

Mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapéuticos: síntomas depresivos y adhesión al tratamiento

Bianca Fresche de Souza¹
Jéssica Andrade de Moraes¹
Aline Inocenti²
Manoel Antônio dos Santos³
Ana Elisa Bauer de Camargo Silva⁴
Adriana Inocenti Miasso⁵

Objetivo: verificar en mujeres con cáncer de mama, atendidas en la Farmacia de la Central de Quimioterapia de un hospital universitario, síntomas depresivos y adhesión a los quimioterapéuticos. Método: estudio transversal, con abordaje cuantitativo, realizado con 112 mujeres en tratamiento con quimioterapéuticos. Para recolección de los datos se utilizó la entrevista estructurada, orientada por guión conteniendo datos sociodemográficos, clínicos y terapéuticos; la Prueba de Morisky y el Inventario de Depresión de Beck. Resultados: se constató que 12,50% y 1,78% de las pacientes presentaron "depresión moderada" y "grave", respectivamente y, de estas, 10,59% no utilizaban antidepresivos. Hubo asociación estadísticamente significativa entre grados de depresión y uso de antidepresivo. Se identificó falta de adhesión al tratamiento en 46,43% de las participantes. Conclusión: los hallazgos indican la importancia del rastreo regular de síntomas depresivos y adhesión a la quimioterapia en mujeres con cáncer de la mama, objetivando a la detección precoz, el tratamiento adecuado centrado en la paciente y una mejor calidad de vida.

Descriptorios: Neoplasias de la Mama; Quimioterapia; Depresión; Cumplimiento de la Medicación.

¹ Alumna del curso de graduación en Farmacia-Bioquímica, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Becario de iniciación científica del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brazil.

² MSc, Enfermera, Prefeitura Municipal da Estância Turística de Batatais, Batatais, SP, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Doctor, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.

⁵ PhD, Profesor Doctor, Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondencia:

Adriana Inocenti Miasso
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: amiasso@eerp.usp.br

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Reconocimiento-No Comercial (CC BY-NC). Esta licencia permite a otros distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir de tu obra de modo no comercial, y a pesar de que sus nuevas obras deben siempre mencionarte y mantenerse sin fines comerciales, no están obligados a licenciar sus obras derivadas bajo las mismas condiciones.

Introducción

El cáncer de mama es la neoplasia maligna responsable por el mayor número de muertes de mujeres en Brasil y en el mundo. En el año de 2012 la estimativa para Brasil fue de un total de 52.680 nuevos casos, lo que significa una incidencia de 52,5/100.000 mujeres⁽¹⁾.

A partir del diagnóstico, las alteraciones físicas y psicológicas son evidentes e impactantes. A pesar de que la disponibilidad de tratamientos eficaces y las tasas de supervivencia hubiesen mejorado de forma significativa en los últimos años, tener cáncer continúa a ser entendido como un sufrimiento y potencial riesgo de vida. De ese modo, la paciente se encuentra con la pérdida inminente de un órgano altamente investido de representaciones sobre la femineidad y con el temor de una enfermedad incurable, lo que resulta en sufrimiento y estigmatización⁽²⁾.

Diversos factores se asocian al desencadenamiento de estrés psicosocial y físico en pacientes con cáncer de mama: cirugía, tratamientos coadyuvantes, miedo de recurrencia de la enfermedad y muerte, alteraciones en el cuerpo, reducción de la femineidad y de la sexualidad⁽²⁾. Esas alteraciones vienen frecuentemente acompañadas de depresión, morbilidad psiquiátrica común durante y después del tratamiento de ese tipo de cáncer⁽³⁾.

A ese respecto, la literatura evidencia que síntomas depresivos son recurrentes en pacientes con enfermedad clínica, incluyendo aquellos con cáncer de mama. Esos síntomas, presentes en cerca de 22% de las pacientes⁽⁴⁾, pueden evolucionar para un cuadro crónico e imposibilitarlas de desempeñar sus tareas cotidianas y, en situaciones más graves, resultar en suicidio. Un estudio reveló que, en pacientes con cáncer, el dolor y la depresión estuvieron asociadas al riesgo de suicidio⁽⁵⁾. Es esencial el acompañamiento de la paciente con el propósito de identificar esos trazos comportamentales, incluyendo el pensamiento suicida, con el objetivo de implementar un posterior abordaje farmacológico y no farmacológico⁽⁶⁾.

A pesar de ser recurrente en pacientes oncológicos, la depresión muchas veces no es diagnosticada o cuando el diagnóstico ocurre, no es tratada de manera adecuada. Solamente 35% de los pacientes son diagnosticados y tratados adecuadamente⁽⁷⁾. Ese aspecto es relevante, ya que la depresión se asocia al peor pronóstico y a una mayor mortalidad por el cáncer⁽⁸⁾.

Los pacientes oncológicos con síntomas depresivos tienden, también, a presentar menor adhesión a los tratamientos propuestos, con el consecuente

empeoramiento del pronóstico⁽⁵⁾. Además de los síntomas depresivos, la literatura apunta varios factores como responsables por la baja adhesión entre esos pacientes, incluyendo efectos colaterales de los medicamentos, necesidad de cambio comportamental significativo, fallas en la comunicación con los profesionales de la salud, servicios de salud ineficientes, complejidad del régimen terapéutico, insatisfacción del paciente con el cuidado prestado, apoyo social insuficiente, creencias del paciente sobre el tratamiento, entre otros⁽⁹⁾. La no adhesión a los medicamentos en pacientes con cáncer de mama está asociada a peores resultados clínicos, evidenciando la importancia de ser rastreado.

Todos los aspectos descritos apuntan para la importancia de la investigación de síntomas depresivos y de la adhesión a los quimioterapéuticos en pacientes con cáncer de mama, objetivando la optimización del tratamiento y una mejor calidad de vida.

Objetivo

Verificar, en mujeres con cáncer de mama, atendidas en la Farmacia de la Central de Quimioterapia de un hospital universitario de gran porte, síntomas depresivos y adhesión al tratamiento quimioterapia.

Método

Se trata de un estudio analítico, transversal, con abordaje cuantitativo, realizado en la Farmacia de la Central de Quimioterapia de un hospital universitario de gran porte, localizado en un municipio del interior del Estado de Sao Paulo, Brasil. La referida farmacia ofrece gratuitamente medicamentos quimioterapéuticos, para vía oral o inyectable, para pacientes que son acompañados en la institución.

La muestra de conveniencia se constituyó de 112 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, que retiraron el quimioterapéutico en la farmacia de la Central de Quimioterapia en el período de octubre de 2012 a marzo de 2013. Los criterios para inclusión en el estudio fueron: tener diagnóstico médico de cáncer de mama, tener prescripción de uso de quimioterapia para su tratamiento y tener edad igual o superior a 18 años. Todas las pacientes que comparecieron al servicio en el período de recolección de datos y que cumplieron con los criterios de inclusión fueron convidadas a participar.

La entrevista estructurada, realizada en sala privada en el propio servicio, fue la técnica utilizada para la recolección de los datos y se basó en un

guión compuesto por tres partes. La primera estuvo compuesta por datos de identificación demográfica, socioeconómica, clínica y terapéutica de las pacientes. En cuanto a los medicamentos, la descripción fue basada en el primer nivel de clasificación Anatómica Química y Terapéutica (*Anatomical Therapeutic Chemical-ATC*) de la OMS (www.whooc.no/atc_ddd_index).

La segunda parte del guión consistió en la Prueba de Morisky⁽¹⁰⁾, que permite identificar el grado de adhesión del paciente al tratamiento medicamentoso y evaluar su comportamiento en cuanto al uso diario del medicamento. El instrumento está constituido por cuatro preguntas: *¿Usted, alguna vez, se olvidó de tomar su remedio?; ¿Usted, a veces, es descuidado con el horario de tomar su remedio?; ¿Cuando usted se siente bien, alguna vez, dejó de tomar su remedio? y ¿Cuando usted se siente mal con el remedio, a veces, deja de tomarlo?*

La adhesión fue medida por medio de respuestas dicotómicas: "No" y "Sí", a las cuales fueron atribuidos los valores 0 (cero) o 1, respectivamente. Así, para cada respuesta positiva se atribuyó el valor de 1 y, para las respuestas negativas, el valor de 0. Objetivando la comparación y discusión de los resultados, se definió como criterio para clasificar el grado de adhesión lo siguiente: más adherentes - pacientes que obtuvieron 0 puntos en la Prueba de Morisky, y como menos adherentes - aquellos que obtuvieron de 1 a 4 puntos en el instrumento.

La tercera parte del guión objetivó identificar la presencia de síntomas depresivos en la muestra en estudio. Para esto, fue aplicado el Inventario de Depresión de Beck⁽¹¹⁾. Ese instrumento consiste en una escala sintomática de autorrelato, compuesta por 21 ítems con diferentes alternativas de respuesta, a respecto de lo que el sujeto ha sentido en la última semana, incluyendo la fecha de la aplicación del cuestionario, y que corresponden a distintos niveles de gravedad de los síntomas depresivos. La suma de los puntajes de los ítems individuales entrega un puntaje total, que permite dimensionar la intensidad de los síntomas depresivos y que puede ser clasificado en los siguientes niveles: "sin depresión", "disforia", "depresión moderada" y "depresión grave". La elección del punto de corte adecuado para cada nivel depende de la naturaleza de la muestra y de los objetivos del estudio. Para muestras no diagnosticadas con depresión, como es el caso de este estudio, se recomiendan puntajes arriba de 15 para detectar "disforia" y el término "depresión" es designado para casos con puntuación arriba de 20.

Después de la aplicación de los instrumentos, los datos relacionados a la adhesión y al Inventario de

Depresión de Beck fueron analizados en el programa EpiInfo™, versión 3.2, de dominio público (<http://www.cdc.gov/epiinfo>). Posibles asociaciones entre variables dependientes e independientes fueron verificadas mediante la Prueba Exacta de Fisher, cuando la frecuencia de pacientes encontrada para la variable fue inferior a cinco, sin embargo, para una frecuencia mayor que el referido valor, fue utilizada la prueba Chi-cuadrado. Para esto, las variables fueron dicotomizadas, adoptándose un nivel de significancia estadística de $\alpha=0,05$.

El proyecto fue aprobado por la Comisión de Ética en Investigación de la institución en la cual el estudio fue desarrollado (Proceso HCRP nº 6349/2010), y los participantes del estudio firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado, conforme a las normas de la Resolución 196/96, del Consejo Nacional de Salud.

Resultados

Participaron del estudio 112 mujeres con edades entre 26 y 90 años. Hubo mayor porcentaje de mujeres casadas (47,32%), jubiladas (34,82%) y del hogar (28,57%).

La mayoría de las pacientes en tratamiento utilizaba: apenas un producto de quimioterapia (94,64%), medicamentos pertenecientes a la clasificación L02B-agonistas hormonales y agentes relacionados (98,21%), y había realizado como máximo una cirugía en la vida (58,04%) (Tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de las participantes del estudio, de acuerdo con las variables clínicas y terapéuticas. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2013

Variables	n	%
Número de medicamentos		
Un medicamento	106	94,64
Más de un medicamento	6	5,36
Clasificación ATC		
Agentes alquilantes (L01A)	2	1,78
Antimetabolitos (L01B)	1	0,89
Alcaloides de plantas y otros productos naturales (L01C)	2	1,78
Antibiótico citotóxico y sustancias relacionadas (L01D)	2	1,78
Otros agentes antineoplásicos (L01X)	1	0,89
Agonista hormonales y agentes relacionados (L02B)	110	98,21
Número de cirugías		
Hasta una cirugía	65	58,04
Más de una cirugía	47	41,96
Tiempo de diagnóstico		
1 - 30 meses	56	50,00
31 - 144 meses	56	50,00
Total	112	100,00

Se identificó que 12,50% y 1,78% de las pacientes presentaron “depresión moderada” y “grave”, respectivamente, de acuerdo con la clasificación de la intensidad de los síntomas depresivos preconizada por el Inventario de Depresión de Beck⁽¹¹⁾. Como el uso de antidepresivo es, habitualmente, indicado para pacientes con depresión moderada y grave, para la presentación de los datos sobre la utilización de la referida clase terapéutica se optó por dicotomizar la intensidad de los síntomas depresivos en: “sin depresión o con disforia” y con “depresión moderada y grave”. Se observa que 10,59% de las pacientes clasificadas con “depresión moderada” y “grave” no utilizaban antidepresivo y 25,93%, a pesar de hacer uso de antidepresivo, presentaron síntomas depresivos. Hubo asociación estadísticamente significativa entre la intensidad de los síntomas depresivos y el uso de antidepresivo ($\chi^2=0,998$; $p=0,04$), destacándose que 74,07% de las pacientes que hacían uso de antidepresivo no tenían síntomas depresivos o presentaban síntomas considerados leves (Figura 1).

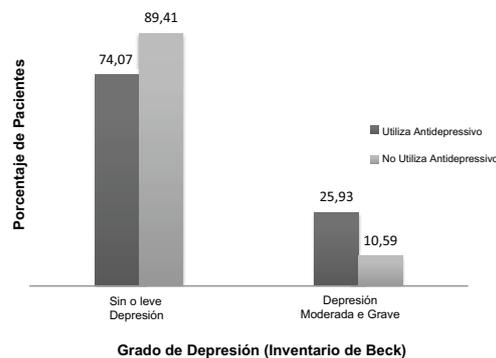


Figura 1 - Distribución de las participantes del estudio, de acuerdo con la intensidad de los síntomas de depresión y utilización de antidepresivo

El análisis de los datos reveló que no hubo asociación estadísticamente significativa entre la intensidad de los síntomas depresivos y las variables demográficas, socioeconómicas, clínicas y terapéuticas investigadas en este estudio. Sin embargo, es importante mencionar que hubo mayor porcentaje de depresión moderada y grave entre las mujeres con hasta 56 años (19,64%), con renta (16,89%), con más de tres dependientes (22,22%) y que ya se sometieron a dos o más cirugías (17,39%) (Tabla 2).

Tabla 2 - Prevalencia de síntomas depresivos, según las variables demográficas, socioeconómicas, clínicas y terapéuticas. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2013

Variable	Disforia y sin depresión		Depresión moderada y grave		Total	p
	N (%)		N (%)			
Edad						0,10
Hasta 56 años	45 (80,36)		11 (19,64)		56 (100,00)	
57 años o más	51 (91,07)		05 (8,93)		56 (100,00)	
Estado civil						0,64
Con compañero	48 (87,27)		07 (12,73)		55 (100,00)	
Sin compañero	48 (84,21)		09 (15,79)		57 (100,00)	
Escolaridad						0,65
Fundamental completa	87 (86,14)		14 (13,86)		101 (100,00)	
Superior o postgraduación	09 (81,81)		02 (18,19)		11 (100,00)	
Ocupación						0,38
Con renta	64 (83,11)		13 (16,89)		77 (100,00)	
Sin renta	32 (91,43)		03 (8,57)		35 (100,00)	
Renta per capita						0,87
Hasta 400 reales	52 (85,25)		09 (14,75)		61 (100,00)	
Más de 400 reales	44 (86,27)		07 (13,73)		51 (100,00)	
Número de dependientes						0,17
Hasta 3 dependientes	75 (88,23)		10 (11,77)		85 (100,00)	
Más de 3 dependientes	21 (77,78)		06 (22,22)		27 (100,00)	
Número de cirugías						0,43
Hasta una cirugía	58 (87,88)		08 (12,12)		66 (100,00)	
Dos o más cirugías	38 (82,61)		08 (17,39)		46 (100,00)	
Número de medicamentos						1,00
Hasta un medicamento	91 (85,85)		15 (14,15)		106 (100,00)	
Más de un medicamento	05 (83,33)		01(16,67)		06 (100,00)	
Tiempo de diagnóstico						0,80

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

Variable	Disforia y sin depresión	Depresión moderada y grave	Total	p
	N (%)	N (%)	N(%)	
Hasta 12 meses	17 (85,00)	03 (15,00)	20 (100,00)	
De 13 a 36 meses	45 (83,33)	09 (16,67)	54 (100,00)	
De 37 a 60 meses	18 (85,71)	03 (14,29)	21 (100,00)	
Más de 60 meses	16 (94,12)	01 (5,88)	17 (100,00)	

Se constató que 46,43% de las pacientes no adhirieron a los medicamentos prescritos para el tratamiento del cáncer. Se destaca que 5,35% presentaban "depresión moderada" o "grave". Se verificó que, entre las pacientes sin síntomas depresivos, la mayoría adhería a los medicamentos (Figura 2).

No hubo asociación significativa entre la adhesión a los quimioterapéuticos y las variables investigadas ($p > 0,05$), entre tanto, se verificó mayor porcentaje de adhesión entre las mujeres con edad igual o superior a 57 años (57,14%), sin compañero (56,14%), con renta (57,14%) y con hasta 12 meses de diagnóstico (70,00%) (Tabla 3).

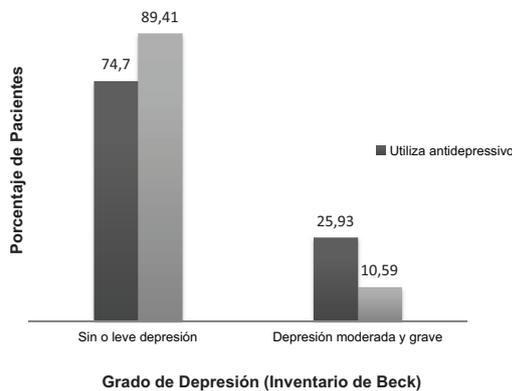


Figura 2 - Distribución de las participantes del estudio, de acuerdo con clasificación de los síntomas depresivos y adhesión al tratamiento quimioterapia.

Tabla 3 - Prevalencia de adhesión a los quimioterapéuticos, según las variables demográficas, socioeconómicas, clínicas y terapéuticas. Ribeirao Preto, SP, Brasil, 2013

Variable	Adherente	No Adherente	Total	p
	N (%)	N (%)	N (%)	
Edad				
Hasta 56 años	27 (48,21)	29 (51,79)	56 (100,00)	0,34
57 años o más	32 (57,14)	24 (42,86)	56 (100,00)	
Estado civil				
Con compañero	27 (49,09)	28 (50,91)	55 (100,00)	0,45
Sin compañero	32 (56,14)	25 (43,86)	57 (100,00)	
Escolaridad				
Fundamental completo	52 (51,49)	49 (48,51)	101 (100,00)	0,53
Superior o postgraduación	07 (63,64)	04 (36,36)	11 (100,00)	
Ocupación				
Con renta	44 (57,14)	33 (42,86)	77 (100,00)	0,16
Sin renta	15 (42,86)	20 (57,14)	35 (100,00)	
Renta per capita				
Hasta 400 reales	31 (50,82)	30 (49,18)	61 (100,00)	0,66
Más de 400 reales	28 (54,90)	23 (45,10)	51 (100,00)	
Número de dependientes				
Hasta 3 dependientes	44 (51,76)	41 (48,24)	85 (100,00)	0,73
Más de 3 dependientes	15 (55,56)	12 (44,44)	27 (100,00)	
Número de cirugías				
Hasta 1 cirugía	34 (51,51)	32 (48,49)	66 (100,00)	0,76
Más de 2 cirugías	25 (54,35)	21 (45,65)	46 (100,00)	
Número de medicamentos				
Hasta 1 medicamento	56 (52,83)	50 (47,17)	106 (100,00)	1,00
Más de 1 medicamento	03 (50,00)	03 (50,00)	06 (100,00)	
Tiempo de diagnóstico				
Hasta 12 meses	14 (70,00)	06 (30,00)	20 (100,00)	0,12
De 13 a 36 meses	26 (50,00)	26 (50,00)	52 (100,00)	
De 37 a 60 meses	10 (45,46)	12 (54,54)	22 (100,00)	
Más de 60 meses	09 (50,00)	09 (50,00)	18 (100,00)	

Discusión

Este estudio verificó síntomas depresivos y adhesión al tratamiento de quimioterapia en mujeres con cáncer de mama. Se constató que 12,50% y 1,78% de las pacientes presentaron "depresión moderada" y "grave", respectivamente, de acuerdo con la clasificación adoptada por Beck⁽¹¹⁾. La literatura relata que mujeres con cáncer de mama que son sometidas a quimioterapia presentan mayor tasa de depresión⁽¹²⁾. Entre los factores que contribuyen para la depresión se puede mencionar el disturbio del sueño, los síntomas de menopausia, la náusea, además del dolor proveniente de los elevados niveles de citocinas proinflamatorias debido al daño del tejido resultante de la quimioterapia y radioterapia⁽¹³⁾. También, se debe considerar que la reducción brusca de los niveles de estrógeno durante la quimioterapia puede favorecer la sintomatología depresiva, una vez que este armonio aumenta la sensibilidad de la serotonina en el cerebro⁽¹⁴⁾.

La depresión es una condición crónica asociada a niveles altos de incapacitación funcional, mala evolución de enfermedades clínicas concomitantes, grave sufrimiento psíquico y físico, pudiendo tener como resultado el suicidio⁽⁵⁾. En ese contexto, es preocupante el hecho de que 10,59% de las pacientes que no utilizaban antidepresivos presentan "depresión moderada" y "grave".

Se destaca que, inclusive usando antidepresivos, 25,93% de las pacientes todavía presentaban síntomas depresivos. Una posible explicación para ese hallazgo sería el tiempo de uso del antidepresivo inferior a lo necesario para obtención de los resultados terapéuticos, variable esta no investigada en este estudio. Además, la literatura apunta que cerca de 30% a 50% de las depresiones no responden satisfactoriamente al tratamiento de primera elección, inclusive cuando realizado de modo adecuado, independientemente del primer antidepresivo prescrito⁽¹⁵⁾. Un estudio que investigó síntomas depresivos en una muestra de pacientes con diagnóstico de depresión que usaban medicamentos continuamente, identificó que 42% de los individuos todavía presentaban síntomas graves⁽¹⁶⁾.

Los aspectos descritos revelan la importancia de la utilización de intervenciones psicosociales, además de la terapéutica medicamentosa, en el tratamiento de la depresión, objetivando la recuperación completa y una mejor calidad de vida del paciente⁽¹⁷⁾. En ese caso, la psicoterapia, con sus diferentes abordajes, puede ser utilizada tanto como tratamiento primario o como

adyuvante a la farmacoterapia, principalmente al considerar las características del tratamiento del paciente con cáncer.

Se constató asociación estadísticamente significativa entre la intensidad de los síntomas depresivos y el uso de antidepresivo. La mayoría de las pacientes (74,07%) que hacía uso de antidepresivo no tenía síntomas depresivos o presentaba síntomas considerados leves. Para esa población, la importancia de los antidepresivos también está relacionada a su eficacia para otros síntomas frecuentemente asociados al cáncer de mama, incluyendo la fatiga, dificultades para dormir y ondas de calor⁽¹⁸⁾.

En cuanto a la relación entre síntomas depresivos y las variables investigadas en este estudio, se destaca el mayor porcentaje de "depresión moderada" y "grave" entre las mujeres con hasta 56 años, ya que no existe consenso en la literatura de como la edad se relaciona a la depresión. Un estudio apunta, también, la intensa preocupación de mujeres jóvenes con cáncer de mama en relación al tratamiento de quimioterapia, ya que este reduce la producción de hormonas femeninas, lo que puede resultar en menopausia precoz con la consecuente infertilidad, además de la dificultad para lidiar con la tensión psicológica vinculada a la retirada parcial o total de la mama⁽⁶⁾.

Se constató, en esta investigación, que 46,43% de las pacientes no adhirieron a los medicamentos quimioterapéuticos prescritos para el tratamiento del cáncer. Ese porcentaje es elevado, considerando las consecuencias del referido comportamiento, ya que la disminución de los niveles de adhesión están asociados al aumento del riesgo de muerte⁽¹⁹⁾.

Un estudio reveló que la no adhesión al tamoxifeno estuvo asociada a la disminución de la sobrevida libre de la enfermedad⁽²⁰⁾. Ese dato es relevante para el presente estudio, ya que la mayoría de las pacientes investigadas (98,21%) utilizaba medicamentos pertenecientes a la clasificación L02B- agonistas hormonales y agentes relacionados, siendo el tamoxifeno el más prescrito. el tamoxifeno es un adyuvante hormonal de estrógeno utilizado hace más de 25 años en el tratamiento de mujeres con cáncer de mama, con eficacia comprobada en la reducción de la mortalidad y prevención de la recidiva. La utilización del tamoxifeno, cuando comparado a pacientes sin tratamiento, reduce en cerca de 15 años el riesgo de recurrencia del cáncer⁽²¹⁾.

Entre los factores comúnmente apuntados para la no adhesión al tratamiento en pacientes con cáncer de mama, se destacan los efectos adversos de la terapia. La hormonoterapia, incluyendo el tamoxifeno, puede ocasionar ondas de calor, retención de líquidos,

hemorragia, erupción cutánea, prurito y secreción vaginal, aumento del riesgo para cáncer de endometrio, artralgia, trombosis venosa profunda, entre otros⁽²²⁾.

No se identificó asociación estadísticamente significativa entre adhesión a los quimioterapéuticos y las variables investigadas. Sin embargo, se destaca un mayor porcentaje de adhesión entre las mujeres con edad igual o superior a 57 años y sin compañero. En relación a la edad, un estudio corrobora los resultados de la presente investigación al revelar mayor adhesión en mujeres más viejas⁽⁹⁾. Sin embargo, no existe consenso en la literatura a ese respecto. La mayor adhesión entre pacientes sin compañero está en discordancia con la literatura, que sugiere que la presencia de un compañero está asociada a una mayor adhesión⁽²³⁾, indicando la necesidad de realizar otros estudios que investiguen la relación entre esas variables.

Se verificó que 5,35% de las pacientes que no adherían a los medicamentos presentaban depresión moderada o grave. Existen evidencias de que la depresión puede estar asociada a la no adhesión al tratamiento⁽⁷⁾. A pesar de que para esas pacientes es importante el tratamiento con antidepresivos, existe necesidad de hacer una elección cuidadosa del medicamento a ser prescrito. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son ampliamente utilizados, sin embargo, pueden inhibir el citocromo P450 2D6, necesario para activar el tamoxifeno, interfiriendo en la eficacia de ese medicamento en la prevención de recurrencia del cáncer de mama. En la actualidad, se cree que, para esas pacientes, puede ser prescrito Citalopram y, posiblemente, otros ISRS con menor potencia, sin afectar negativamente el resultado de la terapia adyuvante con tamoxifeno⁽²⁴⁾. La posibilidad de esa interacción farmacológica sugiere la necesidad de comunicación entre oncólogos y psiquiatras.

Es importante mencionar que los resultados de este estudio deben ser evaluados considerando sus limitaciones metodológicas, que fueron: muestra de conveniencia, realización del estudio en un único servicio y con pacientes de ambulatorios, lo que limita la generalización de los resultados a otros grupos.

Conclusión

Este estudio verificó síntomas depresivos y adhesión al tratamiento de quimioterapia en mujeres con cáncer de mama. Se constató un alto porcentaje de pacientes no adherentes al tratamiento y con intensidad

de síntomas depresivos correspondientes a "depresión moderada" y "grave".

La identificación de mujeres con síntomas depresivos, a pesar del uso de antidepresivos, constituye un hallazgo relevante frente a la influencia de esos síntomas tanto en la adhesión al tratamiento como en la evolución del cáncer. Ese resultado indica que otras modalidades terapéuticas, además del abordaje psicofarmacológico, son necesarias.

Los hallazgos también apuntan para la importancia de la evaluación del antidepresivo adecuado para la paciente, considerando el tipo de tratamiento antineoplásico a que será sometida, ya que la clase de antidepresivos puede tanto estar relacionada a la mejoría de los síntomas atribuidos a la enfermedad y al tratamiento quimioterapia, como a la disminución de la eficacia del mismo, con la consecuente reducción de la tasa de supervivencia libre de la enfermedad. De ese modo, para que la evaluación y tratamiento de esas pacientes sean efectivos, es imperativo que se proceda a la integración del equipo de oncología y de psiquiatría.

Se resalta que, además de las mujeres enfermas, deben también ser consideradas sus redes de apoyo social, de modo que familiares y compañeros íntimos también participen en el proceso de adaptación al tratamiento, con la ayuda de un equipo multiprofesional capacitado. Como miembro de esos equipos, el enfermero tiene un papel central en la implementación de estrategias psicosociales, individuales o de grupo, orientadas a optimizar el tratamiento de los síntomas depresivos y a promover la adhesión al tratamiento quimioterapia.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
2. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Pepping M, McGregor BA, et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(2):112-26.
3. Torres MA, Pace TW, Liu T, Felger JC, Mister D, Doho GH, et al. Predictors of depression in breast cancer patients treated with radiation: role of prior chemotherapy and nuclear factor kappa B. *Cancer*. 2013;119(11):1951-9.
4. Zainal NZ, Nik-Jaafar NR, Baharudin A, Sabki ZA, Ng CG. Prevalence of depression in breast cancer survivors:

- a systematic review of observational studies. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2013;14(4):2649-56.
5. Fanger PC, Azevedo RCS, Mauro MLF, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF, et al. Depressão e comportamento suicida em pacientes oncológicos hospitalizados: prevalência e fatores associados. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56(2):173-8.
 6. Meneses K, McNees P, Azuero A, Jukkala A. Evaluation of the Fertility and Cancer Project (FCP) among young breast cancer survivors. *Psychooncology.* 2010;19(10):1112-1115.
 7. Reyes-Gibby CC, Anderson KO, Morrow PK, Shete S, Hassan S. Depressive symptoms and health-related quality of life in breast cancer survivors. *J Womens Health (Larchmt).* 2012;21(3):311-8.
 8. Bottino SMB, Fraguas R, Gattaz, WF. Depressão e câncer. *Rev Psiquiatr Clín.* 2009; 36(3):109-15.
 9. Kimmick G, Anderson R, Camacho F, Bhosle M, Hwang W, Balkrishnan R. Adjuvant hormonal therapy use among insured, low-income women with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2009;27(21):3445-51.
 10. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67-74.
 11. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr.* 1961;4:53-63.
 12. Hack TF, Pickles T, Ruether JD, Weir L, Bultz BD, Mackey J, et al. Predictors of distress and quality of life in patients undergoing cancer therapy: impact of treatment type and decisional role. *Psychooncology.* 2010;19(6):606-16.
 13. Silva PO, Gorini MIPC. Validation of defining characteristics for the nursing diagnosis of fatigue in oncological patients. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012;20(3):504-10.
 14. Dodd MJ, Cho MH, Cooper BA, Miaskowski C. The effect of symptom clusters on functional status and quality of life in women with breast cancer. *Eur J Oncol Nurs.* 2010; 14(2):101-10.
 15. Hermelink K, Kuchenhoff H, Untch M, Bauerfeind I, Lux MP, Buhner M, et al. Two different sides of 'chemobrain': determinants and nondeterminants of self-perceived cognitive dysfunction in a prospective, randomized, multicenter study. *Psychooncology.* 2010; 19(12):1321-8.
 16. Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Möller, HJ. Diretrizes da World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) para tratamento biológico de transtornos depressivos unipolares, 1ª parte: tratamento agudo e de continuação do transtorno depressivo maior. *Rev Psiquiatr Clín.* 2009;36(2):17-57.
 17. Lima AFBS, Fleck MPA. Quality of life, diagnosis, and treatment of patients with major depression: a prospective cohort study in primary care. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(3):245-51.
 18. Bio DS, Souza EL, Moreno RA. Remissão sintomática e qualidade de vida em pacientes com depressão maior tratados com antidepressivo: um estudo prospectivo. *Aletheia.* 2011; 34:151-62.
 19. Ladd CO, Newport DJ, Ragan KA, Loughhead A, Stowe ZN. Venlafaxine in the treatment of depressive and vasomotor symptoms in women with perimenopausal depression. *Depress Anxiety.* 2005;22(2):94-7.
 20. Hershman D, Shao T, Kushi L, Buono D, Tsai W, Fehrenbacher L, et al. Early discontinuation and non-adherence to adjuvant hormonal therapy are associated with increased mortality in women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2011;126(2):529-37.
 21. Ma AM, Barone J, Wallis AE, Wu NJ, Garcia LB, Estabrook A, et al. Noncompliance with adjuvant radiation, chemotherapy, or hormonal therapy in breast cancer patients. *Am J Surg.* 2008;196(4):500-4.
 22. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15 year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet.* 2005;365:1687-717.
 23. Ashraf M, Biswas J, Majumdar S, Nayak S, Alam N, Mukherjee KK, et al. Tamoxifen use in Indian women-adverse effects revisited. *Asian Pac L Cancer Prev.* 2009;10(4):609-12.
 24. Hershman DL, Kushi LH, Shao T, Buono D, Kershenbaum A, Tsai WY, et al. Early discontinuation and nonadherence to adjuvant hormonal therapy in a cohort of 8.769 early-stage breast cancer patients. *J Clin Oncol.* 2010;28(27):4120-8.
 25. Lash TL, Cronin-Fenton D, Ahern TP, Rosenberg CL, Lunetta KL, Silliman RA, et al. Breast cancer recurrence risk related to concurrent use of SSRI antidepressants and tamoxifen. *Acta Oncol.* 2010;49(3):305-12.

Recibido: 12.11.2013

Aceptado: 20.5.2014