

Artículo Original

Depresión y calidad de vida en mujeres con cáncer de cérvix del Hospital Regional de Encarnación

Depression and quality of life in women with cervical cancer at the Regional Hospital of Encarnación

Nohelia Céspedes¹, Celeste Aparicio¹

¹Universidad Nacional de Itapúa, Facultad de Medicina. Encarnación, Paraguay.

RESUMEN

Introducción: la depresión a consecuencia del cáncer de cérvix es un tema poco investigado a pesar de la relevancia que posee.

Objetivo: determinar la calidad de vida y el grado de depresión en estas pacientes con cáncer de cérvix que acuden al Hospital Regional de Encarnación en periodo 2012-2015.

Materiales y Métodos: estudio observacional descriptivo con componente analítico. Fueron seleccionadas 58 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. La calidad de vida se midió con la escala de Mezzich y Cohen y la depresión con el inventario de Beck.

Resultados: 46% presentó altibajos normales del estado de ánimo, 5% depresión severa y 12% depresión moderada. En cuanto a la calidad de vida, 79% conservó un nivel de vida alto. La edad mayor a 47 años y no recibir tratamiento oncológico influyeron en un descenso de la calidad de vida de las pacientes. La edad promedio de las pacientes con depresión fue 51 años y en su mayoría agravada por la etapa del climaterio y menopausia.

Conclusión: la calidad se vio afectada en 21% y la depresión severa se constató en 5%.

Palabras clave: depresión, calidad de vida, neoplasias del cuello uterino

ABSTRACT

Introduction: depressive symptoms as a consequence of cervical cancer is a subject which has not been researched, enough despite its relevance.

Objective: to determine the quality of life and degree of depression in patients with cervical cancer attended to Regional Hospital of Encarnación in the period of 2012-2015.

Materials and methods: Prospective and cross-sectional observational study. A total of 58 patients were selected who met the inclusion criteria. Quality of life was measured with the Mezzich and Cohen scale, and depression with Beck's questionnaire.

Results: 46% presented normal variabilities of mood, 5% severe depression and 12% moderate depression. In terms of quality of life, 79% kept a high standard of life. Age over 47 years and not receiving cancer treatment had a decrease in patients quality of life. The average age of patients with depression was 51 years and mostly worsen by climacteric and menopause stage.

Conclusion: quality was affected in 21% and severe depression was found in 5%.

Keywords: depression, quality of life, uterine cervical neoplasms cancer of the cervix

Autor correspondiente:

Dra. Nohelia Céspedes. Universidad Nacional de Itapúa. Facultad de Medicina Postgrado en Gineco Obstetricia.

Correo electrónico: nohe_cespedes@hotmail.com

Fecha de recepción: 11 noviembre 2017

Fecha de aprobación: 27 noviembre 2017

INTRODUCCION

El cáncer de cérvix constituye un problema de la Salud Pública. Se estima una incidencia mundial aproximada de 500.000 nuevos casos por año, de los cuales 80% corresponden a países en vías de desarrollo, con mayor incidencia entre la cuarta y la quinta décadas de la vida. Se ha observado que las mujeres con diagnóstico de cáncer de cérvix tienden a desarrollar algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo los trastornos más frecuentes la depresión mayor y la ansiedad. Sin embargo, muchas veces se ha observado que estas pacientes no cumplen todos los criterios para ser diagnosticadas con depresión mayor. Es entonces cuando hablamos de la presencia de sintomatología depresiva. La asociación entre cáncer de cérvix y síntomas depresivos es incierta y al respecto algunos autores manifiestan que se debe a una reacción normal del organismo a la enfermedad, otros la refieren como un síntoma propio de la enfermedad e incluso al tratamiento (1-4).

Además de las problemáticas a las que se expone el paciente con cualquier tipo de cáncer, la población con cáncer de cérvix enfrenta factores particulares que afectan su calidad de vida (5,6).

Existen diversos estudios que indican las relaciones existentes entre distintos tipos de cáncer ginecológico y función sexual, entre los que cabe citar a Andersen y cols. que estudian la función sexual con posterioridad a un diagnóstico de cáncer. Este autor afirma que el decremento de la actividad sexual no estaba exclusivamente unido al grado de mutilación quirúrgica (1,7,8).

Las mayores preocupaciones de las pacientes son la etiología, el resultado del tratamiento, la percepción de la gravedad y las consecuencias de tener esta enfermedad. Frente a un diagnóstico de cáncer, los datos de poblaciones y probabilidades adquieren un sentido personal, aparece la incertidumbre, la fantasía de poder desarrollar una enfermedad aunque no se tenga síntomas, la necesidad de control médico, la preocupación por el futuro y la necesidad de incorporar todo esto a su vida personal sin sentirse amenazada (9).

En esta situación se observan distintas reacciones psicológicas que dependerán de la estructura de personalidad de la paciente, sus mecanismos de defensa, sus redes familiares y sociales de apoyo y, desde ya, de los parámetros médicos de la enfermedad ⁽¹⁰⁻¹⁴⁾.

Aún cuando las condiciones físicas reales de la enfermedad ubiquen a la mujer en una situación favorable para la recuperación de la salud física, es difícil luchar contra la representación emocional que la paciente hace al respecto y a partir de la cual se manejará durante el evento. Recibir un diagnóstico de cáncer y pasar por un tratamiento del mismo supone un hecho estresante que sobrepasa en numerosas ocasiones a las personas que lo padecen y a su familia, reconociendo la importancia y trascendencia de la alteración emocional secundaria ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Es importante destacar que el impacto emocional por el que curse la paciente puede interferir con el o los tratamientos médicos propuestos y que, además, la mujer ha de conceptuar su enfermedad por las experiencias previas que tenga con el cáncer y no sólo por el diagnóstico médico ^(18,19,20).

En el cáncer ginecológico existen variables individuales que influyen en la intensidad y duración del impacto psicológico, las cuales son:

- Variables anteriores a la enfermedad: características de la paciente, características del entorno, preparación prequirúrgica por el cirujano, calidad de la relación conyugal y sexual.
- Variables posteriores al tratamiento: forma en que la paciente afronta la situación, uso, intensidad y selección de la negación autodefensiva y de otros recursos psicológicos, búsqueda de las causas que originan la autoculpabilidad y la proyección de la culpa.
- Variables del entorno: tiempo transcurrido desde la cirugía, disponibilidad de apoyo (médico-cirujano, marido, familia y otras pacientes), tratamientos médicos coadyuvantes (radioterapia, quimioterapia).

La observación de la población de mujeres con cáncer ha permitido la elaboración de parámetros propios que facilitan la evaluación de factores que intervienen en la respuesta emocional frente al cáncer, los cuales llegan

a adquirir un valor predictivo y generan un parámetro de mayor utilidad para la evaluación integral. Dichos factores conforman tres grupos:

1. Características propias de la paciente y del entorno que la rodea, anteriores al diagnóstico de cáncer: edad, nivel sociocultural
2. Factores relacionados con los tratamientos propuestos. Estos van de la mano con los efectos secundarios de los tratamientos a los que se ha sometido la paciente.
3. Factores posteriores al tratamiento. Se asocian básicamente con las secuelas psicológicas que deja la lucha por restablecer la salud física y que se relacionan primordialmente con lograr la aceptación de las mismas, así como del impacto que éstas generan a nivel familiar, de pareja y social ⁽²¹⁻²⁸⁾.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de depresión y calidad de vida en pacientes con cáncer de cérvix y su asociación con las características sociodemográficas, menopausia, realización o no de tratamiento y tiempo transcurrido desde la detección de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño: estudio observacional con componente analítico.

Población: pacientes cuyo diagnóstico de cáncer de cérvix se realizó en el Consultorio de Patología Cervical del Hospital Regional de Encarnación, Paraguay, en el periodo de enero del 2012 a julio del 2015.

Criterios de inclusión: pacientes ambulatorias con diagnóstico de cáncer de cérvix cuyo diagnóstico se confirmó con biopsia y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: pacientes que se nieguen a participar del trabajo o con diagnósticos no certificados.

Variables: edad, nivel de instrucción, número de hijos vivos, menopausia, tiempo de evolución del diagnóstico citológico, tratamiento instituido, calidad de vida, grado de depresión.

Instrumentos de medición: expedientes del Servicio patología cervical, el inventario de depresión de Beck y la escala de calidad de vida de Mezzich y Cohen.

Definiciones operacionales: inventario de depresión de Beck: es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Puntuación nivel de depresión:

1-10Estos altibajos son considerados normales

11-16Leve perturbación del estado de ánimo

17-20Estados de depresión intermitentes

21-30Depresión moderada

31-40Depresión grave

+40Depresión extrema.

Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

Escala de calidad de vida de Mezzich y Cohen: es un instrumento autoaplicado. La finalidad es medir calidad de vida relacionada a la salud e incluye 10 ítems, que evalúan el bienestar físico, psicológico, emocional y la calidad de vida global. El indicador de la variable calidad de vida es cuantitativo, con valores que van de 10 hasta 100. Se divide en dos grupos, definiéndose en nivel bajo de calidad de vida un puntaje de 10 a 60 y nivel alto de calidad de vida un puntaje de 61 a 100.

Tamaño de muestra: se incluyeron todas las pacientes del periodo de estudio.

Cuestiones éticas: la realización del presente trabajo se adecuó a las recomendaciones para investigación biomédica de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. No se plantean dilemas irresolubles de conflicto de intereses para los investigadores. No existen conflictos de interés comercial. Se respetó la confidencialidad de los datos. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa.

RESULTADOS

De las 82 pacientes con cáncer de cérvix se ha realizado una selección de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, quedando 58 casos. La edad media fue 51 años (rango 25-84 años). El número de hijos varió entre 1 y 12 (mediana 3). El grado de instrucción fue nula en 6 casos (12%), primaria 39 casos (67%), secundaria 10 casos (17%) y universitaria en 3 casos (4%). Predominó un tiempo de 1 año desde la detección del cáncer (Tabla 1).

Tabla 1. Tiempo transcurrido desde la detección del cáncer de cérvix (n 58)

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
<1 año	12	20,68 %
1 año	15	25,86 %
2 años	12	20,68 %
3 años	19	32,75 %

No realizaban ningún tratamiento previo en 17 casos (29%). En cuanto a los grados de depresión, predominó la moderada (Tabla 2).

Tabla 2. Grados de depresión de pacientes con cáncer de cérvix (n 58)

Grados de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Altibajos considerados normales	27	46,55%
Leve perturbación del estado de ánimo	17	29,31%
Depresión moderada	7	12,07%
Depresión grave	3	5,17%
Estados de depresión intermitentes	3	5,17%
Depresión extrema	1	1,72%

En cuanto a la calidad de vida de las pacientes, la mayoría era alta (Gráfico 1).

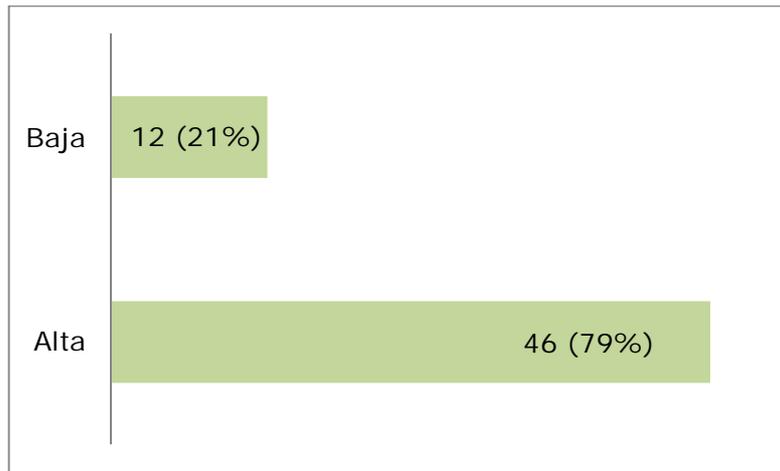


Gráfico 1. Calidad de vida de pacientes con cáncer de cérvix (n 58)

En cuanto a las dimensiones bienestar físico, bienestar psicológico, plenitud personal y plenitud espiritual, los resultados se expresan en los gráficos respectivamente (Gráficos 2, 3, 4 y 5).

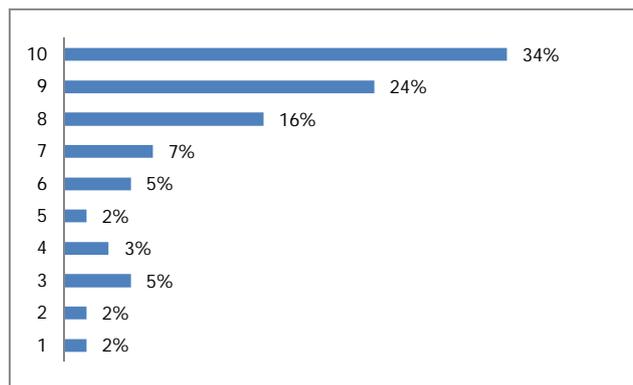


Gráfico 2. Bienestar físico de pacientes con cáncer de cérvix (n 58)

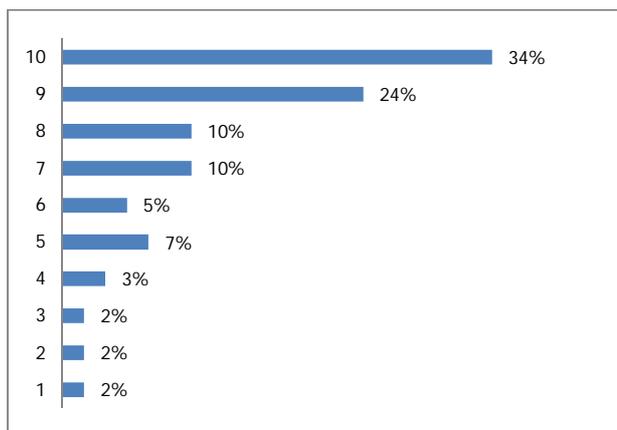


Gráfico 3. Bienestar psicológico de pacientes con cáncer de cérvix (n 58)

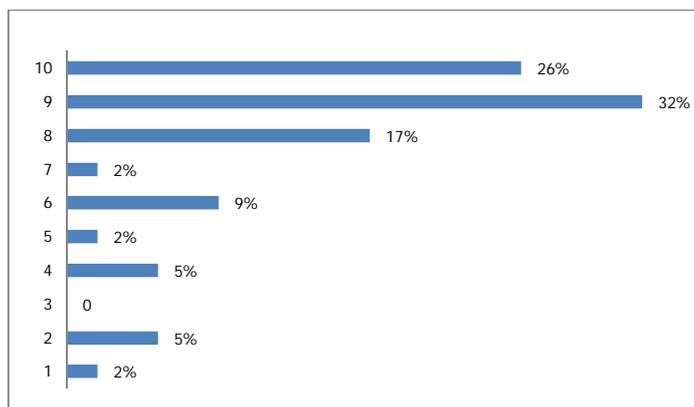


Gráfico 4. Plenitud personal de pacientes con cáncer de cérvix (n 58)

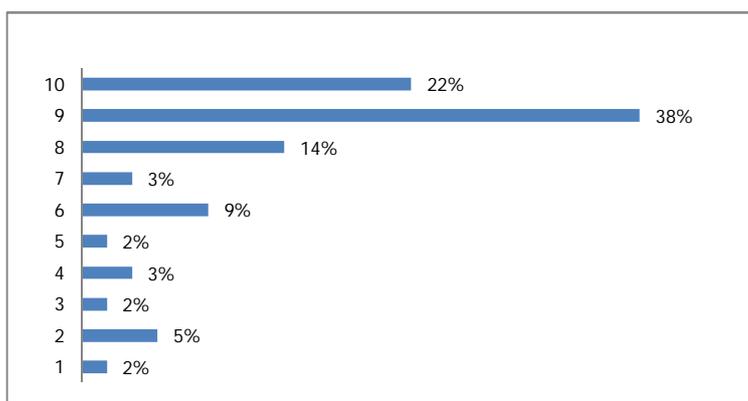


Gráfico 5. Plenitud espiritual de pacientes con cáncer de cérvix (n 58)

Relacionando la depresión con las variables clínicas se encontró que las mujeres menores de 47 años y las que reciben tratamiento tienen menor riesgo de depresión (Tabla 3).

Tabla 3. Factores de riesgo asociados a la depresión en pacientes con cáncer de cérvix (n 58)

Variables	Con depresión	Sin depresión	Odds Ratio (IC 95%)
Edad ≤ 47 años	17%	83%	0,5 (0,2-0,9)*
Instrucción nula y primaria	26%	74%	1,7 (0,8-3,4)
Número de hijos ≤3	30%	70%	1,4 (0,7-2,7)
Con menopausia	30%	70%	1,8 (0,9-3,5)
Tiempo de evolución ≤2años	21%	79%	0,5 (0,2-1,0)
Con tratamiento	10%	90%	0,07 (0,03-0,1)*

*estadísticamente significativo (prueba Chi²)

DISCUSIÓN

Se encontró que un 24 % de las pacientes se vio afectada de algún grado de depresión (estados de depresión intermitentes, depresión moderada, depresión grave, depresión extrema), afortunadamente sólo el 1.72% correspondió a una depresión extrema y en la mitad de los casos una depresión moderada. En la mayoría de los casos (46.55%) se constataron altibajos normales para este tipo de afección. Lo cual concuerda con la bibliografía encontrada⁽²⁶⁾.

En cuanto a la calidad de vida de las pacientes se observó que el 21 % de ellas llevaba una baja calidad de vida, lo cual también concuerda con la literatura mencionada⁽²⁶⁾.

Entre los ítems valorados en la evaluación de la calidad de vida, el que presentó menor puntuación fue el de apoyo estatal y de servicios, donde la mayoría de las pacientes tuvieron relativa satisfacción (36 %).

Al relacionar la depresión con los factores asociados encontramos que se afecta en mayor medida a las pacientes mayores de 47 años (29 %), en comparación con las de menos de 47 años a las que afectó en sólo un 17 %. Lo mismo ocurre al relacionar con la calidad de vida donde encontramos una baja calidad de vida en mayor medida en las pacientes mayores de 47 años (26 %), en comparación con las de menos de 47 años en las que una baja calidad de vida se encontró en sólo un 13 %. Todo esto no se corresponde con la literatura ya que ésta refiere la mayor frecuencia de esta afección en la plenitud de la vida de la mujer^(26, 27, 28). De igual manera al relacionar con la presencia o ausencia de menopausia, se encontró que es más frecuente en quienes ya se encuentran en esta etapa, en concordancia con la literatura⁽¹²⁾.

En cuanto al nivel de instrucción, la depresión estuvo presente con mayor frecuencia en pacientes con escolaridad nula y primaria (26 %), y en menor frecuencia en pacientes con nivel secundario y terciario, a las que afectó en un 17 %.

Al relacionar la depresión con el número de hijos vivos, encontramos que ésta se presentó con mayor frecuencia en mujeres con menor o igual a 3 hijos (30%), mientras que en el grupo con 4 hijos o más, se presentó en

sólo el 23 %. Esto se corresponde con la literatura⁽¹⁾ donde menciona que la depresión es más frecuente en aquellas mujeres con paridad insatisfecha. Con respecto a la calidad de vida, no se encontró diferencia.

Al considerar el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad, se vieron mayormente afectadas de sintomatología depresiva las pacientes con tiempo más prolongado de exposición a la enfermedad (32 %), en contraposición al 21 % de las que se habían diagnosticado más recientemente (≤ 2 años). Esto podría deberse a que a mayor tiempo de evolución de la enfermedad se presentan más complicaciones lo que lleva a un mal estado psicológico.

Una gran diferencia encontramos al relacionar la depresión con la realización o no de tratamiento. En contraposición a lo mencionado en la literatura⁽¹⁾ donde relata que posterior a la realización del tratamiento, tanto quirúrgico como de radioterapia y quimioterapia, se presenta sintomatología depresiva, en el grupo que había recibido alguna forma de tratamiento se encontró la presencia de depresión en sólo el 10 %. Mientras que en el grupo en el que no lo realizó la presencia de esta patología afectó a un 59 %⁽¹²⁾.

La limitación de esta investigación es que no se confirmaron los hallazgos con entrevistas personalizadas con Psiquiatras ni hubo seguimiento en el tiempo para evaluar la persistencia o mejoramiento de los síntomas. No obstante, los resultados encontrados se pueden utilizar para llamar la atención del equipo médico respecto a las mujeres con mala calidad de vida o cuadros depresivos que requieran la atención integral de su salud.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de depresión y baja calidad de vida en pacientes portadoras de cáncer de cuello uterino es relativamente baja. Ambos puntos en estudio, son más frecuentes en pacientes de edad avanzada, mayores de 47 años y en menopáusicas.

La presencia de depresión y la baja calidad de vida se presenta con mayor frecuencia en pacientes con bajo nivel de instrucción. Las pacientes con paridad satisfecha presentaron menor nivel de depresión. Mientras que no

hubo diferencia en cuanto a la calidad de vida. La depresión se presentó en mayor proporción en las pacientes con tiempo más prolongado de exposición a la enfermedad, mientras que la calidad de vida se vio afectada mayormente en pacientes diagnosticadas recientemente. La realización de tratamiento por parte de las pacientes demostró ser muy importante tanto para la salud física como psicológica de las mismas, y además para llevar una buena calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Broner de Taraciuk M. Aspectos psicológicos en el diagnóstico y el tratamiento de la patología cervical. En: Tatti SA. Colposcopia y patologías del tracto genital: en la era de la vacunación. Buenos Aires: Médica Panamericana. 2008: 301-304.
2. García Padilla DR, García Padilla MP, Ballesteros de Valderrama BP, Novoa Gómez MM. Sexualidad y comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica. Univ Psychol. 2003; 2(2): 199-214.
3. Ibáñez Guerra E, Romero Fretes R. Cambio de la imagen corporal en el paciente neoplásico. En: González Barón M, Ordoñez A, Feliu J, Zamora P, Espinosa E. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Madrid: Médica Panamericana 1996. 856-837.
4. Seibel MM, Freeman MG, Graves WL. Carcinoma of the cervix and sexual function. Obstet Gynecol. 1980; 55(4): 484-487.
5. Lamadrid S. Aspectos socio-culturales de la sexualidad como factores obstaculizantes de la prevención secundaria del cáncer cérvico uterino. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 1998; 14(Supl.1): 33-40.
6. Sichel MP. Quality of life and gynecological cancer. Eur J Gynaecol Oncol 1990; 11: 485-488.
7. Van de Wiel HBM, Weijmar Schultz WCM, Wouda J, Bouma J. Sexual functioning of partners of gynaecological oncology patients: a pilot study on involvement, support, sexuality and relationship. Journal of Sex & Marital Therapy. 1990; 5(2): 123-130.

8. Shover LR, Jensen B. Sexuality and chronic illness: a comprehensive approach. Nueva York, Guilford: Guilford Press. 1988, 357 p.
9. Weijmar Schultz WRCM, Bransfield DD, Van de Wiel HRB, Bouma J. Sexual outcome following female genital cancer treatment: a critical review of methods of investigation and results. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 1992;7(1):29-64.
10. Martínez Camilo V, Torrientes Hernández B. Neoplasia cervical en la mujer climatérica. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2006;32(1):1-11. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v32n1/gin01106.pdf>
11. Berumen I. Virus del papiloma humano, genes celulares y cáncer cervicouterino: En : Pineda S. Cáncer cervicouterino y lesiones premalignas. México, DE: Científico Técnico. 1997. p. 67-71.
12. Herrero R, Schiffman MH, Bratti C, Hildesheim A, Balmaceda I,E. Sherman ME, et al. Diseño y métodos de un estudio de la historia natural de la neoplasia de cuello uterino en la población de una provincia rural de Costa Rica: el proyecto de Guanacaste. *Rev Panam Salud Pública*;1997;1(6),411-425.
13. Olivares Crespo ME. Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. *Av. Psicol. Latinoam*. 2004;22(1):29-48.
14. Suárez MF, Sánchez R, Calvo JM. Validación de la escala Schizophrenia Quality Of Life Scale (SQLS) para medir la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en Colombia. *Rev.colomb. psiquiatr*. 2013;42(3):257-265.
15. Sánchez R, Echeverri J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública (Bogotá)*.2004;6(3):302-318.
16. Awad G. Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica *Rev Psiquiatr Urug*. 2008;72(2):121-129.
17. Goodman M, Smith TE. Measuring Quality of Life in Schizophrenia. *Psychiatry & Mental Health eJournal*, 1997;2(6). Disponible en: https://www.medscape.com/viewarticle/430847_1
18. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc. enferm*. 2003;9(2):9-21.

19. Meza Rodríguez MP. Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatol Reprod Hum.* 2007;21(2): 72-80.
20. Paavonen J. Sexual dysfunction associated with treatment of cervical cancer. *Sex Transm Infects.* 1999;75(6):375-6.
21. Andersen B. Quality of life for women with gynecologic cancer. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology.* 1995;7(1):69-76.
22. Torres Mariño AM. Relación entre el patrón de conducta tipo C y el cáncer de mama. *Univ. Psychol.* 2006; 5(3): 563-574.
23. Valdés Miyar, M. *Psicobiología de los síntomas psicósomáticos.* Barcelona: Masson. 2002:160 p.
24. Valle R, Zúñiga M, Tuzet C, Martínez C, De la Jara J, Aliaga R, et al. Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. *An. Fac. med.* 2006;67(4):327-333
25. Ferriols R, Ferriols F, Alós M. Calidad de vida en oncología clínica. *Farm Hosp.* 1995;19(6):315-322.
26. Bobes JB, González P, Bousoño MV. Calidad de vida en psiquiatría. En: Barcia D. *Tratado de psiquiatría.* Madrid:Arán; 2000:831-843.
27. Avis NE, Crawford S, Manuel J. Quality of life among younger women with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2005;23(15):3322-30.
28. Conde DM, Pinto-Neto AM, Cabello C, Sá DS, Costa-Paiva L, Martínez EZ. Menopause symptoms and quality of life in women aged 45 to 65 years with and without breast cancer. *Menopause.* 2005;12(4):436-443.