

## LAS EMOCIONES COMO VARIABLES RELACIONADAS CON EL CAMBIO DE HÁBITOS DE SALUD EN FAMILIARES Y AMIGOS PRÓXIMOS DE ENFERMOS DE CÁNCER

Josefa Soto\*, Montserrat Planes\*\* y Maria Eugènia Gras \*\*

\* AECC-Cataluña contra el Cáncer.

\*\* Universidad de Gerona.

### Resumen

Se estudian los cambios en los hábitos de salud de 105 familiares y amigos próximos de enfermos de cáncer hospitalizados después del diagnóstico. Se pretende comprobar si el conocimiento de la enfermedad tiene algún impacto en la modificación de sus estilos de vida. Por otra parte se analiza la influencia de las alteraciones emocionales en dichos cambios de comportamiento. Con este propósito se ha utilizado una entrevista de creación propia y el instrumento HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale de Zigmond y Snaith, 1983) en versión castellana y catalana. Los resultados muestran que el 21,1% de los participantes presentaron cambios positivos en sus hábitos de salud después del diagnóstico del familiar o amigo próximo y el 11,5% mostraron cambios negativos. En relación al papel de las emociones, se observaron medias de sintomatología ansiosa (14,33; d.t.=4,98) y depresiva (10,17; d.t.=4,93) mayores en aquellos sujetos que realizaron cambios negativos que en los que no realizaron ningún cambio (9,32; d.t.=5,37 y 6,33; d.t.=4,64). Por otra parte, los participantes más jóvenes, con más sintomatología depresiva y que visitan con mayor frecuencia al sujeto son los que se muestran más activos en modificar hábitos de salud. Los resultados sugieren que las alteraciones emocionales, principalmente las depresivas, están asociadas con el cambio negativo y, por tanto, sería conveniente prestarles algún tipo de atención en la población estudiada con el fin de mejorar su salud presente y futura.

**Palabras clave:** cambio de hábitos de salud, alteraciones emocionales, familiares de enfermos de cáncer.

### Abstract

Study of the changes in health habits of 105 cancer patients' relatives and close friends after the diagnosis. The aim is to try to verify whether the knowledge of the disease has got some impact in the modification of their life styles. The emotional alterations influence in this change of behaviour has been analysed furthermore. An interview of own creation and HADS (Anxiety Hospital and Depression Scale of Zigmond and Snaith, 1983) instrument, in a Spanish and a Catalan version, were used with this aim. The results show that 21.1% of the participants presented positive changes in their health habits after the diagnosis of the relative or close friend and 11.5% showed negative changes. In relation to the role of the emotions, averages of anxiety (14,33; d.t.=4,98) and depressive (10,17; d.t.=4,93) symptoms were higher in those subjects who made negative changes than in those who did not make any change (9,32; d.t.=5,37 and 6,33; d.t.=4,64). In addition, the youngest participants, with more depressive symptoms and who visit the subject more often, are those who become more assets modifying health habits. The results suggest that emotional alterations, mainly depressive symptoms, are associated with negative change and, therefore, it would be suitable to lend some type of attention to these alterations in the population studied with the purpose of improving their present and future health.

**Key words:** health behaviour change, psychological distress, caregivers cancer patients.

---

### Correspondencia:

Josefa Soto Mora.  
Ctra Tàrrida nº 26-28 3º 1º. 17007 GIRONA  
E-mail: josefasoto@hotmail.com

La enfermedad oncológica no sólo afecta a los propios enfermos si no que también repercute, en mayor o menor medida, en sus familiares y seres queridos<sup>(1)</sup>. Según Barreto et al.<sup>(2)</sup>, el sufrimiento de cáncer por parte de algún miembro de la familia supone una fuente de estrés importante que implica alteraciones emocionales y funcionales. En general, la familia cuidadora experimenta un aumento de la sintomatología depresiva, ansiosa y psicósomática, una restricción de roles y actividades, un incremento de la tensión en la relación marital y una disminución de la salud física<sup>(1)</sup>. Por tanto, la experiencia de la enfermedad es una tensión que comparten pacientes y familia.

Desde los años 80 diferentes estudios ponen de manifiesto que los familiares pueden estar tan afectados emocionalmente (problemas de ansiedad y depresión) como los propios pacientes<sup>(2)</sup> o incluso más perturbados<sup>(3)</sup>.

Al mismo tiempo, es probable que los familiares y amigos próximos de los pacientes con cáncer se cuestionen por sus probabilidades de padecer alguna de las variantes de la enfermedad oncológica, basándose en factores internos (hormonas, aspectos inmunitarios y mutaciones heredadas) o externos (productos químicos, radiaciones, etc.)<sup>(4)</sup>. Un factor externo muy importante es el conductual: se pueden compartir hábitos de vida con el enfermo como la dieta, el consumo de tabaco o de alcohol, la exposición al sol, etc. Por tanto, experimentar de forma vicaria (en los otros) las consecuencias que pueden tener hábitos poco saludables, es posible que repercuta en los hábitos de salud de los observadores. Bandura y Walters<sup>(5)</sup>, plantean que los modelos similares en sexo, edad, etc., así como los modelos a los que nos unen vínculos emocionales intensos suelen ser bastante efectivos para aprender nuevas conductas o para eliminar algunas bien establecidas. De acuerdo con el modelo propuesto por estos autores, es de esperar que los familiares y amigos próximos de los enfermos de cáncer aprendan con mayor facilidad que el

resto de la población que determinados hábitos están relacionados en alguna medida con el padecimiento de una serie de neoplasias.

Kristeller et al.<sup>(6)</sup> opinan que los parientes de los enfermos de cáncer son un grupo receptivo al cambio de hábitos porque aumenta su sentido personal de vulnerabilidad a la enfermedad y/o se eleva su conciencia de los riesgos genéticos y medioambientales. Por otra parte, también creen que puede ser un grupo reticente al cambio debido, probablemente, al malestar emocional que provoca la enfermedad oncológica del familiar.

Es posible, por tanto, que si las alteraciones emocionales son lo suficientemente importantes interfieran en el proceso de cambio positivo e incluso originen cambios negativos (como el aumento del consumo de tabaco y alcohol) que en algunos casos suelen deberse a estrategias erróneas de afrontamiento del estrés<sup>(7)</sup>.

Hay que considerar que el estrés no es siempre negativo: niveles moderados del mismo pueden originar un cierto grado de preocupación que actúa como motivador del cambio, tal como propone el modelo de creencias de la salud<sup>(8)</sup>. Esta misma idea está presente en la teoría que relaciona activación y rendimiento. Según Yerkes-Dobson (c.f. Valdés y Flores<sup>(9)</sup>) niveles bajos de activación del sistema nervioso central están asociados con un rendimiento deficiente en algunas tareas, que va mejorando conforme se incrementa el grado de activación, hasta llegar a un punto crítico a partir del cual comienza a deteriorarse con gran rapidez.

Teniendo presentes los anteriores planteamientos, los principales objetivos de nuestro trabajo son:

1. Conocer si los familiares y amigos próximos de los enfermos de cáncer hospitalizados realizan cambios en sus hábitos de salud después del conocimiento de la enfermedad.
2. Estudiar el papel de la sintomatología ansiosa y depresiva como interferidoras o facilitadoras del cambio

de hábitos de salud después del conocimiento del diagnóstico de cáncer de un familiar o amigo próximo.

3. Estudiar la capacidad predictiva en el cambio de hábitos de salud de las alteraciones emocionales, del grado de vinculación con el enfermo como variable relacionada con el aprendizaje vicario y de otras variables demográficas como el sexo y la edad, a raíz de la experiencia de tener un familiar o amigo próximo afectado de cáncer.

## MÉTODO

### Sujetos

La muestra está formada por 105 participantes familiares y amigos próximos (41% de hombres y 59% de mujeres) de los enfermos neoplásicos hospitalizados entre agosto del 2001 y marzo del 2002 en la Planta de Oncología del Hospital Universitario Josep Trueta de Girona. Sus edades están comprendidas entre 23 y 80 años, con una media de 45,90 años (d.t.= 15,89).

La tasa de participación fue del 95,64% ya que sólo cuatro sujetos se negaron a colaborar en el estudio.

### Material y procedimiento

Se utilizó una entrevista de creación propia que incluye, entre otras, las siguientes preguntas:

*Después de conocer la enfermedad de su familiar/ amigo,*

- a) *¿ha habido algún cambio en sus hábitos de salud? (ejemplo: en la alimentación o en otros hábitos).*
- b) *¿en qué hábitos?*
- c) *¿qué tipo de cambio? (ejemplo: aumento del consumo de fibra o cualquier otro cambio).*
- d) *¿cuánto tiempo después de conocer el diagnóstico aparecieron estos cambios?*

En la entrevista también se recoge información sobre la edad y sexo de los participantes y la frecuencia con que los sujetos visitan al enfermo (días por semana) con la finalidad de conocer el grado de vinculación entre ambos.

Para la evaluación de las alteraciones emocionales de los sujetos se utilizó el HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) de Zigmond y Snaith<sup>(10)</sup>. Se creó una traducción en catalán de la versión de la escala en castellano de Caro e Ibáñez<sup>(11)</sup> para administrar en la muestra de catalanoparlantes, y se usó la escala en castellano para la muestra castellanoparlante. Esta escala consta de 14 ítems divididos en dos sub-escalas: ansiedad y depresión. La interpretación de la puntuación obtenida en cada sub-escala es la siguiente: 0-7 (trastorno ausente); 8-10 (caso dudoso); 11 o más (trastorno presente). El instrumento se administró en formato heteroaplicado para no romper la dinámica de la entrevista.

La recogida de la información tuvo lugar entre agosto de 2001 y marzo de 2002. El primer contacto con los participantes se realizaba en la propia habitación del enfermo donde se hacía una presentación del estudio y se solicitaba su colaboración voluntaria y anónima. La entrevista se realizaba en un despacho que reunía suficientes garantías de privacidad.

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se presenta la distribución de los sujetos en función del cambio realizado a raíz del conocimiento de la enfermedad de su familiar o amigo próximo. En el grupo de *Cambio negativo* se incluyen todos los participantes que informan de que la enfermedad del ser querido ha provocado uno o más cambios no saludables en sus hábitos. Los sujetos que realizan *Cambio positivo* son aquellos que informan de cambios beneficiosos para la salud. Si la situación no ha provocado ninguna modificación en sus hábitos de salud, los sujetos se clasifican en el grupo de *No cambio*.

**Tabla 1. Distribución de los participantes en función de tipo de cambio realizado a raíz del diagnóstico de cáncer del familiar o amigo próximo (en porcentaje)**

Tipo de cambio	% (n)
Negativo	11,5 (12)
No cambio	67,3 (70)
Positivo	21,1 (22)

La mayor parte de los sujetos estudiados no han realizado cambios en sus hábitos de salud después de conocer el diagnóstico de cáncer de su familiar o amigo próximo. Sólo uno de cada tres sujetos informa en tal sentido, aunque los sujetos que realizan cambios positivos casi doblan a los que realizan cambios negativos. Si se analiza el tipo de cambio efectuado, la mayoría de cambios positivos informados se refieren a la alimentación (55%; n=22) y al tabaco (15%; n=6). Respecto a los cambios negativos, la mayoría de ellos se refiere al consumo de tabaco (75%; n=12).

Por otra parte, el 77,5% (n=31) de los cambios positivos y el 75% (n=12) de los cambios negativos informados se produjeron dentro de los tres meses posteriores al diagnóstico del familiar o amigo cercano.

En la Tabla 2 se presentan las medias y desviaciones típicas de la sintomatología ansiosa y depresiva de los familiares o amigos próximos en función del tipo de cam-

bio realizado en los hábitos de salud después del conocimiento de la enfermedad del familiar o amigo próximo, así como los resultados de los análisis de la varianza. Se puede apreciar que existe una relación significativa entre la sintomatología ansiosa y depresiva y el tipo de cambio realizado por el sujeto.

En la Tabla 3 se muestran los contrastes de Scheffé entre las medias. Se aprecia que la puntuación media en sintomatología ansiosa de los sujetos que realizan cambios negativos es significativamente más elevada que la de aquellos que no realizan ningún cambio. A pesar de que los sujetos que realizan cambios positivos tienen una ansiedad media más elevada que los que no realizan cambios, la diferencia observada no es estadísticamente significativa. Tampoco es significativa la diferencia de sintomatología ansiosa entre los sujetos que realizan cambios positivos y los que efectúan cambios negativos.

En relación a la sintomatología depresiva, observamos el mismo efecto que con la ansiedad, ya que los sujetos que han realizado cambios negativos en su conducta manifiestan significativamente mayor índice de sintomatología depresiva que aquellos que no han realizado ningún cambio.

A fin de estudiar qué variables predicen el cambio de hábitos de salud a raíz de la experiencia de tener un familiar o amigo próximo afectado de cáncer se ha

**Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de la sintomatología ansiosa y depresiva de los familiares o amigos próximos de enfermos de cáncer hospitalizados en función del tipo de cambio realizado en los hábitos de salud después del conocimiento del diagnóstico y resultados del análisis de la varianza**

	n	Media (SD)	F (2,102)	Sig. (bilateral)
<b>Sintomatología ansiosa</b>				
No cambio	69	9,32 (5,37)	5,137	0,008
Cambio positivo	22	11,05 (5,54)		
Cambio negativo	12	14,33 (4,98)		
<b>Sintomatología depresiva</b>				
No cambio	69	6,33 (4,64)	3,763	0,027
Cambio positivo	22	7,27 (3,77)		
Cambio negativo	12	10,17 (4,93)		

Tabla 3. **Contrastes de Scheffé entre las medias de la sintomatología ansiosa y depresiva de los familiares y amigos próximos de enfermos de cáncer hospitalizados en función del tipo de cambio realizado en los hábitos de salud después del conocimiento del diagnóstico**

	Diferencia de medias	Sig. (p)
<b>Sintomatología ansiosa</b>		
No cambio-Cambio positivo	-1,73	0,397
No cambio-Cambio negativo	-5,01	0,010*
Cambio positivo-Cambio negativo	-3,29	0,212
<b>Sintomatología depresiva</b>		
No cambio-Cambio positivo	-1,94	0,696
No cambio-Cambio negativo	-3,83	0,028*
Cambio positivo-Cambio negativo	-2,89	0,206

\* Significación estadística.

realizado un análisis discriminante con el paquete estadístico SPSS<sup>(12)</sup> (método por pasos sucesivos). Las variables incluidas inicialmente en el análisis son la edad y el sexo de los participantes, las puntuaciones en sintomatología ansiosa y depresiva y la frecuencia con que visita al enfermo.

En la Tabla 4 se presentan los resultados del análisis discriminante. Son tres las variables que han entrado a formar parte del modelo: la edad de los participantes, la sintomatología depresiva y la frecuencia de visita. Este modelo explica el 26,1% de la varianza del tipo de cambio y clasifica correctamente el 68,3% de los casos.

A fin de interpretar mejor el modelo en la Tabla 5 se presentan las medias y desviaciones típicas de las tres variables discriminantes, así como el resultado de los análisis de la varianza univariantes. Asimismo,

en la Tabla 6 se muestran los contrastes de Scheffé de estas medias.

Como podemos comprobar, los sujetos que han modificado sus hábitos de salud, en sentido positivo o negativo son significativamente más jóvenes que los que no han realizado ningún cambio. En relación a la sintomatología depresiva, los sujetos que han realizado cambios negativos en sus hábitos de salud presentan como media puntuaciones más elevadas que aquellos que no los han modificado. Los sujetos que han realizado cambios positivos también presentan una media mayor de sintomatología depresiva que los sujetos del grupo de No cambio, aunque la diferencia no es significativa. Finalmente, los sujetos que han realizado cambios negativos y los que han efectuado cambios positivos en sus hábitos de salud muestran medias de frecuencia de visita más elevadas que aquellos sujetos

Tabla 4. **Modelo resultante del análisis discriminante entre cambio negativo (0), no cambio (1) y cambio positivo (2) con el método Lambda de Wilks**

Variables	Lambda de Wilks en incorporar la variable al modelo	Coefficientes estandarizados de la primera función discriminante del modelo con tres predictores
Edad de los sujetos	0,899*	0,526
Sintomatología depresiva	0,800*	-0,902
Frecuencia de visita	0,739*	0,564

\*  $p \leq 0,005$ .

Tabla 5. **Medias y desviaciones típicas de las variables del modelo resultante del análisis discriminante en función del tipo de cambio realizado después del conocimiento del diagnóstico de cáncer del familiar o amigo próximo y resultados del análisis de la varianza**

Media (SD) n	No cambio	Cambio positivo	Cambio negativo	F (gl) p
Edad de los sujetos	49,64 (15,29) 70	39,36 (15,27) 22	37,33 (14,07) 12	F=3,763 (2,101) p=0,027
Sintomatología depresiva	6,33 (4,64) 69	7,27 (3,77) 22	10,17 (4,93) 12	F=6,093 (2,100) P=0,003
Frecuencia de visita	5,75 (2,41) 69	6,81 (1,17) 21	6,92 (1) 12	F=3,069 (2,99) P=0,051

Tabla 6. **Contrastes de Scheffé entre las medias de las variables resultantes del análisis discriminante en función del tipo de cambio realizado después del conocimiento del diagnóstico de cáncer del familiar o amigo próximo y resultados del análisis de la varianza**

	Diferencia de medias	Sig. (p)
<b>Sintomatología ansiosa</b>		
No cambio-Cambio positivo	10,28	0,024*
No cambio-Cambio negativo	12,31	0,038*
Cambio positivo-Cambio negativo	2,03	0,933
<b>Sintomatología depresiva</b>		
No cambio-Cambio positivo	-0,94	0,696
No cambio-Cambio negativo	-3,83	0,028*
Cambio positivo-Cambio negativo	-2,89	0,206
<b>Frecuencia de visita</b>		
No cambio-Cambio positivo	-1,06	0,521
No cambio-Cambio negativo	-1,16	0,654
Cambio positivo-Cambio negativo	-0,11	0,757

\* Significación estadística.

que no han realizado cambios, pero las diferencias observadas no son estadísticamente significativas.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Si nos centramos en el primer objetivo del trabajo, podemos comprobar que sólo dos de cada diez familiares o amigos cercanos de enfermos de cáncer hospitalizados han realizado cambios en sus hábitos de salud después del conocimiento del diagnóstico. La mayoría de cambios se producen en la dieta. Este porcentaje es similar al comunicado por Kristeller et

al.<sup>(6)</sup>, que encuentran que un 22,7% de los familiares de los enfermos de cáncer realizaron cambios positivos en su alimentación. Estos cambios han tenido lugar en su mayoría durante los tres meses posteriores al conocimiento del diagnóstico. Respecto a la validez de las modificaciones en la dieta autoinformadas debemos ser cautelosos, es posible que exista una sobre-representación de respuestas referidas a la dieta así como una presencia por debajo de la realidad del resto de tipos de cambio autoinformados. Esto podría ser debido al formato del instrumento utilizado que, a diferencia del que Kristeller et al. (1996)<sup>(6)</sup> utilizaron y que preguntaba directamente

por cambios en la dieta y en el consumo de tabaco y de alcohol, en nuestro trabajo preferimos únicamente orientar a los participantes mediante un ejemplo y se prefirió hablar de la dieta por tratarse de un factor más neutro e inespecífico que, por ejemplo, el tabaco.

Por otra parte, aproximadamente uno de cada diez sujetos han realizado cambios negativos en sus hábitos de salud y estos cambios se refieren especialmente al consumo de tabaco.

Respecto al segundo objetivo, se observa que las reacciones emocionales, concretamente la sintomatología ansiosa y depresiva, están estrechamente relacionadas con el tipo de cambio realizado. Los resultados muestran una relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva y los cambios negativos, de manera que los sujetos que han realizado estos cambios en su conducta de salud obtienen puntuaciones significativamente mayores en las dos sintomatologías que aquellos que no han realizado ningún tipo de cambio. Aunque no está claro cual es el sentido exacto de la relación, parece razonable pensar que el principal motivo del malestar emocional sea la enfermedad del ser querido y el malestar producido por los cambios negativos contribuya en todo caso a incrementarlo.

Los resultados muestran que en los familiares y amigos próximos de enfermos de cáncer existe una relación entre malestar emocional y cambios negativos en los hábitos de salud. Una explicación que daría cuenta de esa relación es que los cambios negativos observados respondan a la necesidad de afrontar de alguna manera las alteraciones emocionales provocadas por el diagnóstico. En este caso, sería conveniente proporcionarle otras estrategias más saludables y eficaces de afrontamiento (counselling, relajación, etc.).

En relación con el tercer y último objetivo del trabajo, los resultados muestran que los participantes más jóvenes, con más sintomatología depresiva y que visitan con mayor frecuencia al enfermo son los que

muestran más cambios en sus hábitos de salud. El tipo de cambio realizado (positivo o negativo) se relaciona principalmente con la sintomatología depresiva: los que tienen puntuaciones más elevadas tienden a realizar cambios negativos, mientras que los que realizan cambios positivos obtienen puntuaciones muy similares a los que no realizan ningún tipo de cambio.

En síntesis, creemos que sería conveniente detectar y tratar cuanto antes las alteraciones emocionales intensas de los familiares y amigos próximos de los enfermos de cáncer hospitalizados, ya que no sólo constituyen una fuente de sufrimiento para el afectado y una posible reducción de calidad en el cuidado del enfermo, sino que pueden predisponer a la realización de cambios negativos en los hábitos de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weitzner MA., Jacobsen PB, Wagner, H, 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, 55-63.
2. Barreto P, Molero M, Pérez MA. Evaluación e intervención psicológicas en familias de enfermos oncológicos. En F.Gil, editor. *Psico-oncología*. Barcelona: Nova Sidonia; 2000, p. 137-71.
3. Cliff A.M, MacDonagh RP. Psychosocial morbidity in prostate cancer: II. A comparison of patients and partners. *BJU Int*, 2000; 86 (7), 834-39.
4. Borràs JM, Borràs J, Bosch FX, Fernández E, Galceran J, Gispert R, González JR, Izquierdo A, Marcos R, Moreno V, Peris M, Puig X, Sánchez V, Viladiu, P. *Càncer a Catalunya 2001*. L'Hospitalet: Institut Català d'Oncologia, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2001.
5. Bandura A, Walters RH. *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza Universidad: Madrid; 1974 (edición original en inglés 1963).
6. Kristeller JL, Herbert J, Edmiston K, Liepman M, Wertheimer M, Ward A, Luippold R. Atti-

- tudes toward risk factor behavior of relatives of cancer patients. *Prev Med*, 1996; 25, 162-69.
7. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca; 1986 (edición original en inglés 1984).
  8. Rodríguez-Marín J.. Evaluación en prevención y promoción de la salud. En R. Fernández-Ballesteros, editor. *Evaluación Conductual Hoy*. Madrid: Pirámide; 1994, p.652-712.
  9. Valdés M, Flores T. *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Martínez Roca; 1985.
  10. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983; 67, 361-70.
  11. Caro I, Ibáñez E. La escala hospitalaria de ansiedad y depresión: su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*, 1992; 36, 43-69.
  12. SPSS Inc. *Statistical Package for Social Sciences, Windows 7.5.2S*. Chicago; 1989-1997.