



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN Y
ANSIEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN LAS
ÁREAS DE CLÍNICA, CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL JOSÉ
CARRASCO ARTEAGA. CUENCA 2014-2015.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTORES: ANA CRISTINA GONZÁLEZ GONZÁLEZ
AMANDA SOFÍA TENORIO ROMERO
ANA GABRIELA VINTIMILLA VÁSQUEZ**

DIRECTOR: DR. MANUEL ISMAEL MOROCHO MALLA

**CUENCA – ECUADOR
2015**

Ana Cristina González González
Amanda Sofía Tenorio Romero
Ana Gabriela Vintimilla Vásquez

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer, hospitalizados en el hospital “José Carrasco Arteaga”, 2014-2015.

Metodología: Estudio transversal, llevado a cabo en 365 pacientes hospitalizados con diagnóstico de cáncer del hospital “José Carrasco Arteaga”, utilizando la Escala para ansiedad y depresión hospitalaria, y un formulario sociodemográfico. Los datos obtenidos se tabularon, analizaron y presentaron con el programa Excel y Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 15.0. Se utilizaron estadísticos descriptivos y para la asociación Chi cuadrado, Razón de prevalencias (RP) con un 95% de confianza ($p < 0,05$).

Resultados: La media de edad fue 60,91 años, DE de 14,7 de años y en el 57,8% de los casos del sexo femenino, casados en el 67,1% y de residencia urbana en el 72,1% de los casos. La prevalencia de ansiedad fue de 21,1% y de depresión 28,8%. La frecuencia de los factores asociados fue: tipo de cáncer más frecuente de mama con el 17%; 45,5% de la población con metástasis; el tratamiento más frecuente quimioterapia con el 54,8%; de igual manera el 54,8% de los pacientes poseían el diagnóstico entre 0 a 11 meses; el 20% de la población vivía sola con un 50,1% de apoyo familiar infrecuente (A veces). Ningún factor se asoció estadísticamente con ansiedad ($p > 0,05$); y con depresión: edad RP: 13,37, género RP 5,15, tipo de cáncer RP 35,74 en todos ellos (X^2 significativo) y pacientes con metástasis RP 1,6 (IC 95% 1,1-2,3); vivir solo RP 1,4 (IC 95% 1-2); apoyo familiar algunas veces RP 2 (IC 95% 1,3-3,1) y Ningún apoyo familiar RP 4,4 (IC 95% 3,1-6,1).

Conclusiones: La frecuencia de depresión y ansiedad es elevada y los factores familiares y de convivencia son los más influyentes.

PALABRAS CLAVES: ANSIEDAD, TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN, FACTORES DE RIESGO, NEOPLASIA, HOSPITALIZACIÓN.

ABSTRACT

Aim: To determine the prevalence and risk factors for anxiety and depression in cancer patients, hospitalized in “Jose Carrasco Arteaga” Hospital, 2014-2015.

Methods: A transversal study was conducted in 365 hospitalized patients with a cancer diagnose. The “Hospitalized Anxiety and Depression Scale” was used, along with sociodemographic questions. The data obtained were analyzed and presented with the programs Excel and Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 15.0. Descriptive and association statistics were used, like Chi square, prevalence ratio (PR) with 95% confidence ($p < 0.05$).

Results: The average age was 60,91 years, SD of 14,7 years, 57,8% of cases were women, married people in 67.1% of cases, urban residence in 72.1% of cases. The anxiety prevalence was 21.1% and the prevalence for depression 28.8%. The frequency of associated factors was: breast cancer was the most frequent with 17%, 45.5% presented metastasis, 54.8% were treated with chemotherapy, the diagnose was made between 0 to 11 months in 54.8% of cases, 20% of the population lived alone with a 50.1% of infrequent family support (sometimes). No factor was associates statistically with anxiety ($p > 0.05$); but with depression we found: age PR: 13.37, gender: PR: 5.15, type of cancer PR 35.74 (significant X^2) and patients who had metastasis PR 1.6 (CI 95% 1.1-2.3); living alone PR 1.4 (IC 95% 1-2); family support sometimes RP 2 (IC 95% 1,3-3,1) and no family support RP 4,4 (IC 95% 3,1-6,1).

Conclusions: The frequency of depression and anxiety is high and family factors and the coexistence factors are the most influential.

KEYWORDS: ANXIETY, ADJUSTMENT DISORDERS, RISK FACTORS, NEOPLASMS, HOSPITALIZATION.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

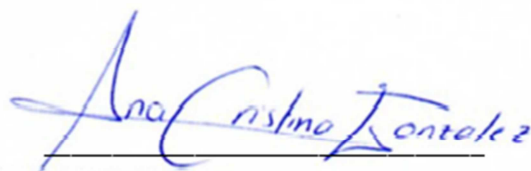
Contenido	Página
RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
CAPITULO I.....	14
1.1 INTRODUCCIÓN	14
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
1.3 JUSTIFICACIÓN	17
CAPITULO II.....	19
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	19
2.1 Generalidades	19
2.2 Fases del paciente oncológico para la aceptación de la enfermedad..	21
2.3 Factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos psicopatológicos: depresión y ansiedad.....	22
2.4 Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	28
CAPITULO III.....	30
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	30
3.1 Objetivo general.....	30
3.2 Objetivos específicos.....	30
3.3 Hipótesis	30
CAPITULO IV.....	31
4. METODOLOGÍA	31
4.1 Tipo de estudio	31
4.2 Área de estudio.....	31
4.3 Universo y muestra	31
4.4 Criterios de inclusión.....	31
4.5 Criterios de exclusión.....	31
4.6 Variables	32
4.7 Métodos, técnicas e instrumentos	32
4.8 Procedimiento	32
4.9 Plan de análisis de datos	33
4.10 Aspectos éticos.....	33

CAPITULO V.....	34
5. RESULTADOS.....	34
5.1 Cumplimiento del estudio.....	34
CAPITULO VI.....	45
6. DISCUSIÓN	45
CAPITULO VII.....	50
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
7.2 RECOMENDACIONES.....	51
CAPITULO VIII.....	52
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
CAPITULO IX.....	57
9. ANEXOS	57
Anexo 1. Consentimiento informado.....	57
Anexo 2. Encuesta sociodemográfica.....	60
Anexo 3. Formulario y Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad.	61
Anexo 4 Operacionalización de variables.....	62



Yo, Ana Cristina González González, autora de la tesis "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN LAS ÁREAS DE CLÍNICA, CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA 2014-2015", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 29 de Julio del 2015



Ana Cristina González González

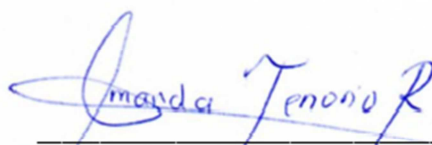
C.I 0105446785



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Amanda Sofía Tenorio Romero, autora de la tesis "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN LAS ÁREAS DE CLÍNICA, CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA 2014-2015", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 29 de Julio del 2015



Amanda Sofía Tenorio Romero

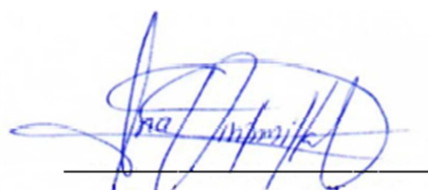
C.I 0104591052



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Ana Gabriela Vintimilla Vásquez, autora de la tesis “PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN LAS ÁREAS DE CLÍNICA, CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA 2014-2015”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 29 de Julio del 2015



Ana Gabriela Vintimilla Vásquez
C.I 0105137732



Yo, Ana Cristina González González, autora de la tesis "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN LAS ÁREAS DE CLÍNICA, CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA 2014-2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de Julio del 2015

Ana Cristina González González

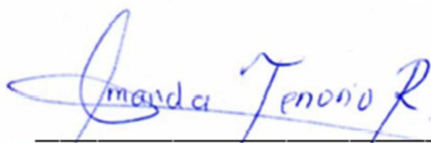
C.I 0105446785



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Amanda Sofía Tenorio Romero, autora de la tesis "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN LAS ÁREAS DE CLÍNICA, CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA 2014-2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de Julio del 2015



Amanda Sofía Tenorio Romero

C.I 0104591052



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Ana Gabriela Vintimilla Vásquez, autora de la tesis "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN LAS ÁREAS DE CLÍNICA, CIRUGÍA Y GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA. CUENCA 2014-2015", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 de Julio del 2015



Ana Gabriela Vintimilla Vásquez
C.I 0105137732

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis a nuestros padres y hermanos Fernanda, José y Mateo. Ma. Victoria y Pablo. Lourdes, Jaime E Isabel quienes siempre nos apoyaron y creyeron en nosotras.

A nuestros maestros quienes fueron nuestra guía durante todo este proceso.

A nuestros amigos quienes siempre estuvieron con nosotros durante todo nuestro período universitario.

Los Autores

AGRADECIMIENTO

Agradecemos al Hospital “José Carrasco Arteaga”, principalmente al departamento de oncología por la acogida que nos brindaron para realizar la presente investigación.

A los Doctores Jacinto Landívar e Ismael Morocho, nuestros tutores durante esta investigación, por su apoyo y guía.

A la Doctora Lorena Mosquera por su ayuda y orientación durante todo este período.

Y a nuestros familiares y amigos por su apoyo incondicional.

Los Autores

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Cáncer, es una palabra devastadora, que para el entendimiento humano es igual a muerte. El miedo que invade a la persona que la padece; influye de manera negativa en la adaptación en la sociedad y en su calidad de vida. (1)

El cáncer es una enfermedad diferente, su característica es una división y crecimiento descontrolado de las células. Dichas células poseen la capacidad de invadir el órgano donde se originaron y de viajar hacia otros lugares del organismo y crecer en ellos (mecanismo de metástasis). (2,3)

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Ecuador en el año 2008, posee una de las tasas anuales más altas de Cáncer en Latino América con el 11.6%; mientras que el promedio de la región alcanza el 6%. En tanto que las investigaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) demuestran que se presentan 500.000 nuevos casos de cáncer por año y se producen alrededor de 250.000 muertes por esa causa; en el Ecuador se presentan cerca de 10.200 nuevos casos por año. Por lo tanto la enfermedad oncológica actualmente es una prioridad en la salud pública debido a su alta morbilidad y mortalidad. (4) Es importante recalcar que la curación de esta enfermedad no siempre es posible, por lo que los estudios oncológicos realizados buscan una mejor comprensión de la naturaleza del padecimiento. (5,6)

Las enfermedades crónicas son cada vez más prevalentes en adultos, y al mismo tiempo, éstas suelen asociarse a trastornos mentales, que deberán ser detectados a tiempo para lograr un tratamiento y una prevención adecuados. (3)

En este sentido y específicamente con el cáncer, se ha venido desarrollando la psico-oncología, subespecialidad que intenta dar respuesta a los factores psicológicos relacionados con la aparición del cáncer, así como también a las reacciones emocionales del paciente y su familia, brindándole herramientas posibles y necesarias para convivir con su enfermedad. (3,6)

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ámbito de la salud posee una interrelación entre las enfermedades médicas y morbilidad psicológica. La condición biológica y psicológica propia de algunas enfermedades, parece favorecer la aparición de síntomas psicológicos que a menudo son confundidos con los síntomas de la enfermedad o los síntomas producidos por los tratamientos de la misma. Se considera que los trastornos de ansiedad y depresión son frecuentes en personas con cáncer, ya que la enfermedad oncológica produce un desequilibrio, generando un estado de distres, según la Clinicalpracticeguidelines in oncology (2011) lo define como “una experiencia multifactorial, emocional desagradable, psicológica (cognitivo conductual y emocional), social y/o de naturaleza espiritual que puede interferir con la capacidad de hacer frente con eficacia al diagnóstico de cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento. El malestar se extiende a lo largo de un proceso continuo, desde las sensaciones normales comunes de vulnerabilidad, tristeza y temor a los problemas que pueden llegar a ser incapacitante, tales como depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social, crisis existencial y espiritual”. (3, 5, 6)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los trastornos de ansiedad y depresión son los responsables de la discapacidad, limitaciones en la calidad de vida del paciente y en algunos casos hasta de suicidio. (4)

Varios estudios realizados muestran que la depresión es una afección comórbida que incapacita aproximadamente de un 15-25% de los pacientes con cáncer sin diferencia de sexo (7, 8) y los trastornos de ansiedad a casi uno de cada 10 pacientes de cáncer avanzado y al 14% de los pacientes de cáncer terminal. (9)

Otro estudio realizado en Barcelona concluyó que la disminución de la calidad de vida de un paciente con cáncer se relaciona más con los aspectos psicosociales que con los aspectos somáticos. (3)

Obviamente las investigaciones proporcionan datos que nos permiten ver la realidad de los pacientes oncológicos y la falta de un abordaje integral para identificación de los trastornos de ansiedad y depresión, debido a la dificultad para el diagnóstico de los mismos, la falta de capacitación del personal de salud, y la similitud de los síntomas de la enfermedad física con la psíquica, que no nos permite tratarlos de manera temprana y por ello empeora la calidad de vida. (1)

Por lo que se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la prevalencia de trastornos de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados con enfermedad oncológica en el Hospital “José Carrasco Arteaga” durante el período 2014-2015?
- ¿Cuáles son los principales factores de riesgo, que se asocian en la presentación de estos trastornos?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer está de acuerdo con las líneas de investigación de la Universidad de Cuenca en el grupo de enfermedades crónicas.

La depresión y la ansiedad influyen negativamente en la vida del paciente oncológico; de por si la homeostasis de la persona se encuentra alterada, y estos trastornos de ánimo predisponen al sufrimiento provocando una mala evolución de la enfermedad, aumentando así la mortalidad, la falta de adhesión al tratamiento, los costos sanitarios por hospitalizaciones prolongadas, la interacción de las medicaciones prescritas para los dos trastornos, la influencias bioquímicas de los estados de ánimo en el sistema inmune y la incapacidad laboral. (10)

Aproximadamente una de cuatro personas con cáncer se volverá clínicamente deprimida (11) y uno de cada 10 pacientes de cáncer avanzado presentarán ansiedad (9). Estas cifras son preocupantes ya que estos trastornos interfieren con el desempeño del paciente y reduce la capacidad de seguir con los planes de tratamiento y una futura recuperación. (11)

Se han realizados varios estudios en el que demuestran que aproximadamente del 25 al 40% de pacientes hospitalizados presentan depresión y el 60% se asocia con ansiedad. (12)

Por ello, debido al gran número de pacientes con cáncer en el Ecuador y la a la alta prevalencia de estos trastornos que afectan a los pacientes hospitalizados creemos que es de gran importancia realizar una investigación que muestre la realidad de los mismos en el hospital “José Carrasco Arteaga” para que sean abordados de manera temprana e integral y mejoren su calidad de vida. El tema a tratar concuerda con las líneas de investigación de la Universidad de Cuenca conteniéndose dentro de enfermedades crónico-degenerativas y en salud mental.

Al finalizar este estudio se publicará en la biblioteca y la revista de la facultad, beneficiando así a los actuales y futuros profesionales de la salud, con el fin de mejorar el enfoque de los pacientes oncológicos, no solo desde el punto de vista biológico sin también emocional y psicológico y así conseguir un pronóstico favorable.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Generalidades

Cáncer es un conjunto de tumores malignos; su palabra deriva del latino cangrejo, ya que se adhieren a cualquier parte y se aprovecha de una manera obstinada al huésped. Cuando añadimos la palabra maligno; implica amenaza de invasión y destrucción de estructuras adyacentes, además de diseminación a localizaciones distantes (metastatizar) y de causar la muerte. (3)

Esta es una situación angustiosa para el paciente, desarrollando sufrimiento emocional como el miedo a la muerte y el sufrimiento físico infligido por la enfermedad. (3)

Casi la mitad de pacientes con cáncer informan sentir mucho sufrimiento. El grado de sufrimiento varía desde la incapacidad de adaptación, hasta el padecer trastornos psiquiátricos, siendo los trastornos ansiosos y depresivos los más comunes en la población oncológica. (11)

Los trastornos de ansiedad hacen referencia a aquel estado acompañado de sensaciones de intenso temor y molestias somáticas como palpitaciones, sudoraciones, temblor, entre otras; denotando hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Estas condiciones influyen en la cognición y distorsiona la percepción. Es también considerada como una respuesta a una amenaza desconocida, vaga o conflictiva. (5)

Es la forma más común de distres, experimentado por pacientes con enfermedad oncológica. Cerca del 25% de los pacientes diagnosticados con cáncer manifiestan síntomas de ansiedad y en el 21% de los casos cumple con criterios de trastorno adaptativo ansioso. (6)

Los trastornos depresivos son afecciones cómorbidas, que afectan aproximadamente a un 15-25% de los pacientes con cáncer. (7, 8) Se cree que tiene igual impacto en hombres como en mujeres; pues las diferencias relacionadas con el género en cuanto a incidencia y gravedad no se han evaluado adecuadamente. (12)

El diagnóstico se hace difícil debido a la naturaleza de la enfermedad oncológica, en si misma puede producir síntomas vegetativos como: fatiga, debilidad, pérdida de la libido, insomnio, pérdida del interés, baja concentración y motivación. Por ello el oncólogo debe depender de síntomas psicológicos como estado de ánimo disfórico, desesperanza, falta de ayuda, falta de autoestima, anhedonia y pensamientos suicidas como parte de un manejo integral del paciente.(11)

Un estudio realizado en España (2008) se demostró que el 24% de los pacientes con cáncer presentaron trastornos psicológicos, asociándolos con diferentes factores de riesgo. (1,13)

Según el Tratado de Medicina Paliativa estima que aproximadamente el 15-20% de pacientes ambulatorios con cáncer sufren de depresión, y del 25 al 40% se presenta en pacientes hospitalizados. El 60% se asocia con ansiedad. (12)

La prevalencia de los trastornos psicopatológicos en los pacientes con cáncer varía dependiendo de la metodología empleada en los estudios y son más frecuentes que en la población general. (13)

Los trastornos adaptativos se presentan entre el 32% del estudio del PSYCOG (PsychosocialCollaborativeOncologyGroup) (Derogatis et al., 1983) y el 55% hallado en nuestro medio (Hernández, Cruzado y Arana, 2007). En la población general varían entre el 5 y el 20% como recoge el DSM-V. (8)

Por lo tanto estas dos entidades se presentan en la mayoría de los casos asociados. La distinción de estos cuadros no resulta fácil, ya que ambas entidades cursan con trastornos autonómicos como: problemas de sueño,

alteraciones del apetito, déficit de atención y concentración, cansancio, astenia e irritabilidad. (12)

2.2 Fases del paciente oncológico para la aceptación de la enfermedad.

La psico-oncología se ha venido desarrollando como subespecialidad, que intenta dar respuesta a los factores psicológicos relacionados con la aparición del cáncer, así como también a las reacciones emocionales del paciente y su familia, brindándole herramientas posibles y necesarias para convivir con su enfermedad.(3)

Según López Ibor en su tratado de psiquiatría (1972): “Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud”. Por lo que nos permite entender que cada persona reacciona de manera distinta, dependiendo de su estructura psíquica y de la naturaleza de la enfermedad, siendo estos factores de riesgo para la presentación de ciertos trastornos psicopatológicos como es la ansiedad y la depresión. (12, 14).

En el momento del diagnóstico de cáncer o de una enfermedad terminal, el paciente se encuentra bajo síntomas inexplicables, o se está sometiendo a varias pruebas para determinar su enfermedad, el primer pensamiento es el de muerte, con lo que empieza los conflictos psíquicos y sociales. (5)

El miedo que causa la enfermedad puede generar un stress mayor y hacer la adaptación más difícil. En el proceso de integrar la experiencia de enfermedad, el paciente pasa por una serie de fases que son:

En un primer momento, tras conocer el diagnóstico de cáncer suelen aparecer sentimientos de incredulidad, rabia y desesperación. Es frecuente la negación como mecanismo de defensa.

A medida que el paciente va reconociendo la realidad de su situación, puede experimentar trastornos del sueño, del apetito, de atención y tener dificultades para continuar su rutina. En algunos casos aparecen entonces los trastornos de ansiedad y depresión que pueden ser considerados patológicos. Es en esta fase cuando el paciente puede consultar segundas opiniones e interesarse por nuevos tratamientos.

Finalmente el paciente se adapta a su nueva situación, acepta el diagnóstico y el tratamiento del cáncer y aprende a convivir con las inevitables crisis que aparecerán de forma permanente durante el proceso. (15, 16)

Luego de la etapa del diagnóstico y el impacto que este conlleva, el paciente acepta su largo proceso de tratamiento en el que la familia y el enfermo deberán enfrentarse a diferentes circunstancias y cambios como un nuevo estilo de vida, problemas emocionales y somáticos del paciente, además de cambios en el funcionamiento familiar (17).

2.3 Factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos psicopatológicos: depresión y ansiedad.

Existen ciertas características de los pacientes oncológicos que son considerados factores de riesgos para el desarrollo de los trastornos psicopatológicos. (CuadroNº1)

Cuadro 1. Factores de riesgo de ansiedad y depresión relacionados con el Cáncer

Factores sociodemográficos: • Edad • Sexo • Estado civil • Residencia Factores derivados del cáncer: • Tipo de Cáncer: ▪ Cáncer de páncreas.(11) ▪ Cáncer de seno ▪ Cáncer de pulmón de células pequeñas, ▪ Linfomas. ▪ Cáncer de cabeza y cuello (18) • Tiempo del diagnóstico • Estadio avanzado del cáncer.(19) ▪ No metástasis ▪ Metástasis • Tratamiento ▪ Quimioterapia ▪ Radioterapia ▪ Tratamiento paliativo Antecedentes personales: • Apoyo familiar (9)

Fuente: Tratado de Psicofarmacología. Bases y aplicación. 2da. ed.p.194 (7)
Modificado por: Autoras
Cuenca 2014

2.3.1 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad

Según la evidencia encontrada, estos trastornos son prevalentes en la población general en el rango de mediana edad. En ciertos estudios se observa que la relación que existe entre la edad y la morbilidad psicológica los pacientes mayores se encuentran mejor, lo que evidencia mayor malestar emocional y existencial en persona jóvenes, creando mayores dificultades para la aceptación de la enfermedad y el tratamiento.

Un estudio realizado en una población venezolana, de adultos con cáncer, se encontró que el 77 % de los pacientes presentaron algún trastorno psiquiátrico. Entre los cuales se encontraron a los trastornos adaptativos con una mayor prevalencia con el 22,22 %.(13)

2. Sexo:

Los estudios no son concretos por lo que existen contradicciones. En algunos estudios muestran que las tasas son iguales en mujeres y en varones, (5) pero en otros son más altas en mujeres, ya que experimentan más sufrimiento con respecto a la imagen corporal y añadimos los problemas emocionales que estos traen.

La ansiedad es la forma más común de distrés experimentado por pacientes oncológicos. En la población general se considera que la ansiedad es más prevalente en el sexo femenino, en personas jóvenes. (20)

Como se expuso existen limitaciones con respecto a estos datos debido a que los estudios se realizan con pacientes cuyos diagnósticos son dependientes del género como el cáncer de mama o de testículo, por lo que se requiere investigación con grupos donde esta variable se mezcle. (8)

3. Estado civil

Ciertos estudios realizados en la población general demuestra que los síntomas de depresión y ansiedad son más frecuentes en comunes entre divorciados o separados, que en los solteros o los casados. Este fenómeno explica lo importante de las relaciones interpersonales. (20,21)

4. Residencia:

No se han realizado estudios que demuestren si es más prevalente estos factores psicológicos en la zona urbana o rural.

2.3.2 FACTORES DERIVADOS DEL CÁNCER:

1. Tipo de Cáncer

La depresión puede relacionarse a falla orgánica o nutricional, complicaciones endócrinas y neurológicas del cáncer. En el cáncer pancreático la depresión es un síntoma común que ha llevado a especular sobre cambios de humor tumor inducidos, posiblemente por la alteración de la función de la serotonina a través del efecto de la citoquinas proinflamatorias. Estos trastornos de depresión mayor relacionados con la enfermedad, son llamados desórdenes del estado de ánimo relacionados a condición médica. (13) En otros estudios reportan que los tipos de cáncer altamente asociados a depresión y ansiedad son: orofaríngeo, mama y pulmón. (20, 21)

Por otro lado los tumores secretores de hormonas que producen ansiedad son: feocromocitoma, tumores tiroideos, carcinoides, adenoma paratiroideo, tumores productores de ACTH, insulinoma y desórdenes paraneoplásicos. (15)

2. Tiempo del Diagnóstico

Es importante recalcar que la ansiedad a menudo se manifiesta en diversos momentos como:

- Durante la detección,
- El diagnóstico,
- El tratamiento
- la recidiva del cáncer.

A veces, puede afectar la conducta de una persona con respecto a su salud, contribuyendo a la demora o el descuido de medidas que podrían prevenir el cáncer. (18) Por ejemplo, cuando las mujeres con niveles altos de ansiedad se enteran de que tienen un nivel de riesgo genéticamente más alto de padecer de

cáncer de mama que lo que creían anteriormente, se pueden realizar el autoexamen de mama con menos frecuencia. (18,23)

3. Estadio de la Enfermedad.

Los pacientes con enfermedad avanzada son más susceptibles de presentar complicaciones como dolor, depresión, delirio y síntomas deficitarios. Cuando estas complicaciones no son tan frecuentes o son tolerables, hay autores que encuentran que el 73% de los pacientes en estados terminales lo que más temían era la muerte y el proceso de morir, generando síntomas ansiosos y depresivos. (9, 21)

4. Tratamiento.

La quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia y la radioterapia se consideran como procedimientos invasivos que perturban la vida de los pacientes y les recuerda constantemente que tienen cáncer. (13, 17)

La radioterapia es el tratamiento indicado en el 60% de los casos, con un propósito tanto curativo como sintomático. (13)

En estudios que han usado la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HAD, se observó que la radioterapia genera un empeoramiento clínico de los síntomas de depresión de un 14 a un 23%, mientras que la ansiedad se mantiene constante, entre un 19 y un 15%, con un aumento del nivel medio de los síntomas de depresión desde antes de la radioterapia (8.4%) hasta el final de la misma (11.2%), sin presentar cambios en el seguimiento (10.7%), mientras que el nivel medio de los síntomas de ansiedad no cambia significativamente. (17)

Recientemente se ha realizado un estudio prospectivo de los trastornos psicopatológicos y síntomas de malestar emocional en el Hospital Universitario de Basurto (Hernández, 2012), con 103 pacientes con distintos tipos de cáncer, desde el inicio del tratamiento de radioterapia hasta el final de la misma y un

seguimiento al mes. Sus resultados fueron que uno de cada cuatro pacientes tiene algún trastorno psicopatológico (MINI) al inicio del tratamiento, que no varía significativamente al final del mismo ni al mes de seguimiento. Por otro lado los síntomas detectados por la escala (HADS) mejoran significativamente a lo largo de la radioterapia pero al final del estudio todavía un 22% de los pacientes muestran síntomas clínicos de ansiedad, depresión o malestar emocional. (17)

Otro de los tratamientos como la quimioterapia y la terapia inmunológica puede producir síntomas depresivos además de síntomas vegetativos como: fatiga, náuseas, vómitos y dolor. Estos pueden abarcar desde los moderados hasta los severos en cuanto al funcionamiento cotidiano del paciente, imagen corporal, relaciones familiares, relaciones sexuales y malestar psicológico general. (13)

Los efectos de la droga anti-cáncer generan delirio, confusión, concentración deficiente, depresión, alucinaciones, desorientación, somnolencia, irritabilidad, agitación, deterioro de la memoria y alteraciones de la cognición, debido a las alteraciones cerebrales y cerebelosas, generando encefalopatía. Al terminar el tratamiento es posible que los síntomas puedan explicarse mejor por la carencia de enfermedad mensurable, menos contacto con los proveedores de cuidado de salud y la persistencia de síntomas que pueden manifestarse en ansiedad, depresión, tristeza, malestar emocional general, aumento del temor de recurrencia e incertidumbre. (13)

2.3.3 ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLÓGICOS PSIQUIÁTRICOS

1. Apoyo familiar

El apoyo social y familiar inadecuado es un factor de riesgo para la morbilidad psicológica en una variedad de ambientes. En los pacientes oncológicos es fundamental ya que genera percepción de bienestar. (23)

La enfermedad, el tratamiento y malestar psicológico pueden deteriorar el apoyo social pudiendo desarrollar una crisis crónica, por lo que las personas que brindan apoyo pueden responder de otra manera. (23)

2.4 Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria

La escala que se utilizara para evaluar la presencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con diagnóstico de cáncer es la “Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria” (HADS).

La escala hospitalaria de ansiedad y depresión conformada por 14 ítems fue creada por Zigmond y Snaith (1983) y permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medio de atención primaria. El contenido de la HAD está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. (9, 18)

La HADS está estructurada como una escala de tipo Likert que va de cero a tres, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. Consta de dos subescalas de 7 ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear y que diferencia la ansiedad de la depresión. (9)

La valoración de la escala se realiza tanto para ansiedad como para depresión de la siguiente manera: de 0 a 7 normal, de 8 a 10 dudoso y de 11 o más problema clínico. (9, 18)

La escala original ha sido adaptada y validada en diversas poblaciones y culturas, mostrando una sensibilidad y especificidad útil en la discriminación de ansiedad y depresión. Otros estudios muestran la utilidad de este instrumento en la evaluación de pacientes con cáncer, donde la sensibilidad y especificidad del instrumento varía con los puntos de corte utilizados en las subescalas. (18)

En un estudio realizado en Instituto Nacional de Cancerología de Colombia (2005) se evaluó la validez de la HADS como escala bidimensional ya que si bien hay una relación entre ansiedad y depresión en pacientes con cáncer,

detectados por la HAD, y que se explican mejor por la aparición de síntomas característicos de una entidad presentes en la otra y no porque la escala esté midiendo un mismo constructo. Se concluyó que la HAD se compone de dos factores evidentes, uno de ansiedad y otro de depresión. Es una escala confiable, válida, y de fácil aplicación, para ser utilizada como prueba de tamizaje en el contexto oncológico. (9)

CAPITULO III

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia y los factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer, hospitalizados en el hospital “José Carrasco Arteaga”.

3.2 Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes con diagnóstico de cáncer hospitalizados en el hospital “José Carrasco Arteaga”.
2. Identificar los factores sociodemográficos y clínicos relacionados con la depresión y ansiedad.
3. Determinar la asociación de ansiedad y depresión con los factores de riesgo.

3.3 HIPÓTESIS

La prevalencia de trastornos de depresión y ansiedad en pacientes que presentan enfermedad oncológica hospitalizados en el “José Carrasco Arteaga” es menor al encontrado en otros estudios (25%) y presenta una asociación con principales factores de riesgo como edad, sexo, estado civil, tipo de residencia, tipo de cáncer, presencia de metástasis, tratamiento que recibe el paciente, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, apoyo familiar y la convivencia.

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio: Se trató de un estudio de tipo transversal.

4.2 Área de estudio: El área de estudio se encuentra en el servicio de oncología del Hospital “José Carrasco Arteaga”, ubicado en la calle José Carrasco Arteaga entre Popayán y Pacto Andino.

4.3 Universo y muestra: El universo estuvo conformado por los pacientes hospitalizados en el área de oncología del hospital “José Carrasco Arteaga”; que en total sumaron 365 pacientes. Se trabajó con la totalidad del universo, no se decidió tomar una muestra.

4.4 Criterios de inclusión

- Todo paciente con diagnóstico de Cáncer, de cualquier tipo y localización, con presencia o no de metástasis, internados en el hospital “José Carrasco Arteaga”.
- Pacientes mayores de 20 años, independientemente de su sexo.
- Cualquier tipo de tratamiento médico.
- Personas que firmaron el consentimiento informado y se excluirán a:

4.5 Criterios de exclusión:

- Pacientes con antecedentes psiquiátricos
- Pacientes que han firmado el consentimiento informado y desearon retirarse del estudio en cualquier momento

4.6 Variables

Variable dependiente: Ansiedad y depresión.

Variables independientes:

- Tipo de Cáncer
- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Residencia
- Presencia de Metástasis
- Tratamiento que recibe el paciente
- Tiempo transcurrido desde el Diagnóstico
- Apoyo familiar
- Convivencia

4.7 Métodos, técnicas e instrumentos

La recolección de datos fue realizada por los investigadores, realizaron una encuesta con un formulario mixto tomando datos de los pacientes y usando sus historias clínicas, en el que constaron de datos de filiación del paciente, tiempo de diagnóstico, apoyo familiar, convivencia y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale) “HADS”, en el cual su escala fue dicotomizada para una interpretación más adecuada al diseño de estudio. (Anexo 2)

4.8 Procedimiento

Para la recolección de la información necesaria, se entregó una solicitud firmada por las autoridades de la Universidad, dirigida al Coordinador General de Investigación

Ana Cristina González González
Amanda Sofía Tenorio Romero
Ana Gabriela Vintimilla Vásquez

del hospital “José Carrasco Arteaga”, con el fin de acceder a los datos. En esta constó un documento con información detallada de los objetivos y la importancia del este estudio, incluyendo sus beneficios y posibles riesgos, la duración y los métodos que serán aplicados. La capacitación de los investigadores se realizó a través de revisiones bibliográficas. La supervisión estuvo a cargo del doctor Ismael Morocho, director de la investigación.

4.9 Plan de análisis de datos

Para la tabulación de datos utilizamos Excel y StatisticalPackageforthe Social Sciences (SPSS), 15.0. El procesamiento de los datos se realizó a través del programa SPSS 15,0, utilizando el componente de análisis de datos, buscando asociaciones con factores de riesgo, utilizar medidas de frecuencia y buscar asociaciones estadísticas con los factores de riesgo, valiéndonos de medidas de razón, proporción, porcentaje y tasa de prevalencia. Se utilizaron una tabla de 2x2 para determinar la razón de prevalencia y para el chi cuadrado, con un nivel de confianza del 95%, por último se utilizó el valor de p para determinar si es que los valores del estudio se deben al azar o si tienen asociación estadísticamente significativa. Los gráficos y tablas que se elaboraron de acuerdo al tipo de variable.

4.10 Aspectos éticos

Se solicitó a los participantes la firma del consentimiento informado en el que se explicó la confidencialidad y el anonimato de los datos que se entregó a los investigadores, ya que estos fueron de uso exclusivo para los mismos, y para quienes intervinieron en la investigación. Finalmente se entregaron a los resultados y conclusiones finales de la investigación, al consejo directivo de la Universidad de Cuenca para su revisión y aprobación, para su posterior difusión.

El manejo de la información fue exclusivamente para motivos investigativos, los formularios fueron anónimos, no se divulgaron los datos personales, se cuenta con un documento de consentimiento informado para que el estudiante libre y voluntariamente plasme su deseo de participar.

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio

El estudio se cumplió sin contratiempos, se recolectó la información de 365 pacientes que fueron hospitalizados en el área de Oncología del Hospital del IESS José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca; se recogieron datos demográficos y la ansiedad y depresión se determinó mediante el uso de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, la misma que no presentó dificultades en su aplicación; los resultados de este trabajo se analizan a continuación:

5.2 Características demográficas de la población

Tabla 1. Distribución de 365 pacientes con diagnóstico oncológico del HJCA según sus características demográficas, Cuenca 2015.

Característica demográfica		n=365	%=100
Edad	<= 20 años	1	,3
	21 - 35 años	17	4,7
	36 - 50 años	66	18,1
	51 - 65 años	128	35,1
	Más de 65 años	153	41,9
Genero	Femenino	211	57,8
	Masculino	154	42,2
Estado civil	Casado	245	67,1
	Divorciado	35	9,6
	Soltero	37	10,1
	Unión libre	11	3,0
	Viudo	37	10,1
Residencia	Rural	102	27,9
	Urbana	263	72,1

$\bar{X}$ = 60,91 años

DE= 14,70 años

Fuente: Formulario de recolección de la información.

Realizado por: González A, Tenorio A, Vintimilla G.

Se puede observar en la tabla 1 la distribución de los pacientes evaluados según sus características demográficas, lo más llamativo fue que en el 41,9% de los casos poseía edades más de los 65 años; siendo el femenino el género más frecuente, al igual que el estado civil casado y la residencia urbana.

5.3 Tipo de cáncer diagnosticado

Tabla 2. Distribución de 365 pacientes con diagnóstico oncológico del HJCA según tipo de cáncer, Cuenca 2015.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Cáncer de mama	62	17,0
Cáncer de estomago	36	9,9
Cáncer de próstata	30	8,2
Cáncer de colon	26	7,1
Cáncer de pulmón	26	7,1
Linfoma no hodgkin	26	7,1
Cáncer de ovario	23	6,3
Cáncer de tiroides	16	4,4
Cáncer de recto	15	4,1
Linfoma de hodgkin	13	3,6
Cáncer de páncreas	10	2,7
Cáncer de útero	10	2,7
Cáncer hepático	9	2,5
Otro	63	17,3
Total	365	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: González A, Tenorio A, Vintimilla G.

Tras analizar los diagnósticos se estableció que el más frecuente fue el Cáncer de mama con el 17% de la población; seguido del cáncer de estómago con un 9,9% del total; los demás tipos de cáncer se pueden observar en la tabla; adicionalmente citamos que en la clase OTRO se agruparon todos los tipos de cáncer que sumaban menos de la unidad.

5.4 Estadío del cáncer

Tabla 3. Distribución de 365 pacientes con diagnóstico oncológico del HJCA según estadio del cáncer, Cuenca 2015.

ESTADIO DEL CÁNCER	Frecuencia	Porcentaje
No metástasis	199	54,5
Metástasis	166	45,5
Total	365	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: González A, Tenorio A, Vintimilla G.

El 45,5% de la población al momento de la revisión y encuesta poseía ya un proceso metastásico.

5.5 Tipo de tratamiento recibido

Tabla 4. Distribución de 365 pacientes con diagnóstico oncológico del HJCA según tipo de tratamiento recibido, Cuenca 2015.

TRATAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Quimioterapia	200	54,8
Cirugía	80	21,9
Tratamiento paliativo	42	11,5
Sin tratamiento	26	7,1
Radioterapia	17	4,7
Total	365	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: González A, Tenorio A, Vintimilla G.

El tratamiento que más se ha usado en la población que nos encontramos analizando fue la quimioterapia pues más de la mitad de los pacientes se encontraba recibiendo al momento del estudio.

5.6 Tiempo de diagnóstico

Tabla 5. Distribución de 365 pacientes con diagnóstico oncológico del HJCA según tiempo de diagnóstico del cáncer, Cuenca 2015.

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	Frecuencia	Porcentaje
0 a 11 meses	200	54,8
1 a 2 años	95	26
> 5 años	41	11,2
3 a 4 años	19	5,2
4 a 5 años	10	2,7
Total	365	100,0

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: González A, Tenorio A, Vintimilla G.

El 54,8% de la población presentaba un tiempo de diagnóstico entre 0 a 11 meses; es decir fueron diagnósticos recientes mientras que la minoría de la población es decir el 2,7% presentaba un diagnóstico entre 4 a 5 años.

5.7 Convivencia y apoyo familiar

Tabla 6. Distribución de 365 pacientes con diagnóstico oncológico del HJCA según convivencia y apoyo familiar, Cuenca 2015.

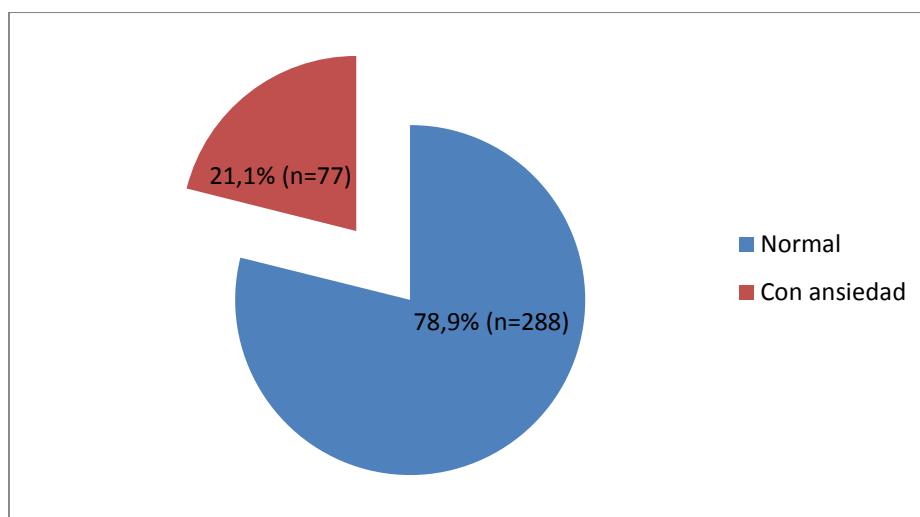
Variable		n= 365	%=100
Convivencia	Vive acompañado	292	80,0
	Vive solo	73	20,0
Apoyo familiar	Casi siempre	183	50,1
	Siempre	119	32,6
	Algunas veces	62	17,0
	Nunca	1	,3

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: González A, Tenorio A, Vintimilla G.

En el 80% de los casos los pacientes vivían en sus domicilios acompañados, mientras que en lo que respecta al apoyo familiar el 50,1% refirió que siente este apoyo Casi siempre.

5.8 Prevalencia de Ansiedad

Gráfico 1. Distribución de 365 pacientes con diagnóstico oncológico del HJCA según prevalencia de ansiedad, Cuenca 2015.

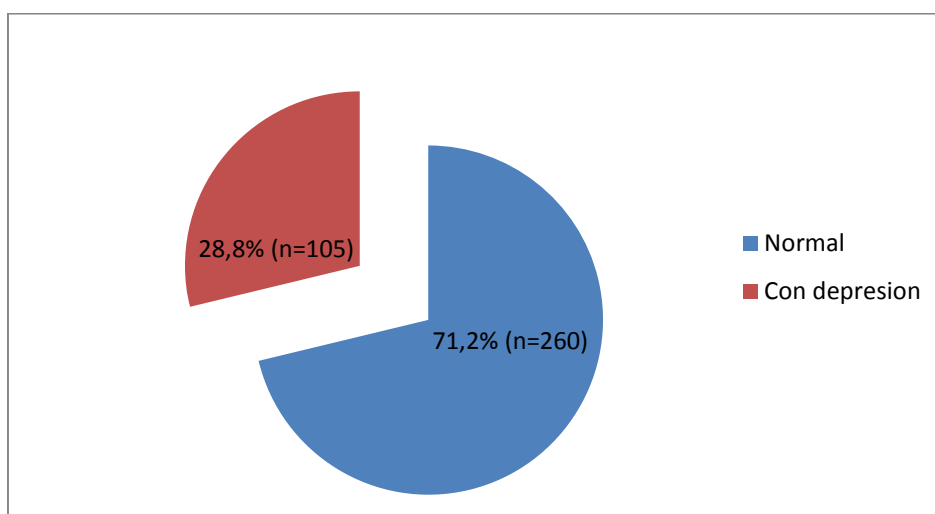


Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: González A, Tenorio A, Vintimilla G.

La prevalencia de ansiedad en la población se ubicó en 21,1%.

5.9 Prevalencia de Depresión

Gráfico 2. Distribución de 365 pacientes con diagnóstico oncológico del HJCA según prevalencia de ansiedad, Cuenca 2015.



Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: González A, Tenorio A, Vintimilla G.

La prevalencia de depresión en la población se ubicó en 28,8%.

5.10 Análisis de la ansiedad

5.10.1 Frecuencia de ansiedad según variables demográficas

Tabla 7. Distribución de 365 pacientes con diagnóstico oncológico del HJCA según ansiedad y características demográficas, Cuenca 2015.

Variable	Con ansiedad		Sin ansiedad		X ²	p
	n	%	n	%		
Edad						
<= 20 años	0	0	1	100	7,09	0,131
21 - 35 años	3	17,6	14	82,4		
36 - 50 años	7	10,6	59	89,4		
51 - 65 años	27	21,1	101	78,9		
Más de 65 años	40	26,1	113	73,9		
Genero						
Femenino	42	19,9	169	80,1	0,42	0,51
Masculino	35	22,7	119	77,3		
Estado civil						
Casado	47	19,2	198	80,8	7,68	0,104
Divorciado	4	11,4	31	88,6		
Soltero	10	27	27	73		
Unión libre	4	36,4	7	63,6		
Viudo	12	32,4	25	67,6		
Residencia						
Rural	27	26,5	75	73,5	2,45	0,11
Urbana	50	19	213	81		

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: González A, Tenorio A, Vintimilla

Se analiza la frecuencia de ansiedad según las características demográficas de la población, encontrando que la mayor frecuencia de ansiedad fueron en las siguientes poblaciones: de más de 65 años con el 26,1% en el sexo masculino 22,7%; pacientes en unión libre con el 36,4% y residentes en el área rural con un 26,5%; ninguna de las diferencias encontradas en la frecuencia según las variables demográficas fueron estadísticamente significativas ($p>0,05$).

5.10.2 Frecuencia de ansiedad según tipo de cáncer

Tabla 8. Distribución de 365 pacientes con diagnóstico oncológico del HJCA según ansiedad y tipo de cáncer, Cuenca 2015.

Tipo de cáncer	Con ansiedad		Sin ansiedad		χ^2	p
	n	%	n	%		
Cáncer de colon	6	23,1	20	76,9	8,85	0,78
Cáncer de estómago	9	25	27	75		
Cáncer de mama	7	11,3	55	88,7		
Cáncer de ovario	6	26,1	17	73,9		
Cáncer de páncreas	2	20	8	80		
Cáncer de próstata	8	26,7	22	73,3		
Cáncer de pulmón	8	30,8	18	69,2		
Cáncer de recto	3	20	12	80		
Cáncer de tiroides	2	12,5	14	87,5		
Cáncer de útero	2	20	8	80		
Cáncer hepático	1	11,1	8	88,9		
Linfoma de Hodgkin	3	23,1	10	76,9		
Linfoma no Hodgkin	4	15,4	22	84,6		
Otro	16	25,4	47	74,6		

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: González A, Tenorio A, Vintimilla

Según el tipo de cáncer se puede observar que los mayormente afectados por ansiedad fueron los pacientes diagnosticados de cáncer pulmonar con un 30,8%; prácticamente al menos 1 de cada 3 pacientes con este tipo de cáncer presenta síntomas ansiosos; los pacientes con diagnóstico de cáncer hepático presentaron un 11,1% de ansiedad siendo el porcentaje más bajo registrado en esta población; el tipo de diagnóstico no se asocia con ansiedad.

5.10.3 Frecuencia de ansiedad según características de la enfermedad

Tabla 9. Distribución de 365 pacientes con diagnóstico oncológico del HJCA según ansiedad y características de la enfermedad, Cuenca 2015.

Variable	Con ansiedad		Sin ansiedad		RP (IC 95%)*	p
	n	%	n	%		
Estadio del cáncer						
Con metástasis	39	23,5	127	76,5	1,2 (0,8-1,8)	0,3
Sin metástasis	38	19,1	161	80,9		
Tipo de tratamiento						
Cirugía	13	16,3	67	83,8	0,5 (0,2-1,1)	0,1
Quimioterapia	39	19,5	161	80,5	0,6 (0,3-1,2)	0,18
Radioterapia	7	41,2	10	58,8	1,3 (0,5-3)	0,48
Tratamiento paliativo	10	23,8	32	76,2	0,7 (0,3-1,7)	0,52
Sin tratamiento	8	30,8	18	69,2		
Tiempo de diagnóstico						
0-11 meses	37	18,5	163	81,5		
1-2 años	26	27,4	69	72,6	1,4 (0,9-2,2)	0,08
3-4 años	2	10,5	17	89,5	0,5 (0,1-2,1)	0,38
4-5 años	0	0	10	100	No corresponde	
> 5 años	12	29,3	29	70,7	1,5 (0,9-2,7)	0,11
Convivencia						
Vive solo	19	26	54	74	1,3 (0,8-2)	0,24
Vive acompañado	58	19,9	234	80,1		
Apoyo familiar						
Algunas veces	11	17,7	51	82,3	0,6 (0,3-1,2)	0,16
Casi siempre	33	18	150	82	0,6 (0,4-1,02)	0,06
Nunca	1	100	0	0	3,7 (2,7-5)	0,1
Siempre	32	26,9	87	73,1		

* Para el cálculo de RP en la variable tipo de tratamiento cada clase fue comparada con los pacientes Sin tratamiento; en la variable tiempo de diagnóstico se comparó cada clase con los pacientes con tiempo de diagnóstico entre 0-11 meses, por último en la variable apoyo familiar cada clase se comparó con los pacientes que siempre tuvieron apoyo familiar.

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: González A, Tenorio A, Vintimilla

Ninguno de los factores de riesgo que hemos estudiado fueron estadísticamente significativos para aumentar la frecuencia de ansiedad; aunque la frecuencia de ansiedad fue mayor en pacientes con metástasis 23,5%; con tratamiento para el cáncer con radioterapia 41,2%; con tiempo de

diagnóstico de más de 5 años con un 29,3%; que viven solos 26% y que nunca han recibido apoyo familiar.

5.11 Análisis de la depresión

5.11.1 Frecuencia de depresión según variables demográficas

Tabla 10. Distribución de 365 pacientes con diagnóstico oncológico del HJCA según depresión y características demográficas, Cuenca 2015.

Variable	Con depresión		Sin depresión		X ²	p
	n	%	n	%		
Edad						
<= 20 años	1	100	0	0	13,37	0,01
21 - 35 años	3	17,6	14	82,4		
36 - 50 años	12	18,2	54	81,8		
51 - 65 años	32	25	96	75		
Más de 65 años	57	37,3	96	62,7		
Genero						
Femenino	51	24,2	160	75,8	5,15	0,02
Masculino	54	35,1	100	64,9		
Estado civil						
Casado	65	26,5	180	73,5	4,43	0,35
Divorciado	10	28,6	25	71,4		
Soltero	15	40,5	22	59,5		
Unión libre	2	18,2	9	81,8		
Viudo	13	35,1	24	64,9		
Residencia						
Rural	30	29,4	72	70,6	0,029	0,86
Urbana	75	28,5	188	71,5		

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: González A, Tenorio A, Vintimilla

Analizando la edad se observa que la depresión que más frecuente en pacientes del grupo de edad de más de 65 años (el grupo de menor a 20 años no debe tomarse en cuenta pues se trata de un solo paciente); la depresión fue mayor en el sexo masculino con el 35,1%; con un estado civil soltero con un 40,5% y por último los pacientes residentes en el área urbana presentaron mayor frecuencia de depresión vs los pacientes del área rural.

5.11.2 Frecuencia de depresión según tipo de cáncer

Tabla 11. Distribución de 365 pacientes con diagnóstico oncológico del HJCA según depresión y tipo de cáncer, Cuenca 2015.

Tipo de cáncer	Con depresión		Sin depresión		X ²	p
	n	%	n	%		
Cáncer de colon	12	46,2	14	53,8	35,74	0,001
Cáncer de estómago	7	19,4	29	80,6		
Cáncer de mama	9	14,5	53	85,5		
Cáncer de ovario	6	26,1	17	73,8		
Cáncer de páncreas	5	50	5	50		
Cáncer de próstata	15	50	15	50		
Cáncer de pulmón	12	46,2	14	53,8		
Cáncer de recto	3	20	12	80		
Cáncer de tiroides	2	12,5	14	87,5		
Cáncer de útero	3	30	7	70		
Cáncer hepático	5	55,6	4	44,4		
Linfoma de hodgkin	1	7,7	12	92,3		
Linfoma no hodgkin	4	15,4	22	84,6		
Otro	21	33,3	42	66,7		

Fuente: Formulario de recolección de la información.
Realizado por: González A, Tenorio A, Vintimilla

Se puede observar que el cáncer hepático fue el que más depresión produjo con un 55,6%; mientras que el linfoma no Hodgkin presentó la más baja frecuencia de depresión con un 7,7% del total de estos pacientes; el diagnóstico se asoció con la presentación de depresión.

5.11.3 Frecuencia de depresión según características de la enfermedad

Tabla 12. Distribución de 365 pacientes con diagnóstico oncológico del HJCA según depresión y características de la enfermedad, Cuenca 2015.

Variable	Con depresión		Sin depresión		RP (IC 95%)*	p
	n	%	n	%		
Estadio del cáncer						
Con metástasis	61	36,7	105	63,3	1,6 (1,1-2,3)	0,002
Sin metástasis	44	22,1	155	77,9		
Tipo de tratamiento						
Cirugía	15	18,8	65	91,3	0,3 (0,2-0,6)	0,001
Quimioterapia	44	22	156	78	0,4 (0,2-0,7)	0,002
Radioterapia	7	41,2	10	58,8	0,8 (0,4-1,6)	0,57
Tratamiento paliativo	26	61,9	16	38,1	1,2 (0,7-1,9)	0,33
Sin tratamiento	13	50	13	50		
Tiempo de diagnóstico						
0-11 meses	55	27,5	145	72,5		
1-2 años	30	31,6	65	68,4	1,1 (0,7-1,6)	0,46
3-4 años	4	21,1	15	78,9	0,7 (0,3-1,8)	0,54
4-5 años	2	20	8	80	0,7 (0,2-2,5)	0,6
> 5 años	14	34,1	27	65,9	1,2 (0,7-2)	0,39
Convivencia						
Vive solo	28	38,4	45	61,6	1,4 (1-2)	0,04
Vive acompañado	77	26,4	215	73,6		
Apoyo familiar						
Algunas veces	29	46,8	33	53,2	2 (1,3-3,1)	0,0009
Casi siempre	48	26,2	135	73,8	1,1 (0,7-1,7)	0,48
Nunca	1	100	0	0	4,4 (3,1-6,1)	0,06
Siempre	27	22,7	92	77,3		

* Para el cálculo de RP en la variable tipo de tratamiento cada clase fue comparada con los pacientes Sin tratamiento; en la variable tiempo de diagnóstico se comparó cada clase con los pacientes con tiempo de diagnóstico entre 0-11 meses, por último en la variable apoyo familiar cada clase se comparó con los pacientes que siempre tuvieron apoyo familiar.

Fuente: Formulario de recolección de la información.

Realizado por: González A, Tenorio A, Vintimilla

Se evidencia que la depresión se ve influenciada por muchas variables, por ejemplo el poseer metástasis aumenta el riesgo en 1,6 veces, también se observa que los pacientes que posee poco apoyo familiar presentan mayor riesgo de depresión en magnitud variable; también se encontró que vivir solo aumenta el riesgo de depresión en 2 veces en comparación con los pacientes que viven acompañados.

Ana Cristina González González

Amanda Sofía Tenorio Romero

Ana Gabriela Vintimilla Vásquez

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

Los pacientes con diagnóstico oncológico pueden presentar varias alteraciones propias de su patología o agregadas; este es el caso de los trastornos del estado de ánimo; estos síntomas pueden perjudicar la capacidad de los pacientes de hacerle frente a un diagnóstico oncológico y su posterior tratamiento; en base a esta situación se planteó este estudio para determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes oncológicos hospitalizados en el HJCA.

La población evaluada fue de 365 pacientes con una media de edad ubicada en 60,91 años y en el 57,8% de los casos de sexo femenino; la prevalencia de ansiedad fue de 21,1% y de depresión 28,8%; analizando en primera instancia los valores de ansiedad, al respecto los valores de la frecuencia es variable, el Instituto Nacional del Cáncer de EEUU (27) exponen que la ansiedad se presenta en grados variables en los pacientes oncológicos y lo más probable es que aumente según progresa la enfermedad o el tratamiento se vuelve más intenso; se estima que aproximadamente el 44% de los pacientes con cáncer notifican algo de ansiedad y el 23% una ansiedad significativa; al respecto podemos observar que estos porcentajes son muy similares a los encontrados en nuestra población.

La ansiedad puede ser concebida como una adaptación normal al cáncer, que pueden presentarse por un tiempo limitado e incluso puede incentivar a buscar información sobre la enfermedad, sin embargo se convierte en un problema cuando la intensidad aumenta o se prolonga en el tiempo (26) ; esta situación se ve evidenciada en nuestra población donde la frecuencia de ansiedad aumento con la edad (aunque esta variable no fue estadísticamente significativa); también en los pacientes que poseían la enfermedad por más de 5 años la frecuencia de ansiedad se ubicó en 29,3% siendo la más alta registrada; por otro lado se encontró que la mayor frecuencia de ansiedad se presentaba en los pacientes que estaba en tratamiento con radioterapia,

reforzando lo mencionado: el tiempo podría consolidar un proceso ansioso en la población oncológica como producto de su enfermedad, tratamientos y tiempo de diagnóstico.

Primo y colaboradores (28) mencionan en su estudio que la ansiedad es un síntoma de incidencia bastante común en las pacientes tras el diagnóstico, durante el tratamiento y principalmente en aquellas que precisan someterse a cirugía; la ansiedad, a nivel elevado, puede provocar percepciones negativas en cuanto a las habilidades motoras e intelectuales del individuo. Esto, a su vez, interfiere en la atención selectiva y en la codificación de informaciones en la memoria, bloqueando la comprensión y el raciocinio; además estos autores encontraron que en el cáncer de mama al menos el 79,8% tenían un nivel medio de ansiedad; aunque en nuestra población la frecuencia de ansiedad en pacientes con cáncer de mama fue de 11,3% es evidente lo que hemos venido mencionando sobre que la propia enfermedad y su desarrollo a más de los tratamientos perjudican el estado emocional.

Otro dato sobre ansiedad es el mencionado por Velásquez y colaboradores (29) quienes citan que al menos el 25% de los pacientes diagnosticados con cáncer manifiestan en algún momento síntomas de ansiedad o en el 21% de los casos cumple criterios de trastorno ansioso; se puede encontrar que en nuestra población la frecuencia de ansiedad es parecida a la reportada por estos autores, en todos los estudios mencionado citan 3 factores a considerar el tiempo de enfermedad, el tratamiento y el apoyo familiar como marcadores o determinantes de ansiedad; en nuestro estudio ninguno de estos factores influyeron directamente en la presentación de ansiedad.

Como hemos mencionado, en nuestra población la mayor ansiedad fue detectada en pacientes sometidos a radioterapia con un 41,2%; es decir casi 1 de cada 2 pacientes sometidos a este procedimiento padece de ansiedad; en un estudio de mata y López (30) determinaron que efectivamente los pacientes sometidos a radioterapia presentan niveles de ansiedad importantes siendo los más afectados los que poseen cáncer de próstata y ORL que puntúan alto en la escala de ansiedad; reforzando lo encontrado en nuestro estudio; ahora bien

este estudio citado también resalta la importancia del apoyo familiar y profesional en el acompañamiento de un paciente con cáncer cita textualmente: *“la calidad de vida de los pacientes con apoyo psicológico ha mejorado con respecto a los demás”* al respecto en nuestra población los pacientes que poseen poco apoyo familiar presentaron mayores frecuencias de ansiedad que los demás.

Cabrera y Ferraz (31) mencionan que cada integrante familiar de pacientes con cáncer, tiene una forma distinta de afrontar los sucesos vitales estresantes, sobre todo cuando existe un riesgo de vida de algún integrante de su familia. Las reacciones que se describen tanto en nuestro estudio como en los trabajos revisados a nivel internacional, el dolor, la ira, pena y angustia son los más expresados. Las mismas, pueden llegar afectar la dinámica familiar, sin embargo también resaltan la importancia del apoyo familiar en los pacientes con cáncer; aunque en nuestro estudio no se encontró significancia estadística.

En lo que respecta a la depresión, ya hemos mencionado que ésta en nuestra población alcanza un 28,8% de prevalencia, García (32) en el año 2010 en un estudio que involucró 146 pacientes encontró que la prevalencia de depresión fue de 36%; resultó más frecuente en mujeres. Los grupos etáreos más afectados fueron de 30 a 44 años: $n = 22$ (16%) y de 45 a 64 años: $n = 25$ (17%) y sufre depresión 82% de las personas que están en Cuidados Paliativos. Concluyendo que la prevalencia de la depresión en pacientes con cáncer, es mayor que en la población general. Los factores que disminuyeron la probabilidad de presentar depresión fueron: mayor edad y trabajo remunerado; mientras que estar en Cuidados Paliativos, incrementa el riesgo.

Al respecto de nuestra población podemos observar que la prevalencia es menor a la reportada por este estudio pero la diferencia no se puede considerar significativa en vista de la evidente variabilidad poblacional y de los tamaños de la muestra; también se puede observar que la frecuencia de depresión va en aumento según la edad; lo que no se coincide es en el género de los pacientes, en nuestra población es el sexo masculino el más afectado con un 35,1% vs el 24,2% en el sexo femenino.

La prevalencia de depresión en pacientes oncológicos presenta mayores variaciones que la de ansiedad, es así como en un estudio de Vargas y Sánchez (33) encontraron que al menos el 40% de ellos presento depresión independientemente del tratamiento que se hallaran cursando; esto se corrobora con nuestros resultados donde la frecuencia de depresión en pacientes sometidos a radioterapia; lo llamativo en nuestro estudio es que estar en tratamiento con cirugía o quimioterapia fue un factor protector para depresión en comparación con ningún tratamiento; es comprensible pues el tratamiento a pesar de ser un proceso estresante es una esperanza dentro de todo el proceso patológico que pasan los pacientes.

Otro estudio llevado a cabo por Calderón y colaboradores (34) en Chile encontraron que en pacientes oncológicos antes de entrar en quimioterapia la frecuencia de depresión se ubicó en 15,7%; este valor no se corresponde con el 50% de depresión encontrada en nuestra población que no recibe tratamiento, claro hay que resaltar que en nuestra población no se investigó el motivo del porque aún no se encuentra en tratamiento, podría ser por un estado avanzado de la enfermedad y esto obviamente elevaría la frecuencia de depresión.

En un estudio del año 2012, llevado a cabo por Reyes y colaboradores (35) encontraron una frecuencia de depresión en un 16,2% este estudio fue llevado en pacientes con cáncer de mama, en nuestra población de igual manera la frecuencia fue parecida con un 14,5% lo que evidencia que la depresión aunque presenta diferentes prevalecía sigue un patrón de presentación en la población con cáncer.

Aragón y colaboradores (36) mencionan que en pacientes oncológicos existe una gran variabilidad en las tasas de prevalencia de los trastornos depresivos, de 5,6% a 32%; lo que coloca a nuestra prevalencia en un punto entre estos extremos; estos autores también nos contribuyen con otro factor para las discordancias entre las frecuencias de depresión: la escala de medición, algo que se debería tener en cuenta.

Valencia (20) menciona que las altas tasas de depresión en cáncer pueden deberse al estigma, temores, percepciones y síntomas asociados con la enfermedad. Para la mayoría de personas, el temor principal es morir de manera dolorosa; a esto se suma el temor de volverse incapaces y dependientes, tener alteraciones en su apariencia, experimentar cambios en las funciones de su cuerpo y perder la compañía de las personas allegadas. Todas estas respuestas normales ante una crisis de este tipo se asemejan a las descritas ante pérdidas; es evidente por lo tanto que el apoyo familiar es aún más importante que en la ansiedad, pues la depresión como hemos visto es más frecuente y se asocia con el apoyo familiar pues en nuestra población el no poseer apoyo familiar (Nunca) aumenta el riesgo de depresión en 4,4 (IC 95% 3,1-6,1) en comparación con los pacientes que siempre tienen el apoyo familiar.

Es evidente que el cáncer es una de las patologías que más afecta la salud mental de los pacientes y de sus familiares, se ha hecho hincapié en la alta frecuencia de ansiedad y depresión y hemos detallado las asociaciones encontradas aunque con mayor impacto en la depresión, también hemos revisado que el apoyo familiar se comporta como un factor protector con más impacto para depresión; en definitiva se ha trazado una línea de base con estos resultados sobre el tema de depresión y ansiedad en pacientes oncológicos con el afán de emprender medidas para contrarrestar esta situación.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Se identificaron 365 pacientes que fueron evaluados con una media de edad de 60,91 años y en el 57,8% de los casos, casados en el 67,1% y de residencia urbana en el 72,1% de los casos.
- La prevalencia de ansiedad fue de 21,1% y de depresión 28,8%.
- La frecuencia de los factores asociados fue la siguiente: tipo de cáncer más frecuente de mama con el 17%; 45,5% de la población con metástasis; el tratamiento más frecuente quimioterapia con el 54,8%; de igual manera el 54,8% de los pacientes poseían el diagnostico entre 0 a 11 meses; el 20% de la población vivía sola con un 50,1% de apoyo familiar infrecuente (A veces).
- El análisis de los factores de riesgo ya sean demográficos y de tratamiento o evolución de la enfermedad así como el apoyo familiar, ninguno de ellos fue estadísticamente significativo ($p>0,05$) para aumentar el riesgo de ansiedad.
- En cambio el comportamiento de estos factores fue diferente para la presentación de depresión aumentando el riesgo de ésta en los pacientes con: edad, genero, tipo de cáncer en todos ellos (X^2 significativo) y pacientes con metástasis RP 1,6 (IC 95% 1,1-2,3); vivir solo RP 1,4 (IC 95% 1-2); apoyo familiar algunas veces RP 2 (IC 95% 1,3-3,1) y Ningún apoyo familiar RP 4,4 (IC 95% 3,1-6,1).

7.2 RECOMENDACIONES

- Como se ha revisado es importante evaluar el estado emocional en los pacientes con cáncer, además de hacer una valoración inicial en búsqueda de los factores asociados para poder abordar a este tipo de pacientes de mejor manera.
- Se revisó que la familia juega un papel importante en el estado de ánimo de los pacientes (con mayor impacto en la presentación de depresión) por lo tanto también se debería evaluar el entorno familiar de los pacientes con el afán de fortalecer el apoyo al paciente por parte de sus familiares y poder disminuir la frecuencia de depresión.
- La herramienta que hemos utilizado en este estudio es decir la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión resulta ser un buen medio para poder determinar estos trastornos del estado de ánimo por lo que se recomienda su uso frecuente en el área de Hospitalización del Servicio de Oncología.

CAPITULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Font A. Cáncer y calidad de vida. *Anuario de Psicología* Facultad de Psicología. España 1994.Nº 61, p 41-50.
2. Gil J. Psicología y salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. 2004.Madrid Pirámide.
3. Robbins S, Cotran RS, Kumar V, Collins. Patología estructural y funcional.2010. 8 ed. Madrid 6: McGraw-Hill19 Interamericana de España 7, pg. 259-265.
4. Organización Panamericana de la Salud. Diagnóstico sobre servicios de salud. Volumen II. 2008. Disponible en: <http://site.ebrary.com/lib/uasuaysp/Doc?id=10263984&ppg=6>.
5. Maté J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, Ansiedad y Depresión en el Paciente Oncológico.2004. Vol. 1. Núms. 2-3, pp. 211-23020. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Distress management. Disponible en:<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120211A/16254>
6. González A, Fernández C, García G, Soler J, Arce C, Cueto J. Parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos terminales en hospitalización domiciliaria. 2001. Vol. 13, nº 2, pp. 310-317. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/453.pdf>.
7. Henriksson MM, Isometsä ET, Hietanen PS, et al.: Mental disorders in cancer suicides. *J Affect Disord*, 1995, 36 (1-2): 11-20.
8. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, et al.: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. , 1983, *JAMA* 249 (6): 751-7.
9. Holland Jc, Gooen-Piels, J, *Principles of Psycho-Oncology*, 5th Ed. Hamilton, Ontario.
10. Roca BM, Arroyo MB. Depresión y enfermedad médica. 1996. Barcelona-Masson.

11. Bonsel GJ, Rutten FF, Uyl-de Groot. Economic evaluation alongside cancer trials: Methodological and practical aspects. *Eur J Cancer*;1993 29 (suppl. 7):10-4.
12. Miaskowski C. Gender differences in pain, fatigue, and depression in patients with cancer. 2004. (32): 139-43.
13. Hernández M, Cruzado J, Prado C, Rodríguez E, Hernández C, González M, Martín J. Salud Mental y Malestar Emocional En Pacientes Con Cáncer. 2012. Barcelona-España.
14. López I, Aliño JJ. *Actas Españolas de Neurología y psiquiatría*. 1972. Madrid. Vol. I. V P: 50-55.
15. Salazar M, Peralta C, Pastor FJ, *Tratado de Psicofarmacología*. Segunda. 2009. Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. pg. 194-200.
16. Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, et al.: Prevalence, predictive factors, and screening for psychologic distress in patients with newly diagnosed head and neck cancer. 2000. *Cancer* 88 (12): 2817-23.
17. Rodríguez V, Sánchez C, Rojas N, Arteaga R. Prevalencia de trastornos mentales en adolescentes con cáncer. *Rev. venez. oncol.* [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2014 Mar 08] ; 21(4): 212-220. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-05822009000400004&lng=es.
18. Sociedad Americana contra el Cáncer. Depresión. 2011. Disponible en: <http://www.cancer.org>
19. Parikh SV, Lam RW, CANMAT. Depression Work Group. Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders: Definitions, Prevalence, and Health Burden. *The Canadian Journal of Psychiatry* 46(Suppl 1)2001. 13S-20S.
20. Valencia Lara SC. Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas* [online]. 2006, vol.2, n.2 [citado 2014-03-09], pp. 241-257. Disponible en:

- <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200006&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1794-9998.
21. Spinhoven J, Ormel P, Sloekers G, Kempen A, Speckens A. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*. 1997. 27, 363–370.
 22. Gram IT, Slenker SE. Cancer anxiety and attitudes toward mammography among screening attenders, nonattenders, and women never invited. *Am J Public Health*. 1992. 82 (2): 249-51.
 23. Rico J, Restrepo M, Molina M. Adaptación y Validación de la Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. 2005. *Avances en Medición*, 3, 73-86.
 24. González Barón M. Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte del Paciente con Cáncer. 2007. 2ed. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. pag 194-679.
 25. Buguies, F, Torres J, Mas G, Femenia, M&Baydal R. Paciente Terminal. Guía de Actuación Clínica en A.P. 2007. Disponible en: <http://san.gva.es/does/dac/giasap072terminal.pdf>.
 26. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Sadock, Benjamin J.; Sadock, Virginia A.; Ruiz, Pedro. Copyright 2009 Lippincott Williams & Wilkins. pp152-160.
 27. Instituto Nacional del Cáncer de EEUU. Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento. Trastornos de ansiedad: descripción y etiología. 2014. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/HealthProfessional/page8>
 28. Primo C, Nunes L, Pires P, et al. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. *Enferm. glob.* vol.11 no.28 Murcia oct. 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000400005&script=sci_arttext
 29. Velásquez N, Vásquez L, Alvarado S. Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos. , *Cancerología* 4 (2009): 19-29. Disponible en:

- <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541120.pdf>
30. Mata C, López A. temor y ansiedad en pacientes sometidos a radioterapia. Artículo original. Enfermería Docente 2012; 96: 12-15. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-96-05.pdf>
31. Cabrera A, Ferrez R. Impacto del cáncer en la dinámica familiar. Medicina familiar y Comunitaria. Revista Biomedicina. 2010. Disponible en: http://www.um.edu.uy/docs/biomedicina_marzo2011/impacto_del_cancer_en_la_dinamica_familiar.pdf
32. García R. Prevalencia de depresión en una población de pacientes con cáncer. Gaceta Mexicana de Oncología. Vol. 09. Núm. 03. Mayo - Junio 2010. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-prevalencia-depresion-una-poblacion-pacientes-13154387>
33. Vargas J, Sánchez A. Prevalencia de la depresión en pacientes oncológicos y renales crónicos en tratamiento ambulatorio. Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen5, Número 1, 2011Pág.27-33. Disponible en: http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/59_depresion_pacientes_oncologicos_renales.pdf
34. Calderón J, Campla C, D Aguzan N, et al Prevalencia de síntomas emocionales en pacientes oncológicos chilenos antes de iniciar quimioterapia: Potencial del termómetro de distres (DT) como instrumento ultra breve de tamizaje. 2012. Disponible en: <http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=19&ved=0CE8QFjAIOAo&url=http%3A%2F%2Fecancer.org%2Fjournal%2F8%2Fpdf%2F437-es-prevalence-of-emotional-symptoms-in-chilean-oncology-patients-potential-of-the-distress-thermometer-as-an-ultra-brief-screening->

instrument.php&ei=_4rvVI_3N5K1sATU0IKoBQ&usg=AFQjCNGSod2xh
TTb9qD6eO8PEoAdEUKiDQ&bvm=bv.86956481,d.ZGU

35. Reyes C, Anderson K, Hassan S, et al. Importancia de Valorar la Depresión en Pacientes que Sobreviven a un Cáncer de Mama. *Journal of Women's Health* 21(3):311-318, Mar 2012. Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/ginecoweb704.htm>
36. Aragonés E, Areste A, Esteban M, et al. Prevalencia y factores asociados a la depresión mayor en pacientes con cáncer avanzado en Atención Primaria. *Butlleti de la Medicina de Família a Catalunya*. 2009. Disponible en: http://pub.bsalut.net/butlleti_cast/vol26/iss3/3/

CAPITULO IX

9. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este trabajo tiene por objetivo determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes oncológicos, ya que estos generan un malestar emocional al paciente que puede influir en su recuperación y calidad de vida. A través de la siguiente encuesta usted colaborará con nosotros para la obtención de datos que ayudará a determinar si padece o no de los trastornos mencionados con la finalidad de obtener datos reales sobre el problema en este hospital.

La información que contiene este documento es anónima, además de confidencial, por lo que no requiere anotar su nombre. Este cuestionario tiene la finalidad de recolectar la información para un estudio de “Prevalencia y factores de riesgo de depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer en las áreas de clínica, cirugía y ginecología en el hospital “José Carrasco Arteaga”. CUENCA 2014-2015”

Ana Cristina González
Estudiante de Medicina

Amanda Tenorio
Estudiante de Medicina

Ana Gabriela Vintimilla
Estudiante de Medicina

Declaro que acepto participar de manera voluntaria en este estudio luego de haber recibido información necesaria del mismo, además de los beneficios que

este proyecto antes mencionado pudiere aportar para mejorar el abordaje de manera más integral a los pacientes oncológicos.

He sido también informado/a de la confidencialidad de mis datos personales, los cuales serán incluidos en un fichero y protegidos con las garantías de la ley, en la encuesta no es necesario anotar mi nombre por lo que esta será anónima. Además de que no tiene ningún costo y no voy a recibir ningún tipo de remuneración. Tengo el derecho de retirarme el momento que yo desee.

Por ello, **otorgo mi consentimiento** para la participación en el estudio de “Prevalencia y factores de riesgo de depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer en las áreas de clínica, cirugía y ginecología en el hospital “José Carrasco Arteaga”. CUENCA 2014-2015”, y para que la información provista por mi persona sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

FIRMA DEL PACIENTE

Nombre:

CI:

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN “HADS”

Instrucciones para los Pacientes

FORMULARIO # _____

- *De cada grupo de opciones, señale una frase que sea la que mejor describa como se ha sentido durante la última semana.*
- *Una vez que termine con un grupo de frases, pase al siguiente.*
- *NO hay respuestas CORRECTAS o INCORRECTAS. Únicamente señale la frase que describa mejor COMO SE HA SENTIDO últimamente.*
- *Recuerde que debe de SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN SUS SENTIMIENTO O SUS IDEAS EN LA ULTIMA SEMANA.*
- *De las tres frases que se presentan en cada pregunta escoja solo UNA (1), LA QUE MAS SE ACERQUE A COMO ES O SE SIENTE.*

Anexo 2. Encuesta sociodemográfica**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

“Prevalencia y factores de riesgo de depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer en las áreas de clínica, cirugía y ginecología en el hospital “José Carrasco Arteaga”. CUENCA 2014-2015”

Formulario para la recolección de información.

DATOS DE FILIACIÓN

Formulario #: _____ Edad: _____ años Residencia: URBANA ☐ RURAL ☐

Sexo: F ☐ M ☐

Estado civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐
Viudo(a) ☐ Unión libre ☐

DATOS RELACIONADOS CON EL ESTUDIO

Diagnóstico del Cáncer: _____

Estadio del Cáncer: Metástasis ☐ No metástasis ☐

Tratamiento: Quimioterapia ☐ Radioterapia ☐ Tratamiento paliativo ☐
Cirugía ☐ Sin tratamiento ☐

Tiempo de Diagnóstico: 0-11 meses ☐ 1-2 años ☐ 3-4 años ☐
4-5 años ☐ más de 5 años ☐

Convivencia: Vive solo(a) ☐ Vive acompañado(a) ☐

Piensa que su familia lo apoya

Siempre ☐ Casi Siempre ☐ Algunas Veces ☐ Nunca ☐

Anexo 3. Formulario y Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad.

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

1

1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3 Casi todo el día
- 2 Gran parte del día
- 1 De vez en cuando
- 0 Nunca

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3 Sí, y muy intenso
- 2 Sí, pero no muy intenso
- 1 Sí, pero no me preocupa
- 0 No siento nada de eso

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3 Casi todo el día
- 2 Gran parte del día
- 1 De vez en cuando
- 0 Nunca

7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0 Siempre
- 1 A menudo
- 2 Raras veces
- 3 Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

- 0 Nunca
- 1 Sólo en algunas ocasiones
- 2 A menudo
- 3 Muy a menudo

11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3 Realmente mucho
- 2 Bastante
- 1 No mucho
- 0 En absoluto

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- 3 Muy a menudo
- 2 Con cierta frecuencia
- 1 Raramente
- 0 Nunca

2

2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0 Ciertamente, igual que antes
- 1 No tanto como antes
- 2 Solamente un poco
- 3 Ya no disfruto con nada

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso

- 0 Igual que siempre
- 1 Actualmente, algo menos
- 2 Actualmente, mucho menos
- 3 Actualmente, en absoluto

6. Me siento alegre:

- 3 Nunca
- 2 Muy pocas veces
- 1 En algunas ocasiones
- 0 Gran parte del día

8. Me siento lento/a y torpe:

- 3 Gran parte del día
- 2 A menudo
- 1 A veces
- 0 Nunca

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3 Completamente
- 2 No me cuido como debería hacerlo
- 1 Es posible que no me cuide como debiera
- 0 Me cuido como siempre lo he hecho

12. Espero las cosas con ilusión:

- 0 Como siempre
- 1 Algo menos que antes
- 2 Mucho menos que antes
- 3 En absoluto

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- 0 A menudo
- 1 Algunas veces
- 2 Pocas veces
- 3 Casi nunca

Anexo 4 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Años transcurridos desde el nacimiento hasta la actualidad.	Años cumplidos.	Escala numérica
Sexo	Condición biológica que diferencian hombres y mujeres.	Tipo Sexo	Cualitativo - Femenino - Masculino
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco.	Registro legal.	Cualitativo - Soltero(a) - Casado(a) - Divorciado(a) - Viudo(a) - Unión libre
Residencia	Estar establecido en un lugar, que puede tratarse de un domicilio o asistir periódicamente por razones de trabajo	Urbano o Rural	Cualitativa - Urbana - Rural
Depresión	Trastorno del estado de ánimo con sentimiento psicopatológico de tristeza.	Puntuación de acuerdo a “Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión”	0-10 Normal 11-21 Depresión

Ansiedad	Sensación intensa de temor y molestias somáticas. Influyen en la cognición y distorsiona la percepción. Es una respuesta a una amenaza desconocida, vaga o conflictiva.	Puntuación de acuerdo a “Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión”	0-10 Normal 11-21 Ansiedad
Tipo de cáncer	Determinado por el tipo de célula que comienza a crecer de manera anormal y su localización en cualquier lugar del organismo Ej: cáncer de piel, pulmón, colon, mama, próstata, etc.	Tipo de cáncer	Cualquier tipo de cáncer.
Metástasis	Capacidad del cáncer de invadir a los órganos cercanos y de soltar fragmentos del mismo a la circulación, viajando y creciendo el	Datos anotados en la Historia clínica	• Metástasis • No metástasis

	cáncer en órganos distantes al que les dio origen.		
Tratamiento	Forma de controlar la enfermedad.	Tipo de tratamiento que recibe.	Cualitativa • Quimioterapia • Radioterapia • Tratamiento paliativo
Tiempo de diagnóstico de cáncer	Tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico mediante biopsia hasta la fecha.	Tiempo en meses y años.	Cuantitativa • 0-11 meses • 1-2 años • 3-4 años • 4-5 años • 5 a más
Apoyo familiar	Estructura social que permite un conjunto de relaciones positivas o negativas que inciden en el desarrollo de sus miembros.	Existencia de apoyo familiar.	Cualitativa • Siempre • Casi siempre • Algunas veces • Nunca
Convivencia	Vida en compañía de otras personas	Convivencia	Cualitativa • Vive solo(a) • Vive acompañado(a)