



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

**NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES
DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN A LA
UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO
ARTEAGA, 2018**

Proyecto de investigación previa a la
Obtención del Título de Licenciado en Enfermería.

AUTORAS:

Mónica Gabriela Lucero Piedra. C.I.: 0104115027

Miriam Marlene Morocho Bermeo. C.I.: 0104497573

DIRECTORA:

Lcda. Zara Julieta Bermeo Vásquez C.I.: 0102478195

CUENCA - ECUADOR

2018



RESUMEN

Antecedentes: según la Organización Mundial de la Salud el cáncer de mama es el más frecuente de los cánceres en las mujeres a nivel mundial con una letalidad del 22,5% (1,2), esta realidad se replica en Ecuador donde se suman alteraciones del estado de ánimo como la ansiedad y depresión.

Objetivo: Determinar los niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama de la Unidad de Oncología del hospital José Carrasco Arteaga.

Metodología: estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, en 88 pacientes con cáncer de mama que reciben atención en la Unidad de Oncología del hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca durante el periodo febrero-mayo 2018. Se usó un formulario y la escala de Hamilton de depresión y ansiedad; los datos fueron analizados mediante el programa SPSS 15 obteniendo frecuencias, porcentajes y para establecer la significancia estadística se usará el valor p.

Resultados: la edad media fue 48,55 años. El cáncer más frecuente fue el Carcinoma ductal infiltrante de mama con el 50% del total y el tiempo de diagnóstico media fue de 1,6 años. El 100% presentaron ansiedad y los niveles de la misma fueron los siguientes: leve 2,3% moderada 18,2% y grave 79,5% mientras que la prevalencia de depresión fue de 48,9% distribuida de la siguiente manera: leve 15,9%; moderada 6,8%; severa 4,5% y muy severa 21,6%.

Conclusiones: el impacto emocional de las pacientes con cáncer de mama es elevado y de gran intensidad lo que involucra tomar acciones preventivas.

Palabras clave: NEOPLASIA DE MAMA, DEPRESION, ANSIEDAD, NIVELES DE AFECTACION, ENFERMEDAD.



ABSTRACT

Background: according to the World Health Organization, breast cancer is the most frequent cancer in women worldwide with a lethality of 22.5% (1,2), this reality is replicated in Ecuador where alterations are added of mood like anxiety and depression.

Objective: To determine the levels of anxiety and depression in women diagnosed with breast cancer at the Oncology Unit of the José Carrasco Arteaga Hospital.

Methodology: quantitative, descriptive, cross-sectional study in 88 patients with breast cancer receiving care in the Oncology Unit of the José Carrasco Arteaga Hospital in the city of Cuenca during the period February-May 2018. A form and scale were used of Hamilton of depression and anxiety; the data were analyzed through the SPSS 15 program obtaining frequencies, percentages and to establish the statistical significance the p value will be used.

Results: the average age was 48.55 years. The most frequent cancer was breast infiltrating ductal carcinoma with 50% of the total and the mean diagnosis time was 1.6 years. 100% presented anxiety and the levels of it were the following: mild 2.3% moderate 18.2% and severe 79.5% while the prevalence of depression was 48.9% distributed as follows: mild 15.9%; moderate 6.8%; severe 4.5% and very severe 21.6%.

Conclusions: the emotional impact of patients with breast cancer is high and of great intensity which involves taking preventive actions.

Key words: BREAST NEOPLASIA, DEPRESSION, ANXIETY, LEVELS OF AFFECTATION, DISEASE.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.3 JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO II	17
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	17
2.1 Definición	17
2.2 Epidemiología del cáncer de mama	17
2.3 Tipos de cáncer, Clínica y tratamiento del cáncer	19
2.4 Factores de riesgo	21
2.5 Alteraciones del estado de ánimo en pacientes con cáncer	22
2.6 Ansiedad en pacientes con cáncer de mama	24
2.7 Depresión en pacientes con cáncer de mama	27
CAPÍTULO III	30
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	30
3.1 Objetivo general	30
3.2 Objetivos específicos	30
CAPÍTULO IV	31
4. DISEÑO METODOLÓGICO	31
4.1 Tipo de estudio	31
4.2 Área de Estudio	31
4.3 Universo y muestra	31
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	32
4.5 Variables	32
4.6 Métodos técnicas e instrumentos	34
4.7 Procedimientos	34
4.8 Plan de tabulación y análisis	35
4.9 Aspectos éticos	35
CAPÍTULO V	36



5. RESULTADOS.....	36
5.1 Cumplimiento del estudio	36
5.2 Caracterización demográfica de la población	36
5.3 Características de la enfermedad	39
5.4 Niveles de ansiedad	41
5.5 Niveles de depresión.....	41
5.6 Niveles de ansiedad según características demográficas	42
5.7 Niveles de depresión según características demográficas	43
CAPÍTULO VI	45
6. DISCUSIÓN	45
CAPÍTULO VII	49
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49
7.1 Conclusiones	49
7.2 Recomendaciones	49
CAPÍTULO VIII	51
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
CAPÍTULO IX	57
9. ANEXOS	57
9.1 Formulario de recolección de datos.....	57
9.2 Escala de ansiedad de Hamilton	59
9.3 Escala de depresión de Hamilton	59
9.4 Consentimiento informado.....	62

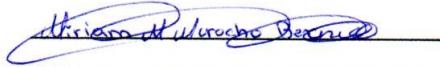


**LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL**

MIRIAM MARLENE MOROCHO BERMEO en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de Investigación “NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, 2018”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 27 de Junio del 2018.



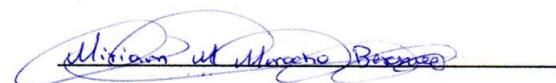
Miriam Marlene Morocho Bermeo
CI. 0104497573



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

MIRIAM MARLENE MOROCHO BERMEO, autor/a del proyecto de investigación “NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, 2018”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 27 de Junio del 2018.



Miriam Marlene Morocho Bermeo
CI. 0104497573



**LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL**

MÓNICA GABRIELA LUCERO PIEDRA en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de Investigación “NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, 2018”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 27 de Junio del 2018.

Mónica Gabriela Lucero Piedra
CI. 0104115027



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

MÓNICA GABRIELA LUCERO PIEDRA, autor/a del proyecto de investigación “NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, 2018”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 27 de Junio del 2018.



Mónica Gabriela Lucero Piedra
CI. 0104115027



AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos el don de la vida y la sabiduría en todo el trayecto de nuestra formación profesional.

Nuestros más sinceros agradecimientos a la Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, en especial al cuerpo Docente de la Escuela de Enfermería, quienes nos brindaron sus conocimientos, valores, principios que llevaremos con orgullo durante nuestra vida laboral y personal.

A nuestra Directora de trabajo de investigación, Lic. Sara Bermeo quien estuvo durante todo este proceso y quien nos brindó todo su conocimiento para seguir creciendo intelectualmente.

En especial al “Hospital José Carrasco Arteaga” al departamento de docencia al Dr. Marco Rivera Ullauri por permitirnos realizar nuestro trabajo con los pacientes ingresados en esta casa de salud.

Las Autoras.



DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, a mis padres Mecías y Narcisa, porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y por el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí.

A mi esposo Christian por sus palabras, confianza, apoyo incondicional por toda la paciencia que me tuvo.

Y en especial a mi hija Evelyn que su afecto y cariño son los detonantes de mi felicidad, de mi esfuerzo y de mis ganas de buscar lo mejor para ella. Fuiste mi motivación más grande para concluir con éxito mi carrera.

Gabriela Lucero.

Dedico este trabajo principalmente a Dios por haberme permitido llegar a este punto muy importante de mi formación profesional y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor. A mi madre Rosita.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. A mi padre Bolívar por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y agradezco a toda mi familia por su gran apoyo y sus consejos. Hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera profesional.

Miriam Morocho.

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El cáncer, con base en los datos de la Organización Mundial de la Salud, representa una de las primeras causas de muerte a nivel mundial con un mínimo de 8,2 millones de fallecimientos anuales, siendo en frecuencia creciente los más frecuentes: cáncer de pulmón, hígado, estómago, colon y mama; a más de la prevalencia y mortalidad, la incidencia va en aumento, para el año 2012 se diagnosticaron alrededor de 14 millones de nuevos afectados a nivel global (1,2).

En este contexto, es evidente que la población afectada por estas patologías es elevada; específicamente el cáncer de mama representa una importante carga sanitaria para los estados, para las familias y obviamente para los pacientes, El Ministerio de Salud de México menciona que este tipo de cáncer es el tumor más frecuente en el sexo femenino con una letalidad aproximada de 458.000 pacientes por año y una incidencia anual de 13.700 casos (Méjico), lo que involucra una realidad penosa y que debe ser intervenida (3).

En América del Sur, según las estimaciones del GLOBOCAN para el año 2012 se calculó una tasa estandarizada de 46,0 por cada 100.000 habitantes, específicamente en Chile la tasa de mortalidad fue de 15,69 por cada 100.000 (4), en Ecuador según datos del INEC en el año 2016 fallecieron 641 mujeres como causa directa del cáncer de mama (5).

Ahora bien, los esfuerzos para la lucha contra el cáncer de mama se han centrado en mejores aproximaciones hacia una prevención y promoción de la salud acompañado de mejores técnicas de detección, screening y tratamientos (6); a pesar de ello, se ha descuidado factores como el estado emocional de las pacientes, específicamente en trastornos como depresión y ansiedad, que, a pesar de los esfuerzos como apoyo psicológico poseen alta frecuencia, un ejemplo de ellos es el estudio de Valderrama y Sánchez (7) quienes en el 2017 encontraron que el 84,1% de pacientes con cáncer de mama poseen ansiedad clínicamente detectable y el 25,2% depresión.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En este sentido, Castro menciona que el cáncer de mama supone un importante impacto de estrés y en medida de la capacidad de adaptación de la mujer es probable trastornos de ansiedad y depresión que deben ser prevenidos, evaluados y tratados (8).

Bajo este marco, en el hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca: José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca se presenta en la unidad de Oncología que presta sus servicios no solamente a pacientes de la ciudad sino posee un alcance regional, en esta institución se plantea la evaluación de los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, con la finalidad de poseer información que retroalimente las intervenciones en salud.

Se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en la Unidad de Oncología del hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo febrero-mayo de 2018?



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha revisado anteriormente las alteraciones de depresión y ansiedad en las mujeres con cáncer de mama es una realidad, que con elevada frecuencia afecta la vida e incluso la respuesta al tratamiento y apego terapéutico de esta población, creando una necesidad de prevención, detección y abordaje integral, más allá del apoyo psicológico estándar que se incluye en la mayoría de los protocolos de manejo de poblaciones con cáncer.

En el año 2015, Torres presenta los resultados de su investigación realizada en el hospital José Carrasco Arteaga entre los años 2010-2014, dentro de sus hallazgos relevantes destaca que se presentaron 202 casos de cáncer de mama durante el periodo de estudio y en el 53,4% de los casos el tratamiento fue mediante cirugía radical (9), este estudio muestra que la frecuencia de pacientes es considerable y que no existe una evaluación psicológica completa lo que convierte a esta población en blanco de posibles trastornos del estado de ánimo como depresión y/o ansiedad.

Otro estudio que respalda que el cáncer de mama es un problema de salud pública es el realizado por Ayón quien cita que “*el cáncer de mama es una neoplasia que va en aumento con el transcurso de los años; se desconoce si este aumento se debe a mayor detección y/o diagnóstico del cáncer o a factores de riesgo que incrementan la enfermedad*” (10), por lo tanto, es evidente que el cáncer de mama debe ser abordado desde una perspectiva integral, pues va en aumento, uno de estos componentes es la valoración del estado de ánimo, que se recalca, no se realiza adecuadamente.

Valderrama y Sánchez en el año 2017 encontraron un 84,1% y 25,2% de ansiedad y depresión respectivamente en una población de 107 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama (7), esto se puede explicar con los citado por Segrin y colaboradores (11) quienes menciona que el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama afectan negativamente la calidad de vida de los sobrevivientes y sus cuidadores familiares, producto también de una cascada de experiencias sociales y psicológicas que en medida de la



UNIVERSIDAD DE CUENCA

capacidad de respuesta de la familia y el paciente determinarán la presentación de ansiedad y depresión.

Otro estudio realizado por Badger y Segrin en el año 2014 demostró que las pacientes sobrevivientes al cáncer de mama presentan altos niveles de ansiedad y depresión durante todo su proceso, siendo más elevado en el momento posterior al diagnóstico y cuando se presume y se aborda un tratamiento, en la mayoría de los casos quirúrgico; estos autores encontraron además que la angustia psicológica y física de los sobrevivientes de cáncer de mama se ve significativamente afectada por la de sus parejas de apoyo y viceversa (12).

Lo citado anteriormente demuestra que la depresión y la ansiedad en las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama es un efecto que se debe esperar, sin embargo, no siempre es valorado afectando la calidad de vida de las pacientes, sus parejas y sus familiares. En el caso de las pacientes que reciben atención en el hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca no se dispone de un estudio previo que evalúe esta realidad, por lo tanto, existe un desconocimiento de datos que permitan a la institución establecer intervenciones para mitigar los efectos psicológicos del cáncer, su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, creando un problema de salud adicional al cáncer.



1.3 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación aborda un tema muy sensible desde la perspectiva de la institución de salud como es el estado emocional de pacientes con cáncer, por lo tanto, desde la perspectiva de la ciencia se justifica su abordaje pues genera conocimiento que cimentará nuevas intervenciones en salud desde una visión integral, adicionalmente a lo citado se menciona que existen estudios sobre estas poblaciones pero se centran en características clínicas, anatomo patológicas entre otras pero no abordan un tema muy sensible como es la depresión y ansiedad.

Desde la Salud Pública, se ha evidenciado que el cáncer es un problema sanitario al igual que la depresión y ansiedad en las pacientes que padecen esta enfermedad, esta iniciativa de investigación proporcionará datos reales, ajustados a nuestra realidad, aplicables en estrategias de manera inmediata además esta investigación va en relación con las Prioridades de investigación en Salud planteadas por el Ministerio de Salud Pública (13).

Las beneficiarias directas de esta investigación es la población de mujeres que reciben atención médica en el hospital José Carrasco Arteaga en la Unidad de Oncología y demás unidades de salud, considerando que esta unidad de salud posee alcance regional la cantidad de mujeres beneficiarias es alta, al ser una institución con alcance regional cubre una gran cantidad de población afectada con morbilidad oncológica, que está en constante crecimiento, por lo que el beneficio esperado es amplio.

Los resultados de esta investigación serán expuestos mediante las instancias pertinentes a las autoridades de la institución, de la Universidad de Cuenca y la población general.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Definición

Según la Organización Mundial de la Salud el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células, pudiendo aparecer en prácticamente cualquier lugar, mediante la invasión del tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo (1).

Un cáncer *in situ*, se define como una lesión con características citológicas asociadas a carcinoma invasivo pero las células tumorales están confinadas al epitelio de origen, sin invasión de la membrana basal (14).

Por otro lado, con estas definiciones, el cáncer de mama es la proliferación acelerada, caótica y no controlada de células que poseen genes mutados, los mismos que actúan suprimiendo o estimulando la continuidad del ciclo de replicación celular perteneciente a distintos tejidos de la glándula mamaria (9).

2.2 Epidemiología del cáncer de mama

El proyecto GLOBOCAN es uno de los mayores aportes a la ciencia en términos de aportación de estimaciones actualizadas de la incidencia y mortalidad de los principales tipos de cáncer, incluye los datos de 184 países; con base en este proyecto y sus principales resultados se revisa brevemente la epidemiología del cáncer de mama.

Según GLOBOCAN, el cáncer de mama es el segundo cáncer más común en el mundo y, con diferencia, el cáncer más frecuente entre las mujeres con un estimado de 1,67 millones de nuevos casos de cáncer diagnosticados en 2012 (25% de todos los cánceres). Es el cáncer más común en mujeres tanto en regiones más y menos desarrolladas, con un poco más de casos en regiones menos desarrolladas (883,000 casos) que en regiones más desarrolladas (794,000). Las tasas de incidencia varían casi cuatro veces en todas las regiones del mundo, con tasas que van desde 27 por 100.000 en el África central y Asia oriental hasta 92 en América del Norte (15).



El cáncer de mama es la quinta causa de muerte por cáncer en general (522,000 muertes) y si bien es la causa más frecuente de muerte por cáncer en mujeres en regiones menos desarrolladas (324,000 muertes, 14.3% del total), ahora es la segunda causa de muerte por cáncer en las regiones más desarrolladas (198,000 muertes, 15.4%) después del cáncer de pulmón. El rango en las tasas de mortalidad entre las regiones del mundo es menor que la incidencia debido a la supervivencia más favorable del cáncer de mama en las regiones desarrolladas (de alta incidencia), con tasas que varían de 6 por 100.000 en Asia oriental a 20 por 100.000 en África occidental (15).

Al igual que a nivel mundial, en Latinoamérica los datos son alarmantes, Tabakman basándose en una serie constituida por 17 artículos científicos, basados en la información aportada por 48 registros de cáncer en 18 países, coordinados por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), concluye que, los países con mayor índices de cáncer de mama son Argentina y Brasil siendo de 2 a 5 veces más alta la incidencia y mortalidad en los países de América del Sur que en América Central (16).

Duarte en el año 2015 menciona que la incidencia en Colombia es de 35,7 por cada 100.000 habitantes y yendo en aumento, mientras que la compara con la incidencia de los Estados Unidos de la mortalidad no existe mucha diferencia, 19,3 y 21,1 en Estados Unidos y 28,2 y 29,2 en Colombia lo que involucra un peor pronóstico para los países en vías de desarrollo, en este caso Colombia (17).

En Ecuador, el INEC estimó que fallecieron 641 personas por esta causa en el año 2016 (5), la Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) en Guayaquil estimó que el promedio de nuevos casos detectados por esta institución es de 351, representando el 19% de todos los cánceres detectados y siendo el primero de todos los cánceres detectados en el sexo femenino, en lo que respecta a la mortalidad el 38% se localizan entre la población de 50 a 64 años (18).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En el año 2016, SOLCA publica que, con base en el Registro Nacional de Tumores de SOLCA Quito, el riesgo de una mujer ecuatoriana de padecer cáncer de mama es de 32 por cada 100.000, en el transcurso de 1 año; lo que convierte a este tipo de cáncer en uno de los principales a ser considerados en un análisis nacional (19).

En Cuenca, un estudio de 5 años publicado en el año 2015 por SOLCA-Cuenca encontró que el cáncer de mama es el más frecuente en la población atendida, en relación con la tendencia nacional, siendo el segundo tumor en reportar mayor crecimiento en un estudio comparativo entre series de los años 1966-1999; 2000-2004 y 2005-2009; siendo la mortalidad por cáncer de mama la que más ascendió en los mismos periodos, siendo la media de edad de fallecimiento en 65 años en 1966 y reduciéndose hasta una media de 57 años para el periodo 2005-2009; por último la línea de tendencia del cáncer de mama es la más inclinada de todos los cánceres (20).

Por último, en el hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca según datos de Torres (9) durante el periodo de tiempo entre los años 2010-2014 se reportaron un total de 202 casos de cáncer de mama diagnosticados histológicamente.

2.3 Tipos de cáncer, Clínica y tratamiento del cáncer

El cáncer que inicia en los tejidos mamarios pueden clasificarse principalmente en 2 tipos:

1. Carcinoma ductal.
2. Carcinoma lobular (21).

Otra clasificación que cita la Sociedad Española de Oncología Médica (22) establece que los tipos de cáncer pueden ser:

- Según el grado de invasión: In situ o infiltrante.
- Según el lugar donde se origina, puede ser:
 - infiltrante cuando rompe el conducto galactóforo e invade el tejido graso de la glándula.



- Ductal cuando existe invasión de células cancerígenas en el revestimiento de algún conducto.
- Medular cuando las células anormales se encuentran agrupadas.
- Coloide, un tipo de cáncer de características infiltrantes.
- Tubular, se trata de otro tipo de cáncer infiltrante.
- Inflamatorio: cuando las células cancerígenas bloquean los vasos linfáticos de la piel, por lo que se produce inflamación en toda la glándula.
- Según las características biológicas y genéticas de las células cancerígenas:
 - Basal-epitelial: no presenta el receptor de estrógeno RE y HER s negativo.
 - HER2 positivo: elevada presencia del receptor antes citado.
 - Luminal A: existe una elevada presentación del receptor RE.
 - Luminal B y C:

Por lo general este tipo de neo formación no presenta sintomatología, motivo por el cual siempre se recomienda la prevención y diagnóstico temprano para su abordaje, en los casos en los cuales probablemente el cáncer esté avanzado se puede presentar:

- Presencia de un tumor mamario o en la región de la axila, por lo general presenta bordes irregulares e indolora.
- Cambio en la textura, forma y tamaño de las mamas y/o de los pezones.
- Aparición de líquido por los pezones que puede ser de características sanguinolentas o en otros casos en forma de pus.
- Aumento del dolor en las mamas.
- Dolor de tipo óseo.
- Pérdida de peso y mal estado general.
- Laceraciones o úlceras en la región mamaria (21).

En lo que respecta al tratamiento, se debe considerar varios aspectos como el tipo de cáncer, el estadio del mismo, si es hormono dependiente o no e incluso



la producción de la proteína HER2/neu, los tratamientos para el cáncer pueden ser:

- Terapia hormonal.
- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Cirugía para la extirpación del cáncer (21).

2.4 Factores de riesgo

Los factores de riesgo son variados, dentro de ellos se encuentran: el sobrepeso, el tipo de dieta, el sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco, uso de anticonceptivos orales, estrés y ansiedad, la edad, antecedentes familiares de cáncer de mama, etnia, terapias de radiación en el tórax, entre otros (23).

La División de Prevención y Control del Cáncer de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) menciona que los factores de riesgo para el cáncer de mama son: ser mujer y hacerse mayor. La mayoría de los cánceres de mama se detectan en mujeres de 50 años o más (24).

Incluyen los citados anteriormente (23) ya añaden que el riesgo aumenta con la edad, mutaciones genéticas, inicio temprano de la menstruación, embarazo tardío, comienzo de la menopausia tardíamente, embarazo tardío o no tener ninguno y los antecedentes familiares de cáncer de mama (24).

Yıldırım y colaboradores en su estudio publicado en enero de 2018, encontraron que en el análisis multivariado, antecedentes familiares de cáncer (OR: 1.55, IC 95%: 2.29-1.05), apoyo social inadecuado (OR: 1.83, IC 95%: 1.23-2.73) y pérdida del parental durante la infancia (OR: 2.68 , IC del 95%: 5,52-1,30) y factores de riesgo graves en los últimos cinco años (OR: 4,72; IC del 95%: 7,03 a 3,18) fueron factores de riesgo que aumentan el riesgo de cáncer de mama, lo que demuestra que también los factores psicosociales son relevantes (25).

2.5 Alteraciones del estado de ánimo en pacientes con cáncer

En el análisis de las enfermedades crónicas se ha establecido una clara relación entre éstas y la patología 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 psiquiátricos son frecuentes en personas con cáncer, en especial la depresión. En este artículo se hace una revisión de los factores de riesgo para este trastorno reportados en la literatura, así como la formulación del diagnóstico y tratamiento en personas con cáncer”* (26).

Pousa y colaboradores menciona que en la actualidad el cáncer es una entidad frecuente, y numerosas investigaciones la relacionan con alteraciones en el estado de ánimo no solamente del paciente sino de su pareja y sus familiares, de esa manera se evidencia una diada entre estas entidades, además de esta situación es evidente que las alteraciones son infra diagnosticadas en los servicios de salud y por ende no se le da la importancia debida (27).

Blanco y colaboradores en el año 2015 exponen que el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades crónicas, muy en especial de las oncológicas ponen al paciente cara a cara con su propia muerte y constituyen una situación o vivencia totalmente traumática, en ocasiones, de tal intensidad y rapidez que pueden desestabilizar emocional y psicológicamente; este proceso de desmoronamiento puede iniciar en el momento del diagnóstico del proceso tumoral y durante todo el abordaje ya sea diagnóstico y terapéutico; son varias las disrupciones que pueden aparecer, reacciones de ansiedad y depresión principalmente (28).

Hernández y Cruzado en el año 2013, establecen que la prevalencia de trastornos psicopatológicos en pacientes con algún tipo de cáncer varía dependiendo de la población y la metodología empleada, por lo general es mayor que los índices encontrados en la población general; los trastornos disruptivos alcanzan un 32%; los trastornos del estado de ánimo entre un 2,2%



a un 6% hasta un 50% en algunas investigaciones, la ansiedad varía entre un 2,2% alcanzando valores de hasta un 44%; la prevalencia de malestar emocional ronda el 33%. Todos los valores antes citados aumentan en pacientes que son sometidos a terapias como la radioterapia (29).

Alonso y Bastos exponen que cuando la enfermedad a la que nos enfrentamos es muy amenazante produce una ruptura del mundo interior del paciente, en el sentido que interrumpe un proyecto personal e incluso lo puede finalizar en la muerte, ante ellos el paciente posee mecanismos de afrontamiento que no siempre surten efecto, esto lleva a una repercusión psicosocial del cáncer en el paciente, su familia y en la sociedad. Específicamente el cáncer, se caracteriza por ser un proceso estresante y que se dilata en el tiempo, la persona se enfrenta a la incertidumbre prácticamente desde la presentación de los síntomas y signos, posteriormente el miedo aumenta ante la posibilidad de un diagnóstico y más aún al confirmarlo (30).

Por último, Moreno en el año 2016 analiza las estrategias de afrontamiento y calidad de vida de los pacientes oncológicos, partiendo de que el cáncer es una enfermedad que se relaciona de manera directa con dolor, sufrimiento y muerte existen pocos recursos y optimización de las intervenciones para hacer frente a esta situación, desembocando por lo general en depresión y ansiedad (31).

Dentro de las estrategias de afrontamiento, se pueden exponer las positivas como: aceptación, centrarse en lo positivo, centrarse en la planificación, reevaluación positiva y puesta en perspectiva; mientras que las estrategias negativas incluyen: autoinculpación, rumiación, catastrofismo, y culpar a otros (31).

Por lo tanto, no es nuevo que los pacientes con cáncer de diversa índole afronten situaciones de estrés, que, ante la imposibilidad de implementar estrategias de afrontamiento, desemboquen en alteraciones del estado de ánimo como puede ser la depresión y ansiedad o ambas, a esto se suma la incertidumbre del pronóstico y en casos extremos de vivir o morir, de esto nace la necesidad de evaluar y tratar estos síntomas y signos de ansiedad y depresión con la finalidad

Mónica Gabriela Lucero Piedra

Miriam Marlene Morocho Bermeo



última de mejorar la calidad de vida del paciente, apoyar en su tratamiento y en definitiva aumentar sus expectativas para hacer frente a su futuro.

2.6 Ansiedad en pacientes con cáncer de mama.

2.6.1 Definición

La ansiedad, según la Guía de Práctica Clínica de España se define como “*una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza*” (32).

La Guía de Práctica Clínica de México, para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto, define la ansiedad de la siguiente manera: “*un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos*” (33).

En este caso específico, el padecimiento específico sería la presentación de cáncer de mama.

2.6.2 Epidemiología

Ornelas y colaboradores menciona que en las mujeres con cáncer de mama las principales manifestaciones de alteraciones psicológicas con la ansiedad y la depresión, en su estudio que incluyó 203 mujeres mexicanas la prevalencia de ansiedad fue de 27% (34).

Otro estudio realizado por Caniçali y colaboradores en un total de 84 pacientes con cáncer de mama determinó que el 79,8% de la población en estudio presentaba un indicio de ansiedad medio, el 13,1% un nivel bajo y el 7,1% un nivel elevado de ansiedad; en la valoración de la ansiedad-estado el 83,3% tenía un nivel medio de ansiedad; 15,5% nivel bajo y 1,2% un nivel elevado de ansiedad-estado. Como una de las conclusiones de este estudio es que existe una relación importante entre las siguientes variables: edad, nivel de instrucción,



la presencia de un compañero de vida y la ocupación son variables que se deben considerar al momento de analizar la ansiedad (35).

Da Silva y colaboradores en el año 2017 encontraron que el 100% de las pacientes con diagnóstico de ansiedad (n=307 mujeres), de las cuales en la mayoría de los casos prefieren hacer frente a su situación mediante la estrategia de afrontamiento centradas en el problema y en apoyo social, de esta manera se puede observar que estas estrategias deben ser fortalecidas en el abordaje de las pacientes (36).

Fink y Forero en un estudio que incluyó 100 mujeres sanas y 61 pacientes con cáncer de seno encontraron que los análisis realizados para la escala de ansiedad y depresión (HADS) entre el grupo de mujeres sanas y el grupo de pacientes no arrojaron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres con diagnóstico de cáncer de seno comparadas con las que no lo padecen. Sin embargo, se encontró una tendencia similar en ambos grupos y es que los niveles para la sub escala de ansiedad son más altos en ambos mientras los niveles para la sub escala de depresión son más bajos, como resultado de esto se concluyó que las mujeres con cáncer de seno presentaron 22,6% de ansiedad versus un 15% en las mujeres sanas (37).

Velásquez y colaboradores analizaron el comportamiento de 65 pacientes con cáncer de mama que mayormente la población se ve afectada por ansiedad en un nivel grave con el 32,5%, nivel moderado el 20% y un nivel leve únicamente el 7,3%. Con respecto a la ansiedad somática, también el porcentaje más alto fue grave con 32.5%, pero se ve un aumento en la opción del nivel ausente (12.7%) con respecto de la ansiedad psíquica, con una diferencia del 7.3% (38).

2.6.3 Valoración de la ansiedad

El Instituto Nacional del Cáncer en su documento Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ®)-Versión para profesionales de salud, mencionan que: se debe diferenciar de la detección y de la evaluación, la primera hace referencia a un método rápido para identificar a pacientes con sufrimiento psicosociales y normalmente la realizan profesionales de la salud que no pertenecen al campo de la salud mental mediante cuestionarios de auto notificación que permiten



UNIVERSIDAD DE CUENCA

determinar si una persona necesita ser derivada para una evaluación más exhaustiva (39).

Resaltan que se han instaurado modelos de evaluación y valoración que en la mayoría de los casos poseen como base la administración de exámenes de autodeterminación, puntajes y evaluaciones y derivación en casos positivos (39).

Nogueda y colaboradores citan específicamente que la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), se ha utilizado ampliamente para evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos. Fue creada por Zigmund y Snaith (1983) para la evaluación de los síntomas cognitivos y conductuales y no así los síntomas somáticos de la ansiedad y la depresión como insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o apetito (40).

Si bien es cierto se debe determinar la presencia o no de ansiedad, es vital poder contar con niveles de ansiedad en la población con cáncer de mama, en este sentido la escala de Hamilton, esta escala, según el Servicio Andaluz de Salud posee 14 reactivos los mismos que se dividen en 7 para la valoración de ansiedad psíquica y 7 para ansiedad somática, cada ítem es valorado por 4 posibles puntajes "0", indica que el sentimiento no está presente en el paciente. Una calificación de "1", indica leve prevalencia del sentimiento en el paciente. Una calificación de "2", indica moderada prevalencia del sentimiento en el paciente. Una calificación de "3", indica severa prevalencia del sentimiento en el paciente. Una calificación de "4", indica muy severa prevalencia del sentimiento en el paciente (41).

La escala de valoración de ansiedad de HAMILTON, con base en lo que se ha revisado se establece un puntaje entre 0 a 56 puntos, con la siguiente escala de niveles de ansiedad: menos de 17 puntos: ansiedad leve, entre 18 a 24 puntos leve-moderada ansiedad y de 24 a 30 puntos indica ansiedad severa, por otro lado, se puede evaluar cada uno de los síntomas (42).

Sin embargo, Lituma y (43) colaboradores en el año 2016 sugieren en la ciudad de Cuenca usar los siguientes puntos de corte para los niveles de ansiedad:

- Sin ansiedad (0-5 puntos)



- Leve (6-14 puntos)
- Moderada (15-30 puntos)
- Grave (31-56 puntos).

2.7 Depresión en pacientes con cáncer de mama.

2.7.1 Definición

Según la organización Mundial de la Salud la depresión es “*un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración*” (44).

La Guía de Salud Española la define como “*un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva*” (45).

En este caso, se trataría de esta definición aplicada a la realidad de las pacientes con cáncer de mama.

2.7.2 Epidemiología de depresión

Ornelas y colaboradores tras analizar un total de 203 mujeres mexicanas con cáncer de mama determinaron que la prevalencia de depresión es del 28% (34).

Muniesa y Romeo en el año 2013 realizaron una revisión sistemática que incluyó 49 estudios, entre ellos la prevalencia de depresión en pacientes con cáncer de mama varió entre un 6% como mínimo y un 57,07% como máximo, siendo las escalas más usadas para la valoración las de Beck, HADS y PKQ-9, este estudio también evidencia que existe una fuerte dependencia de factores de riesgo como: factores sociales, demográficos, apoyo social y psicológico,



calidad de vida del paciente, tiempo de diagnóstico, tratamiento farmacológico previo y nivel socio económico (46).

Montiel y colaboradores en el año 2016, en una población de 30 pacientes detectaron que la prevalencia de depresión fue del 100%, distribuidos de la siguiente manera: síntomas situacionales depresivos 36,7%; distimia depresiva 60% y severa distimia depresiva 3,3%. La depresión se asoció a la ansiedad rasgo y se evidenció una correlación positiva, moderada, así como significativa ($Tau-b= 0,466$), $p= 0,001$; a la ansiedad situacional, con una correlación positiva, moderada y significativa ($Tau-b= 0,586$), $p= 0,000$ (47).

Fink y Forero en un estudio que incluyó 100 mujeres sanas y 61 pacientes con cáncer de seno encontraron que la prevalencia de depresión en mujeres sanas es de 4% y en mujeres con cáncer de seno 6,5%; con una línea de tendencia ascendente (37).

2.7.3 Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer

Ramírez y colaboradores (48) en el año 2014 expone que se puede evaluar mediante una adecuada definición de depresión que debe basarse en los criterios estándar como el DSM-V; a partir de ello pueden plantearse evaluaciones:

- **De una o 2 preguntas:** “*Consiste en preguntar directamente al paciente si se encuentra deprimido o con un estado de ánimo bajo. Se le considera particularmente útil para recabar información rápida sobre el estado anímico del paciente y se utiliza principalmente como herramienta de tamizaje más que como medio para establecer un diagnóstico. Los estudios que utilizan este tipo de preguntas suelen sobreestimar las tasas de depresión”*
- **Cuestionarios de evaluación:** se trata del uso de instrumentos que poseen las mejores propiedades psicométricas para medir y detectar depresión y un espectro amplio de reactivos, dentro de estos se numeran los siguientes:



- Escala de depresión de Beck.
- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D).
- Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS) y la
- Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS)

Estos autores concluyen citando que: *“A nivel internacional, se recomienda abordar el problema de la depresión por medio de la combinación de preguntas de uno y dos reactivos, así como el uso de algún instrumento que dé peso a las condiciones de anhedonia de la depresión (primordialmente, el HADS) y que se apoye en menor medida en condiciones somáticas de la depresión (Escala de Hamilton)”* (48).

Uno de los punitales en la evaluación de la depresión es medir los niveles de la misma, para ello se puede usar el test de depresión de Hamilton, el mismo, según Purriños *“es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundaria”*(49).

Esta escala posee entre 3 y 5 posibles respuestas, con una puntuación entre 0 a 2 o entre 0 a 4 con una puntuación total de 0 a 52 puntos, con los siguientes puntos de corte para los niveles de ansiedad (49):

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 Objetivo general

Determinar los niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que asisten a la Unidad de Oncología del hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo febrero-mayo 2018.

3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar la población en estudio según características demográficas: edad, residencia, procedencia, nivel de instrucción y estado civil.
2. Determinar características de la enfermedad como tipo de cáncer, tiempo de diagnóstico, tipo de tratamiento recibido y presencia de metástasis.
3. Determinar los niveles de ansiedad y depresión.
4. Describir la frecuencia de ansiedad y depresión según características socio demográficas.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio: estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

4.2 Área de Estudio: El estudio se realizó en la Unidad de Oncología del hospital José Carrasco Arteaga del IESS en la ciudad de Cuenca.

4.3 Universo y muestra: para el cálculo de la muestra se establecieron los siguientes criterios:

- Universo: se consideró el universo de 202 pacientes expuesto por Torres (9) en un periodo de estudio de 4 años en el hospital José Carrasco Arteaga.
- Proporción esperada: se usó una frecuencia esperada de 11,3% que corresponde a la prevalencia de ansiedad en un estudio realizado por González y colaboradores (50) en el año 2016 en el hospital José Carrasco Arteaga, en pacientes con cáncer de mama.
- Precisión: 5%
- Confianza 95%

Con estos datos y mediante el uso de la fórmula proporcionada por Pita Fernández:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q} = \frac{202 * 1,96^2 * 0,113 * 0,887}{0,05^2 * (202 - 1) + 1,96^2 * 0,113 * 0,887} = \frac{77,7}{0,5 + 0,38} = \frac{77}{0,88} = 88$$

n= muestra.

N= población finita.

Z= 1,96

p= proporción esperada

q= 1-p

d= precisión



Se estableció una muestra de 88 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama a ser evaluadas.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión:

4.4.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en cualquier momento de su tratamiento.
- Pacientes con capacidades cognitivas adecuadas para la auto-valoración mediante los test.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no desearon participar libre y voluntariamente en el estudio.

4.5 Variables

Variable dependiente: Ansiedad y depresión.

Variables independientes: características sociodemográficas y de la enfermedad.

4.5.1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Ansiedad	<i>“una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a</i>	Psicosomática	Resultado de la escala de valoración de estados ansiosos de Hamilton.	Sin ansiedad (0-5 puntos) Leve (6-14 puntos) Moderada (15-30 puntos) Grave (31-56 puntos)



	<i>la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza” (32)</i>			
Depresión	<i>“un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva” (45).</i>	Psicosomática	Resultado en la escala de evaluación de la depresión de Hamilton.	No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23
Edad	Periodo de tiempo entre el nacimiento y el día de la encuesta.	Temporal	Años cumplidos	Numérica
Residencia	Lugar donde ha vivido al menos los últimos 6 meses.	Geográfico	Registro en el formulario.	Urbano Rural
Procedencia	Lugar de nacimiento	Geográfico.	Registro en el formulario de recolección de la información.	Urbano Rural
Nivel de instrucción	Nivel alcanzado en instrucción formal.	Académica	Registro en el formulario de recolección de la información.	Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel
Estado civil	Situación legal de la relación a su pareja	Legal	Registro en el formulario de	Casada Soltera



			recolección de la información.	Unión de hecho Viuda
Tipo de cáncer	Características del tumor que determinan una clasificación del tipo de cáncer que padece la paciente.	Patológica	Historia clínica	Tipo de cáncer.
Tiempo de diagnóstico	Periodo de tiempo entre el diagnóstico del cáncer y el día de la entrevista.	Temporal	Registro en el formulario y en la historia clínica.	Numérica
Tipo de tratamiento recibido	Forma de controlar la enfermedad que la paciente ha presentado a lo largo de su evolución.	Terapéutica	Formulario de recolección de datos.	Quimioterapia Radioterapia Ambas Paliativo
Presencia de metástasis	Presentación de la capacidad de invasión de otros órganos por parte de las células del tumor primario.	Fisiopatológica	Historia clínica.	Con metástasis Sin metástasis

4.6 Métodos técnicas e instrumentos

Método: observacional.

Técnicas: entrevista.

Instrumentos: Se usó un formulario para la recolección de la información (Anexo 8.1), este documento fue elaborado por las autoras de este trabajo de investigación.

Para la detección de ansiedad y depresión se usó la escala de Hamilton de ansiedad y depresión, esta escala ha sido usada en nuestro medio para la evaluación de este tipo de trastornos.

4.7 Procedimientos

- **Autorización:** las autorizaciones que se requirieron para la realización de este trabajo de investigación incluyeron la aprobación de la Universidad



de Cuenca, autorización del comité de bioética y la autorización del hospital José Carrasco Arteaga.

- **Supervisión:** la supervisión del trabajo a realizar fue constante por la directora de la investigación.

4.8 Plan de tabulación y análisis

Tras la recolección de la información los datos fueron digitalizados en una base en el programa SPSS versión 15 (de prueba), mediante el uso de este software se analizaron los datos de la siguiente manera:

- Estadística descriptiva: se presentan los datos de las variables cualitativas mediante frecuencias y porcentajes, en el caso de las variables cuantitativas como la edad se procederá con el análisis de estadísticas de ubicación y tendencia central como la media y la desviación estándar.
- En el caso de la valoración del formulario de ansiedad y depresión, se usarán rangos con base en la clasificación ansiedad/normal y depresión/normal.
- Para la estratificación de ansiedad y depresión según características demográficas y de la enfermedad se realizaron tablas de contingencia de $n \times n$, y el valor de p como indicador de significancia.

4.9 Aspectos éticos

Este estudio respeta los derechos de los pacientes, mediante un documento de consentimiento informado se expuso a la paciente a la información sobre el estudio, la paciente estuvo en libre derecho de decidir libre y voluntariamente en el estudio o negarán su participación.

Los datos recolectados fueron manejados con exclusiva privacidad y únicamente por las autoras de la investigación, los resultados fueron presentados mediante un análisis estadístico y no como resultados nominales.



CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1 Cumplimiento del estudio

Con base en el protocolo de trabajo establecido, se realizó la recolección de la información de un total de 88 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, los resultados se analizan a continuación.

5.2 Caracterización demográfica de la población

5.2.1 Edad de las pacientes

Tabla 1. Distribución de 88 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama
según edad. HJCA. Cuenca 2018.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Adulta Joven (20-35 años)	18	20,5
Adulta Madura (36-65 años)	60	68,2
Adulta mayor (más de 65 años)	10	11,4
Total	88	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Mónica Lucero y Miriam Morocho

En la investigación se encontró que la media de edad fue de 48,55 años con una desviación estándar de 14,11 años, en el 68,2% de los casos de pacientes afectadas las edades variaron entre 35 y 65 años y fueron incluidas en el grupo de adultas maduras, el 20,5% de la población que representa a 18 pacientes fueron adultas jóvenes y el 11,4% adultas mayores.

5.2.2 Residencia de las pacientes

Tabla 2. Distribución de 88 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama según residencia. HJCA. Cuenca 2018.

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	36	40,9
Urbana	52	59,1
Total	88	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Mónica Lucero y Miriam Morocho

La mayoría de la población, es decir el 59,1% del total residía en el área urbana y el 40,9% en el área rural.

5.2.3 Procedencia de las pacientes

Tabla 3. Distribución de 88 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama según procedencia. HJCA. Cuenca 2018.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	36	40,9
Urbana	52	59,1
Total	88	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Mónica Lucero y Miriam Morocho

Del total de la población se encontró que el 59,1% que representa 52 pacientes procedían del área urbana de la ciudad, por otro lado 36 pacientes es decir el 40,9% del total residían en el área rural.

5.2.4 Nivel de instrucción

Tabla 4. Distribución de 88 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama según nivel de instrucción. HJCA. Cuenca 2018.

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	36	40,9
Secundaria	22	25,0
Superior	28	31,8
Cuarto nivel	2	2,3



Total	88	100,0
-------	----	-------

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Mónica Lucero y Miriam Morocho

Del total de la población afectada con cáncer de mama, la mayoría de ellas es decir el 40,9% tenía un nivel de instrucción primaria, el 31,8% que representa 28 mujeres tenían un nivel de instrucción superior; por otro lado, el 25% que representa 22 mujeres presentaron un nivel de instrucción secundaria y en la minoría de los casos es decir en el 2,3% presentaron cuarto nivel de instrucción.

5.2.5 Estado civil

Tabla 5. Distribución de 88 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama según estado civil. HJCA. Cuenca 2018.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	56	63,6
Divorciada	5	5,7
Soltera	17	19,3
Unión de hecho	4	4,5
Viuda	6	6,8
Total	88	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.
Elaborado por: Mónica Lucero y Miriam Morocho

La mayoría de las pacientes, es decir el 63,6%, fueron casadas siendo el estado civil más frecuente, la población soltera fue la segunda en frecuencia con el 19,3%; también se presentó un 6,8% de mujeres viudas, 5,7% divorciadas y un 4,5% de pacientes que se encontraron en unión de hecho

5.3 Características de la enfermedad

5.3.1 Tipo de cáncer

Tabla 6. Distribución de 88 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama según tipo de cáncer. HJCA. Cuenca 2018.

Tipo de cáncer	Frecuencia	Porcentaje
Carcinoma ductal infiltrante de mama	44	50,0
Carcinoma ductal invasivo de mama	30	34,1
Carcinoma lobular invasivo de mama	10	11,4
Cáncer inflamatorio	1	1,1
Carcinoma mucinoso	1	1,1
Carcinoma papilar de mama	1	1,1
Enfermedad de Paget	1	1,1
Total	88	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Mónica Lucero y Miriam Morocho

Se demuestra que la mitad de las pacientes presentaron como tipo de cáncer el ductal infiltrante, en el 34% de los casos el tipo fue ductal invasivo, con un 30% del total se presentaron los casos de cáncer ductal invasivo, posteriormente con un 1,1% de los casos se presentaron los siguientes: cáncer de tipo inflamatorio, mucinoso, papilar y la enfermedad de Paget.

5.3.2 Tiempo de diagnóstico

Tabla 7. Distribución de 88 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama según tiempo de diagnóstico del cáncer. HJCA. Cuenca 2018.

Tiempo de diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
<= 1 años	54	61,4
2 - 5 años	31	35,2
6 - 9 años	2	2,3
10 y más años	1	1,1
Total	88	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Mónica Lucero y Miriam Morocho

En el 61,4% de los casos el tiempo de diagnóstico fue de 1 año o menos, la media de edad se ubicó en 1,6 años con una desviación estándar de 1,9 años. Se puede observar que la mayoría de las pacientes presentaron diagnósticos recientes de cáncer.

5.3.3 Tipo de tratamiento

Tabla 8. Distribución de 88 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama según tipo de tratamiento. HJCA. Cuenca 2018.

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Quimioterapia	86	97,7
Radioterapia	2	2,3
Total	88	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Mónica Lucero y Miriam Morocho

La mayoría de las pacientes tenían como tratamiento la quimioterapia, éste se presentó en el 97,7% del total; en menor frecuencia se usó la radioterapia.

5.3.4 Presencia de metástasis

Para la descripción de esta variable se procedió con la revisión de la historia clínica de la paciente, de esta manera el dato fue confirmado.

Tabla 9. Distribución de 88 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama según presencia de metástasis. HJCA. Cuenca 2018.

Metástasis	Frecuencia	Porcentaje
No	72	81,8
Si	16	18,2
Total	88	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Mónica Lucero y Miriam Morocho.

La metástasis se presentó en el 18,2% de los casos, esto representa un total de 16 pacientes mientras que en el 81,8% de los casos no se presentó metástasis.



5.4 Niveles de ansiedad

Tabla 10. Distribución de 88 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama según niveles de ansiedad. HJCA. Cuenca 2018.

Niveles de ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Grave	70	79,5
Moderada	16	18,2
Leve	2	2,3
Total	88	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Mónica Lucero y Miriam Morocho

Tras la valoración de los niveles de ansiedad mediante la escala de Hamilton se determinó que todas las pacientes presentaron ansiedad, y lo llamativo fue que el 79,5% de la población presentaron ansiedad grave, lo que involucra un importante impacto en la salud mental de las pacientes.

5.5 Niveles de depresión

Tabla 11. Distribución de 88 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama según niveles de depresión. HJCA. Cuenca 2018.

Niveles de depresión	Frecuencia	Porcentaje
Sin depresión	45	51,1
Depresión muy severa	19	21,6
Depresión leve	14	15,9
Depresión moderada	6	6,8
Depresión severa	4	4,5
Total	88	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Mónica Lucero y Miriam Morocho

Tras la valoración de las pacientes mediante la escala de Hamilton se determinó que el 51,1% del total de la población no presentó depresión, sin embargo, el 21,6% de las pacientes presentaron depresión muy severa.

5.6 Niveles de ansiedad según características demográficas

Tabla 12. Distribución de 88 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama según niveles de ansiedad y características demográficas. HJCA. Cuenca 2018.

Característica	Niveles de ansiedad						Valor de p
	Leve		Moderada		Grave		
	n	%	n	%	n	%	
Edad							
Adulta Joven (20-35 años)	1	5,6	3	16,7	14	77,8	
Adulta Madura (36-65 años)	1	1,7	13	21,7	46	76,7	0,4
Adulta mayor (más de 65 años)	0	0	0	0	10	100	
Residencia							
Rural	0	0	3	8,3	33	91,7	
Urbana	2	3,8	13	25	37	71,2	0,05
Instrucción							
Primaria	0	0	3	8,3	33	91,7	
Secundaria	0	0	3	13,6	19	86,4	
Superior	2	7,1	9	32,1	17	60,7	0,04
Cuarto nivel	0	0	1	50	1	50	
Estado civil							
Casada	1	1,8	10	17,9	45	80,4	
Divorciada	0	0	1	20	4	80	
Soltera	1	5,9	3	17,6	13	76,5	0,99
Unión de hecho	0	0	1	25	3	75	
Viuda	0	0	1	16,7	5	83,3	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Mónica Lucero y Miriam Morocho

La tabla 12 indica la distribución de los casos de ansiedad según características demográficas, en lo que respecta a la edad se encontró que en todos los grupos etarios la ansiedad en su nivel grave fue más frecuente, al analizar el valor del estadístico p se puede observar que es mayor a 0,05 lo que indica que la edad no se relaciona con los niveles de ansiedad.

En lo que respecta a la residencia de las pacientes, la ansiedad grave fue más frecuente en las pacientes que residen en el área rural con el 91,7%; analizando el estadístico p se encontró que es de 0,05 a pesar de ser un valor bajo, establecemos que no existe asociación entre la residencia y los niveles de ansiedad.



El nivel de ansiedad moderado fue más frecuente en la población con un nivel de instrucción superior con el 32,1% mientras que la ansiedad grave fue más prevalente en la población con nivel de instrucción primaria con el 91,7%; al analizar la asociación entre estas variables se determinó asociación estadísticamente significativa con un valor de p menor a 0,05.

La ansiedad grave se presentó más frecuentemente en la población viuda con el 83,3% y no se asocia con los niveles de ansiedad, esto tras la valoración del estadístico p.

5.7 Niveles de depresión según características demográficas

Tabla 13. Distribución de 88 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama según niveles de depresión y características demográficas. HJCA. Cuenca 2018.

Característica	Niveles de depresión										p
	Sin depresión		Leve		Moderada		Severa		Muy severa		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad											
Adulta Joven (20-35 años)	9	50	5	27,8	2	11,1	1	5,6	1	5,6	
Adulta Madura (36-65 años)	31	51,7	8	13,3	3	5	3	5	15	25	0,612
Adulta mayor (más de 65 años)	5	50	1	10	1	10	0	0	3	30	
Residencia											
Rural	14	38,9	7	19,4	3	8,3	2	5,6	10	27,8	
Urbana	31	59,6	7	13,5	3	5,8	2	3,8	9	17,3	0,45
Instrucción											
Primaria	21	58,3	6	16,7	2	5,6	2	5,6	5	13,9	
Secundaria	10	45,5	1	4,5	2	9,1	1	4,5	8	36,4	
Superior	12	42,9	7	25	2	7,1	1	3,6	6	21,4	0,64
Cuarto nivel	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	
Estado civil											
Casada	29	51,8	8	14,3	6	10,7	1	1,8	12	21,4	
Divorciada	0	0	1	20	0	0	1	20	3	60	
Soltera	13	76,5	3	17,6	0	0	1	5,9	0	0	0,03
Unión de hecho	1	25	2	50	0	0	0	0	1	25	
Viuda	2	33,3	0	0	0	0	1	16,7	3	50	

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Elaborado por: Mónica Lucero y Miriam Morocho.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Se puede observar en la tabla 13 que los niveles de depresión muy severa se presentan más frecuentemente en la población de mayor edad con el 30% del total, además se establece que la edad no se asocia estadísticamente con los niveles de depresión pues el valor del estadístico p es mayor a 0,05.

En todos los casos la depresión muy severa fue la más preocupante, fue frecuente en las siguientes poblaciones: residentes en el área rural 27,8%; con nivel de instrucción secundaria 36,4% y de estado civil divorciada con el 60% de los casos.

Tras la revisión del estadístico p , se determinó que la residencia y la instrucción no se asocian con los niveles de depresión pues obtuvieron $p= 0,45$ y $p=0,64$ respectivamente. En el caso del estado civil de las pacientes se encontró un valor $p=0,03$ lo que determina que existe relación estadísticamente significativa entre el estado civil y la depresión en esta población.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Considerando la alta frecuencia de cáncer a nivel mundial, latinoamericano y en el Ecuador (1,2) (9) es importante establecer que si bien es cierto se trata de manera intensiva con tratamientos como la quimioterapia o la radioterapia es importante mencionar que el ser humano, al ser un ser integral, también debe ser evaluado en su estado de ánimo; como se ha mencionado el mismo estrés de la enfermedad que se suma del miedo a morir y los tratamientos hacen que el paciente sufra un impacto en su salud mental que se puede manifestar, entre otras situaciones, con ansiedad y depresión.

En este sentido, se resalta la integralidad de las intervenciones en los pacientes con cáncer de mama, pero a pesar de los esfuerzos se sigue insistiendo fielmente en el tratamiento al tumor, por lo que se ha determinado la alta importancia de tratar la ansiedad y depresión y como parte de este objetivo se encuentra el diagnóstico temprano, motivo por el cual se desarrolló este trabajo de investigación.

En un total de 88 pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, con una media de tiempo de diagnóstico de 1,6 años se determinó una prevalencia de ansiedad del 100%, con distintos niveles: 2,3% ansiedad leve, 18,2% ansiedad moderada y 79,5% ansiedad grave. Estos resultados son llamativos, pues prácticamente todos los pacientes presentan ansiedad y más allá de eso en la mayoría de los casos es grave.

Estos datos son discordantes con otros estudio, uno de ellos el realizado por Valderrama y Sánchez en el año 2017 (7) quienes encontraron una prevalencia de ansiedad del 84,1% a pesar que es elevada no llega a niveles del 100% encontrados en nuestro estudio; esto probablemente se deba al tiempo reciente de diagnóstico, pues la media de tiempo desde el diagnóstico fue de 1,6 años es decir se trataba de pacientes tempranos en el tratamiento.



Otro estudio realizado por Hernández y Cruzado (29) determinaron la prevalencia de ansiedad entre un 2,2% hasta un 44%, estos resultados difieren significativamente con los encontrados en nuestra población, lo que indica una gran variabilidad de los casos y de las poblaciones, un punto a considerar en estas discordancias es el apoyo que los pacientes reciben tanto de la familia como de las instituciones, como el apoyo psicológico, variable a ser revisada.

Ornelas y colaboradores determinaron en una población con cáncer de mama que la prevalencia de ansiedad fue de 27%, nuevamente una prevalencia muy por debajo de la encontrada en nuestras pacientes.

Caniçali y colaboradores en un total de 84 pacientes con cáncer de mama determinó que el 79,8% de la población en estudio presentaba un indicio de ansiedad medio, el 13,1% un nivel bajo y el 7,1% un nivel elevado de ansiedad, en referencia a estos resultados se menciona que existen diferencias significativas en lo que respecta a los niveles de ansiedad, en nuestra población el nivel elevado (grave) fue el más frecuente.

Un estudio que encontró similares resultados fue el de Da Silva y colaboradores (36) en el año 2017 encontraron que el 100% de las pacientes con diagnóstico de ansiedad (n=307 mujeres), al igual que en nuestro caso toda la población presentó algún nivel de ansiedad.

Velásquez y colaboradores (38) encontraron en su estudio: ansiedad en un nivel grave con el 32,5%, nivel moderado el 20% y un nivel leve únicamente el 7,3%; este estudio coincide con el nuestro en la frecuencia de los niveles siendo el más frecuente la ansiedad grave, sin embargo no coincide en la intensidad de la misma pues en nuestro estudio la ansiedad grave fue de 79,5%.

Ahondando en este ítem, es vital recordar que las acciones tempranas en el manejo del cáncer causan mayor impacto en la población afectada (12), en este sentido la alta frecuencia de casos encontrados en nuestra población pueden deberse a esta causa, un cambio brusco en la vida de las personas ante un diagnóstico de cáncer evidentemente una de las principales reacciones ante un



UNIVERSIDAD DE CUENCA

escenario desconocido y no deseado es la ansiedad, esto puede explicar la alta frecuencia de ansiedad en nuestra población, pero como se ha citado es vital evaluar las acciones personales, familiares e institucionales para hacer frente a la misma.

Este estudio presenta la más alta prevalencia de ansiedad detectada en la bibliografía revisada.

En lo que respecta a la depresión, se evidencian diferencias significativas con la prevalencia de ansiedad, en nuestro estudio la prevalencia de depresión fue de 48,9% distribuido de la siguiente manera: depresión leve 15,9%; moderada 6,8%; severa 4,5% y muy severa 21,6%. Esta prevalencia es mayor a la reportada por Ornelas y colaboradores (34) quienes determinaron un 28% de depresión en su estudio.

Muniesa y Romeo (46) en el año 2013 realizaron una revisión sistemática que incluyó 49 estudios, entre ellos la prevalencia de depresión en pacientes con cáncer de mama varió entre un 6% como mínimo y un 57,07%, en referencia a este estudio se determina que la prevalencia encontrada en nuestra población se encuentra dentro del rango de depresión que se estimaba.

Montiel y colaboradores (47) en el año 2016, en una población de 30 pacientes detectaron que la prevalencia de depresión fue del 100%, distribuidos de la siguiente manera: síntomas situacionales depresivos 36,7%; distimia depresiva 60% y severa distimia depresiva 3,3%; en relación a este estudio se determina que la prevalencia encontrada en nuestras pacientes es menor y en lo que respecta a la intensidad existen variaciones, la más relevante es que en nuestro estudio la prevalencia de depresión severa y muy severa es más elevada con 4,5% y 21,6% respectivamente.

Sin embargo, otro estudio realizado por Fink y Forero (37) establecieron una frecuencia de depresión de 6,5% en la población con cáncer, a diferencia de este estudio en nuestra población la prevalencia de depresión es elevada, prácticamente 1 de cada 2 pacientes con cáncer presenta depresión.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Estadísticamente en este estudio se logró determinar que el nivel de instrucción se relaciona con los niveles de ansiedad ($p=0,04$), esta situación no se refleja en la bibliografía revisada pues no se considera frecuentemente que las características demográficas puedan influir de manera directa en los niveles de ansiedad. Probablemente, se establezca esta relación por la falta de información sobre el cáncer, o por el nivel de entendimiento que se posea sobre la misma, de esta manera se puede detectar que las pacientes con menor nivel de instrucción presentan mayor nivel de ansiedad grave, por lo general, las pacientes de un nivel de instrucción menor no comprenden en la mayoría de los casos las indicaciones o no consultan sobre los términos médicos que emplean los galenos para comunicar la situación de salud, esto sumado a la incertidumbre del pronóstico aumenta el nivel de ansiedad. Por otro lado, una paciente que comprenda mejor su situación de salud podría tener menos ansiedad.

En lo que respecta a la relación detectada con el valor de $p=0,03$ entre el estado civil de la paciente y los niveles de depresión, se puede mencionar que probablemente se deba al apoyo familiar que la paciente recibe, evidentemente una paciente soltera, viuda o divorciada presenta niveles más altos de depresión grave por no poseer un núcleo familiar de apoyo establecido, aunque no es determinante que la pareja mejore el estado de salud mental de las pacientes, si es importante en el transcurso del diagnóstico, tratamiento y resolución del cáncer.

Tras revisar los resultados de este estudio es evidente que el impacto en la salud mental de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama no es el mejor, todas las pacientes presentan ansiedad probablemente como consecuencia de haber recibido un diagnóstico hace poco tiempo (1,6 años media de tiempo de diagnóstico) y en otros casos por el tratamiento incierto y su pronóstico no claro, evidentemente esta situación involucra que existen pacientes con depresión, 1 de cada 2 pacientes presenta depresión; en conjunto las alteraciones del estado de ánimo en pacientes con cáncer no es el adecuado y puede condicionar su evolución, haciendo imprescindible su abordaje y apoyo.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

Con base en los objetivos planteados se exponen las siguientes conclusiones:

- La prevalencia de ansiedad en la población fue del 100% y de depresión fue del 48,9%.
- La población afectada por cáncer de mama fue primordialmente adulta madura, con una media de edad de 48,55 años y el 68,2% de las afectadas fueron residentes y procedentes del área urbana, terminadas la primaria y casadas.
- En lo que respecta a las características de la enfermedad se encontró que el tipo de cáncer más frecuente fue el ductal infiltrante de mama.
- El nivel de instrucción de relacionó estadísticamente con ansiedad, lo que en el servicio de enfermería es relevante pues guía mayor atención a pacientes con un nivel de instrucción bajo, que según los resultados, están más expuestas a ansiedad.
- Las pacientes sin una pareja que les acompañe en su proceso fueron más susceptibles de presentar depresión, probablemente por el factor apoyo familiar.

7.2 Recomendaciones

- A las instituciones de salud que abarcan pacientes con cáncer se recomienda establecer criterios de evaluación y seguimiento de pacientes con cáncer de mama que pueden presentar alteraciones en su estado de ánimo y desencadenen en depresión y/o ansiedad.
- Considerando que los familiares de los pacientes son un punto importante en el acompañamiento de estos pacientes se recomienda fortalecer las acciones desde el núcleo familiar con la finalidad de disminuir el riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama, más aún al determinar que las pacientes solteras, viudas y en unión libre presentaron altos índices de depresión.
- Los procesos de enfermería deben establecer y determinar sintomatología depresiva o de ansiedad en las pacientes, basándose en



UNIVERSIDAD DE CUENCA

su abordaje, en especial en las pacientes con bajo nivel de instrucción, solteras y viudas.

- Realizar el seguimiento de esta población, posiblemente con estudios longitudinales.



CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer [Internet]. 2017 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras sobre el cáncer [Internet]. 2014 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
3. Ministerio de Salud de México. Epidemiología del cáncer de mama [Internet]. 2013 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/cama/epidemdelC.pdf>
4. Ministerio de Salud de Chile. Guía clínica AUGE. Cáncer de mama [Internet]. 2015 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/0712015-GPC-CaMama-Final-Ly-P-Publicaci%C3%B3n.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. El cáncer de mama en Ecuador [Internet]. 2017 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/el-cancer-de-mama-en-ecuador/>
6. Sociedad Española de Oncología Médica. Los Avances en Cáncer de Mama [Internet]. 2017 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.seom.org/los-avances-en-cancer-de-mama>
7. Valderrama M, Sánchez R. Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. mayo de 2017 [citado 6 de enero de 2018]; Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745017300562>
8. Castro E. Impacto psicológico del cáncer de mama [Internet]. Universidad San Sebastián. Instituto de Políticas Públicas en Salud; [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/columnas-de-opinion/erica-castro/impacto-psicologico-del-cancer-de-mama/2015-10-14/175935.html>
9. Torres I. Características epidemiológicas y clínicas del cáncer de mama, hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2014 [Internet] [Tesis]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2015 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21274/1/TESIS63.pdf>
10. Ayón P. Características epidemiológicas de las pacientes con cáncer de mama en la clínica central de APROFE 2007 - 2013. [Internet] [Tesis]. [Guayaquil]: Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2014 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en:

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3132/1/T-UCSG-POS-EGM-GO-12.pdf>

11. Segrin C, Badger TA, Sikorskii A, Crane TE, Pace TWW. A dyadic analysis of stress processes in Latinas with breast cancer and their family caregivers. *Psychooncology* [Internet]. 28 de noviembre de 2017 [citado 6 de enero de 2018]; Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/pon.4580>
12. Segrin C, Badger TA. Psychological and physical distress are interdependent in breast cancer survivors and their partners. *Psychol Health Med.* 2 de noviembre de 2014;19(6):716-23.
13. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017 [Internet]. 2013 [citado 17 de diciembre de 2016]. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017.pdf
14. BIREME, PAHO, WHO. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. 2017 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: http://decs.bvs.br/como_citar_el_DeCS.htm
15. Organización Mundial de la Salud. Research on Cancer: GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 [Internet]. 2013 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
16. Tabamak R. Cáncer en Latinoamérica, nuevo informe IARC [Internet]. 2016 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5900981>
17. Duarte C. El cáncer de mama, desafío mundial [Internet]. 2015 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcc/v19n1/v19n1a01.pdf>
18. Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. Estadísticas del cáncer de mama [Internet]. 2013 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/Mama.pdf>
19. Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. Día mundial del cáncer de mama [Internet]. 2016 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: https://issuu.com/solcaquito/docs/dia_mundial_del_cancer_de_mama
20. Sociedad de Lucha Contra el Cáncer. Registro de tumores Cuenca. SOLCA. Sexto Informe. Epidemiología del cáncer en el Cantón Cuenca 2005-2009 [Internet]. 2015 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/PUBLICACION-CU-2005-2009.pdf>
21. Gersten T. Cáncer de mama [Internet]. 2017 [citado 1 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000913.htm>



22. Sociedad Española de Oncología Médica. Información y consejos prácticos para las personas que han de convivir con cáncer de mama. 2013.
23. Breastcancer. Factores de riesgo del cáncer de mama [Internet]. [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/riesgo/factores
24. Centro para el control y la prevención de enfermedades. ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de mama? [Internet]. 2017 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm
25. Yıldırım NK, Özkan M, İlgün AS, Sarsenov D, Alço G, Aktepe F, et al. Possible role of stress, coping strategies, and life style in the development of breast cancer. *Int J Psychiatry Med.* 2 de enero de 2018;009121741774978.
26. Valencia S. Depresión en personas diagnosticadas con cáncer [Internet]. 2006 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200006
27. Pousa V, Miguelez A, Hernández M, González M, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Rev Colomb Cancerol.* julio de 2015;19(3):166-72.
28. Blanco N, Antequera R, Rodríguez L, Ibáñez E, Herrero T, Sánchez S. Alteraciones emocionales y psicopatológicas en pacientes oncológicos laringectomizados. *Acta Otorrinolaringol Esp.;* 2015.
29. Hernández M, Cruzado J. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento [Internet]. *Clínica y Salud;* 2013 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000100001
30. Alonso C, Bastos A. Intervención psicológica en personas con cáncer [Internet]. *Clínica contemporánea;* 2011 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcoppm/publicaciones/clinicaccontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>
31. Moreno C. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en el paciente oncológico [Internet]. Universitat Internacional de Catalunya; 2016 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/263843/TFG_Carmen_Moreno_Fern%C3%A1ndez.pdf?sequence=1
32. Sistema Nacional de Salud de España. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria [Internet]. [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en:



<http://www.guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/documentos/apartado04/Definicion.pdf>

33. Consejo de Salubridad General. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto [Internet]. 2010 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_AnSiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf

34. Ornelas R, Tufiño M, Sánchez J. Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados [Internet]. Acta de investigación psicológica; 2011 [citado 6 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322011000300003

35. Caniçali P, Nunes L, Pires P, Costa F, Costa H. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama [Internet]. 2012 [citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400005

36. Da Silva A, Zandonade E, Costa M. La ansiedad y el enfrentamiento en mujeres con cáncer de mama que reciben quimioterapia [Internet]. Rev. Latino-Am. Enfermagem; 2016 [citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2891.pdf

37. Fink C, Forero M. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Análisis preliminar de datos [Internet]. Revista de Psicología Universidad de Antioquia; 2011 [citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922011000100002

38. Velázquez E, Ruiz M, Padilla N, Favela M, Barragán O. Ansiedad y calidad de vida en la mujer con cáncer de mama [Internet]. 2015 [citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.epistemus.uson.mx/revistas/articulos/19-CANCER%20DE%20MAMA.pdf>

39. Instituto Nacional del Cáncer. Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ®)–Versión para profesionales de salud [Internet]. 2017 [citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq>

40. Nogueda M, Pérez B, Barrientos V, García R, Sierra J. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. Psicología Iberoamericana, vol. 21, núm. 2; 2013.

41. Servicio Anadaluz de Salud. Escala de ansiedad de HAMILTON [Internet]. 2014 [citado 13 de enero de 2018]. Disponible en:



http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf

42. Hamilton M. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A) [Internet]. 1959 [citado 13 de enero de 2018]. Disponible en: [https://pdbp.ninds.nih.gov/sites/default/files/assets/crfs/Hamilton%20Anxiety%20Rating%20Scale%20\(HAM-A\).pdf](https://pdbp.ninds.nih.gov/sites/default/files/assets/crfs/Hamilton%20Anxiety%20Rating%20Scale%20(HAM-A).pdf)

43. Lituma N, López T, Toledo J. Determinación del grado de ansiedad en los pacientes del Área de Gastroenterología de la Consulta Externa del hospital Vicente Corral Moscoso que van a realizar una colonoscopia [Internet] [Tesis]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2016 [citado 13 de enero de 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24604/1/TESIS.pdf>

44. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: Depresión [Internet]. 2017 [citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

45. Sistema Nacional de Salud de España. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto [Internet]. [citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/resumida/documentos/apartado02/definicion_y_diagnostico.pdf

46. Muniesa S, Romeo M. Prevalencia de depresión en pacientes con cancer de mama [Internet]. 2013 [citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44951/1/RECIEN_07_04.pdf

47. Montiel V, Álvarez O, Guerra V, Herrera L, Fernández E. Síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama en intervalo libre de enfermedad [Internet]. MEDISAN; 2016 [citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000200007

48. Landa E, Cárdenas G, Andrew J, Sánchez S, Riveros A. Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano: Una revisión [Internet]. Salud Ment; 2014 [citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500008

49. Purriños M. Escala de Hamilton. Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) [Internet]. 2012 [citado 13 de enero de 2018]. Disponible en: <http://meiga.info/escalas/depression-escala-hamilton.PDF>

50. González A, Tenorio A, Vintimilla A. 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 [Internet] [Tesis]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2015



UNIVERSIDAD DE CUENCA

[citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22503/1/TESIS.pdf>

51. Ñauta L, Ochoa A. Grado de satisfacción en la atención de enfermería en pacientes del Centro Hemodial Azogues, 2016 [Internet] [Tesis]. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2017 [citado 7 de enero de 2018]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/28320>



CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

9.1 Formulario de recolección de datos



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA
“NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES
DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN A LA
UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO
ARTEAGA, 2018”

Formulario de recolección de datos

Número de formulario	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/>
Número de HC	<input type="text"/>		
Edad	<input type="text"/>	años	
Residencia	Urbana	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Rural	<input type="text"/>	
Procedencia	Urbana	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Rural	<input type="text"/>	
Nivel de instrucción	Primaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Secundaria	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Superior	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Cuarto nivel	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estado civil	Soltera	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Casada	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Viuda	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Divorciada	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Unión de hecho	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Tipo de cáncer _____

Tiempo de diagnóstico _____ años

Tipo de tratamiento

Quimioterapia	_____
Radioterapia	_____
Paliativo	_____

Metástasis

Si	_____
No	_____

Puntaje en el test de ansiedad _____

Puntaje en el test de depresión _____



9.2 Escala de ansiedad de Hamilton

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4

Responsable: _____

9.3 Escala de depresión de Hamilton

7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borbotones (ruído intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas energicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	
- Ausente	0
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	4
Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	
- Ausente	0
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
- Ideas de suicidio o amenazas	3
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4

Ansiedad psíquica	
<ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	0 1 2 3 4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales; sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	0 1 2 3 4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicitud laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 	0 1 2 3 4
Síntomas somáticos generales	
<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 	0 1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Débil - Grave 	0 1 2
Hipocondria	
<ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Preocupado de sí mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 	0 1 2 3
Pérdida de peso	
<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana 	0 1 2
Introspección (Insight)	
<ul style="list-style-type: none"> - Se da cuenta que está deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo 	0 1 2 3



9.4 Consentimiento informado. Modificado de Ñauta y Ochoa, 2017 (51)

“NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA QUE ASISTEN A LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, 2018”

Objetivo del estudio: Determinar los niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que asisten a la Unidad de Oncología del hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo febrero-mayo 2018.

Procedimientos: esta investigación involucra la realización de una entrevista con las investigadoras, en ésta se le preguntarán sobre sus datos demográficos y se le solicitará que realice un test para la determinación de ansiedad y depresión. Para proceder con la entrevista se requiere que Ud. lea este documento y de su autorización.

Riesgos: No existe ningún riesgo asociado con la realización de este estudio.

Beneficios: El beneficio de esta investigación será conocer los niveles de ansiedad y depresión a nivel individual para proceder con estrategias de intervención que le pueden ayudar, a nivel colectivo el poseer datos sobre estas patologías es vital para el desarrollo del sistema de salud.

Costos y compensación: El participar en la investigación no tiene costo económico para Ud. tampoco recibirá remuneración por su aporte a la investigación.

Participación voluntaria y retiro del estudio: La participación en esta investigación es voluntaria, y Ud. tiene el derecho de retirarse de la misma en cualquier momento del estudio sin que esto involucre ninguna acción en su atención.

Confidencialidad: toda la información que Ud. nos brinde en la encuesta está protegida, es anónima y será manejada con total confidencialidad, además de usada únicamente para la realización del trabajo de tesis.

En caso de poseer dudas o comentarios sobre la investigación puede exponerlos a las investigadoras en el momento de la entrevista.

Tras hacer lectura y reflexionar sobre su participación, le solicito que proporcione la información debajo descrita:

Yo _____ libre y voluntariamente, sin ninguna presión y tras haber leído este documento y haber solicitado a las investigadoras información de mi interés sobre el estudio, autorizo la inclusión de mi persona en este estudio.

Firma:

CI:

Fecha: