

Ansiedad y depresión relacionadas con presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal

Anxiety and depression related to the presence and intensity of physical symptoms in patients with terminal cancer

Edgar Landa Ramírez¹, Ivonne Nalliely Pérez Sánchez¹,
Sofía Sánchez Román² y Alfredo Covarrubias Gómez²

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre la ansiedad, la depresión y la presencia e intensidad de síntomas físicos referidos por pacientes con cáncer terminal. Se llevó a cabo un estudio no experimental, correlacional y transversal en pacientes que acudían por primera vez a la consulta de cuidados paliativos. Se encontraron relaciones débiles, pero estadísticamente significativas, entre depresión y síntomas físicos. De igual modo, en el caso de la ansiedad, hubo el mismo tipo de relaciones con los síntomas físicos. Se concluye que existe una relación entre la ansiedad y la depresión con la presencia e intensidad de los síntomas físicos, y se discuten los posibles mecanismos involucrados.

Palabras clave: Cuidados paliativos; Cáncer terminal; Estados de ánimo; Síntomas físicos; Estudio *ex post facto*.

ABSTRACT

The aim of the present study was to assess the relationship between anxiety, depression and the presence and intensity of the burden caused by physical symptoms in terminal cancer patients. A cross-sectional analysis of patients undergoing first-time palliative care consultation revealed a low but statistically significant relationship between depression and the burden caused by physical symptoms, as well as between anxiety and this burden. It is concluded that there is a relationship between anxiety, depression and the presence and intensity of physical symptoms. Some possible mechanisms involved in this association are discussed.

Key words: Palliative care; Terminal cancer; Emotional mood; Physical symptoms; Burden; Ex post facto study.

Comúnmente, el concepto de cáncer *terminal* es utilizado para referirse a todos aquellos cánceres que ya no se pueden tratar curativamente y a los cuales solo se les aborda con fines de control de síntomas, mientras en forma paralela se deja que la enfermedad evolucione libremente hasta el fallecimiento del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2007).

¹ Universidad Nacional Autónoma de México. Av. Universidad 3114, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 04510 México D.F., México, tel. (55)56-22-23-32, correo electrónico: edgar_landa_ramirez@yahoo.com.mx. Artículo recibido el 15 de febrero y aceptado el 7 de mayo de 2013.

² Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Vasco de Quiroga 15, Sección XVI, 14000 México, D.F., tel. (55)54-87-09-00.

Las personas que padecen cáncer terminal experimentan una gran cantidad de síntomas físicos desagradables en los últimos meses de su vida; se ha encontrado que la fatiga, el dolor, la falta de energía y la pérdida de apetito aparecen en más de la mitad de los pacientes (Teunissen, Wesker et al., 2007), y que la depresión y la ansiedad son los problemas emocionales más comunes, con rangos de prevalencia que van de 16 a 40%, y de 7 a 48%, respectivamente, con intensidades que van de moderadas a graves (Hotopf, Chidgey, Addington-Hallm y Ly, 2002; Laugsand et al., 2009; Mitchell, Meader y Symonds, 2010; Spencer, Nilsson, Wright, Pirl y Prigerson, 2010).

Recientemente se ha reportado que los pacientes con cáncer terminal que muestran ansiedad y depresión sufren síntomas físicos desagradables con mayor frecuencia e intensidad que aquellos en quienes están ausentes tales problemas emocionales. Lloyd-Williams, Dennis y Taylor (2004) reportaron una asociación entre la depresión y la presencia de dolor, inmovilidad y cansancio; Chen y Chang (2004), con insomnio, dolor, anorexia, fatiga y úlceras por presión, y Delgado-Guay, Parsons, Li, Palmer y Bruera (2009), con somnolencia, náusea, dolor, disnea, pérdida de apetito y pérdida del bienestar, así como una mayor intensidad en los síntomas de somnolencia, fatiga y pérdida del bienestar. En el caso de la ansiedad, se ha asociado con náusea y disnea, y con una mayor intensidad en los síntomas de dolor, fatiga, pérdida de apetito y bienestar percibido. Sin embargo, Kai-hoi, Wong, Lo y Woo (2000) y Teunissen, de Graeff, Voest y de Haes (2007) realizaron estudios similares a los anteriores, sin que sus resultados revelaran una asociación de los niveles de ansiedad con depresión y frecuencia de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal.

Algunas de las razones que podrían explicar la razón de que no haya datos consistentes en las investigaciones previamente mencionadas son la manera en que se definen y miden los conceptos de ansiedad y depresión, la selección de participantes (en algunos casos los pacientes estaban recibiendo quimioterapia, mientras que en otros estaban bajo control de síntomas), su grado de funcionalidad, la diferencias culturales, las variables utilizadas (en algunos trabajos no se correlacionó la ansiedad), los diseños de los distintos estudios

que los han evaluado, el método utilizado para evaluarlos (instrumentos o preguntas directas) y las variaciones de los instrumentos aplicados en distintos países y sus distintos puntos de corte (Waste-son et al., 2009).

Es así que parece relevante generar más investigaciones en el área que contribuyan a describir la relación entre los estados de ánimo ansioso y deprimido con el informe e intensidad de los síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal, en las que se homologuen, en la medida de lo posible, las variables evaluadas. Por tal razón, el objetivo del presente trabajo fue analizar la relación entre el estado de ánimo ansioso y depresivo con la ocurrencia e intensidad de los síntomas físicos referidos por pacientes con cáncer terminal. De igual manera, como un objetivo específico, se presenta un análisis de los datos obtenidos cuando se homologan los criterios de puntaje de corte mundial para la depresión y la ansiedad por medio de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS, por sus siglas en inglés), evaluando así si son estos los que ocasionan los diferentes resultados obtenidos hasta ahora.

MÉTODO

Participantes

Participaron 96 pacientes con diagnóstico de cáncer terminal y que recibían por primera vez cuidados paliativos en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ). Los criterios de inclusión fueron que los pacientes fueran paliativos debido al cáncer terminal, que recibieran tratamiento por primera vez en el servicio correspondiente y que hubiesen aceptado participar en la investigación. Los criterios de exclusión fueron que los pacientes no sufrieran cáncer terminal, se negaran a participar en la investigación y tuvieran un marcado deterioro físico o cognitivo que les impidiera contestar las pruebas. Tanto a los pacientes como a sus cuidadores primarios se les explicó el objetivo de la investigación, y a aquellos que aceptaron participar se les solicitó que firmaran un consentimiento informado. En total, 59 pacientes concluyeron las evaluaciones (no así 37 debido a problemas fisi-

cos, emocionales o cognitivos), con quienes se llevó a cabo el análisis de los datos.

Instrumentos

Los datos médicos y sociodemográficos se obtuvieron por medio de una entrevista realizada *ex profeso* y el expediente médico clínico. A continuación se hace una descripción de los instrumentos utilizados:

Edmonton Symptom Assess System (ESAS).

Se usa para evaluar los principales síntomas que se presentan en los pacientes paliativos, así como la intensidad de los mismos (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler y Macmillan, 1991; Chang, Hwang y Feuerrman, 2000). En el INCMNSZ se utiliza una versión que evalúa diez síntomas: dolor, debilidad, anorexia, depresión, ansiedad, somnolencia, disnea, náusea, problemas bucales e insomnio; la intensidad de cada síntoma se evalúa por medio de una escala numérica que va de 0 (ausencia del síntoma) a 10 (la peor gravedad posible). A pesar de su constante uso clínico, no existe un trabajo en el que se reporte la validez y confiabilidad de dicha prueba en población mexicana.

Test Miniexamen Cognoscitivo Minimental.

Es una escala estructurada que se utiliza para detectar el avance o progreso de trastornos cognitivos asociados a enfermedades crónicas por medio de la evaluación de cinco áreas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje (Folstein, Folstein y McHugh, 1975). Existe una versión adaptada al castellano cuya sensibilidad es de 89.8% y una especificidad de 75.1%. El punto de corte es de 24/35 para pacientes geriátricos mayores de 65 años, y de 28/35 para pacientes no geriátricos, menores de esa edad. Cuando los puntajes son menores a los especificados, se considera que el paciente sufre alteraciones cognitivas. En este estudio, el Minimental se usó con fines de selección de la población (Lobo et al., 1999).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Esta escala se usa para evaluar el estado de ánimo ansioso o deprimido en pacientes en cuidados paliativos; aunque actualmente su uso ha sido cuestionado debido al tiempo que toma contestar el instrumento, las respuestas inversas que aumentan la complejidad de calificación y la

entremezcla de los reactivos de ansiedad y depresión que hacen más difícil identificar las puntuaciones, la HADS sigue siendo uno de los instrumentos que más se utilizan en esta área (Lloyd-Williams, Friedman y Rudd, 2001; Mitchell et al., 2010; Zigmond y Snaith, 1983). Consta de 14 reactivos (siete para ansiedad y siete para depresión). En México, se ha realizado la adaptación y validación de esta escala, obteniendo un punto de corte de 7 para depresión y de 8 para ansiedad, con un coeficiente satisfactorio de Cronbach de .86 (López-Alvarenga et al., 2002).

Diseño

El presente fue un estudio no experimental, correlacional transversal, el cual fue aprobado para su realización por el comité de ética del INCMNSZ y tuvo una duración de un año.

Procedimiento

A través de preguntas a los cuidadores primarios o al paciente, se recolectaron los datos sociodemográficos. Se continuó con la aplicación del test Minimental; si el paciente presentaba una puntuación menor a 24 o 28 según la edad, la entrevista psicológica concluía ya que el autoinforme sería poco confiable para contestar la HADS. En los casos de los pacientes que no mostraron disminución cognitiva, se aplicó dicha escala. El tipo de aplicación de la misma (autoaplicada o heteroaplicada) dependió de las condiciones físicas del paciente.

Terminada la evaluación psicológica, los médicos realizaron la evaluación del informe de síntomas por medio del ESAS, así como la evolución de la enfermedad. En su mayoría, las evaluaciones se llevaron a cabo en un espacio de la consulta externa de cuidados paliativos, aunque en algunos casos se hicieron en el área de hospitalización o de urgencias del INCMNSZ.

Análisis estadísticos

Se utilizó la prueba chi cuadrada para evaluar la relación entre las variables ansiedad, depresión y presencia de síntomas físicos. Dado que la tabla de tabulación fue de 2 x 2, se aplicaron los coefi-

cientes de Phi y V de Cramer (Φ) para evaluar la fuerza de la relación entre las variables mencionadas. De igual forma, se aplicó el coeficiente de correlación ρ de Spearman para las variables ansiedad, depresión e intensidad de síntomas físicos. Se utilizó estadística descriptiva para la ansiedad y depresión, y un nivel de significancia de $p < 0.05$.

RESULTADOS

A continuación se presentan las principales características sociodemográficas y de salud de los pacientes evaluados: 63% eran mujeres; la edad promedio fue de 61 años (con un rango de 18-88). De los pacientes, 18.6% no conocían su diagnóstico y 35.6% ignoraban su pronóstico. Los síntomas físicos presentados con mayor frecuencia e intensidad fueron la debilidad y el dolor. Finalmente, los principales tipos de cáncer terminal que padecían fueron el cáncer hematológico, el cáncer de estómago y el cáncer de hígado (Tabla 1).

La depresión se relacionó con la mayor presencia de cuatro síntomas: dolor ($\chi^2 = 4.704$, $p < .03$), ansiedad ($\chi^2 = 4.144$, $p < .04$), náusea ($\chi^2 = 6.748$, $p < .009$) y anorexia ($\chi^2 = 10.210$, $p < .001$). En el caso de todos los síntomas que se asociaron, la relación fue débil pero estadísticamente significativa: dolor ($\Phi = .282$, $p < .03$), ansiedad ($\Phi = .265$, $p < .04$), náusea ($\Phi = .338$, $p < .009$) y anorexia ($\Phi = .416$, $p < .001$) (Tabla 2).

Tabla 1. Características generales de los pacientes.

Características sociodemográficas y de salud	N	%
<i>Sexo</i>		
Femenino	37	62.7
Masculino	22	37.3
<i>Estado civil</i>		
Solteros	27	46.0
En una relación	32	54.0
<i>Escolaridad</i>		
Sin estudios	8	13.6
Básica	32	54.2
Media superior	8	13.6
Superior	11	18.7
<i>Conocimiento del diagnóstico</i>		
Sí	48	81.4
No	11	18.6
<i>Conocimiento del pronóstico</i>		
Sí	38	62.3
No	21	35.6
<i>Tipos de cáncer</i>		
Hematológico (leucemia y mielomas)	10	16.9
Cáncer de estómago	8	13.6
Cáncer de hígado	7	11.9
Cáncer de páncreas	6	10.9
<i>Síntomas físicos</i>		
Debilidad	52	88.1
Dolor	42	71.2
Somnolencia	39	66.1
Anorexia	36	61.0
Ansiedad	33	55.9

Tabla 2. Relación de depresión y presencia de síntomas físicos.

Síntomas	g.l.	Tamaño de la muestra	Valor de χ^2	Φ
Dolor	1	59	4.704*	.282*
Debilidad	1	59	2.263	.196
Depresión	1	59	1.662	.168
Ansiedad	1	59	4.144*	.265*
Somnolencia	1	59	.842	.119
Disnea	1	59	.962	.128
Náusea	1	59	6.748*	.338*
Problemas bucales	1	59	3.463	.242
Insomnio	1	59	3.788	.253
Anorexia	1	59	10.210**	.416**

* $p < .05$; ** $p < .001$

La ansiedad se relacionó con la presencia de dos síntomas del ESAS: anorexia ($\chi^2 = 5.603$, $p < .01$) y ansiedad ($\chi^2 = 5.968$, $p < .01$). Las relaciones fue-

ron estadísticamente significativas pero débiles: ansiedad ($\Phi = .318$, $p < .01$) y náusea ($\Phi = .308$, $p < .01$) (Tabla 3).

Tabla 3. Relación de ansiedad y presencia de síntomas físicos.

Síntomas	g.l.	Tamaño de la muestra	Valor de χ^2	Φ y V
Dolor	1	59	2.910	.222
Debilidad	1	59	4.820	.090
Depresión	1	59	2.518	.207
Ansiedad	1	59	5.968*	.318*
Somnolencia	1	59	2.572	-.209
Disnea	1	59	0.160	.017
Náusea	1	59	2.198	.193
Problemas bucales	1	59	.407	.083
Insomnio	1	59	2.064	.187
Anorexia	1	59	5.603*	.308*

* p < .05

Se encontró que la sintomatología depresiva correlacionó con la intensidad de seis síntomas: dolor ($rs = .331$, $p < 0.01$), debilidad ($rs = .407$, $p < .001$), ansiedad ($rs = .375$, $p < 0.003$), náusea ($rs = .402$, $p < 0.002$), problemas bucales ($rs = .333$, $p < 0.01$), insomnio ($rs = .257$, $p < 0.04$) y anorexia ($rs = .388$, $p < 0.002$). Si bien se obtuvieron correlaciones positivas débiles; los síntomas de náusea y debilidad estuvieron cerca de tener correlaciones po-

sitivas medias. Cuando se examinó la correlación entre ansiedad y la intensidad de síntomas físicos, se encontró que había con dolor ($rs = .310$, $p < 0.01$), depresión ($rs = .309$, $p < 0.01$), ansiedad ($rs = .487$, $p < .001$), náuseas ($rs = .282$, $p < 0.03$) y anorexia ($rs = .318$, $p < 0.01$). De igual manera, se obtuvieron correlaciones positivas débiles (Tabla 4).

Tabla 4. Relación entre ansiedad, depresión e intensidad de síntomas físicos (*Rho* de Spearman).

		Dolor	Debilidad	Depresión	Ansiedad	Somnolencia	Disnea	Náusea	Problemas Bucales	Insomnio	Anorexia
Depresión	Coefficiente correlación	.331**	.407***	.229	.375**	.146	.167	.402**	.333**	.257*	.388**
	Sig. (bilateral)	.010	.001	.081	.003	.270	.207	.002	.010	.049	.002
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59
Ansiedad	Coefficiente correlación	.310**	.207	.309**	.487***	-.149	.019	.282*	.240	.170	.318**
	Sig. (bilateral)	.017	.115	.017	.001	.259	.884	.030	.067	.199	.014
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59

*p < .05; **p < .01; ***p < .001

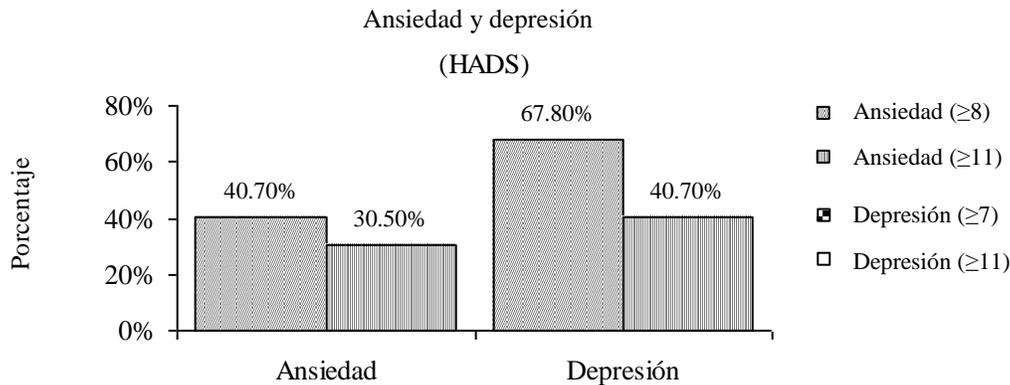
Con la finalidad de evaluar si los puntos de corte de la HADS eran la razón por la cual algunos estudios habían encontrado relaciones entre ansiedad, depresión y síntomas físicos y no así otros, se realizaron los mismos análisis anteriormente presentados, pero homogeneizando el puntaje de las investigaciones internacionales que han utilizado la HADS para evaluar ansiedad y depresión, que es ≥ 11 (Chen y Chang 2004; Kai-hoi et al., 2000; Teunissen et al., 2007).

Cuando se midió la ansiedad y depresión por medio del puntaje adaptado a México de la HADS, se encontró 40.7% en ansiedad y 67.8% en depresión. Ahora bien, cuando se midió por medio del puntaje internacional, los porcentajes disminuyeron, siendo de 30.5% en ansiedad y de 40.7% en depresión (Figura 1). Sin embargo, la depresión (≥ 11) se relacionó con la presencia de tres síntomas: náusea ($\chi^2 = 9.443$, $p < .002$), insomnio ($\chi^2 = 6.369$, $p < .012$) y anorexia ($\chi^2 = 8.471$, $p < .04$).

De igual forma, la relación fue débil pero estadísticamente significativa: náusea ($\Phi = .400$, $p < .002$), insomnio ($\Phi = .329$, $p < .012$) y anorexia ($\Phi = .379$, $p < .004$). La ansiedad (≥ 11) se relacionó con la presencia de tres síntomas físicos: depresión ($\chi^2 = 5.783$,

$p < .016$), ansiedad ($\chi^2 = 7.890$, $p < .005$) y anorexia ($\chi^2 = 5.423$, $p < .02$). Una vez más, la relación fue débil pero estadísticamente significativa: depresión ($\Phi = .313$, $p < .016$); ansiedad ($\Phi = .366$, $p < .005$) y anorexia ($\Phi = 5.423$, $p < .02$).

Figura 1. Porcentaje de ansiedad y depresión evaluado por medio de la HADS en punto de corte nacional e internacional.



Respecto a la relación entre la puntuación obtenida en depresión y la intensidad de síntomas físicos reportada en el ESAS, se encontró que correlacionaron con nueve síntomas: debilidad ($r_s = .332$, $p < .01$), depresión ($r_s = .262$, $p < .05$), ansiedad ($r_s = .309$, $p < 0.01$), somnolencia ($r_s = .280$, $p < .03$), disnea ($r_s = .264$, $p < .03$), náusea ($r_s = .438$, $p < 0.001$), problemas bucales ($r_s = .371$, $p < 0.04$), insomnio ($r_s = .288$, $p < 0.02$) y anorexia ($r_s = .329$, $p < 0.01$). De nueva cuenta, se obtuvieron correlaciones positivas débiles, aunque el síntoma de náusea estuvo cerca de tener correlaciones positivas medias. Cuando se examinó la relación entre la puntuación obtenida en ansiedad y la intensidad de síntomas físicos reportada en el ESAS, se halló que correlacionaron con seis síntomas: debilidad ($r_s = .274$, $p < 0.03$), depresión ($r_s = .444$, $p < 0.001$), ansiedad ($r_s = .546$, $p < .001$), náuseas ($r_s = .318$, $p < 0.01$), problemas bucales ($r_s = .347$, $p < 0.007$) y anorexia ($r = .335$, $p < 0.01$).

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue evaluar la relación entre el estado de ánimo ansioso y depresivo y la presencia e intensidad de síntomas físicos referidos por pacientes con cáncer terminal. Los resul-

tados indican que existe dicha relación, débil pero estadísticamente significativa.

La relación entre la depresión y los síntomas físicos coincide con la reportada por Chen y Chang (2004), Lloyd-Williams et al. (2004) y Delgado-Guay et al. (2009). En todos los trabajos antes mencionados, el dolor es el único que coincide. La literatura reciente ha presentado evidencia de que la depresión y el dolor comparten factores genéticos, procesos biológicos y neurotransmisores que podrían explicar dicha coincidencia (Bair, Robinson, Katon y Kroenke, 2003; Gambassi, 2009). La anorexia y la náusea son síntomas mencionados en dos de cinco investigaciones, y ambos podrían estar asociados con la depresión como un efecto secundario por haber consumido antidepressivos, especialmente tricíclicos o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y norepinefrina (Higuchi, Takahashi, Kamata y Yoshida, 2009; Nakagawa et al., 2009); sin embargo, los datos de este estudio no permiten aseverar lo anterior. El resto de los síntomas no coinciden en ninguno de los reportes.

Es importante recalcar que no se obtienen relaciones entre la depresión en la HADS y en el ESAS, cuando parecería obvio que tendría que haber correlación. Una posible explicación sería que, en el caso del idioma español, la concepción cultural y la connotación negativa que tiene la pala-

bra “deprimido” influyen en que no sea la mejor forma de evaluar si el paciente se encuentra o no en ese estado; de hecho, se ha propuesto el uso del término “desanimado” como sustituto, por mostrar mejores propiedades enfocadas a evaluar la depresión en los pacientes en cuidados paliativos (Noguera et al., 2009). Se encontró relación entre la ansiedad y la presentación de síntomas físicos, aunque la fuerza de esta relación es menor en comparación con la que hay entre depresión y síntomas físicos.

El presente trabajo mostró que la ansiedad se relaciona con dos síntomas: ansiedad y anorexia. En este caso, sí hubo relación entre la ansiedad, medida por medio de la HADS, y medida por medio del ESAS. Respecto a la ansiedad y la anorexia, un estudio reciente mostró la relación entre el nivel de citocina Th1 interleucina-2 y el nivel de ansiedad en pacientes con cáncer de mama (Blomberg et al., 2009). De igual forma, se ha relacionado el nivel de citocina interleucina-1 e interleucina-6, con el síndrome de anorexia-caquexia en pacientes con cáncer (Inui, 2002). Al estar relacionados la interleucina-1 y 2 en sus funciones, podrían ser las modificaciones en este nivel los factores que expliquen por qué la ansiedad y anorexia se manifiestan en los pacientes con cáncer terminal, pero se necesitan más investigaciones en el área.

En el trabajo realizado por Delgado-Guay et al. (2009) se encontró una relación entre ansiedad, náusea, dolor y disnea; de hecho, este es el segundo trabajo en el cual se describe una relación entre la ansiedad y la presencia de síntomas físicos, quizá porque anteriormente no se habían evaluado las dos variables. A pesar de que el presente trabajo y el de Delgado-Guay et al. (2009) evaluaron la aparición de los síntomas físicos por medios del ESAS, en ninguno de los dos trabajos coincidieron los síntomas relacionados; al ser similares los instrumentos de evaluación de ansiedad, los puntos de corte para identificar a la ansiedad (≥ 8), los instrumentos para evaluar los síntomas físicos y las poblaciones estudiadas (pacientes con cáncer), se puede suponer que los distintos diseños de investigación influyen en los datos (por ejemplo, el estudio que utilizaron Delgado-Guay et al. [2009] fue retrospectivo).

Al realizarse el análisis entre la puntuación de depresión y la intensidad de síntomas físicos, se encontró una correlación positiva débil entre las dos variables. Los síntomas con los que la depresión correlacionó fueron, a saber: dolor, debilidad, ansiedad, náusea, problemas bucales, insomnio y anorexia. Este hallazgo ha sido consistente en los dos trabajos que previamente han realizado dicho análisis: el de Teunissen et al. (2007) y el de Delgado-Guay et al. (2009). Una probable razón por la cual los pacientes deprimidos experimentan una mayor intensidad de los síntomas físicos es que suelen alentar pensamientos catastróficos que, a su vez, se asocian con una percepción más acusada de la intensidad de síntomas físicos como el dolor y la fatiga (Börsbo, Peolsson y Gerdle, 2008; Jacobsen, Andrykowski y Thors, 2004).

Cuando se correlacionó a la ansiedad con la intensidad de los síntomas físicos, se asociaron los siguientes síntomas: dolor, depresión, ansiedad, náusea y anorexia. Anteriormente se habían reportado los síntomas de insomnio, somnolencia, fatiga, pérdida de apetito y de bienestar (Delgado-Guay et al., 2009; Teunissen et al., 2007). De los síntomas presentados, la intensidad del dolor se repitió en dos de los tres trabajos que han evaluado las variables en cuestión. En un metaanálisis recientemente publicado, se concluyó que la ansiedad está fuertemente asociada con el miedo al dolor y con un menor éxito del tratamiento analgésico en pacientes con dolor crónico (Ocañez, Kathryn-McHugh y Otto, 2010) Una vez más, la anorexia y la pérdida del apetito (medicamento similares) aparecieron en dos de los tres informes presentados.

Con la finalidad de evaluar si las relaciones obtenidas se debían al punto de corte propio de la validación mexicana de la HADS, se realizó un segundo análisis estadístico empleando el puntaje que las demás investigaciones toman para identificar a la ansiedad y depresión. Los puntajes utilizados influyeron en el porcentaje obtenido de ansiedad y depresión; sin embargo, cuando se llevó a cabo el análisis estadístico, todavía se conservaron las relaciones entre ansiedad, depresión y la presencia e intensidad de los síntomas físicos, lo cual indica que el puntaje utilizado en la HADS no es el factor que explica las inconsistencias obtenidas respecto a la relación de las variables en las

investigaciones mencionadas a lo largo del presente escrito. Se recomienda, por ende, realizar estudios en los que se evalúen los factores culturales que influyen en la percepción y expresión de los síntomas que experimentan los pacientes y que puedan ser la causa de las diferencias entre los estudios (Chen, Miaskowski, Dodd y Pantilat, 2008).

La principal limitación del presente trabajo es el número de pacientes evaluados, pues solo se tuvo una muestra de 59; cabe mencionar que aunque inicialmente hubo más pacientes entrevistados, una gran cantidad de ellos no pudieron ser

incluidos debido a que el avance de la enfermedad les impedía contestar las evaluaciones. De igual forma, aunque los datos obtenidos permiten decir que hay una asociación entre la ansiedad, la depresión y la presencia e intensidad de síntomas físicos, no se puede hablar de una causalidad entre los síntomas. Finalmente, a pesar de las limitaciones referidas, los datos obtenidos parecen ser congruentes con los reportados en otras investigaciones que han utilizado más sujetos; por tal razón, debe resaltarse la importancia de los datos presentados.

REFERENCIAS

- Bair, M.J., Robinson, R.L., Katon, W. y Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433-2445.
- Blomberg, B.B., Alvarez, J.P., Diaz, A., Romero, M.G., Lechner, S.C., Carver, C.S., Holley, H. y Antoni, M.H. (2009). Psychosocial adaptation and cellular immunity in breast cancer patients in the weeks after surgery: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(5), 369-376.
- Börsbo, B., Peolsson, M. y Gerdle, B. (2008). Catastrophizing, depression, and pain: correlation with and influence on quality of life and health — a study of chronic whiplash-associated disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(7), 562-569.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M.J., Selmsler, P. y Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 7(2), 6-9.
- Chang, V.T., Hwang, S.S. y Feuerrman, M. (2000). Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *Cancer*, 88(9), 2164-2171.
- Chen, M.L. y Chang, H.K. (2004) Physical symptom profiles of depressed and nondepressed patients with cancer. *Palliative Medicine*, 18(8), 712-718.
- Chen, L.M., Miaskowski, C., Dodd, M. y Pantilat, S. (2008). Concepts within the Chinese culture that influence the cancer pain experience. *Cancer Nursing*, 31(2), 103-108.
- Delgado-Guay, M., Parsons, H.A., Li, Z., Palmer J.L. y Bruera, E. (2009). Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Supportive Care Cancer*, 17(5), 573-579.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12(3), 189-198.
- Gambassi, G. (2009). Pain and depression: the egg and the chicken story revisited. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 103-112.
- Higuchi, H., Takahashi, H., Kamata, M. y Yoshida, K. (2009). Influence of serotonergic/noradrenergic gene polymorphisms on nausea and sweating induced by milnacipran in the treatment of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5, 393-398.
- Hotopf, M., Chidgey, J., Addington-Hallm, J. y Ly, K.L. (2002). Depression in advanced disease: a systematic review. Part 1: Prevalence and case finding. *Palliative Medicine*, 16(2), 81-97.
- Inui, A. (2002). Cancer anorexia-cachexia syndrome: current issues in research and management. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 52(2), 72-91.
- Jacobsen, P.B., Andrykowski, M.A. y Thors, C.L. (2004). Relationship of catastrophizing to fatigue among women receiving treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 355-361.
- Kai-hoi, S.F., Wong, E., Lo, R. y Woo, J. (2000). Do pain and disability differ in depressed cancer patients? *Palliative Medicine*, 14(1), 11-17.
- Laugsand, E.A., Kaasa, S., de Conno, F., Hanks, G., Klepstad, P. y Research Steering Committee of the EAPC (2009). Intensity and treatment of symptoms in 3,030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network. *Journal of Opioid Management*, 5(1), 11-21.
- Lloyd-Williams, M., Dennis, M. y Taylor, F. (2004). A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 18(6), 558-563.

- Lloyd-Williams, M., Friedman, T. y Rudd, N. (2001). An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(6), 990-996.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., de la Cámara, C., Ventura, T., Morales, F., Pascual, L.F., Montañés, J.A. y Aznar, S. (1999). Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112, 767-774.
- López-A., J., Vázquez V., V., Arcilla M., D., Sierra O., A., González B, J. y Salín P., R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en una muestra de sujetos obsesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409.
- Mitchell, A.J., Meader, N. y Symonds, P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 126(3), 335-348.
- Nakagawa, A., Watanabem, N., Omori, I.M., Barbui, C., Cipriani, A., McGuire, H., Churchill, R. y Furukawa, T.A. (2009). Milnacipran versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD006529.
- Noguera, A., Centeno, C., Carvajal, A., Tejedor, M.A., Urdiróz, J. y Martínez, M. (2009). Spanish "fine tuning" of language to describe depression and anxiety. *Journal of Palliative Medicine*, 12(8), 707-712.
- Ocañez, K.L., Kathryn-McHugh, R. y Otto, M.W. (2010). A meta-analytic review of the association between anxiety sensitivity and pain. *Depression and Anxiety*, 27(8), 760-767.
- Organización Mundial de la Salud (2007). Palliative care: cancer control knowledge into action En: WHO (Ed.): *Guide for effective programs*. Disponible en red: <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf> (Recuperado el 1 de marzo de 2010).
- Spencer, R., Nilsson, M., Wright, A., Pirl, W. y Prigerson, H. (2010). Anxiety disorders in advanced cancer patients: correlates and predictors of end-of-life outcomes. *Cancer*, 116(7), 1810-1819.
- Teunissen, S.C., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H.C., Voest, E.E. y de Graeff, A. (2007). Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *Journal of Pain Symptom Management*, 34 (1), 94-104.
- Teunissen, S.C., de Graeff, A., Voest, E.E y de Haes, J.J. (2007). Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliative Medicine*, 21(4), 341-346.
- Wasteson, E., Brenne, E., Higginson, I.J., Hotopf, M., Lloyd-Williams, M., Kaasa, S., Loge, J.H. y European Palliative Care Research Collaborative (2009). Depression assessment and classification in palliative cancer patients: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 23(8), 739-753.
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-730.