

# Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con mastectomía radical modificada sin reconstrucción\*

Gloria Lucía Suárez Carreño\*\*

Ana Celina Rueda López\*\*

## Resumen

**Antecedentes:** El trastorno depresivo mayor (TDM) es un trastorno psiquiátrico que se presenta con relativa frecuencia en las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama o que se encuentran en tratamiento para el mismo. No obstante, no existen datos específicos en Colombia acerca de la prevalencia de depresión en las pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical modificada (MRM) sin reconstrucción. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de TDM, en pacientes residentes en el área metropolitana de Bucaramanga con MRM sin reconstrucción. **Método:** Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron mujeres mayores de 18 años. Se aplicó el SCID I, una entrevista semiestructurada para TDM basada en criterios del DSM-IV. **Resultados:** Se evaluaron 80 mujeres con edad entre los 30-85 años, con un promedio de 58.1 años, DE 13.79; encontrándose una prevalencia de TDM del 42.5% (IC 95% 31.68-53.30). La presencia de TDM fue menor en mujeres con apoyo social 41.2%, (RP 2.41; IC 95% 1.56-3.73) y el TDM fue mayor en las mujeres que tuvieron problemas debido a la cirugía como: estéticos, personales, etc. en el 88.2% (RP 3.41; IC 95% 1.35-8.64); no se encontró asociación con edad, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, escala de dolor, ocupación y el tiempo desde la cirugía. **Conclusión:** En este estudio la prevalencia de TDM fue de mayor que la de la población general; el TDM se relaciona directamente con los problemas derivados de la cirugía e inversamente con el apoyo social. [Suárez G, Rueda AC, Prevalencia de trastorno depresivo mayor en pacientes con mastectomía radical modificada sin reconstrucción. *MedUNAB* 2007; 10: 24-27].

**Palabras clave:** Trastorno depresivo mayor, Mastectomía radical modificada, Prevalencia.

## Summary

**Antecedents:** Major depressive disorder (MDD) is a psychiatric dysfunction that appears with relative frequency in the women with breast cancer diagnosis or which they are in treatment for the same one. Nevertheless, specific data don't exist in Colombia about the prevalence of depression in the patients with cancer who suffer from subjected to modified radical mastectomy without reconstruction. **Objective:** To determine the prevalence of MDD in resident patients in the metropolitan area of Bucaramanga with modified radical mastectomy without reconstruction. **Method:** It is a descriptive transversal study; it included women older than 18 years. We applied the SCID I. A semi structured interview for MDD based on approaches of the DSM-IV. Results: 80 women were evaluated with ages among the 30-85 years, with a 58.1 year-old average, SD 13.79; the prevalence was of 42.5%, (95%CI 31.68 – 53.30) for MDD. The MDD was lower than in those women who had social support in 41.2% (PR 2.41; 95%CI 1.56-3.73) and was higher than in women who had problems due to the surgery in 88.2% (PR 3.41; 95%CI 1.35- 8.64), we didn't find association with age, the grade of study, the marital status, the socioeconomic level, pain scale, the occupation and the time of the surgery. **Conclusion:** In this study TDM prevalence was higher than similar one in general population; TDM was related directly with the problems derived from surgery and inversely with the social support. [Suárez G, Rueda AC, Prevalence of major depressive disorder in patients with modified radical mastectomy without reconstruction. *MedUNAB* 2007; 10: 24-27].

**Key words:** Major Depressive Disorder, Modified radical mastectomy, Prevalence.

\* Trabajo producto del proceso de investigación formativa realizado en la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

\*\* Estudiante, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

**Correspondencia:** Gloria Lucía Suárez Carreño, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Calle 157 No 19-55, Campus El Boque, Cañaveral Parque, Bucaramanga, Colombia. E-mail: gsuarez31@hotmail.com

Artículo recibido: 29 de septiembre de 2006; aceptado: 16 de febrero de 2007.

## Introducción

El cáncer de mama es el segundo tumor maligno más frecuente en la población femenina colombiana, con una incidencia de 37.3 por 100,000 mujeres, representa la segunda causa de muerte después del cáncer de cuello uterino, convirtiéndose en un problema de salud pública en Colombia.<sup>1</sup> El 90% de los casos corresponden a neoplasias de origen esporádico asociadas a numerosos factores de riesgo que incluyen menarquia precoz, menopausia tardía, ausencia de lactancia materna, exposición a radiaciones, entre otros; sin embargo, la mayoría de estos factores de riesgo solo son identificados en una minoría de pacientes, encontrándose al momento del diagnóstico tumores avanzados con necesidad de intervenciones terapéuticas poco conservadoras.<sup>1, 2</sup>

La mastectomía radical modificada (MRM) es una forma de tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama, consiste en la extirpación quirúrgica completa de la mama afectada, los ganglios linfáticos axilares, sin la resección de los músculos pectorales.<sup>2, 3</sup>

Se estima que la prevalencia en la población general del trastorno depresivo mayor (TDM) es de alrededor del 4-6%,<sup>4, 5</sup> en Colombia es de 14,9% en mujeres, 6 con un impacto relevante en la calidad de vida de todos los individuos.<sup>7, 8</sup> El cáncer de mama, al igual que otros cánceres y enfermedades crónicas, suele relacionarse de forma intrínseca con el TDM,<sup>7, 8</sup> entidad clínica que afecta a un 25-45% de los pacientes con cáncer de mama y del 20-30% de todos los pacientes hospitalizados.<sup>9, 10</sup> La importancia de lo anteriormente referido, radica en que el uso de medicamentos para el dolor, el tiempo de estancia hospitalaria y la recuperación, favorece en los pacientes con enfermedades crónicas la aparición del TDM.<sup>11, 12</sup> Es por ello que el diagnóstico confirmado y precoz del TDM en estos pacientes es de imprescindible importancia para un manejo adecuado, en el cual es de utilidad la consulta psiquiátrica o la entrevista clínica estructurada para el diagnóstico de TDM basado en los criterios del DSM-IV conocida como el SCID I.<sup>13</sup>

Debido a que en nuestro país no existen estudios que aclaren los cuestionamientos acerca de la relación entre el TDM y la MRM sin reconstrucción y teniendo en cuenta el impacto negativo que tiene el TDM para las pacientes,<sup>14-7</sup> se consideró necesario hacer un estudio cuyo objetivo es determinar la prevalencia de TDM en las pacientes con MRM sin reconstrucción.

## Materiales y métodos

Es un estudio descriptivo de corte transversal realizado a mujeres residentes del área metropolitana de Bucaramanga, durante noviembre del 2003 a septiembre del 2004. El protocolo de investigación fue estudiado, analizado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma

de Bucaramanga y de tres centros oncológicos de la ciudad (Hospital Universitario Ramón González Valencia, Centro Clínico Quirúrgico de la Clínica Bucaramanga y Centro Oncológico de Bucaramanga) antes de la realización de la intervención, con base en los componentes éticos dados por la Resolución 8440 de 1993.

Previo consentimiento informado por escrito, se incluyeron a 80 mujeres mayores de 18 años, con MRM sin reconstrucción, que asistían a control médico o a las juntas de oncología en los tres centros oncológicos de la ciudad; no debían estar recibiendo en el momento de la entrevista tratamiento con quimioterapia o radioterapia; la cirugía se debía haber realizado mínimo dos semanas antes del estudio. El tamaño de la muestra fue tomada por muestreo no probabilístico por conveniencia.

Para el diagnóstico del TDM se realizó una entrevista clínica semiestructurada SCID I, 14 aplicada por los investigadores (previa capacitación por médicos psiquiatras), además se aplicó una encuesta demográfica y la escala para la evaluación del dolor de Keele (autoevaluación descriptiva y verbal del grado de dolor).<sup>12</sup>

El tener apoyo social se definió como la ayuda brindada por un familiar o amigo cercano que estuviese en permanente contacto y pendiente de la paciente en la evolución y tratamiento para el cáncer de mama tanto en la cirugía como en la quimioterapia y radioterapia, además de la ausencia de dificultades en las relaciones interpersonales posterior a la cirugía. Y los problemas debido a la cirugía fueron todos aquellos aspectos negativos que aparecieron luego de realizada la cirugía como incapacidad física, complicaciones médicas posteriores a la cirugía y alteraciones en el estado del ánimo.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi Info 6.04c,<sup>17</sup> los datos fueron manejados bajo un modelo descriptivo. Se estimaron frecuencias, con intervalos de confianza de 95% (IC 95%) y promedios y desviación estándar (DE). Con el fin de estimar asociaciones se realizó un análisis bivariado, se tomó como variable dependiente el TDM y se relacionó con la edad, estado civil, estudios realizados, ocupación, estrato, tiempo de la cirugía, escala de Keele para dolor, problemas debido a la cirugía y apoyo social; además se calculó la razón de prevalencia (RP) con intervalos de confianza del 95%.

## Resultados

En total se evaluaron 80 mujeres con edades entre los 30-85 años, con un promedio 58.1 años, mediana de 59.5 y DE 13.7. Las características demográficas de la población de mujeres estudiadas se resumen en la tabla 1.

La prevalencia de TDM fue del 42.5%, (IC 95 % 31.68-53.3); se encontró que la prevalencia de TDM es mayor cuando hay problemas relacionados con la cirugía: 88.2%

**Tabla 1.** Características demográficas de la población

Característica	Pacientes	Porcentaje
Estado civil	Pareja inestable	39 48.8
	Pareja estable	41 51.3
Estudios realizados	Ninguno	6 7.5
	Primaria	35 43.0
	Bachillerato	22 27.5
	Superiores	17 21.3
Ocupación	Desempleado	19 23.8
	Empleado	61 76.2
Estrato	Bajo	28 35.0
	Medio	52 65.0
Tiempo desde la cirugía	< 6 mes	21 26.3
	6-12 meses	18 22.5
	13-24 meses	21 26.2
	> 24 meses	20 25.0

frente a 54.3% (RP 3.41; IC 95% 1.35-8.64,  $p = 0.0013$ ); y fue menor cuando hay presencia de apoyo social: 41.2% frente a 8.7% (RP 2.41; IC 95% 1.56-3.73,  $p = 0.0033$ ). No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre TDM y tiempo de la cirugía, edad de las pacientes, escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico y puntuación en la escala de Keele para el dolor (tabla 2).

## Discusión

La prevalencia de TDM fue del 42.5% en las mujeres con MRM sin reconstrucción, similar a la del estudio realizado por Lopera y cols en 50 pacientes, donde se encontró una prevalencia del 34% de TDM en mujeres con cáncer de mama que iban a ser sometidas a tratamiento quirúrgico.<sup>8</sup>

En el estudio se encontró que el TDM se relacionaba directamente con los problemas debido a la cirugía e indirectamente con el apoyo social. Además, no se encontró relación con la edad, escolaridad, tiempo de cirugía, nivel socioeconómico, estado civil, ocupación y la escala de Keele para el dolor.

En un estudio realizado por Vidal y cols a 75 pacientes,<sup>19</sup> se encontró que la presencia de TDM se relacionaba con el dolor, mientras que el apoyo social no tenía una asociación estadísticamente significativa con este trastorno, a diferencia de nuestro estudio que se encontró que el TDM no se relaciona con el grado de dolor y que el apoyo social disminuye la probabilidad de presentar TDM.

Hoy en día, no existen estudios que den información precisa acerca de la prevalencia real de los trastornos del estado de ánimo, como TDM, en mujeres con MRM sin reconstrucción y los factores relacionados con la aparición de este trastorno. Estos hallazgos nos permiten tener un acercamiento al diagnóstico y abordaje inicial de estos pacientes; que de acuerdo a los resultados de este estudio debería esperarse que cerca de la mitad de las mujeres con MRM sin reconstrucción, presentarían TDM en cualquier momento posterior a la cirugía, secundario a un sistema de apoyo social deficiente y los problemas relacionados con cirugía.<sup>14, 16</sup>

Para este tipo de pacientes con MRM sin modificación, recomendamos iniciar actividades o programas preventivos para el TDM y detectar los posibles casos en forma temprana para así iniciar tratamiento lo más rápido posible; además estimular el apoyo social e intervenir en los posibles problemas que se presentan después de la cirugía, buscando disminuir la prevalencia de TDM en estas pacientes.<sup>9, 14, 15</sup>

**Tabla 2.** Prevalencia de TDM según las variables dependientes. Análisis bivariado

Variable	TDM				RP	IC 95%	p
	Sí (n=34)		No (n=46)				
	n	%	n	%			
Problemas derivados de la cirugía	30	88.2	25	54.3	3.41	1.35 – 8.64	0.001
Apoyo familiar	14	41.2	4	8.7	2.41	1.56 – 3.73	<0.001
Pareja inestable	20	58.8	19	41.3	1.50	0.89 – 2.54	0.185
Desempleado	24	70.6	37	80.4	0.75	0.44 – 1.27	0.440
Nivel socioeconómico medio	22	64.7	30	65.2	0.99	0.58 – 1.68	0.849
Estudios realizados							
Ninguno	2	5.9	4	8.7	0.77	Referente	
Primaria	18	52.9	17	36.9	1.45	0.87 – 2.40	0.232
Bachillerato	10	29.4	12	26.1	1.10	0.63 – 1.91	0.933
Superior	4	11.8	13	28.2	0.49	0.20 – 1.21	0.131

Entre las limitantes encontradas en este estudio en primer lugar está el número reducido total de la muestra, lo que podría eventualmente ser diferente si se toman más pacientes o se hiciera un tipo de muestreo diferente; además no se determinó en estas pacientes la presencia de comorbilidades tales como trastorno de ansiedad y estrés postraumático, entidades clínicas que se presentan con frecuencia en pacientes con cáncer de mama;<sup>18,19</sup> tampoco se analizaron pacientes con diferentes tipos de mastectomía y el hecho de tener reconstrucción en la mastectomía versus no tenerla.

Se necesita continuar con más investigaciones en esta área e iniciar un programa estructurado para la prevención de TDM post MRM sin reconstrucción, ya que como se encontró en este estudio las mujeres sometidas a MRM sin reconstrucción en el área metropolitana de Bucaramanga presentan una alta prevalencia de TDM, que se correlaciona con la ausencia de apoyo social y los problemas derivados de intervención quirúrgica.

## Agradecimientos

A los Drs. Adriana Zableh, Jesús Insuasty, Carlos Mogollón, Javier Arias y Luis Héctor Hernández, por su colaboración y dedicación incondicional.

## Referencias

- Piñeros M, Murillo R. Incidencia de cáncer en Colombia: importancia de las fuentes de información en la obtención de cifras estimativas. Instituto Nacional de Cancerología. Rev Colomb Cancer 2004; 8:5-14.
- Kroll SS, Ames F, Singletary SE. The oncologic risks of skin preservation at mastectomy when combined with immediate reconstruction of the breast. Surg Gynecol Obstet 1991; 172:17-20.
- Corrol J, Mustoe T. Controversy in breast reconstruction surgical. Clin North Am 1996; 76:155-200.
- Sala V. La interconsulta psiquiátrica y psicológica en pacientes con cáncer. Rev Colomb Psiquiatr 2003; 32:225-36.
- Sala V. Depresión y cáncer una apreciación psicoinmunológica de los depresivos en los pacientes con cáncer. Rev Clín Psiquiatr 1998; 7:209-18.
- Posada JA, Aguilar SA, Magaña CG, Gómez CL. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. Rev Colomb Psiquiatr 2004; 33:241-62.
- Singletary E. Skin sparing mastectomy with immediate breast reconstruction: The M.D. Anderson Center experience. Ann Surg Oncol 1996; 3:411-6.
- Fox B. Current theory of psychogenic effects on cancer inside and progression. Psychosomatics 1991; 2:124-31.
- Schou I, Ekeberg O, Ruland C, Sándvik L, Karesen R. Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. Psychooncology 2004; 13:309-20.
- Kissane D, Grabsch B, Love A, Clarke DM, Bloch S, Smith G. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. Austr NZ J Psychiatry. 2004; 38:320-6.
- Palinkas L, Wingand D, Bannet E. Chronic illness and depressive symptoms in the elderly a population based study. J Clin Epidemiol 1990; 43:1131-41.
- Vidal M, López T. La depresión en la consulta psicológica. Rev Argent Clin Neuropsiquiatr 2001; 9:20-30.
- First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams JB, Benjamín L. Entrevista clínica estructurada para los diagnósticos del eje I del DSM-IV, versión clínica SCID. Washington, American Psychiatric Press, 1977.
- Know W, Jackson J, Weir L, Dingee C. Chronic arm morbidity after curative breast cancer treatment: prevalence and impact on quality of life. J Clin Oncol 2002; 20:4242-8.
- Bower J, Ganz P, Desmond K. Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. Cancer 2006; 106:751-8.
- Hack T, Cohen L, Katz J, Robson L. Physical and psychological morbidity after axillary lymph node dissection for breast cancer. J Clin Oncol 1999; 17:143-9.
- Dean D, Coloumbier D, Brebdel K, Smith D. Epi Info 6.04c. A word processing, database, and statistic program for public health. Center for Disease Control and Prevention (Atlanta, USA) and World Health Organization (Geneva, Switzerland) 1997.
- Lopera R. Prevalencia de depresión en pacientes con cáncer de seno que van a ser sometidas a tratamiento en el instituto nacional de cancerología. XLII Congreso Nacional de Psiquiatría 2003.
- Vidal M, López B. La depresión en Cáncer de mama. Rev Argent Clin Neuro Psiquiatr 1999; 8:141-56.