

Nivel de depresión en el cuidador primario del paciente con cáncer

Christian Hugo Carreón-Nieto,¹ Erika Pérez Negrón-Mata,² Virginia Elizabeth Olague-Urincho²

¹Unidad de Medicina Familiar/Unidad Médica de Atención Ambulatoria 75, Instituto Mexicano del Seguro Social. ²Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Morelia, Michoacán, México

Palabras clave:

Cuidadores, psicología
Depresión, psicología
Neoplasias

Resumen

Introducción: el cáncer constituye una de las principales causas de muerte a nivel mundial y frecuentemente genera situaciones de dependencia y cuidado; las repercusiones de esta enfermedad en el cuidador del paciente han sido poco estudiadas.

Objetivo: determinar el nivel de depresión en el cuidador primario del paciente con cáncer en un servicio de oncología del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Metodología: se les realizó una encuesta a 113 cuidadores de pacientes con cáncer y 113 familiares de este tipo de pacientes mediante un cuestionario de autoaplicación de la escala de depresión de Zung. El análisis estadístico se realizó con el paquete SSPS, v. 18; se emplearon estadísticos descriptivos para estimar la frecuencia de los casos con y sin depresión; para analizar la diferencia entre los grupos se utilizó χ^2 y se calculó el riesgo relativo asociado a presentar depresión cuando se es familiar de un paciente con cáncer.

Resultados: en el grupo de cuidadores de pacientes con cáncer, el 13.3 % presentó depresión leve; y en el grupo control depresión leve el 18.6 % y depresión moderada el 0.9 %. No se encontró diferencia entre los grupos ($p = 0.519$) y tampoco un aumento del riesgo asociado a la exposición del factor de estudio $RR = 0.6$ (IC 95 % : 0.125-2.87).

Conclusiones: en ambos grupos encontramos una frecuencia mayor de la prevalencia de depresión (de 9.2 %) en México. La frecuencia de los síntomas depresivos fue mayor en el grupo control, quizás porque los familiares de pacientes con cáncer encuentran aspectos positivos en el cuidado.

Keywords:

Caregivers, psychology
Depression, psychology
Neoplasms

Abstract

Introduction: Cancer is one of the leading causes of death worldwide and frequently generates situations of dependency and care for others; the impact on the patient's primary caregiver has been barely studied.

Objective: To determine the level of depression in the patient's primary caregiver with cancer in a service of oncology of the Instituto Mexicano del Seguro Social.

Methodology: It was carried out a survey with 108 caregivers of patients with cancer and 108 relatives (of these patients) through the Zung Self-Rating Depression Scale. For the statistical analysis we used the Windows package SSPS, version 18. Descriptive statistics were used to estimate the frequency of cases with and without depression. To analyze the difference between groups, we used χ^2 and the relative risk (RR) associated to depression was calculated when the caregiver was relative of a cancer patient.

Results: In the group of caregivers of patients with cancer 13.3 % had mild depression; in the control group, 18.6 % had mild depression and 0.9 % moderate depression. We did not found a difference between groups ($p = 0.519$). The RR was 0.6 (95 % C : 0.125-2.87).

Conclusions: In both groups we found a higher frequency than the prevalence of depression (of 9.2 %) in Mexico. The frequency of depressive symptoms was higher in the control group, probably because family members of cancer patients manage to find something positive in the act of caregiving.

Correspondencia:

Christian Hugo Carreón Nieto

Correo electrónico:

chcn0177@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 15/11/2013

Fecha de aceptación: 30/03/2014

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que el número anual de defunciones debidas al cáncer se incrementará de 7.6 millones en 2008 a 13 millones en 2030.¹ En México, con base en el informe del Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad de 2010 del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), los tumores malignos representan la tercera causa de mortalidad general, solo después de las enfermedades del corazón y la diabetes mellitus.² Por otra parte, los trastornos depresivos también son un problema de salud pública; según lo referido a nivel nacional, el 9.2 % de la población ha padecido un episodio de depresión, es decir, una de cada cinco personas sufrirá un episodio antes de llegar a los 75 años, mientras que en la población joven se presentan tasas mayores.³

A pesar de los avances en el tratamiento del cáncer, un número significativo de pacientes alcanza las etapas terminales de la enfermedad después de un proceso largo y extenuante; estos pacientes generan condiciones de dependencia, por lo que la mayoría de las veces requieren que un miembro de la familia asuma las tareas relacionadas con la asistencia a las incapacidades que genera su enfermedad. El cuidador principal o primario es percibido por los otros miembros de la familia como el responsable del cuidado del enfermo sin haber llegado a un acuerdo explícito de forma previa, pues no percibe remuneración económica por sus tareas, pero sí asume todas las responsabilidades que estas conllevan.⁴

El cuidador principal suele definirse como aquel individuo que dedica la mayor parte del tiempo, medido en número de horas al día al cuidado del enfermo, y que ha realizado las tareas de cuidado durante un mínimo de seis semanas.⁵ Esto pone al cuidador en una situación de duelo anticipado, lo cual supone estar esperando la muerte del otro ser humano y anticipando su pérdida. Entre las consecuencias esperadas está la afectación tanto al sistema como a la dinámica familiar. Se dice que esto une a algunas familias y a otras las divide, pero todas son afectadas por la nueva situación. Se cambian las rutinas diarias, los planes para el futuro, así como los pensamientos y sentimientos profundos sobre uno mismo y los demás.⁶ Al respecto, se reportan las consecuencias negativas en los cuidadores principales que han realizado esta labor por periodos prolongados; las familias con recursos escasos o que no se encuentran preparadas para asumir

el complicado rol de cuidador son las que pueden verse afectadas más severamente.⁷

Los efectos negativos en los cuidadores se observan especialmente durante la etapa final de la enfermedad, en la que los pacientes y el personal de salud pueden experimentar trastornos afectivos como ansiedad, depresión, impotencia, miedo a la muerte, dolor, sensación de injusticia, deterioro y disrupción de la vida diaria.^{8,9} Habitualmente, las investigaciones sobre los trastornos de la conducta y el estado de ánimo se centran en el paciente con cáncer o en el personal de salud, con lo cual se relega a la familia y al cuidador a un segundo plano.¹⁰

Los estados de ansiedad y depresión reportados en el personal sanitario resultan variables. En España se evidenció una tendencia de depresión y ansiedad en el personal de salud al cuidado de pacientes con cáncer terminal en unidades de cuidados paliativos.¹¹ En otra investigación se encontró que el 36.4 % de los médicos familiares presentaron un puntaje alto en la subescala de ansiedad y 9.2 % para la subescala de depresión de un instrumento diseñado para detectar ansiedad y depresión.¹² Payne reporta que 84 % del personal de salud presentó niveles significativos de estrés en relación con la responsabilidad durante la jornada laboral en un centro de cuidados paliativos,⁷ al igual que la presencia de un alto número de necesidades insatisfechas, primordialmente de tipo emocional y psicológico, por parte del personal de salud y también de los cuidadores. Uno de cada dos cuidadores presentó niveles altos de ansiedad y uno de cada cuatro, niveles altos de depresión.¹³

A pesar de lo reportado sobre las consecuencias derivadas de la atención y el cuidado del paciente con cáncer, principalmente por parte del personal de salud, es necesario investigar más en relación con las repercusiones en el cuidador del sistema familiar, debido a que son pocas las investigaciones enfocadas en este personaje.

Metodología

Se realizó un estudio transversal comparativo en la Unidad de Medicina Familiar 75, con Unidad Médica de Atención Ambulatoria, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia, Michoacán, México. Esta tiene una población adscrita, hasta noviembre de 2012, de 152,569 derechohabientes. De enero a noviembre de 2012, en el servicio de Oncología se dio atención de primera vez y subsecuente a un promedio de 150 pacientes por mes.

El criterio para seleccionar a los participantes consistió en que fueran familiares y cuidadores de los pacientes con cáncer que acuden a la unidad y que desearan participar de forma voluntaria en el estudio. Previa lectura y firma del consentimiento informado, se les entregó el instrumento y se dieron las indicaciones sobre cómo responderlo. Se excluyeron los cuestionarios mal llenados o incompletos.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la fórmula del tamaño de muestra para una proporción^{14,15}, con un nivel de confianza de 95 %; esto dio como resultado una muestra de 113 participantes para el grupo de cuidadores y 113 para el grupo de familiares, lo cual representa el 72 % de los familiares y cuidadores que acuden a la unidad mensualmente.

Se utilizó la escala de depresión de Zung¹⁶ (Self-Rating Depression Scale, 1965), que es autoadministrada y que consiste en 20 preguntas que exploran síntomas relacionados con episodios depresivos en el transcurso de las dos últimas semanas. Cada pregunta tiene cuatro opciones de respuesta que van de 1 (muy pocas veces) a 4 (la mayoría de las veces); la suma de los 20 reactivos da como resultado un rango de puntuación de 25 a 100 puntos, lo que nos permite identificar el nivel de depresión de acuerdo con los siguientes puntos de corte: entre 25 y 49, rango normal (sin depresión); entre 50 y 59, depresión leve; entre 60 y 69, depresión moderada; y ≥ 70 depresión severa.

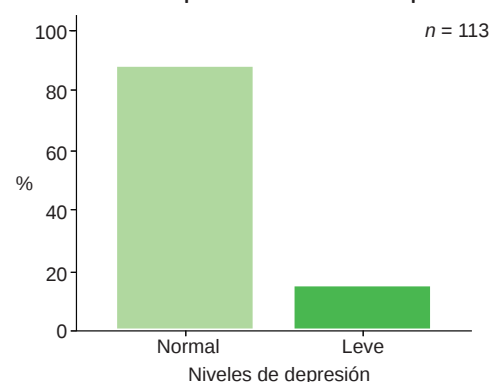
El análisis estadístico fue realizado con el paquete SPSS para Windows, versión 18. Se utilizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y para los niveles de depresión encontrados en los participantes del estudio; se realizó análisis de correlación entre los niveles de depresión y las variables sociodemográficas.

Resultados

En el grupo de cuidadores de pacientes con cáncer encontramos una puntuación promedio de 41.7 puntos ($DE \pm 8.3$), lo que se traduce como prueba normal o sin depresión; en este grupo, 98 de los participantes (86.7 %) presentaron 49 o menos puntos (normal), mientras que 15 de ellos (13.3 %) presentaron puntuación mayor de 50, pero menor a 59 (depresión leve) (figura 1).

En el grupo control, la puntuación promedio fue de 43 ($DE \pm 8.3$) puntos. En este grupo, 91 de los participantes (80.5 %) tuvieron 49 o menos puntos (normal), 21 (18.6 %) de 50 a 59 (depresión leve) y 1 (0.9 %) presentó de 60 a 69 puntos (depresión moderada) (figura 2).

Figura 1. Presencia de depresión en cuidadores de pacientes con cáncer



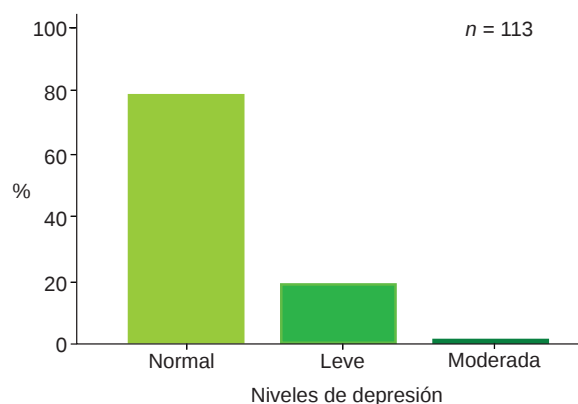
*Fuente: Escala de depresión de Zung¹⁶ (Self-Rating Depression Scale)

Al analizar la diferencia entre los grupos mediante χ^2 no se encontró ($p = 0.519$), por lo que asumimos que no existe diferencia asociada a la exposición del factor de estudio, que es tener un familiar con cáncer. Al estimar el riesgo relativo tampoco encontramos un aumento del riesgo asociado a la exposición del factor de estudio $RR = 0.60$ (IC 95 % : 0.125-2.87).

Discusión y conclusiones

En el presente estudio se encontró que en el caso de los familiares de pacientes con cáncer, el 18.6 % presentó depresión leve. En ambos grupos encontramos una frecuencia por arriba de la prevalencia de depresión en México, que es de 9.2 % de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada entre 2001 y 2002.¹⁷

Figura 2. Nivel de depresión en familiares de pacientes con cáncer



Fuente: Escala de depresión de Zung¹⁶ (Self-Rating Depression Scale)

En cuanto a la estimación del riesgo se encontró, de forma paradójica, que la frecuencia de los síntomas depresivos fue mayor en el grupo control, y al estimar el riesgo, encontramos que ser familiar de un paciente con cáncer no se asocia con un factor de riesgo, sino con un factor de protección debido a que el riesgo relativo es menor a la unidad. Esto nos hace considerar las aseveraciones del psiquiatra Víctor Frankl, que considera que es posible encontrar sentido a la vida en todo tipo de circunstancias, incluso en las adversas,¹⁸ por lo que, en con-

cordancia con otros estudios, los cuidadores de familiares con cáncer pueden experimentar elementos positivos en el cuidado cuando afrontan la situación positivamente y buscan un sentido que les ayuda a manejar mejor su estrés.¹⁹ De acuerdo con lo anterior, probablemente el nuevo ajuste y adaptación de los familiares de pacientes con cáncer los haga más conscientes de la susceptibilidad del ser humano de enfermar y morir, lo cual seguramente les ayuda a encontrar su propio sentido de la vida, que les hace apreciar mejor su estado de salud física y mental.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. [En línea] http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf [Consultado 10/12/2012].
2. Secretaría de Salud (México). Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Panorama Epidemiológico y Estadístico de la Mortalidad en México 2010. [En línea] http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/A_Morta_%202010_FINAL_Junio%202012.pdf [Consultado 10/12/2012].
3. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Ment.* 2012;35(1):3-11. [En línea] <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v35n1/v35n1a2.pdf> [Consultado 12/12/2012].
4. Cameron JL, Shin JL, Williams D, Stewart DE. A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *J Psychosom Res.* 2004;57(2):137-43.
5. Dwyer JW, Lee GR, Jankowski TB. Reciprocity, elder satisfaction, and caregiver stress and burden: The exchange of aid in the family caregiving. *J Marriage Fam.* 1994;56(1):35-43.
6. Weitzner MA, Jacobsen PB, Wagner H Jr, Friedland J, Cox C. The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Qual Life Res.* 1999;8(1-2):55-63.
7. Payne S, Smith P, Dean S. Identifying the concerns of informal carers in palliative care. *Palliat Med.* 1999;13(1):37-44.
8. Given B, Given CW. Patient and family caregiver reaction to new and recurrent breast cancer. *J Am Med Womens Assoc.* 1992;47(5):201-6.
9. Northouse LL, Laten D, Reddy P. Adjustment of women and their husbands to recurrent breast cancer. *Res Nurs Health.* 1995;18(6):515-24.
10. Toseland RW, Blanchard CG, McCallion P. A problem solving intervention for caregivers of cancer patients. *Soc Sci Med.* 1995;40(4):517-28.
11. Molina Linde JM, Romero Coteló J, Romero Rodríguez Y, Rodríguez Sañudo RM, Gálvez Mateos R. Alteraciones emocionales en el cuidador del enfermo oncológico terminal. *Med Palliat.* 2005;12(2):83-87.
12. Rodríguez Vega B, Ortiz Villalobos A, Palao Tarrero A, Avedillo C, Sánchez Cabeza A, Chinchilla C. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *Eur J Psychiat.* 2002;16(1):27-38. [En línea] <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v16n1/original3.pdf> [Consultado 20/12/2012].
13. Font A, Buscemi V, Viladrich C. Focus on relationship between the caregivers unmet needs and other caregiving outcomes in cancer palliative care. *Psicooncología.* 2010;7(1):109-125. [En línea] <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC1010120109A/15101> [Consultado 19/12/2012].
14. Fuentelsaz Gallego C. Cálculo del tamaño de la muestra. *Matronas Prof.* 2004;5(18):5-13. [En línea] <http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/339/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/0e77rglan> [Consultado 19/12/2012].
15. Morales Vallejo P. Estadística aplicada a las Ciencias Sociales. Tamaño necesario de la muestra: ¿Cuántos sujetos necesitamos? [En línea] <http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%F1oMuestra.pdf> [Consultado 11/12/2012].
16. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1965;12:63-70. [En línea] <http://healthnet.umassmed.edu/mhealth/ZungSelfRatedDepressionScale.pdf> [Consultado 11/12/2012].
17. Medina Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med.* 2005;35(12):1773-83.
18. Frankl VE. El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano. Barcelona: Paidós Ibérica; 1999.
19. López J, Rodríguez MI. La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer. *Psicooncología.* 2007;4(1):111-120. [En línea] <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707120111A/15753> pdf [Consultado 16/12/2012].

Cómo citar este artículo:

Carreón-Nieto CH, Pérez Negrón-Mata E, Olague-Uríncho VE. Nivel de depresión en el cuidador primario del paciente con cáncer. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2014;22(3):131-4