 y un mínimo de 7. Y a los 6 meses se tuvo un promedio de 9.2, con un rango de 14.0, teniéndose un máximo de 17 y un mínimo de 3. La escala HAD permaneció con niveles altos para Ansiedad, no tuvo cambios estadísticos significativos en las tres mediciones (basal 3 y 6 meses); en la subescala para Depresión la de los 3 meses fue mayor que la basal y la de los 6 meses, pero sin significancia estadística.

La depresión medida con el I de Beck tuvo un promedio inicial de 14.4, con un rango de 45.0, presentándose una máxima de 45 y una mínima de 0, a los 3 meses se tuvo un promedio de 8.0, con un rango de 19.0, siendo un máximo de 19 y un mínimo de 0. Y a los 6 meses se tuvo un promedio de 8.5, con un rango de 23.0, teniéndose un máximo de 23 y un mínimo de 0. La escala de Beck presentó niveles altos en la medición basal con disminución en las siguientes mediciones, siendo estas estadísticamente significativas con una $P < .0001$.

La variable A-Estado tuvo un promedio inicial de 43.4, con un rango de 38.0, presentándose una máxima de 60 y una mínima de 22, a los 3 meses se tuvo un promedio de 41.4, con un rango de 33.0, siendo un máximo de 55 y un mínimo de 22. Y a los 6 meses se tuvo un promedio de 41.3, con un rango de 33.0, teniéndose un máximo de 55 y un mínimo de 22. Las diferencias entre las evaluaciones no fueron significativas.

La variable A-Rasgo tuvo un promedio inicial de 41.0, con un rango de 33.0, presentándose una máxima de 56 y una mínima de 23, a los 3 meses se tuvo un promedio de 38.1, con un rango de 37.0, siendo un máximo de 60 y un mínimo de 23. Y a los 6 meses se tuvo un promedio de 38.0, con un rango de 30.0, teniéndose un máximo de 53 y un mínimo de 23. Las diferencias entre las evaluaciones no fueron significativas.

Se corroboró el estado depresivo, siendo altamente significativo entre el primero y el sexto mes. (Ver Cuadro 2).

Hubo diferencias en el A-edo debido a que solo ocho pacientes fueron evaluadas en basal, a los 3 y 6 meses (Ver Cuadro 3).

CUADRO 1. EVALUACIONES DEL ESTADO DE ANIMO.

ESCALAS	BASAL		3 MESES		6 MESES	
	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.	MEDIA	D.S.
C. V.	6.032	2.834	5.842	2.316	5.500	3.225
HAD d	8.129	3.667	8.947	2.718	7.437	3.741
HAD a	9.710	4.804	10.842	3.436	9.250	3.890
BECK	14.419	10.424	8.000	5.944	8.500	6.398
A edo	43.419	10.042	41.474	8.675	41.375	8.958
A ras	41.000	10.279	38.105	10.110	38.063	9.320

CUADRO 2. DIFERENCIAS ENTRE LAS EVALUACIONES EN BECK.

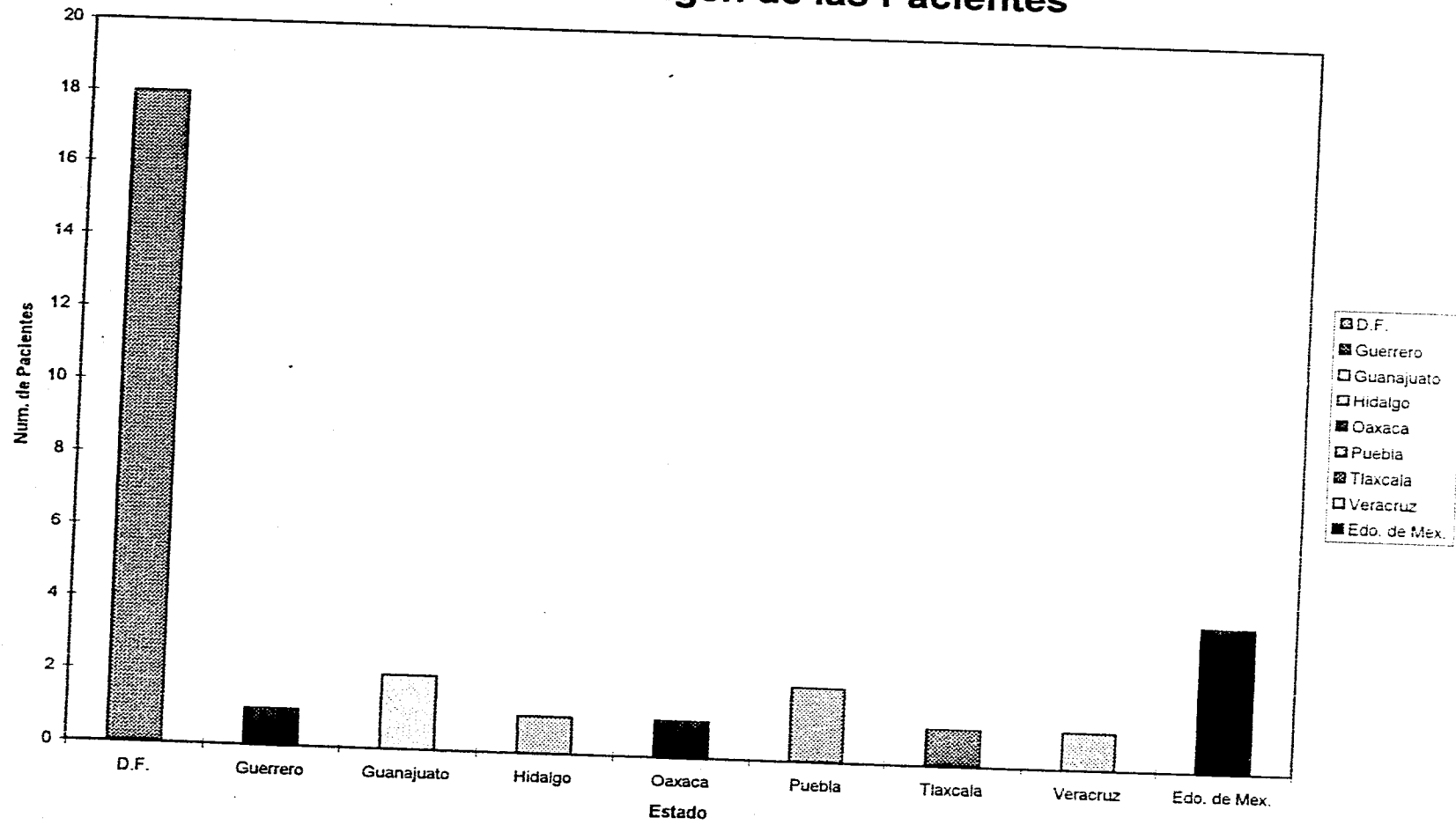
	n	\bar{x}	
BASAL	19	14.4	
1 - 3 M	16	8.0	P < 0.0001
3 - 6 M	8	8.5	

ESPAÑA
SERVICIO DE INVESTIGACIONES
MÉDICO-PSICOLÓGICAS
MAY 1984

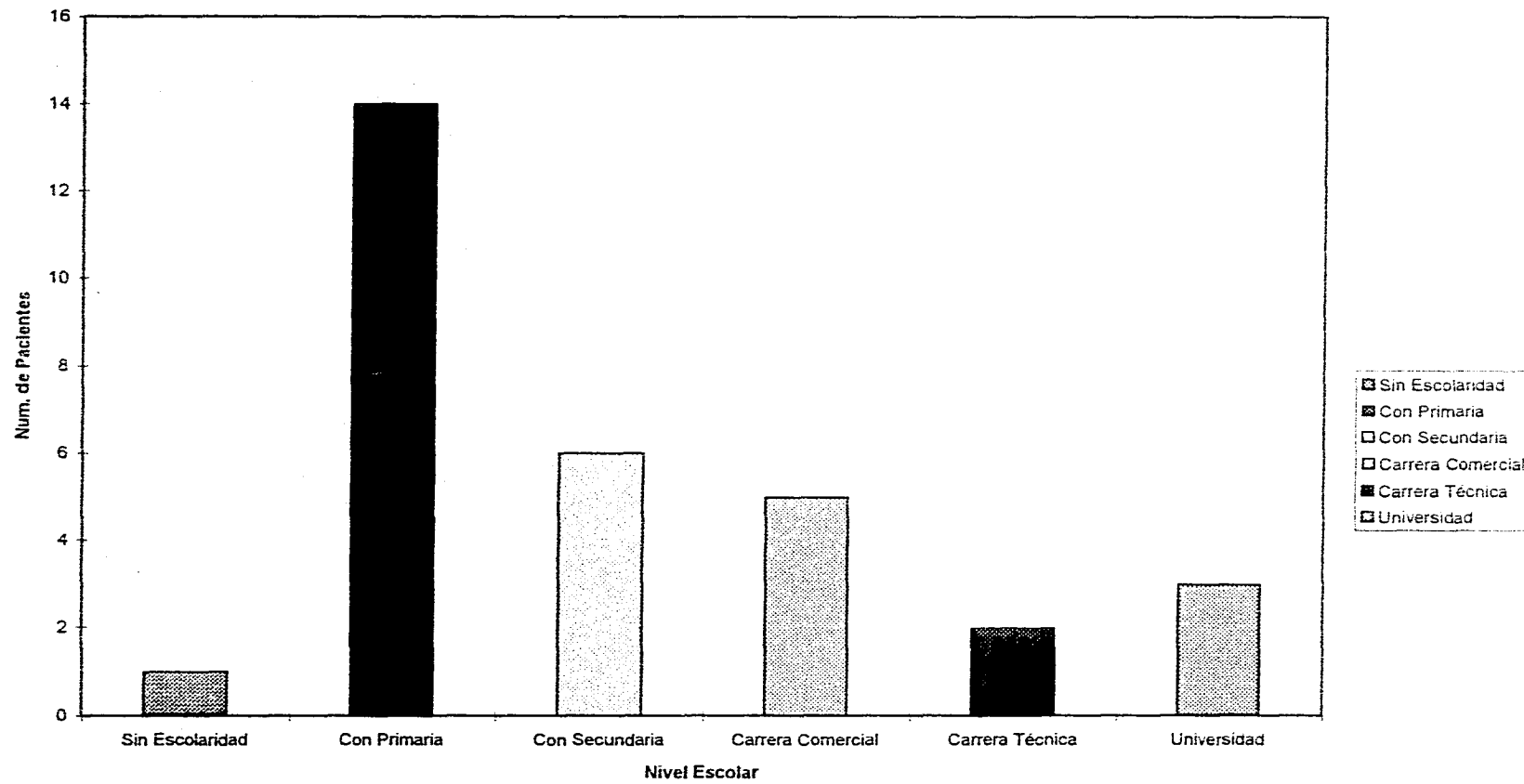
CUADRO 3. DIFERENCIAS ENTRE LAS EVALUACIONES EN A-EDO.

	n	\bar{x}	
BASAL	19	42.3	
1 - 3 M	16	41.4	P < 0.018
3 - 6 M	8	38.0	

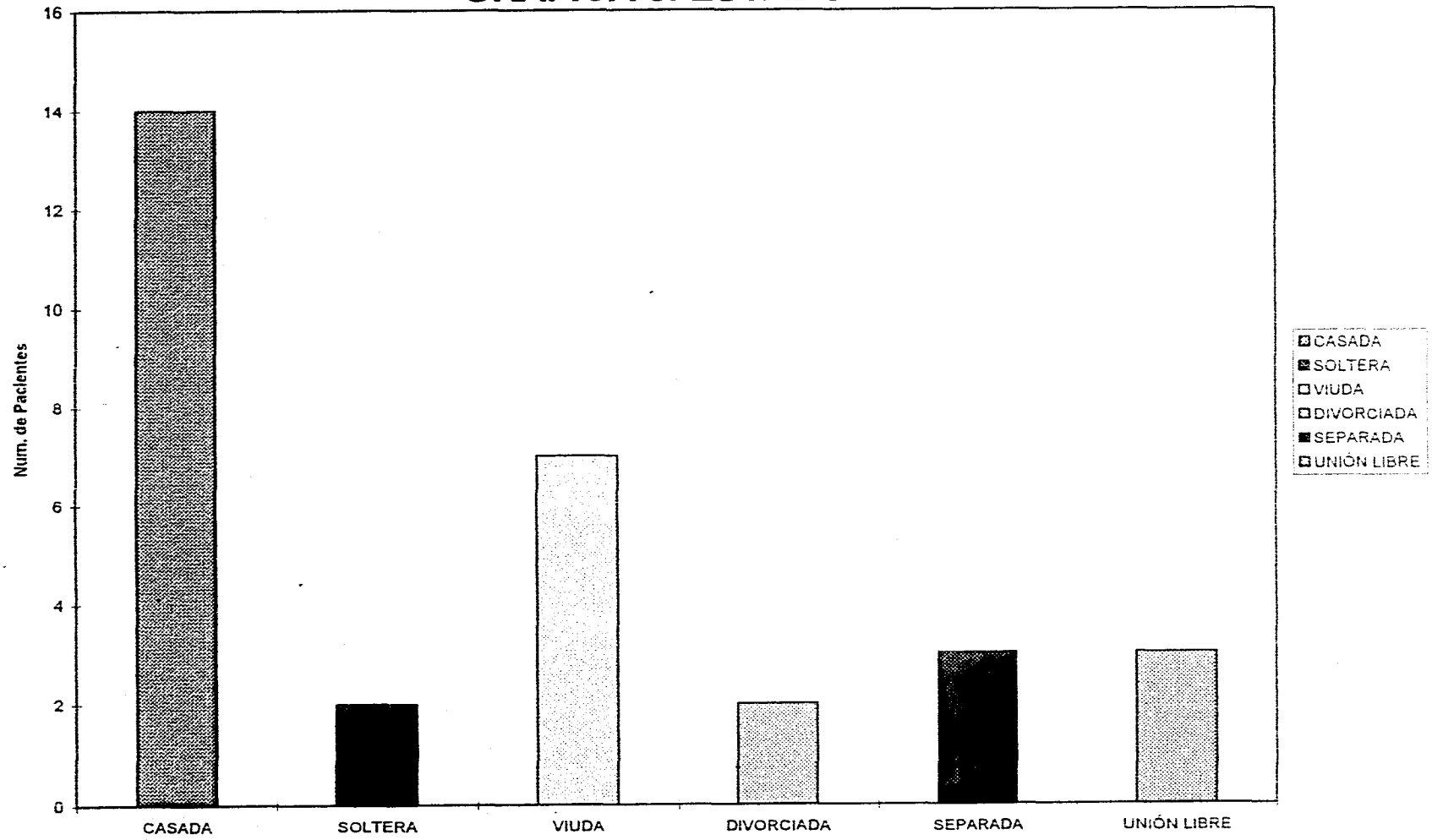
Grafica 1. Origen de las Pacientes



GRAFICA 2. ESCOLARIDAD.



GRAFICA 3. ESTADO CIVIL.



DISCUSIÓN

Como se puede apreciar en los resultados el grupo estudiado presento características particulares, una de ellas se refirió a la edad, siendo este de edad avanzada.

Su nivel de escolaridad era bajo, esto constituye el primer obstáculo cuando se intenta hacer una investigación por medio de cuestionarios diseñados para ser autoaplicados, ya que con frecuencia no entienden el significado de los reactivos. Esto se puede resolver como se realizó en este trabajo: aplicando los cuestionarios personalmente.

Este trabajo se distingue de los previamente elaborados sobre este tema en nuestro medio, en virtud de que se investiga sobre la evolución del estado afectivo en enfermas con cáncer de mama, además de que solo existen dos trabajos conocidos Lara (8) (19) y relacionados con el tema de estudio.

Como se menciona en los trabajos de Hopwood (20-21) y Maraste (22) evalúan, empleando la escala HAD, el estado afectivo en las pacientes con cáncer de mama, reportando mayores niveles de ansiedad que de depresión en sus resultados.

Los resultados de dichos investigadores son coincidentes con los observados en el presente estudio. Se encontró que la ansiedad predomina sobre la depresión y esta presente tanto al inicio como a los 6 meses, por ambos HAD y por IDARE.

Son pocos los estudios longitudinales que se realizan con estos pacientes.

La depresión medida por Beck disminuyó a lo largo del tiempo de acuerdo a lo planteado en nuestra hipótesis.

Se corroboró el estado depresivo, siendo altamente significativo entre el primero y el sexto mes. En conclusión su estado depresivo mejora.

Hubo diferencias en el A edo debido a que solo ocho pacientes fueron evaluadas en basal, a los 3 y 6 meses

CONCLUSIÓN

Se demostró en este trabajo que la ansiedad al igual que la depresión son menores a los 6 meses que al momento del diagnóstico, por lo anteriormente expresado se podría brindar apoyo psicoterapéutico a estas pacientes buscando reducir la problemática derivada de la ansiedad, la cual es adicional a su patología de base.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Devita Vincent T. Jr., Hellman S. y Rosenberg S.: Cáncer. Principios y Práctica de Oncología. Tomo 1, 1984.
- 2.- Derogatis L., Morrow G., Fetting J. y Col.: The Prevalence of Psychiatric Disorders among Cancer Patients. *Jama*, 1983; 249 (6): 751-757.
- 3.- Crassi, L., Rosti G., Albiere G. y Marangolo M.: Depression and Abnormal Illness Behavior in Cancer Patients. *General Hospital Psychiatry*, 1989; 11: 404-411.
- 4.- Derogatis L., Abeloff M. y Melisaratos N.: Psychological Coping Mechanisms and Survival Time in Metastatic Breast Cancer. *Jama*, 1979; 242 (14): 1504-1508.
- 5.- García Germán: *El Canceroso; El Cáncer*, México, 1991.
- 6.- Freedman A. M.: *Compendio de Psiquiatría*, Salvat, 1984.
- 7.- Kaplan H.: *Tratado de Psiquiatría*, Tomo II, Masson; Salvat. 1989.
- 8.- Lara MC.: Reacción Psicológica al Cáncer, *Salud Mental*, 1984; 7(4): 61-66.
- 9.- Alagaratnam T. y Kung. N.: Psychosocial Effects of Mastectomy: Is It Due to Mastectomy or to the Diagnosis of Malignancy?, *British Journal of Psychiatry*, 1986; 149: 296-299.
- 10.- Hughes J. y Col.: Depression and Social Stress among Patients with Benign Breast Disease, *Br. J. Surg*, 1986; 73: 997-999.
- 11.- Fallowfield J. y Col.: Effects of Breast Conservation on Psychological Morbidity Associated with Diagnosis and Treatment of Early Breast Cancer, *British Medical Journal*, 1986; 293: 1331-1334.
- 12.- Romsaas E. y Col.: Psychological Distress among Women with Breast Problems, *Cancer*, 1986; 57: 890-895.
- 13.- Hughson V.M. y Col.: Psychosocial Effects of Radiotherapy after Mastectomy, *British Medical Journal*, 1987; 294: 1515-1518.
- 14.- Bridge L. y Col.: Relaxation and Imagery in the Treatment of Breast Cancer. *BMJ*, 1988; 297: 11609-1172.

- 15.- Holmberg L. y Col.: Psychosocial Adjustment after Mastectomy and Breast-Conserving Treatment, *Cancer*, 1989; 64: 969-974.
- 16.- Spiegel D.: Facilitating Emotional Coping during Treatment, *Cancer*, 1990; 66: 1422-1426.
- 17.- McArdle J., y Col.: Reduced Psychological Morbidity after Breast Conservation, *Br. J. Surg*, 1990; 77(11): 1221-1223.
- 18.- Bull A., y Campbell M., Assessment of the Psychological Impact of a Breast Screening Programme, *The British Journal of Radiology*, 1991; 64: 510-515.
- 19.- Lara MC. y Alvear M.: La Prevalencia de los Trastornos Psiquiátricos en los Pacientes del Instituto Nacional de Cancerología, *Salud Mental*, 1991; 14 (1):6-11.
- 20.- Hopwood P., Howell A. y Maguire P.: Psychiatric Morbidity in Patients with Advanced Cancer of the Breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires. *BR J Cancer*, 1991; 64 (2): 349-352.
- 21.- Hopwood P., Howell A. y Maguire P.: Screening for Psychiatric Morbidity in Patients with Advanced Breast Cancer: Validation of Two Self-Report Questionnaires. *BR J Cancer*, 1991; 64 (2): 353-356.
- 22.- Maraste R., Brandt L., Olsson H., y Col.: Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients at Start of Adjuvant Radiotherapy: *Acta Oncologica*, 1992; 31(6): 641-643.
- 23.- Barraclough J., Pinder P., Cruddas M., y Col.: Life Events and Breast Cancer Prognosis: *BMJ*, 1992; 304: 1078-1081.
- 24.- Zigmond A. Snalth R.: The Hospital Anxiety and Depression Scale, *Acta Psychiatr scand*, 1983; 67: 361-370.
- 25.- Beck A., Ward C. Mendelson M. y Col. An Inventory for Measuring Depression, *Arch Gen Psychiatry*, 1981; 4: 561-571.
- 26.- Spielberger, *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado, Manual Moderno*, 1975.