

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA: EL PAPEL DE LA AFECTIVIDAD Y EL SOPORTE SOCIAL

DEPRESSION AND ANXIETY IN WOMEN WITH BREAST CANCER: THE ROL OF AFFECTIVITY AND SOCIAL SUPPORT

Rebeca Robles*, Mónica Morales**, Luz Margarita Jiménez**, Jaime Morales***

* CONACYT-UNAM. Instituto Nacional de Psiquiatría / Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud (FOCUS Salud México).

** Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. México.

*** Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana. México.

Resumen

OBJETIVO: Determinar la relación del perfil de afectividad y soporte social con la presencia y severidad de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama. **MÉTODO:** 235 pacientes completaron medidas de depresión, ansiedad, afectividad y soporte social. **RESULTADOS:** Las variables predictoras de sintomatología depresiva fueron: afecto positivo en las últimas semanas, afecto negativo en las últimas semanas, número de personas que apoyan a la paciente, afecto negativo generalmente y tiempo de evolución de la enfermedad. Las variables que predijeron la sintomatología ansiosa: afecto negativo en las últimas semanas, afecto positivo en las últimas semanas, afecto negativo generalmente y número de personas que apoyan a la paciente. **CONCLUSIONES:** En congruencia con estudios previos que evalúan otro tipo de poblaciones, un bajo puntaje de afectividad positiva y una alta afectividad negativa explican la comorbilidad de depresión y ansiedad. Además, se suma evidencia a la reportada relación entre estas entidades clínicas y el grado de apoyo social con que cuenta una paciente.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, cáncer de mama, afectividad, soporte social.

Abstract

OBJECTIVE: To establish the relationship between affectivity and social support profile and the presence and severity of depression and anxiety among women with breast cancer. **METHOD:** 235 patients completed measures of depression, anxiety, affectivity and social support. **RESULTS:** Variables that predicted depressive symptoms were as follows: positive affectivity in last weeks, negative affectivity in last weeks, number of people that bring support to the patient, negative affectivity in general and illness time of evolution. Variables that predicted anxiety symptoms: negative affectivity in last weeks, positive affectivity in last weeks, negative affectivity in general and number of people that bring support to the patient. **CONCLUSION:** In congruence with previous reports among other kind of populations, a low average of positive affectivity and high negative affectivity explained depression and anxiety comorbidity. Additionally, more evidence about the association between these mental disorders and the level of social support is documented in patients with breast cancer.

Key words: Depression, anxiety, breast cancer, affectivity, social support.

Correspondencia:

Dra. Rebeca Robles García.

Instituto para el Fortalecimiento de Capacidades en Salud:

FOCUS Salud México S.C.

Convento San Juan de los Lagos 97, Col. Jardines de Santa Mónica, Tlalnepantla, Estado de México. 54050, México.

E-mail: reberobles@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En las mujeres del mundo entero el cáncer de mama (CaMa), la depresión y la ansiedad constituyen problemas de salud pública, que además se encuentran estrechamente vinculados entre sí. En México se observa un incremento gradual en la mortalidad por CaMa: mientras que en el periodo 1966-68 la tasa estandarizada para el grupo de mujeres de 25-74 años fue de 7,6 por 100,000, para el año 2000 se elevó a 18,49⁽¹⁾.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, todas las personas con enfermedades físicas en general, y con aquellas de curso crónico y degenerativo en lo particular, resultan especialmente vulnerables a la presencia de problemas de salud mental⁽²⁾. Diversos autores informan que la depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en muestras de pacientes con enfermedades físicas^(3,4), incluyendo el cáncer⁽⁵⁻¹²⁾; en donde van respectivamente, desde un 6% y 2% en el estudio de Derogatis, Morroy et al⁽¹³⁾, hasta un 25% y 44% según Massie y Holland⁽¹⁴⁾ y Schang y Heinrich⁽¹¹⁾. En el CaMa, ello puede deberse a la presencia de condiciones metabólicas o endócrinas relacionadas, los regímenes quimioterapéuticos, la disminución en la funcionalidad del sistema inmune, el dolor, el impacto emocional del diagnóstico y/o el cuestionamiento a la femineidad que conllevan algunas de sus consecuencias, como la mastectomía.

Hoy sabemos que estos trastornos psiquiátricos se encuentran entre las causas principales de años perdidos por calidad de vida en todo el mundo⁽¹⁵⁾; y que cuando se presentan en comorbilidad con el cáncer contribuyen a disminuir el apego al tratamiento, prolongar

las estancias hospitalarias, y en última instancia a reducir las oportunidades de supervivencia⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

El conocimiento del papel que desempeña el perfil psicosocial de un individuo en la presencia de depresión y/o ansiedad bien puede facilitar su detección oportuna y aumentar el costo efectividad de su prevención y tratamiento, al dirigirse a grupos vulnerables. En esta dirección, el objetivo del presente trabajo fue determinar la relación de variables demográficas, clínicas, de personalidad y sociales con la presencia de depresión y ansiedad en una muestra de mujeres mexicanas con diagnóstico confirmado de cáncer mamario. Se hipotetizó que una alta afectividad negativa, baja afectividad positiva⁽²⁰⁾, pobre soporte social⁽²¹⁾, y ciertas características de la enfermedad, como su tiempo de evolución⁽²²⁾, podrían predecir la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva de importancia clínica en esta población.

MÉTODO

Sujetos

La muestra estuvo integrada por 235 mujeres derechohabientes del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, México; que presentaron diagnóstico confirmado de cáncer de mama a través de resultado histopatológico y/o mamografía, y que aceptaron participar en el estudio de manera anónima y voluntaria.

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico. El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con base en la estimación de la prevalencia de sintomatología depresiva y/o ansiosa clínicamente relevante que se ha reportado en mujeres con cáncer de mama (del 15 al 25%), con la finalidad de incluir a aproximadamente 50 pacientes con sintomatología

depresiva y/o ansiosa clínicamente relevante, y 150 pacientes sin sintomatología relevante. Al cálculo final se sumó un 15% en una estimación rigurosa de no aceptación a participar en el estudio.

Instrumentos

La sintomatología depresiva y ansiosa fue evaluada con base en la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad HADS (por las siglas de su nombre en inglés: *Hamilton Anxiety and Depresión Scales*), diseñada por Zigmond y Snaith⁽²³⁾ con el objetivo de detectar trastornos de ansiedad y depresión, así como determinar la gravedad de los mismos, en hospitales no psiquiátricos, medios ambulatorios comunitarios o de atención primaria. Es un instrumento ideal para evaluar a pacientes físicamente enfermos, ya que a diferencia de otras medidas de auto reporte, no contiene reactivos de síntomas somáticos que puedan atribuirse a la enfermedad y/o su tratamiento.

El HADS está constituido por catorce reactivos (siete para ansiedad y siete para depresión) que miden la presencia y severidad de síntomas experimentados durante la semana previa. Las respuestas a las preguntas son ponderadas de cero a tres. La mayor cantidad de puntos es de veintiuno. Las puntuaciones mayores a diez indican morbilidad psiquiátrica, puntuaciones entre ocho y diez son interpretadas como limítrofes, y puntuaciones inferiores a ocho son consideradas como normales. La evaluación de propiedades psicométricas de las HADS mostró: a) coeficientes alfa de Cronbach de 0,81 para ansiedad y de 0,82 para depresión; b) coeficiente de correlación de la sub escala de ansiedad con la escala de ansiedad rasgo estado de 0,71; y c) coeficiente de correlación de la sub escala de depresión

con el inventario de depresión de Beck de 0,74. La versión en español que se utilizó en el presente estudio presentó también índices adecuados de confiabilidad y validez en población oncológica de habla hispana⁽²⁴⁾.

Por su parte, la evaluación de características individuales de afectividad se llevó a cabo con base en las Escalas de Afectividad Positiva y Negativa PANAS (de las siglas de su nombre en inglés: *“Positive and Negative Affect Scales”*). Estas fueron diseñadas por Watson, Clark y Tellegen⁽²⁵⁾ y están constituidas por diez reactivos cada una, que evalúan el grado y presencia de los rasgos de “Afectividad Negativa” y “Afectividad Positiva”. Una de las escalas evalúa la presencia de los rasgos “en las últimas semanas” (afectividad como estado), y la otra “generalmente” (afectividad como rasgo). Los reactivos están formados por palabras que describen diferentes emociones y sentimientos y se contestan en una escala del 1 al 5, en donde 1 significa “muy poco o nada”, y 5 “extremadamente”.

Este instrumento ha demostrado validez factorial y confiabilidad que apoyan su uso en población clínica y normal. Las PANAS se caracterizan por una alta consistencia interna, con alfas de 0,86 a 0,90 para la afectividad positiva, y de 0,84 a 0,87 a la afectividad negativa. Además, la correlación entre los dos rasgos de personalidad es invariablemente baja, en rangos de -0.12 a -0.23. Los coeficientes de estabilidad de las puntuaciones generales de las escalas son lo suficientemente altos como para sugerir que pueden ser utilizados para evaluar a la afectividad como un rasgo de personalidad estable en el tiempo⁽²⁵⁾. Los datos psicométricos de la versión en español que se utiliza en este estudio son francamente similares a los reportados en los estudios de la versión original, lo que le

respaldan como una herramienta válida y confiable para evaluar la personalidad en población mexicana^(26, 27).

Finalmente, el soporte social se evaluó por medio del Cuestionario de apoyo social SSQ-6 (de las siglas de "Social Support Questionnaire"): una versión breve de seis reactivos sustraída de un original de 27 diseñado por Sarason⁽²⁸⁾ con el objeto de cuantificar la disponibilidad y satisfacción con el apoyo social. El instrumento arroja dos puntuaciones: la media de número de personas que brindan apoyo (rango de 0 a 9) y la media de satisfacción con el apoyo recibido (rango de 1 a 6). Ha demostrado tratarse de una medida válida y confiable. En la escala original, la correlación de cada reactivo y la total oscila de 0,51 a 0,79; la consistencia interna es elevada (alfas de 0,94 y 0,97); y la correlación test-retest a cuatro semanas es de 0,90 y 0,83, respectivamente. Por su parte, la forma abreviada ha mostrado alta consistencia interna (con alfas de 0,90 y 0,93) y correlación con la versión larga (0,95); así como datos de validez, sea mediante análisis factorial y por que se asocia de manera inversa con medidas de depresión y soledad. En este estudio, los índices de consistencia interna alfa de Cronbach fueron también altos, siendo de 0,89 para la sub escala de número de personas que brindan soporte social, y de 0,87 para la de satisfacción con el soporte recibido.

Procedimiento

Una psicóloga, previamente capacitada para la tarea, solicitó contestar las medidas a pacientes que acudieron al servicio de consulta externa de oncología o a la unidad de quimioterapia y radioterapia del hospital; y completó un formato ad hoc de variables sociodemográficas y clínicas con base en entrevista y revisión

de expedientes clínicos. Los datos fueron vaciados y analizados en el paquete estadístico SPSS-X para Windows, P.C.

Análisis Estadístico

Se integraron grupos con y sin depresión o ansiedad de acuerdo al punto de corte de la escala HADS (más 10 puntos), para comparar las variables continuas con base en pruebas de t de Student y las categóricas con chi cuadradas. Adicionalmente se calcularon correlaciones de Pearson entre los totales de las escalas de depresión y ansiedad, los de afectividad positiva generalmente y en la última semana, afectividad negativa generalmente y en la última semana, número de las personas de las que se recibe apoyo social, y nivel de percepción de apoyo social. Finalmente, a manera de determinar los factores predictores de sintomatología depresiva y/o ansiosa, se llevaron a cabo análisis de regresión múltiple en el total de la muestra. En uno la variable dependiente fue la puntuación de depresión y en otro la de ansiedad. Las covariadas introducidas al modelo fueron las que demostraron correlaciones significativas en los primeros análisis de asociación. En todos los casos, el nivel alpha prefijado fue de 95%.

RESULTADOS

Se encuestaron a 235 mujeres, diez de las cuales decidieron no contestar (tasa de no respuesta del 4,2%). En la tabla 1 se presentan las principales características demográficas y clínicas de la muestra, así como sus puntuaciones promedio en las diferentes escalas de evaluación.

Por su parte, la tabla 2 muestra los resultados de la comparación de las variables demográficas, clínicas, psicológicas y sociales entre los grupos con y sin diagnóstico de depresión o ansiedad.

Tabla 1. **Variables demográficas, clínicas y psicológicas.**

| Variables | n = 225 |
|---|-------------------|
| Edad (años), media \pm DE | 50,32 \pm 10,99 |
| Estado civil n (%) | |
| Casadas/ Unión libre | 146 (64,8) |
| Divorciadas /Separadas/Viudas | 44 (19,6) |
| Nunca casadas | 35 (15,6) |
| Escolaridad | 3,35 \pm 2,08 |
| \leq Primaria n (%) | 126 (56,6) |
| > Primaria | 97 (43,5) |
| Ocupación | |
| Profesionistas, n (%) | 30 (13,3) |
| Comerciantes/empleadas, n (%) | 54 (24) |
| Con actividad no renumerada, n (%) | 141 (62,6) |
| Lugar de residencia | |
| Zona metropolitana, n (%) | 160 (71,1) |
| Fuera de zona metropolitana, n (%) | 55 (24,4) |
| Otro estado, n (%) | 10 (4,4) |
| Variables clínicas | |
| Nulípara n (%) | 28 (12,4) |
| Menopausia n (%) | 137 (60,9) |
| Diagnóstico histopatológico | |
| Ductal, n (%) | 152 (67,6) |
| Lobulillar, n (%) | 42 (18,7) |
| Medular, n (%) | 5 (2,2) |
| Intraductal, n (%) | 8 (3,6) |
| Mucinoso, n (%) | 2 (0,9) |
| Mixto, n (%) | 4(1,8) |
| Otros, n (%) | 10 (4,4) |
| Asociado a embarazo, n (%) | 2 (0,9) |
| Estadio clínico | |
| No especificado, n (%) | 3 (1,3) |
| I, n (%) | 13 (5,8) |
| II, n (%) | 101 (44,9) |
| III, n (%) | 64 (28,4) |
| IV, n (%) | 24 (10,7) |
| Recurrente, n (%) | 20 (8,9) |
| Afectación mamaria bilateral, n (%) | 9 (4) |
| Variables psicológicas | |
| Puntaje de depresión \pm DE | 5,5 \pm 4,0 |
| Puntaje de ansiedad \pm DE | 8,1 \pm 4,5 |
| Afecto positivo en la última semana, media \pm DE | 28,6 \pm 8,3 |
| Afecto negativo en la última semana, media \pm DE | 20,6 \pm 8,2 |
| Afecto positivo generalmente, media \pm DE | 29,0 \pm 7,5 |
| Afecto negativo generalmente, media \pm DE | 19,0 \pm 7,2 |
| Número de personas que apoyan a la paciente, media \pm DE | 3,8 \pm 2,2 |
| Satisfacción con el apoyo recibido, media \pm DE | 1,5 \pm 0,7 |

Tabla 2. **Comparación de variables psicosociales entre pacientes con y sin depresión o ansiedad.**

| Variabes | Depresión ¹ | Valor p ² | Ansiedad ¹ | Valor p ² |
|---|-------------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|
| Edad (años), Media ± DE | Con: 50,10 ± 11 Sin: 50,4 ± 11 | 0,87 | Con: 52,5 ± 12 Sin: 49,9 ± 11 | 0,22 |
| Sin cónyuge, n, % | Con: 33, 56% Sin: 112, 68% | 0,09 | Con: 16, 50% Sin: 63, 32,6% | 0,06 |
| ≤Primaria, n, % | Con: 28, 47% Sin: 98, 60% | 0,10 | Con: 18, 56% Sin: 80, 41,5% | 0,12 |
| Menopausia, n, % | Con: 22, 69% Sin: 115, 60% | 0,32 | Con: 34, 58% Sin: 102, 62% | 0,54 |
| Tiempo de evolución de la enfermedad (años), Media ± DE | Con: 1,6 ± 1,8 Sin: 0,9 ± 1,0 | 0,04 | Con: 1,2 ± 1,7 Sin: 0,9 ± 1,0 | 0,19 |
| Soporte social | | | | |
| Número de personas que brindan soporte social, Media ± DE | Con: 1,8 ± 1,13 Sin: 4,10 ± 2,13 | < 0,001 | Con: 2,8 ± 1,8 Sin: 4,1 ± 2,2 | 0,001 |
| Grado de satisfacción con el soporte social, Media ± DE | Con: 1,4 ± 0,97 Sin: 1,4 ± 0,69 | 0,75 | Con: 1,6 ± 0,8 Sin: 1,4 ± 0,7 | 0,28 |
| Afectividad | | | | |
| Afectividad positiva como estado, Media ± DE | Con: 20,9 ± 6,0 Sin: 29,9 ± 7,8 | < 0,001 | Con: 25 ± 8,6 Sin: 30 ± 7,8 | < 0,001 |
| Afectividad positiva como rasgo, Media ± DE | Con: 22,9 ± 7,2 Sin: 29,9 ± 7,1 | < 0,001 | Con: 29 ± 8,6 Sin: 29 ± 7,0 | 0,80 |
| Afectividad negativa como estado, Media ± DE | Con: 26,2 ± 7,8 Sin: 19,6 ± 7,8 | < 0,001 | Con: 28 ± 7,9 Sin: 18 ± 6,2 | < 0,001 |
| Afectividad negativa como rasgo, Media ± DE | Con: 23,7 ± 7,2 Sin: 18,2 ± 6,9 | < 0,001 | Con: 25 ± 7,1 Sin: 17 ± 6,0 | < 0,001 |

¹ De acuerdo al punto de corte del HADS, las pacientes con depresión fueron 59, pacientes sin depresión: 194; pacientes con ansiedad: 32, y las pacientes sin ansiedad: 193.

² Comparación de medias con t-Student de muestras independientes; y de porcentajes con Chi cuadrada.

Afectividad y soporte social en pacientes con y sin depresión y ansiedad

Como puede observarse, resultó claro que las variables clínica y estadísticamente diferentes entre los grupos con y sin depresión o ansiedad fueron: 1) el número de personas que brindan apoyo a la paciente, siendo prácticamente el doble para aquellas sin diagnóstico

psiquiátrico; 2) la afectividad positiva, que como estado y rasgo fue mayor en las pacientes que no se encontraban deprimidas, y que solo como estado fue mayor para aquellas que no presentaron ansiedad clínicamente significativa; y 3) la afectividad negativa como rasgo y estado, que fue por mucho, mayor en los grupos con depresión o ansiedad.

Relación de afectividad positiva y negativa con la severidad de sintomatología depresiva y ansiosa

En los análisis de correlación, en donde se evaluó la relación entre variables psicológicas y sociales con la severidad (vs. presencia o ausencia) de sintomatología depresiva y ansiosa, se observó que, tal como se esperaba: 1) la severidad de la sintomatología depresiva disminuyó conforme se registró mayor afectividad positiva (r como estado = -0,56, $p < 0,001$; r como rasgo = -0,39, $p < 0,001$), y aumentó significativamente a medida que se reportó mayor puntaje de afectividad negativa (r como estado = 0,51, $p < 0,001$; r como rasgo = 0,47, $p < 0,001$); 2) la severidad de la sintomatología ansiosa disminuyó significativamente en tanto incrementó la afectividad positiva (r como estado = -0,40, $p = 0,031$; r como rasgo = -0,14, $p < 0,001$); y aumentó de forma clínica y estadísticamente relevante en tanto se registraron

mayores puntuaciones de afectividad negativa. (r como estado = 0,71, $p < 0,001$; r como rasgo = 0,64, $p < 0,001$).

Relación entre soporte social y severidad de sintomatología depresiva y ansiosa

A medida que aumentó el número de personas que dan soporte social a la paciente disminuyó significativamente la severidad de depresión y ansiedad ($r = -0,381$, y $r = -0,32$, respectivamente; $p < 0,001$). En cambio, no se observó correlación estadísticamente significativa entre el grado de satisfacción con el soporte social y la severidad de depresión ni ansiedad.

Variables predictoras de sintomatología depresiva

En la tabla 3 se presenta el mejor modelo predictivo de sintomatología depresiva. Como puede observarse, de entre todas las variables evaluadas, las que

Tabla 3. **Variables predictoras¹ de sintomatología depresiva.**

| Variable | Coefficiente Beta | IC 95% | Valor de p |
|---|-------------------|-----------------|------------|
| Afecto positivo última semana | -0,368 | -0,226 a -0,124 | < 0,001 |
| Afecto negativo última semana | 0,225 | 0,033 a 0,184 | 0,005 |
| Número de personas que brindan soporte social a la paciente | -0,149 | -0,458 a -0,080 | 0,006 |
| Afecto negativo generalmente | 0,176 | 0,012 a 0,179 | 0,025 |
| Tiempo de evolución de la Enfermedad | 0,100 | 0,006 a 0,646 | 0,046 |

¹Análisis de regresión lineal (Método "Forward").

R² corregida para el modelo 0,464

Variables excluidas del modelo: Edad, Estado civil, Escolaridad, Ocupación, Lugar de residencia, Nuliparidad, Menopausia, Diagnóstico histopatológico, Estadio Clínico, Afectación mamaria bilateral, Afecto Positivo Generalmente, y Grado de satisfacción con el apoyo recibido.

resultaron predictoras de sintomatología depresiva fueron: afecto positivo en la última semana, afecto negativo en la última semana, número de personas que brindan soporte social, afecto negativo generalmente, y tiempo de evolución de la enfermedad. En conjunto, predijeron hasta un 46,4% de varianza de la sintomatología depresiva.

Variables predictoras de sintomatología ansiosa

En la tabla 4 se presenta el resultado de un segundo análisis de regresión lineal en el que la variable dependiente fue la sintomatología ansiosa. En este caso, las variables predictoras fueron: afecto negativo en la última semana, afecto positivo en la última semana, afecto negativo generalmente y número de personas que brindan soporte social. Estas predicen de manera conjunta hasta un 55.5% de varianza de la sintomatología ansiosa.

DISCUSIÓN

En este trabajo pudo documentarse un perfil psicosocial asociado a la depresión y ansiedad de mujeres con cáncer de mama.

Afectividad como rasgo de personalidad y psicopatología en cáncer de mama

Resultó evidente que, tal como se esperaba, una alta afectividad negativa y una baja afectividad positiva se relacionaron con la presencia y severidad de sintomatología depresiva y ansiosa de las pacientes. El dato más relevante al respecto es en nuestra opinión el relativo a la afectividad como rasgo de la personalidad (vs. como estado afectivo transitorio). De acuerdo a Watson, Clark y Harkness⁽²⁹⁾, la gran mayoría de los cuadros psicopatológicos se relacionan con rasgos de personalidad estables en el tiempo. Por ejemplo, el factor de personalidad neuroticismo o afectividad

Tabla 4. **Variables predictoras¹ de sintomatología ansiosa**

| Variable | Coefficiente Beta | IC 95% | Valor de p |
|---|-------------------|-----------------|------------|
| Afecto negativo última semana | 0,439 | 0,167 a 0,325 | < 0,001 |
| Afecto positivo última semana | -0,154 | -0,139 a -0,031 | 0,002 |
| Afecto negativo generalmente | 0,242 | 0,066 a 0,241 | 0,001 |
| Número de personas que brindan soporte social a la paciente | -0,109 | -0,424 a -,027 | 0,026 |

¹Análisis de regresión lineal (Método "Forward").

R² corregida para el modelo= 0,555

Variables excluidas del modelo: Edad, Estado civil, Escolaridad, Ocupación, Lugar de residencia, Nuliparidad, Menopausia, Diagnóstico histopatológico, Estadio Clínico, Afectación mamaria bilateral, Afecto positivo generalmente, Tiempo de evolución de la enfermedad, y Grado de satisfacción con el soporte social recibido.

negativa, incluye rasgos relevantes para explicar la presencia de depresión, de ansiedad, trastornos somatoformes, o de personalidad; y la baja energía del factor afectividad positiva con alteraciones del estado de ánimo.

Se han propuesto una diversidad de modelos alternativos de explicación de la relación entre la personalidad y los estados y/o trastornos del estado de ánimo y de ansiedad^(30, 31).

En 1991, Clark y Watson⁽²⁰⁾ dieron a conocer un modelo tripartita de personalidad de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad que postula que: Tanto la ansiedad como la depresión se relacionan con un factor general de perturbación conocido como afectividad negativa, b) que la depresión se caracteriza, - a diferencia de la ansiedad, por la presencia de baja afectividad positiva, y c) que la ansiedad se relaciona, - a diferencia de la depresión -, con la presencia de hiperactividad autonómica. En el presente trabajo se aporta evidencia a este modelo en una muestra de pacientes con cáncer mamario. Aquellas que presentaron altos niveles de depresión y ansiedad reportaron también una elevada afectividad negativa, que como rasgo de la personalidad puede considerarse un factor de perturbación psicológica general, denominado por otros como neurotismo, o Malestar Psicológico^(32,33).

Soporte social, tiempo de evolución de la enfermedad y psicopatología

Otros hallazgos relevantes del estudio son, a saber: que en congruencia con trabajos previos que asocian el apoyo familiar con la depresión ante la enfermedad⁽³⁴⁾ y la psicopatología de pacientes con CaMa⁽²¹⁾, la dimensión de soporte social que predijo la presencia y severidad de depresión y ansiedad fue el

número de personas que brindan apoyo a la paciente: entre más se encuentren enfrentando la enfermedad con la paciente mayor será su bienestar psicológico. En palabras simples y llanas: que los familiares y amigos estén ahí, al lado de la paciente, puede protegerles del desarrollo de depresión y ansiedad.

Finalmente, de acuerdo a los datos presentados, en tanto mayor sea el tiempo transcurrido con la enfermedad más probabilidades habrán de desarrollar sintomatología depresiva clínicamente relevante. Y es que tal como señala Holland⁽²²⁾, los retos psicosociales y psiquiátricos varían de acuerdo al punto del continuo del cáncer en que se encuentra la paciente. La ansiedad y depresión serán las principales quejas ante los primeros momentos de detección de síntomas y anuncio de diagnóstico, y la depresión, duelo o decepción seguirán en tanto se inicien las fases de tratamiento, postratamiento, recurrencia, cuidados paliativos y terminales.

Limitaciones y sugerencias

Entre las limitaciones de este trabajo se encuentra la falta de una entrevista estructurada para la confirmación de los diagnósticos psiquiátricos evaluados; que sin embargo hace poco factible la realización de estudios en muestras amplias de sujetos. Empero, se eligió un instrumento breve que permite la evaluación válida y confiable de depresión y ansiedad en muestras con cáncer, al evitar la solapación frecuente de síntomas físicos de las entidades psiquiátricas y de la enfermedad física (o su tratamiento)⁽²³⁾.

Para concluir, habrá de señalarse que la utilidad heurística del presente estudio radicará en su aplicación para diseñar, implementar y probar la efectividad de programas psicosociales integrales

para la prevención y tratamiento de los importantes problemas de salud mental para la población oncológica que constituyen la depresión y la ansiedad.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Gilberto Morgan Villela, del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social, por las facilidades otorgadas para la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaría de Salud y Asistencia. Mortalidad 2000. México, D.F. México, D.F.: Secretaría de Salud y Asistencia, 2001.
2. Organización Mundial de la Salud. La relación entre la salud física y la salud mental. Trastornos concurrentes. Día Mundial de la Salud Mental. Génova: Organización Mundial de la Salud, 2004.
3. Magni G, Schifano F, De Leo D. Assessment of depression in an elderly medical population. *J Affect Disord* 1986;11:121-4.
4. Feldman E, Myour R, Hawton K, Arern M, Smith E. Psychiatric disorder in medically ill patients. *Q J Med* 1987;63:405-12.
5. Andersen B, Anderson B, DeProsse C. Controlled prospective longitudinal study of women with cancer: Psychological outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1989;57:682-97.
6. Bukberg J, Penman D, Holland J. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984;46:199-212.
7. Fowler J, Carpenter K, Gupta P, Golden-Kreutz D, Andersen B. (2004). The gynecologic Oncology consult: Symptom presentation and concurrent symptoms of depression and anxiety. *Gynecol Oncol* 2004;103(6):1211-7.
8. McDaniel J, Musselman D, Porter M. Depression in patients with cancer: diagnosis, biology and treatment. *Arch Gen Psychiatr* 1995;52:89-99.
9. Ohaeri J, Campbell O, Ilesanmil A, Ohaeri B. Psychological concerns of Nigerian women with breast and cervical cancer. *Psychooncology* 1998;7:494-501.
10. Rodríguez-Vega B, Ortiz A, Palao A, Avedillo C, Sánchez-Cabezudo A, Chinchilla C. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y sus cuidadores. *Eur J Psychiatr* 2002;16(1):27-38.
11. Schang C, Heinrich R. Anxiety in medical situations: adult cancer patients. *J Clin Psychol* 1989;45(1):20-7.
12. Thompson D, Shear M. Psychiatric disorders and gynecological oncology: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatr* 1998;20:241-7.
13. Derogatis L, Morrow G, Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983;249(6):751-7.
14. Massie M, Holland J. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatr* 1990;51:12-7.
15. World Health Organization. The economic burden of mental Diseases. Génova: World Health Organization, 2001
16. Blasco T, Pallares C, Alonso C, López J. The role of anxiety and adaptation to illness in the intensity of postchemotherapy nausea in cancer patients. *Span J Psychol* 2000;3(1):47-52.
17. Gram I, Slenker S. Cancer anxiety and attitudes toward mammography among screening attenders, nonattenders and women never invited. *Am J Public Health* 1992;82(2):249-51.
18. Jenkins P, May V, Hughes L. Psychological morbidity associated with local recurrence of breast cancer. *Int J Psychiatr Med* 1991;21(2):149-55.
19. Stark D, Kiely M, Smith A. Anxiety in medical situations: their nature, associations and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 2002;14:3137-48.
20. Clark L, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol* 1991;100:316-36.

21. Baider L, Ever-Hadani P, Goldzweig G, Wygoda R, Peretz T. Is perceived family support a relevant variable in psychological distress? A sample of prostate and breast cancer couples. *J Psychosom Res* 2003;55:453-60.
22. Holland J. History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosom Med* 2002;64:206-21.
23. Zigmond A, Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scales (HADS). *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
24. Caro, I. e Ibáñez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. *Bol Psicol*, 36, 43-69.
25. Watson D, Clark L, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANNAS scales. *J Pers Soc Psychol* 1988;54(6):1063-70.
26. Robles R, Páez F. Estudio de traducción y propiedades psicométricas de las escalas de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS). *Salud Mental*, 2003;26(1):69-74.
27. Robles R, Páez F. Estudio de afectividad positiva y negativa entre pacientes psiquiátricos y voluntarios sanos: Validez predictiva de las escalas de afectividad PANAS. *Psiquiatría* 2006;22(1):20-2.
28. Sarason B, Sarason I, Hacker T. Concomitants Of Social Support: Social Skills, Physical Attractiveness and Gender. *J Pers Soc Psychol* 1985;49:469-80.
29. Watson D, Clark L, Harkness A. Structure of Personality and their relevance to Psychopathology. *J Abnorm Psychol* 1994;103:18-31.
30. Akiskal H, Hirschfeld R, Yerenanian B. The relationship personality to affective disorders. *Arch Gen Psych* 1983;40:801-10.
31. Klein M, Wonderlich S, Shea M. Models of relationships between personality and depression: Toward a framework for theory and research. En: Klein M, Wonderlich S, Shea M, editors. *Personality and depression: A current view*. New York: Guilford Press, 1993; p. 1-54.
32. Eysenck H. *The structure of human personality*. London: Methen, 1970.
33. Gotlib, I.H. (1984). Depression and general psychopathology in university students. *J Abnorm Psychol* 1984; 93:19-30.
34. Fitzpatrick R, Newman S, Archer R, Shipley M. Social support, disability and depression: a longitudinal study of rheumatoid arthritis. *Soc Sci Med* 1991;33:605-11.

