

# Impacto del cáncer colorrectal en los síntomas de depresión y ansiedad en pacientes y sus parejas

Ascensión Bellver-Pérez<sup>1,2</sup>, Joan Vicent Sánchez-Ortí<sup>1,3</sup> y Jorge Aparicio-Urtasun<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Psicología y Logopedia, Universidad de Valencia, Valencia, España

<sup>2</sup>Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

<sup>3</sup>INCLIVA - Instituto de Investigación Sanitaria, Valencia, España

<sup>4</sup>Servicio Oncología Médica, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

## Impact of colorectal cancer on depressive and anxiety symptoms in patients and their couples

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of the present study was to examine the effect of sex and colostomy variables on symptoms of anxiety and depression in patients with colorectal cancer (CRC) and their couples. **Method:** The sample consisted of patients with CRC ( $n = 95$ ) and their respective couples ( $n = 95$ ). The severity of anxiety-depressive symptomatology and the presence of a colostomy were assessed. **Results:** The severity of anxiety symptoms increased significantly ( $p < .0001$ ;  $d = .82$ ) in the couples group compared to patients. Regarding gender, anxiety ( $p < .0001$ ;  $\eta^2p = .28$ ) and depression ( $p = .02$ ;  $\eta^2p = .05$ ) were significantly increased in female couples of men with CRC. Similarly, in terms of colostomy status, the severity of anxiety increased in the group of couples with colostomized CRC patients ( $p = .02$ ;  $\eta^2p = .02$ ). **Conclusions:** This study suggests that gender and colostomy status have a strong impact on anxiety and depression symptoms in couples of patients with CRC.

**Keywords:** Colorectal cancer; anxiety; depression; couples; gender; ostomy.

### RESUMEN

**Objetivo:** Examinar el efecto de las variables sexo y colostomía en los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer colorrectal (CCR) y sus parejas. **Método:** La muestra estuvo compuesta por pacientes con CCR ( $n = 95$ ) y sus respectivas parejas ( $n = 95$ ). Se evaluó la gravedad de la sintomatología ansioso-depresiva y la presencia de colostomía. **Resultados:** La gravedad de los síntomas de ansiedad aumentó significativamente ( $p < .0001$ ;  $d = .82$ ) en el grupo de parejas en comparación con el grupo de pacientes. Referente al sexo, aumentó significativamente la ansiedad ( $p < .0001$ ;  $\eta^2p = .28$ ) y depresión ( $p = .02$ ;  $\eta^2p = .05$ ) en las parejas mujeres de hombres con CCR. Asimismo, en cuanto a la condición de colostomía, la gravedad de la ansiedad aumentó en el grupo de parejas de pacientes con CCR con colostomía ( $p = .02$ ;  $\eta^2p = .02$ ). **Conclusiones:** Este estudio sugiere que el sexo y la condición de colostomía tienen un fuerte impacto sobre los síntomas de ansiedad y depresión en parejas de pacientes con CCR.

**Palabras clave:** Cáncer colorrectal; ansiedad; depresión; parejas; género; ostomía.

### Introducción

El cáncer colorrectal (CCR) es la tercera neoplasia maligna más común y la segunda causa de muerte por

cáncer en el mundo, constituyendo el 10% de la incidencia mundial de cáncer y el 9,4% de toda la mortalidad por cáncer (Dekker et al., 2019). Los estilos de vida poco saludables, entre ellos, falta de actividad física, alimentación desequilibrada, y consumo de sustancias tóxicas, son los principales factores de riesgo para la aparición de la enfermedad (Keum y Giovannucci., 2019). Las secuelas negativas asociadas al CCR y su tratamiento ocurren con frecuencia. Los pacientes con diagnóstico de CCR presentan una disminución significativa en su

Recibido: 27 de octubre de 2023; aceptado: 13 de septiembre de 2024.  
 Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología y Logopedia, Universidad de Valencia, Avenida Blasco-Ibáñez 21, 46010 Valencia, España. Correo-e: ascension.bellver@uv.es

funcionamiento diario y calidad de vida en comparación con la población general, viéndose especialmente afectadas la imagen corporal, las finanzas, y el funcionamiento social y familiar (Flyum et al., 2021).

El deterioro funcional asociado al CCR impacta directamente sobre la salud mental del individuo (Barbosa et al., 2023). Una revisión reciente de la literatura sugiere que los pacientes con CCR presentan frecuentes y reiterados síntomas de ansiedad y depresión que persisten, incluso, finalizado el tratamiento oncológico (Peng et al., 2019). Además, la evidencia indica que el incremento de la sintomatología ansioso-depresiva puede obstaculizar la adherencia a hábitos de vida saludables y reducir la calidad de vida en personas con CCR, postulándose como un marcador de progresión clínica de la enfermedad (Trudel-Fitzgerald et al., 2020). Paralelamente, los cuidadores también experimentan elevados niveles de estrés y ansiedad (Wang et al., 2023). Los parejas de las personas con CCR suelen desarrollar malestar emocional, irritabilidad, fatiga, ansiedad y pensamientos anticipatorios debido a la compleja dinámica surgida del trascurso de la enfermedad (Howard et al., 2021). Cabe señalar que, en algunas ocasiones, el nivel de estrés de los parejas puede ser superior al experimentado por los pacientes con CCR, ya que deben asumir un mayor grado de responsabilidad a la hora de planificar horarios y rutinas diarias, consultas médicas, las finanzas del hogar, entre otras y, además, gestionar su propio estado anímico (Howard et al., 2022). Estudios recientes que evalúan las diferencias de sexo en la aparición de los síntomas de ansiedad y depresión tras el diagnóstico de CCR han demostrado que las mujeres tienden a desarrollar, precozmente y con mayor intensidad, síntomas depresivos, preocupación ansiosa, y limitaciones funcionales en comparación con los hombres, con independencia del rol de enfermo o pareja (Pacheco-Barcia et al., 2022). Asimismo, la sintomatología ansioso-depresiva y las frecuentes situaciones vitales estresantes incrementan la vulnerabilidad psicológica y reducen la capacidad de afrontamiento en los pacientes con CCR y sus familiares (Han et al., 2020).

La salud mental del individuo con CCR y su pareja está mediada por los diferentes tipos de tratamientos oncológicos. Los resultados indican que el uso de radioterapia y quimioterapia, y un estadio avanzado de la enfermedad, aumentan el riesgo de desarrollar síntomas depresivos en pacientes con CCR (Kjaer et al., 2021). Asimismo, la presencia de colostomía en los pacientes con CCR es un factor determinante en la aparición y mantenimiento de la sintomatología ansioso-depresiva. Se ha comprobado que la salud mental en pacientes con

estoma es significativamente inferior comparada con aquellos que no lo tienen, debido fundamentalmente a la percepción distorsionada de la imagen corporal, el incremento de la fatiga y los cambios en la autopercepción de la enfermedad (Tseng et al., 2019). Referente al cónyuge, un estudio reciente muestra que la colostomía tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida, siendo más significativo entre las mujeres de los pacientes con CCR (Aylaz et al., 2021).

En consecuencia, es realmente necesario identificar las repercusiones sobre la salud mental del diagnóstico de CCR. Una mejor comprensión de la aparición y mantenimiento de la sintomatología ansioso-depresiva en pacientes con CCR y sus familiares será útil para incrementar la prevención, la identificación y el seguimiento de pacientes con riesgo de desarrollar problemas de salud mental, así como para la promoción de apoyo psicosocial para los pacientes con CCR. Los objetivos del presente estudio fueron tres: a) comparar los síntomas de depresión y ansiedad entre pacientes con CCR y sus parejas, b) examinar la sintomatología ansioso-depresiva en el grupo de parejas en función del sexo en el grupo del paciente, y c) explorar la sintomatología ansioso-depresiva de las parejas en función del tipo de cirugía de los pacientes con CCR.

## Método

### *Participantes*

La muestra estuvo compuesta por 190 individuos, de los cuales 95 eran pacientes con diagnóstico de CCR y 95 sus respectivas parejas. En la Tabla 1 se presenta un resumen de las características sociodemográficas y clínicas de los participantes. Los hombres representaron más de la mitad de la muestra total (61.1%). La edad media de toda la muestra fue de 61.24 ( $DT_{\text{edad}} = 9.25$ ) años. La gran mayoría de los individuos estaban casados (98.9%) y la mayoría jubilados (38.9%) y amas de casa (29.5%). A nivel clínico, el grupo con CCR estuvo compuesto por un 93.6% de individuos con diagnóstico entre los estadios I y II; y un 73.7% sin colostomía.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en consideración fueron: mayores de 18 años de edad, diagnóstico de CCR en estadios I, II o III, capacidad de comprender los procedimientos del estudio, y pareja estable en el momento de la evaluación. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con CCR en estadio IV, antecedentes de patología neoplásica anterior, trastornos psiquiátricos o deterioro cognitivo que impidieran la comprensión y cumplimentación del protocolo.

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra. Frecuencia (%) y puntuaciones medias (DTs)

Variables	CCR ( <i>n</i> = 95)	Cónyuge ( <i>n</i> = 95)
<i>Sociodemográficas</i>		
Edad (media y DT)	61.37 (9.02)	61.12 (9.49)
Sexo <sup>a</sup>	58.00 (61.1%)	37.00 (38.9%)
<i>Clínicas</i>		
Colon <sup>b</sup>	57 (60%)	
Recto <sup>b</sup>	38 (40%)	
Estadio I <sup>c</sup>	50 (52.6%)	
Estadio II <sup>c</sup>	39 (41.4%)	
Estadio III <sup>c</sup>	6 (6.3%)	
Colostomía <sup>d</sup>	25 (26.3%)	
Tratamiento complementario <sup>d</sup>	79 (83.2%)	

Nota. <sup>a</sup> Número total de hombres (porcentaje), <sup>b</sup> neoplasia, <sup>c</sup> estadio de la enfermedad, <sup>d</sup> Sí. CCR = cáncer colorrectal.

### Instrumento

*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond y Snaith, 1983). En el presente estudio se ha empleado la adaptación del cuestionario a población española realizada por Cuevas-Castresana et al. (1995). El HADS evalúa la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en individuos hospitalizados con diagnóstico de enfermedad física. Se compone de dos subescalas con 7 ítems cada una: la subescala de ansiedad (HADS-A) que evalúa la presencia de tensión, preocupación, y sensación de temor; y la subescala de depresión (HADS-D) que evalúa la pérdida de interés, pesimismo, y la capacidad de disfrutar. El participante debe elegir la frase que mejor se ajuste a su estado de ánimo en la última semana, entre las cuatro posibles alternativas existentes en cada ítem. Cada ítem se puntúa de 0 a 3 en función de la opción marcada, de tal modo que la puntuación total fluctúa entre 0 y 21 para cada subescala. A la hora de interpretar los resultados, mayores puntuaciones en las subescalas de ansiedad y depresión indican mayor severidad. Se ha establecido que puntuaciones iguales o inferiores a 7 son consideradas normales, mientras que puntuaciones superiores a 8 son clínicamente significativas. Recientemente, se ha demostrado que la HADS es útil para identificar síntomas de ansiedad y depresión en individuos con cáncer (Annunziata et al., 2020). Asimismo, en relación con las tasas de ansiedad (6.7%) y depresión (4.1%) estimadas en población general, las personas con cáncer presentan tasas, al menos, cinco veces superiores (Ministerio de Sanidad, 2020). La prevalencia se ha estimado a partir de los puntos de corte ( $\geq 8$ ) para ansiedad y depresión, y de ( $\geq 10$ ) para los sínto-

mas mixtos (Herrero et al., 2003). La escala presenta unas buenas propiedades psicométricas. La consistencia interna del cuestionario completo es adecuada (alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) = .90), siendo  $\alpha$  = .84 para la subescala depresión y  $\alpha$  = .85 para la subescala ansiedad. Presenta una especificidad del 87% y una sensibilidad del 72%.

### Procedimiento

Este estudio transversal, descriptivo y explicativo se llevó a cabo en la provincia de Valencia, España. Los participantes con diagnóstico de CCR y sus parejas fueron reclutados tras haber pasado un mes desde la intervención quirúrgica y a la espera de valoración de tratamiento complementario, quimioterapia o radioterapia, en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe. En ese momento, los participantes conocían su diagnóstico y recibieron información sobre el pronóstico y tratamiento complementario. Asimismo, con el objetivo de reducir el impacto de los diferentes estresores, inherentes al proceso oncológico, en los síntomas de ansiedad y depresión, se estableció una ventana temporal de tres meses tras el diagnóstico de cáncer para recoger la información clínica relevante en este estudio. A todas las personas se les informaba de los objetivos del estudio y de su voluntariedad para participar en él. A la vez se obtenía el consentimiento informado, y se les explicaba la confidencialidad en el tratamiento de los datos. El comité ético del Hospital Universitario y Politécnico La Fe aprobó el protocolo del estudio, que se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

*Análisis estadístico*

Se realizaron análisis descriptivos expresados como media y desviación típica para las variables continuas, y número total de casos (y porcentaje) para las variables categóricas. La prevalencia de ansiedad ( $\geq 8$ ), depresión ( $\geq 8$ ) y síntomas mixtos ( $\geq 10$ ) se analizó aplicando la prueba de chi-cuadrado para examinar las diferencias en el porcentaje de síntomas de ansiedad, depresión y mixtos entre el grupo de pacientes y sus parejas. Las tasas obtenidas fueron comparadas con valores epidemiológicos normativos reportados en población clínica y no clínica, destacando la relevancia de los puntos de corte establecidos en la HADS (Herrero et al., 2003) y su amplia utilización en investigación y práctica clínica. Las diferencias en la gravedad de los síntomas se examinaron aplicando la prueba de *t* de Student para muestras independientes (pacientes vs. parejas). Para examinar el impacto sobre las parejas, en la muestra correspondiente a este grupo se aplicaron diseños de 2 (sexo del paciente: mujer vs. hombre) por 2 (tipo de cirugía del paciente: colostomía vs. no colostomía). Los tamaños del efecto se calcularon mediante la *d* de Cohen, tomándose el siguiente criterio para los valores de la *d*: efecto pequeño (0.20-0.49), efecto moderado (0.50-0.70 y efecto grande ( $\geq 0.80$ ); Se calculó también la eta-cuadrado parcial ( $\eta^2p$ ), y se siguió el siguiente criterio: efecto pequeño (.02-.14), efecto moderado (.15-.34) y efecto grande ( $\geq .35$ ). La normalidad de las variables continuas fue verificada con la prueba de Kolmogorov-Smirnov, garantizando la adecuación de las pruebas paramétricas. Esto asegura la robustez de los análisis estadísticos y la validez de las conclusiones obtenidas a partir de la muestra, representativa de la población diana. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 22.0.

**Resultados***Prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes y en sus parejas*

En términos generales, la mayoría de los pacientes con CCR no mostró síntomas de ansiedad ni depresión (84.2%). En las parejas no hubo sintomatología en el 60% de los casos. Cabe destacar que se encontró una mayor prevalencia de sintomatología en el grupo de parejas (40%) en comparación con el grupo de pacientes con CCR (15.8%), siendo estas diferencias significativas. En el grupo de parejas también se encontró una mayor prevalencia de sintomatología ansiosa (21.1%) y mixta (15.6%) que en el grupo con CCR (Tabla 2).

Las puntuaciones en sintomatología de ansiedad y depresión para los dos grupos se muestran en la Tabla 3. La comparación entre ambos grupos indica que el grupo de parejas, en comparación con el grupo de pacientes, obtuvo puntuaciones significativamente más altas en los síntomas de ansiedad ( $p < .001$ ), con un tamaño del efecto elevado (cercano a 0.80). Sin embargo, no encontramos diferencias significativas en depresión entre los grupos.

*Diferencias en los síntomas de ansiedad y depresión en el grupo de parejas en función del sexo y el tipo de cirugía (colostomía /no colostomía) del paciente*

Las parejas mujeres ( $n = 58$ ) presentaron puntuaciones significativamente más elevadas de ansiedad en comparación con las parejas hombres ( $n = 37$ ), con un tamaño del efecto grande ( $F_{93} = 14.29$ ;  $p < .0001$ ;  $\eta^2p = .28$ ) (Tabla 4). En cuanto al tipo de cirugía con colostomía, el

Tabla 2. Frecuencia (%) de síntomas de ansiedad y depresión en los grupos de pacientes y parejas

Variables	Pacientes ( $n = 95$ )	Parejas ( $n = 95$ )	$\chi^2$	$p$
Sin síntomas	80 (84.2)	57 (60.0)	15.09	.02
Síntomas de ansiedad	3 (3.2)	20 (21.1)	14.53	.03
Síntomas de depresión	7 (7.4)	3 (3.3)	2.99	.39
Síntomas mixtos	5 (5.2)	15 (15.6)	13.87	.03

*Nota.* CCR = cáncer colorrectal.

Tabla 3. Puntuaciones medias (*DTs* entre paréntesis) de ansiedad y depresión en los grupos de pacientes y parejas

Variables	Pacientes ( $n = 95$ )	Parejas ( $n = 95$ )	$t$	$p$	$d$
HADS-Ansiedad	3.76 (2.89)	6.33 (3.75)	5.104	.0001	.76
HADS-Depresión	3.92 (2.99)	4.36 (3.36)	0.98	.32	.13

*Nota.* HADS = Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.

Tabla 4. Puntuaciones medias (DTs entre paréntesis) de ansiedad y depresión en el grupo de parejas en función del sexo y colostomía del paciente

	Sexo		Colostomía	
	Hombre ( <i>n</i> = 37)	Mujer ( <i>n</i> = 58)	Sí ( <i>n</i> = 25)	No ( <i>n</i> = 70)
HADS-Ansiedad	4.62 (2.87)	7.41 (3.86)	8.12 (3.87)	5.69 (3.51)
HADS-Depresión	3.24 (2.95)	5.07 (3.43)	5.52 (3.79)	3.94 (3.12)

Nota. HADS = Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. M = Media. DT = Desviación típica.

grupo de parejas mostró puntuaciones de ansiedad significativamente más elevadas cuando existe colostomía (*n* = 25) en comparación con cuando no se da esta condición (*n* = 70), con un tamaño del efecto pequeño ( $F_{93} = 5.52$ ;  $p = .021$ ;  $\eta^2p = .02$ ) (Tabla 4). No encontramos una interacción significativa de sexo  $\times$  tipo de cirugía ( $F_{93} = .67$ ;  $p = .41$ ;  $\eta^2p = .01$ ) (Figura 1). Aunque se observó que las parejas de hombres con colostomía registraron mayor ansiedad ( $M = 9.29$ ;  $DT = 3.86$ ), que superó el punto de corte establecido en el cuestionario HADS para síntomas de ansiedad ( $\geq 8$ ), no se observaron diferencias entre los cuatro grupos (Figura 1).

En una línea similar, las parejas mujeres reportaron puntuaciones significativamente más elevadas de depresión en comparación con los parejas hombres, con un tamaño del efecto moderado ( $F_{93} = 4.92$ ;  $p = .02$ ;  $\eta^2p = .05$ ) (Tabla 4). Referido a la cirugía con colostomía, el grupo de parejas mostró puntuaciones de depresión más elevadas en la condición de colostomía en comparación con la

condición de no colostomía. Sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ( $F_{93} = 3.01$ ;  $p = .08$ ;  $\eta^2p = .03$ ) (Tabla 4). Al igual que con la ansiedad, no fue significativa la interacción entre el sexo y el tipo de cirugía ( $F_{93} = .16$ ;  $p = .901$ ;  $\eta^2p = .0001$ ) (Figura 1). Aunque el grupo de parejas mujeres de hombres con colostomía fue el que presentó mayor nivel de depresión ( $M = 6.12$ ;  $DT = 3.63$ ), siendo el grupo de hombres cuyas parejas eran mujeres sin colostomía el que exhibió las puntuaciones más bajas ( $M = 2.97$ ;  $DT = 2.59$ ), no encontramos diferencias significativas entre los cuatro grupos.

## Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con CCR y sus parejas, examinando la posible influencia de la variable sexo y el tipo de intervención quirúrgica (colostomía/no colostomía). Los presentes resultados muestran

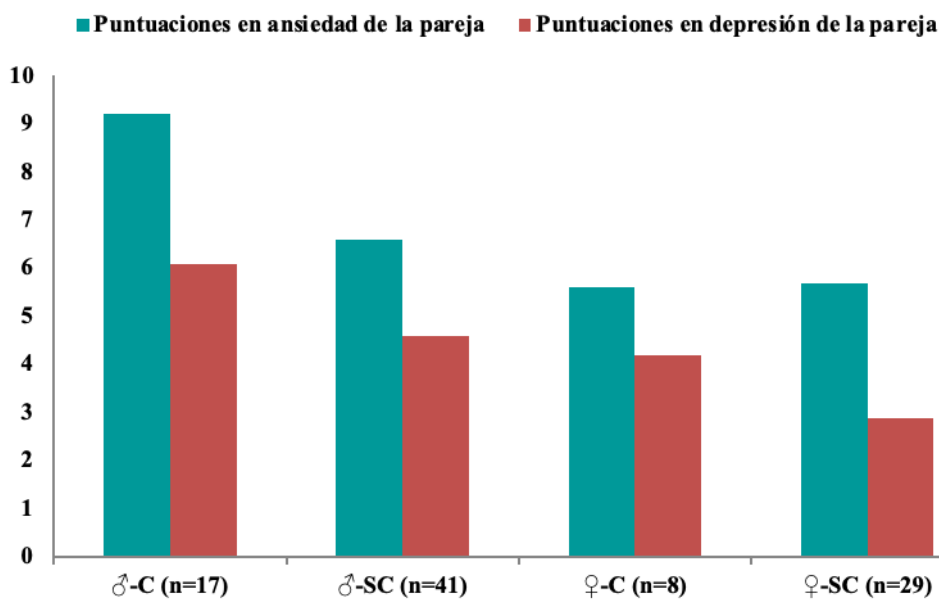


Figura 1. Niveles de ansiedad y depresión de la pareja en función del sexo y cirugía del paciente. ♂-C = hombres con colostomía, ♂-SC = hombres sin colostomía, ♀-C = mujeres con colostomía, ♀-SC = mujeres sin colostomía.



un aumento significativo de los síntomas de ansiedad y mixtos (ansioso-depresivos) en el grupo de parejas. Asimismo, encontramos que las parejas mujeres presentaron un incremento significativo de la sintomatología ansioso-depresiva que se incrementó bajo la condición de que la pareja con CCR hubiera sido colostomizado.

Los hallazgos concuerdan con evidencias previas que sugieren que la sintomatología ansioso-depresiva es común en parejas de pacientes con CCR y está fuertemente relacionada con el empeoramiento de la calidad de vida de este colectivo (Howard et al. 2021, 2022). Asimismo, se han identificado diversos factores psicosociales involucrados en el desarrollo y mantenimiento de los síntomas de ansiedad y depresión. La percepción de enfermedad difiere substancialmente entre el individuo y su cónyuge, siendo el primero el que percibe la enfermedad como transitoria, mientras que las parejas tienden a considerar el diagnóstico de cáncer como permanente (Stulz et al., 2022). El vínculo emocional que se haya desarrollado entre los dos miembros de la pareja también parece influir significativamente, relacionándose un menor grado de intimidad y afectividad de la relación con incrementos en síntomas de ansiedad y depresión posteriores al diagnóstico de CCR (Meier et al., 2019). En este contexto, el estilo de afrontamiento del cónyuge es crucial ya que va a ser, en la mayoría de los casos, quien se encargue de cuidar y confortar al individuo con CCR. Un estilo de afrontamiento disfuncional caracterizado por la sobreprotección y la no comunicación de las emociones se relaciona con incrementos en la psicopatología (Karademias et al., 2019). En este sentido, es frecuente que la escasa comunicación entre los miembros de la pareja pueda llegar a generar sentimientos de frustración y aislamiento sociofamiliar, incrementando así la vulnerabilidad psicológica del cónyuge (Zhou et al., 2023). La gestión de la información clínica es otra de las circunstancias que pueden hacer que aumenten los síntomas de ansiedad y depresión. Así pues, hay parejas que demandan obtener un pronóstico preciso de la enfermedad que, en la mayoría de las ocasiones, no es posible realizar. Esto lleva a que la demanda de información se alargue en el tiempo y quede insatisfecha, lo que conllevará un incremento del malestar emocional (Howard et al., 2022). Por último, la personalidad es un factor pronóstico importante en el desarrollo de sintomatología ansioso-depresiva. En un estudio reciente, se ha comprobado que la presencia de neuroticismo, introversión, y consciencia son óptimos predictores de la salud mental en pacientes con CCR y sus parejas (Galli et al., 2021). Sin embargo, también existen factores protectores que facilitan el ajuste al proceso oncológico. Por ejemplo, el *benefit finding*, definido como cambios positivos que ocu-

rren en la vida del individuo con CCR y su cónyuge una vez diagnosticada la enfermedad oncológica. Esta dimensión de salud correlaciona negativamente con la ansiedad y la depresión (Lin et al., 2021).

Abundante literatura ha postulado al sexo y la colostomía como variables indispensables a la hora de explorar las repercusiones en salud mental de la enfermedad oncológica experimentadas por las parejas (Cheng et al., 2022). Nuestros resultados coinciden con estudios previos que indican que las parejas de sexo femenino presentan niveles más elevados de ansiedad y depresión que las parejas de sexo masculino. Se han postulado diversos componentes subyacentes a estas diferencias de sexo. El desempeño de múltiples roles simultáneos (esposa, madre y cuidadora, entre otros) y el incremento en la responsabilidad en cada uno se ha relacionado con un empeoramiento de la salud mental y calidad de vida, lo que dificulta el ajuste psicosocial a la vida cotidiana en las mujeres cónyuge (Baraibar et al., 2023). Asimismo, parece que los sentimientos de angustia, preocupación y sufrimiento experimentados por las mujeres cónyuge no son transmitidos a los pacientes con CCR lo que contribuye al desarrollo de la psicopatología e incide en la posibilidad de que existan condicionantes psicológicos arraigados socialmente que dificulten dicha comunicación (Zhou et al., 2023). Del mismo modo, los hallazgos del presente trabajo concuerdan con la literatura previa que demuestra que la presencia de colostomía agrava la sintomatología ansioso-depresiva en el cónyuge (Song et al., 2022). Se ha postulado que la distorsión de la imagen corporal y el aumento del cansancio derivado de los elevados niveles de estrés que están asociados a la duración de las dificultades de la enfermedad, son unos de los principales determinantes para el empeoramiento de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con CCR ostomizados y sus parejas. Además, la inadecuada gestión de los conflictos intrafamiliares y emocionales también impactan directamente sobre la salud mental de las parejas (Tseng et al., 2019).

En consecuencia, existe una necesidad acuciante de implementar intervenciones de pareja y terapias sistémicas dirigidas a reducir la sintomatología ansioso-depresiva en la enfermedad de CCR (Barrett-Bernstein et al., 2019). En este sentido, recientemente se ha demostrado que las intervenciones psicológicas tienen un fuerte impacto en la mejora de la calidad de vida y salud mental de las personas con CCR. De hecho, se observa que la promoción del autocuidado y estilos de vida saludables junto con técnicas de relajación son útiles para la prevención y tratamiento de la sintomatología ansioso-depresiva en este colectivo (Lee et al., 2019). Por lo tanto, es importante mencionar que la detección de las necesidades psicosociales en pacientes con CCR y, especial-

mente, sus parejas, son cruciales para poder desarrollar intervenciones terapéuticas efectivas y maximizar la efectividad clínica (Yoon et al., 2022).

Deben tenerse en cuenta varias limitaciones de este estudio. En primer lugar, el tamaño relativamente pequeño de la muestra puede reducir la validez externa de los presentes resultados. En segundo lugar, el carácter transversal del estudio no permite establecer relaciones de causalidad, por lo que sería conveniente realizar estudios posteriores que consideren la perspectiva longitudinal. En tercer lugar, las características sociodemográficas de la muestra son parcialmente representativas de la población objeto de estudio, ya que la totalidad de la muestra estuvo compuesta por parejas heterosexuales caucásicas. Por tanto, sería recomendable tener una mayor variabilidad en cuanto a orientación sexual y raza, ya que pueden ser factores diferenciales en esta población. Sin embargo, también es importante destacar las fortalezas del presente estudio. Pocos estudios han planteado un análisis exhaustivo sobre el impacto del diagnóstico de CCR sobre los síntomas de ansiedad y depresión en las parejas.

En conclusión, este estudio pone de manifiesto la necesidad de intervenir sobre los síntomas de ansiedad y depresión desde una perspectiva psicosocial integral y sistémica, valorando el papel de los síntomas de ansiedad y depresión en etapas tempranas (peridiagnóstico) del cáncer (Demateis et al., 2024), que aglutine a todos los miembros del núcleo familiar, prestando especial atención en la figura del cuidador principal que suele ser el cónyuge. En consecuencia, sería interesante plantear estudios de seguimiento a largo plazo para observar la evolución de los síntomas de ansiedad y depresión en los diferentes estadios de la enfermedad CCR y que, a su vez, sirvieran para facilitar la detección precoz de la sintomatología ansioso-depresiva. Además, debido al fuerte impacto que tiene el CCR en la salud pública y el importante reto socioeconómico que supone, los resultados hallados ofrecen oportunidades realistas para generar nuevas terapias psicológicas centradas en las relaciones familiares y que consideren como núcleo fundamental a la unidad familiar en vez del individuo. Por último, los resultados podrían ser de utilidad a la hora de gestionar eficazmente los recursos sanitarios empleados, ya que un enfoque centrado en el apoyo familiar y el cuidado del entorno social promoverían una mejor calidad de vida y salud mental para el paciente y para el familiar.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

### Referencias

- Annunziata, M. A., Muzzatti, B., Bidoli, E., Flaiban, C., Bomben, F., Piccinin, M., Gipponi, K. M., Mariutti, G., Busato, S., & Mella, S. (2020). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 28(8), 3921–3926. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05244-8>
- Aylaz, G., Akyol, C., Kocaay, A. F., Gökmen, D., Yavuzarslan, A. B., Erkek, A. B., & Kuzu, M. A. (2021). Quality of life after colorectal surgery: A prospective study of patients compared with their spouses. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 13, 1050-1062. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v13.i9.1050>
- Baraibar, I., Ros, J., Saoudi, N., Salvà, F., García, A., Castells, M. R., Taberner, J., & Élez, E. (2023). Sex and gender perspectives in colorectal cancer. *ESMO Open*, 8(2), 101204. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.101204>
- Barbosa, M. V., Dos Santos, M. P., Leite, J. A., Rodrigues, V. D., de Pinho, N. B., & Martucci, R. B. (2023). Association between functional aspects and health-related quality of life in patients with colorectal cancer: can handgrip strength be the measure of choice in clinical practice? *Supportive Care in Cancer*, 31(2), 144. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07608-7>
- Barrett-Bernstein, M., Carli, F., Gamsa, A., Scheede-Bergdahl, C., Minnella, E., Ramanakumar, A. V., & Tourian, L. (2019). Depression and functional status in colorectal cancer patients awaiting surgery: Impact of a multimodal prehabilitation program. *Health Psychology*, 38(10), 900–909. <https://doi.org/10.1037/hea0000781>
- Cabrera, P., Rivera Urrutia, B., Vera, V., Alvarado, M., y Vera-Villaruel, P. E. (2005). Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(2), 115–124. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.10.num.2.2005.3994>
- Costa-Requena, G., Ballester Arnal, R., y Gil, F. (2015). Influencia de las características demográficas y variables clínicas en la percepción de apoyo social en pacientes con cáncer. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(1), 25–32. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.1.num.1.2015.14404>
- Cheng, V., Oveisi, N., McTaggart-Cowan, H., Loree, J. M., Murphy, R. A., & De Vera, M. A. (2022). Colorectal Cancer and Onset of Anxiety and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Oncology*, 29(11), 8751–8766. <https://doi.org/10.3390/curroncol29110689>
- Dekker, E., Tanis, P. J., Vleugels, J. L. A., Kasi, P. M., & Wallace, M. B. (2019). Colorectal cancer. *Lancet*, 394(10207), 1467–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32319-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32319-0)
- Demateis, M., Llull, D., y Castañeiras, C. (2024). Diseño de un modelo de intervención psicooncológica para el peridiagnóstico: Estudio piloto con adultos [Design of a psycho-oncological intervention model for peri-diagnosis: A pilot study with adults]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(1), 83–92. <https://doi.org/10.5944/rppc.37453>
- Cuevas-Castresana, C., García-Estrada Pérez, A., y González de Rivera, J. L. (1995). "Hospital anxiety and depression scale" y psicopatología afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11(4), 126–130.
- Flyum, I. R., Mahic, S., Grov, E. K., & Joranger, P. (2021). Health-related quality of life in patients with colorectal cancer

- in the palliative phase: a systematic review and meta-analysis. *BMC Palliative Care*, 20(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00837-9>
- García-Guillamón, G. (2017). Factores asociados a la ansiedad de los cuidadores de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) durante su hospitalización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 117–125. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.17784>
- Galli, F., Scotto, L., Ravenda, S., Zampino, M. G., Pravettoni, G., & Mazzocco, K. (2021). Personality Factors in Colorectal Cancer: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12, 590320. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.590320>
- Han, C. J., Yang, G. S., & Syrjala, K. (2020). Symptom Experiences in Colorectal Cancer Survivors After Cancer Treatments: A Systematic Review and Meta-analysis. *Cancer Nursing*, 43(3), E132–E158. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000785>
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., & Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277–283. [https://doi.org/10.1016/s0163-8343\(03\)00043-4](https://doi.org/10.1016/s0163-8343(03)00043-4)
- Howard, A. F., Lynch, K., Beck, S., Torrejón, M. J., Avery, J., Thorne, S., Porcino, A., De Vera, M., Lambert, L., Wolff, A., McDonald, M., Lee, J., Hedges, P., & McKenzie, M. (2021). At the Heart of It All: Emotions of Consequence for the Conceptualization of Caregiver-Reported Outcomes in the Context of Colorectal Cancer. *Current Oncology*, 28(5), 4184–4202. <https://doi.org/10.3390/curroncol28050355>
- Howard, A. F., Lynch, K., Thorne, S., Porcino, A., Lambert, L., De Vera, M. A., Wolff, A. C., Hedges, P., Beck, S. M., Torrejón, M. J., Kelly, M. T., & McKenzie, M. (2022). Occupational and Financial Setbacks in Caregivers of People with Colorectal Cancer: Considerations for Caregiver-Reported Outcomes. *Current Oncology*, 29(11), 8180–8196. <https://doi.org/10.3390/curroncol29110646>
- Howard, A. F., Torrejón, M. J., Lynch, K., Beck, S. M., Thorne, S., Lambert, L., Porcino, A., De Vera, M. A., Davies, J. M., Avery, J., Wolff, A. C., McDonald, M., Lee, J. W. K., Hedges, P., Kelly, M. T., & McKenzie, M. (2022). To share or not to share: Communication of caregiver-reported outcomes when a patient has colorectal cancer. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 6(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00418-1>
- Karademas, E. C., Dimitraki, G., Thomadakis, C., & Giannousi, Z. (2019). The relation of spouse illness representations to patient representations and coping behavior: A study in couples dealing with a newly diagnosed cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 37(2), 145–159. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1508534>
- Keum, N., & Giovannucci, E. (2019). Global burden of colorectal cancer: emerging trends, risk factors and prevention strategies. *Nature reviews. Gastroenterology & Hepatology*, 16(12), 713–732. <https://doi.org/10.1038/s41575-019-0189-8>
- Kjaer, T. K., Moustsen-Helms, I. R., Albieri, V., Larsen, S. B., Degett, T. H., Tjønneland, A., Johansen, C., Kjaer, S. K., Gogenur, I., & Dalton, S. O. (2021). Risk of Pharmacological or Hospital Treatment for Depression in Patients with Colorectal Cancer-Associations with Pre-Cancer Lifestyle, Comorbidity and Clinical Factors. *Cancers*, 13(8), 1979. <https://doi.org/10.3390/cancers13081979>
- Lee, M. K., Park, S. Y., & Choi, G. S. (2019). Facilitators and Barriers to Adoption of a Healthy Diet in Survivors of Colorectal Cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 51(5), 509–517. <https://doi.org/10.1111/jnu.12496>
- Lin, Y., Luo, X., Li, J., Xu, Y., & Li, Q. (2021). The dyadic relationship of benefit finding and its impact on quality of life in colorectal cancer survivor and spousal caregiver couples. *Supportive Care in Cancer*, 29(3), 1477–1486. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05602-x>
- Meier, F., Cairo Notari, S., Bodenmann, G., Revenson, T. A., & Favez, N. (2019). We are in this together - Aren't we? Congruence of common dyadic coping and psychological distress of couples facing breast cancer. *Psycho-Oncology*, 28, 2374–2381. <https://doi.org/10.1002/pon.5238>
- Ministerio de Sanidad. (2020). *Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP)*. Gobierno de España. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/BDCAP/home.htm>
- Pacheco-Barcia, V., Gómez, D., Obispo, B., Mihic Góngora, L., Hernández San Gil, R., Cruz-Castellanos, P., Gil-Raga, M., Villalba, V., Ghanem, I., Jiménez-Fonseca, P., & Calderón, C. (2022). Role of sex on psychological distress, quality of life, and coping of patients with advanced colorectal and non-colorectal cancer. *World Journal of Gastrointestinal Oncology*, 14(10), 2025–2037. <https://doi.org/10.4251/wjgo.v14.i10.2025>
- Peng, Y. N., Huang, M. L., & Kao, C. H. (2019). Prevalence of Depression and Anxiety in Colorectal Cancer Patients: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 411. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030411>
- Song, Q., Liu, C., Lv, X., Wang, J., & Yin, G. (2022). Course and predictors of psychological distress among colorectal cancer survivors with ostomies: A longitudinal study. *European Journal of Oncology Nursing*, 59, 102–170. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2022.102170>
- Stulz, A., Favez, N., & Flahault, C. (2022). Emotional and Sexual Adaptation to Colon Cancer: Perceptual Congruence of Dyadic Coping Among Couples. *Frontiers in Psychology*, 13, 802603. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.802603>
- Trudel-Fitzgerald, C., Tworoger, S. S., Zhang, X., Giovannucci, E. L., Meyerhardt, J. A., & Kubzansky, L. D. (2020). Anxiety, Depression, and Colorectal Cancer Survival: Results from Two Prospective Cohorts. *Journal of Clinical Medicine*, 9(10), 3174. <https://doi.org/10.3390/jcm9103174>
- Tseng, Y. L., Lin, S. Y., Tseng, H. C., Wang, J. Y., Chiu, J. L., & Weng, K. T. (2019). Stress and other factors associated with colorectal cancer outpatients with temporary colostomies. *European Journal of Cancer Care*, 28(4), e13054. <https://doi.org/10.1111/ecc.13054>
- Wang, Z., Chen, X., Zhou, J., Loke, A. Y., & Li, Q. (2023). Posttraumatic growth in colorectal cancer survivors: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(2) 28–38. <https://doi.org/10.1002/cpp.2838>
- Yoon, J., & Son, H. (2022). Need differences by treatment phases between patients with colorectal cancer and their caregivers: A text mining analysis. *Asia-Pacific Journal of Oncology*



- Nursing*, 9(5), 100061. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2022.03.013>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zhou, J., Chen, X., Wang, Z., & Li, Q. (2023). Couple-Based Communication Interventions for Cancer Patient-Spousal Caregiver Dyads' Psychosocial Adaptation to Cancer: A Systematic Review. *Healthcare*, 11(2), 236-246. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020236>