



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, **ALEXANDRA MISHel NEGRETE ORTIZ CC. 171625344-6**, autora del trabajo de graduación intitulado: **“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS”**. Estudio realizado desde la teoría cognitiva en 20 pacientes mujeres de 25 a 40 años de edad que se encuentran internadas en el Hospital, Sociedad de Lucha contra el Cáncer Núcleo de Quito (SOLCA), en el periodo mayo-noviembre 2015, previa a la obtención del título profesional de Psicóloga Clínica, en la Facultad de Psicología.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, abril 2016

**ALEXANDRA MISHel NEGRETE ORTIZ
CC. 171625344-6**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LAS COMPLICACIONES
ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS

Estudio realizado desde la teoría cognitiva en 20 pacientes mujeres de
25 a 40 años de edad que se encuentran internadas en el Hospital,
Sociedad de Lucha contra el Cáncer Núcleo de Quito (SOLCA), en el
periodo mayo-noviembre 2015

ALEXANDRA MISHEL NEGRETE ORTIZ

DIRECTORA: MTR. PAULINA BARAHONA

QUITO, 2016

Todo puede serle arrebatado a un hombre, menos la última de las libertades humanas: el elegir su actitud en una serie dada de circunstancias. ¿No podemos cambiar la situación?, si no está en tus manos cambiar una situación que te produce dolor, siempre podrás escoger la actitud con la que afrontas ese sufrimiento.

(Viktor Frankl)

Agradecimiento

A Dios, por permitirme creer en él, brindándome motivaciones espirituales cada día.

A mi compañero de viaje, mi padre, por su presencia constante en mi memoria y corazón, por quien aprendí que la vida cambia cuando menos nos encontramos preparados y por quien tengo la certeza que nadie se va, sino, se transforma en amor.

A mi mayor ejemplo de perseverancia, por ser la luz más cálida que alumbra mi camino, mi madre, por facilitarme los instrumentos necesarios para cumplir con grandes retos.

A mis segundos padres, Rosita y Celso, por su generosidad y acogerme en sus brazos cuando más lo necesite; a cada una de las personas de mi familia que creyeron en mí, por su amor y apoyo sincero.

A mis amigos por su compañía y comprensión.

A mi tutora, MSC Paulina Barahona por su paciencia y tiempo en la guía de este estudio, el que ha incentivado aún más mi vida.

Y agradezco infinitamente al Hospital de SOLCA por abrirme sus puertas, y a cada una de esas hermosas mujeres que día a día luchan por los que aman y las aman.

Con infinito amor y cariño a cada uno de ustedes,

Mishel.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	V
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
DEPRESIÓN Y CÁNCER.....	3
1.1 DEPRESIÓN.....	3
1.1.1 EPIDEMIOLOGÍA	3
1.1.2 DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN.....	5
1.2 SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN	7
1.2.1 SÍNTOMAS AFECTIVOS	8
1.2.2 SÍNTOMAS CONDUCTUALES	8
1.2.3 SÍNTOMAS FÍSICOS	9
1.2.4 SÍNTOMAS COGNITIVOS.....	9
1.2.4.1 TEORÍA SEGÚN AARON BECK	10
1.3 TIPOS DE DEPRESIÓN	15
1.4 DEPRESIÓN ASOCIADA AL TRATAMIENTO DE CÁNCER.....	16
1.4.1 DEPRESIÓN Y CÁNCER	16
1.5 DEPRESIÓN EN MUJERES CON CÁNCER.....	18
CAPÍTULO II.....	20
CÁNCER Y QUIMIOTERAPIA	20
2.1 DEFINICIÓN DE CÁNCER	20
2.2 CÁNCER EN MUJERES ADULTAS	21
2.2.1 EPIDEMIOLOGÍA	22
2.3 FASES QUE ATRAVIESAN LA PACIENTES	25
2.3.1 DIAGNÓSTICO	25
2.3.2 TRATAMIENTO	26
2.3.2.1 CIRUGÍA.....	27
2.3.2.2 RADIOTERAPIA	28
2.3.2.3 QUIMIOTERAPIA	28
2.3.3 RECIDIVA	29
2.4 IMPACTO DE LA QUIMIOTERAPIA	30
2.4.1 CAMBIOS FÍSICOS.....	30
2.4.2 CAMBIOS EMOCIONALES	33
2.4.3 CAMBIOS COGNITIVOS.....	34

2.5 ETAPAS DE DUELO	36
2.6 COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO.....	39
CAPÍTULO III	42
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	42
3.1 METODOLOGÍA.....	42
3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA	44
3.3 ANÁLISIS SEGÚN INSTRUMENTOS UTILIZADOS	47
3.3.1 INVENTARIO DE DEPRESIÓN BDI	47
3.3.2 ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA	50
3.3.3 GUÍAS DE OBSERVACIÓN.....	60
TABLA 20:: CUADRO COMPARATIVO ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y VARIOS FACTORES ASOCIADOS AL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO	68
3.4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	71
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	77
BIBLIOGRAFÍA	1
ANEXOS	4
Anexo 1	4
Anexo 2	6
Anexo 3	10
Anexo 4	11
Anexo 5	12
Anexo 6	14
Anexo 7	16
Anexo 8	19

TABLA DE FIGURAS

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POR TIPO DE CÁNCER.....	45
TABLA 2: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POR ESTADO CIVIL.....	46
TABLA 3: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POR ROLES.....	46
TABLA 4: TEMAS TRATADOS EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.....	48
TABLA 5: RELACIÓN ENTRE TIPO DE DEPRESIÓN Y LAS RESPUESTAS SOBRE LA PALABRA CÁNCER.....	51
TABLA 6: RELACIÓN ENTRE TIPO DE DEPRESIÓN Y LAS RESPUESTAS SOBRE LA PALABRA QUIMIOTERAPIA.....	51
TABLA 7: RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y EL SENTIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO.....	52
TABLA 8: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO.....	53
TABLA 9: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL ESTADO DE ÁNIMO.....	55
TABLA 10: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL SENTIMIENTO DE TRISTEZA.....	56
TABLA 11: RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y LOS SÍNTOMAS FÍSICOS DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO.....	57
TABLA 12: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LOS ROLES DE VIDA.....	59
TABLA 13: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS AFECTIVOS.....	60
TABLA 14: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS COGNITIVOS.....	61
TABLA 15: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS CONDUCTUALES.....	63
TABLA 16: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS FÍSICOS.....	63
TABLA 17: RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y COMPLICACIONES DURANTE EL TRATAMIENTO.....	64
TABLA 18: RELACIÓN ENTRE NIVEL DE DEPRESIÓN Y DISTORSIONES COGNITIVAS.....	65
TABLA 19: RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y MANIFESTACIONES DEL DUELO.....	66
TABLA 20:: CUADRO COMPARATIVO ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y VARIOS FACTORES ASOCIADOS AL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO.....	68

TABLA DE GRÁFICOS

FIGURA 1: ÍNDICE DE EDAD DE 20 PACIENTES QUE SE ENCONTRABAN INTERNAS EN PROCESO DE TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO.	44
FIGURA 2: ÍNDICE DE TIPO DE PRESIÓN TOMADO A TRAVÉS DE 20 MUJERES EN PROCESO DE TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO.....	49

RESUMEN

El principal objetivo de este trabajo ha sido determinar la relación entre el nivel de depresión y las consecuencias de la quimioterapia en mujeres de 25 a 40 años de edad, el estudio se llevó a cabo en el Hospital, Sociedad de Lucha contra el Cáncer Núcleo de Quito (SOLCA), en el periodo mayo-noviembre 2015 con aquellas pacientes que se encontraban internadas; para su efecto se tomó en consideración al cáncer como enfermedad de origen y consecuente a su estudio las implicaciones que tiene la depresión en estas pacientes, para eso se abordó en el capítulo 1, la enfermedad de depresión y su relación con el cáncer tomando en consideración la teoría del Dr. Aaron Beck, en el capítulo 2, se abordó la enfermedad de cáncer y las consecuencias del tratamiento quimioterapéutico, así como las etapas del duelo que sugiere la Dra. Kübler Ross, y por último en el capítulo 3, se planteó la metodología, y se analizó los resultados encontrados a través de la relación con cada instrumento de investigación utilizado.

INTRODUCCIÓN

El cáncer y la depresión son enfermedades que pueden aparecer durante cualquier momento en la vida de una persona, por ello es importante conocer que todos nos encontramos vulnerables ante estas situaciones, lo que nos hace partícipes de cada avance que se produzca respecto a las mismas.

Considerando que son enfermedades tratadas en primer momento desde una perspectiva médica es importante conocer que la importancia que se otorgue al seguimiento desde la visión psicológica es de gran relevancia, ya que la población con la que se trabaja está siendo expuesta a factores como procedimientos médicos, internamiento hospitalario y cambios de conductas habituales constantes lo que genera momentos de estrés y ansiedad en estas pacientes.

Esta investigación es de suma importancia debido a que las condiciones por las que mujeres con cáncer diariamente son expuestas genera diversas situaciones complicadas de enfrentar, también es significativo estudiarlo ya que actualmente el cáncer está en aumento y en la sociedad en la que nos encontramos y es necesario concienciar sobre lo que implica este padecimiento y las posibilidades que trae consigo un tipo de tratamiento en específico; asimismo este tipo de investigaciones resultan de total utilidad para aquellos que se dedican a esta área de salud la cual necesita ser investigada cada vez con mayor profundidad ubicando al paciente en todas las perspectivas que implica un ser humano.

Según la perspectiva social estos padecimientos son comunes y han existido hace decenas de años, creando mitos acerca de los mismos, la sociedad en la cual se desarrolla

cada personas permite crear ideas acerca de sobrellevar y superar esta etapa de la vida; si bien la mayoría de personas han experimentado sentimientos de tristeza parecidos a la depresión, no todos han experimentado la enfermedad de cáncer pero seguramente se han vinculado con personas que sí lo han tenido, esto les hace establecer una idea sobre lo que trata esta enfermedad y el poder diferenciar los distintos diagnósticos depresivos; el hecho de tratar mujeres con cáncer que se encuentran en etapa de adultez implica que las mismas tengan que afrontar distintos cambios propios de la enfermedad, en sus relaciones sociales y familiares e inclusive dentro de su propio hogar en el que probablemente eran madres o jefas de hogar, proveedoras de la economía y cuidados de sus hijos y más aún en este momento que las mujeres en nuestra sociedad han asumido el rol de trabajadoras, cubriendo cargos de gran relevancia que demanda tiempo y grandes responsabilidades.

Por otra parte en el ámbito médico y psicológico los síntomas que permiten diferenciar la depresión han llevado a conocer distintos niveles en esta enfermedad, también pueden existir múltiples formas de catalogar a la depresión, sin embargo en esta investigación se los diferencia de la siguiente manera: mínima depresión, como aquella que se presenta de forma natural debido al impacto que en sí genera el cáncer, y la depresión leve, moderada y grave como aquellas que en su efecto contienen mayor complejidad.

Y respecto a los efectos producto de las complicaciones en el tratamiento quimioterapéutico se encuentran los síntomas físicos, emocionales, cognitivos y conductuales. Siendo estos los más acertados para realizar un acercamiento desde una perspectiva psicológica sobre las complicaciones asociadas a este tipo de tratamiento en pacientes con cáncer.

CAPÍTULO I

DEPRESIÓN Y CÁNCER

1.1 DEPRESIÓN

Enfermedades como la depresión constituyen una parte primordial en la salud de quien lo vive dando como resultado pensamientos y conductas nocivas para la propia persona y su entorno. Tanto el cáncer como la depresión son enfermedades que podrían manifestarse de forma independiente o como consecuencia de un tratamiento y/o proceso médico. Así también estas son enfermedades fáciles de reconocer debido a sus signos y síntomas; sin embargo, es necesario saber que cuando las dos se encuentran ligadas en el mismo proceso de enfermedad se vuelven aún más complejas.

Antes de definir la depresión es importante tomar en cuenta varios datos estadísticos que han sido proporcionados por distintas organizaciones-entidades que permiten conocer que esta enfermedad es de gran importancia para el ámbito de la salud.

1.1.1 EPIDEMIOLOGÍA

La Organización Mundial de la Salud en su página web oficial se manifiesta sobre la depresión indicando lo siguiente: “La depresión es un trastorno mental frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo. Se calcula que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en mujeres” (OMS, 2015)

Es así que la importancia de ver a la depresión como un padecimiento que necesita ser identificado por la propia persona es tan relevante como el hecho de conocer que no es un suceso de origen único, ya que este puede deberse a múltiples situaciones frecuentes como pérdidas, divorcios, fracaso escolar o laboral y enfermedades, entre los más conocidos, los mismos que conllevan a presentar síntomas que podrían prolongarse en el tiempo y su frecuencia afecte a las actividades que cotidianamente realizan las personas.

Referente a la prevalencia según el tipo de género, se encontraron que “la depresión mayor tiende a darle el doble a las mujeres que a los hombres, la edad de inicio, en promedio, es de los 20 a 30 años, con un pico entre los 30 y 50 años para mujeres” también de acuerdo a las causas que la provocan se conoce que “puede precipitarse por eventos traumáticos, muertes familiares, pérdidas económicas o eventos que sean interpretados como negativos para la persona”(Gómez, Uribe, Hernández, Rojas & Santacruz, 2008, pág. 305).

Además existen antecedentes que la depresión se encuentra vinculada a la enfermedad de cáncer presentando un índice representativo en su recurrencia, de esta manera se puede conocer que: “La depresión es una enfermedad discapacitante que afecta del 15 al 20% de los pacientes de cáncer, las personas que perciben un diagnóstico de cáncer experimentan niveles de tensión y angustia emocional” (Vaikava, 2010). Acotando a esto, se conoce que el paciente oncológico presenta varios momentos durante la enfermedad, los mismos que llevan a situaciones difíciles de afrontar lo cual trae consecuencias secundarias como lo son los síntomas de depresión, sin embargo, no es una situación determinante ya que cada caso es diferente.

A través de esta información se puede decir que, la depresión, se ha considerado una de las enfermedades ligadas a la salud mental que presentan mayor incidencia a nivel mundial, siendo evidente que la población mayormente afectada es el de las mujeres debido a diversas razones que podrían estar dirigidas a vulnerabilidad en los diferentes aspectos de su vida, además está vinculada al cáncer indicando que el proceso que viven las pacientes es complicado (OMS, 2015).

1.1.2 DEFINICIÓN DE DEPRESIÓN

Para conocer el significado de la palabra depresión se iniciara refiriéndose a la etimología que nos lleva a comprender lo que abarca en primer plano esta enfermedad; “*depressio, depressionis*” que significa “hundimiento en sentido moral” (Etimología Latín, 2015) Para la mayoría de personas el experimentar síntomas de depresión en momentos difíciles, al afrontar varias circunstancias que los llevan a sentirse tristes o melancólicos es casi normal; por este motivo la depresión se presenta como una enfermedad muy común.

Para el médico Hipócrates (460-357 A.C) las emociones (los temperamentos) se basan en el equilibrio de los cuatro humores básicos. La melancolía (depresión) indica un aumento de bilis negra y se describía como: un estado de aversión a la comida, desaliento, somnolencia, irritabilidad e inquietud, para lo cual el tratamiento se hacía con purgas (Gómez , Uribe, Hernandez , Rojas , & Santacruz , 2008, pág. 303).

Es así que el estado emocional de cada persona ha sido estudiado a partir de la conducta de quienes han presentado estos problemas por lo que se considera primordial el vínculo que existe con el pensamiento ya que este funciona como el motor para que alguien adquiriera estas actitudes.

Para la Organización Mundial de la Salud la depresión “es un trastorno 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” (OMS, 2015). Al referirse que la depresión es una enfermedad común se anuncia el hecho de que esta misma se presenta ante las personas por lo menos una vez en su vida, tras varios acontecimientos que se muestran como traumáticos dando como resultado síntomas depresivos; la diferencia consiste en la frecuencia y el tiempo que estos síntomas estén presentes y es ahí cuando se lo puede llamar trastorno.

Desde una visión cognitiva el Dr. Aaron Beck en su página web oficial afirmó que “la depresión es el trastorno psicológico más frecuente y suele hacer mucho daño a la persona que lo sufre y sus familiares, puede aparecer sola, aunque es muy frecuente que acompañe a otros problemas emocional”, también definiéndola como “un estado puntual de ánimo más bajo de lo habitual o cuando estamos cansados.... Es un trastorno psicológico que supone importantes cambios en la manera de pensar, de sentir y de comportarse” (Centro de Psicología Aaron Beck, 2015) por lo que la conexión que existe entre el pensamiento y emociones hacen que el paciente genere este tipo de comportamientos.

También las cogniciones influyen directamente en las modificaciones de su pensamiento y esto se conecta e interviene en el estado afectivo lo que lleva a estados depresivos (Beck et al. 2012; pág. 17). Sin embargo, el que una persona se encuentre atravesando una etapa con síntomas depresivos no significa que vayan a prolongarse o ser definitivos, las varias circunstancias por las que puede estar pasando podría contribuir a su desarrollo o empeoramiento de la enfermedad. Según esta teoría también se conoce que

está sustentada en un modelo de vulnerabilidad al estrés, en el que se ponen en juego pensamientos negativos llevando a interpretaciones sobre su persona, hacia los demás y las situaciones futuras.

Quienes, en su estructura mental, pueden crear varias formas de pensamiento que se relacionan con patologías que están sujetas a cambios físicos relevantes y más aún si se encuentran ligadas a cambios producidos por una enfermedad externa como lo es el cáncer hacen que la depresión se vuelva más aguda, llegando a formar las llamadas distorsiones cognitivas y crear hábitos en pensamiento y conducta. Por lo que el sufrimiento se convierte en una experiencia cotidiana y fundada en determinadas ideologías que lo volverían justificable para quien lo vive. Asimismo, se la puede clasificar según sus síntomas, los mismos que serán tratados a continuación.

1.2 SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

Los factores que están vinculados a la depresión son varios, en este estudio se tomará en cuenta tanto los síntomas característicos de la enfermedad como los factores cognitivos que la producen, a más de eso la causa externa de encontrarse con una patología de origen orgánico, como lo es el cáncer.

Para conocer cuáles son los síntomas más frecuentes de la depresión los psicólogos Pérez y García nombran cuatro tipos de clasificación que se encuentra a continuación:

Síntomas afectivos (humor bajo, tristeza y desánimo), síntomas cognitivos (pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja auto-estima desesperanza y remordimiento), síntomas conductuales (retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desgranada) y síntomas físicos (relativos al apetito, al sueño, y en general a la falta de energía, así como otras molestias) (Pérez Álvarez & García Montes , 2001, pág. 494).

A continuación, se encuentra la explicación de cada uno de ellos:

1.2.1 SÍNTOMAS AFECTIVOS

Las personas que están enfrentando la enfermedad de cáncer pueden presentar estos síntomas debido a que los cambios en su estilo de vida son muy variables. Así mismo esta enfermedad requiere de un proceso médico bastante fuerte tanto para el paciente como para quienes les rodean, por lo que el sentirse triste o afligido es un estado por el que atraviesan todos los pacientes, el problema ocurre cuando estos síntomas incrementan y están afectando los diferentes aspectos de su vida.

1.2.2 SÍNTOMAS CONDUCTUALES

Las pacientes con cáncer puede presentar varios síntomas conductuales que se refieren tanto a un estado depresivo como a síntomas secundarios debido a su tratamiento, como el encontrarse en varias ocasiones impedido a realizar las actividades que comúnmente hacían, esto debido a un internamiento; es así que un proceso depresivo se reconocería también por una actitud agotadora en los demás aspectos de su vida como en su interacción social, familiar y/o de pareja ; a más de eso su situación se prolongaría hasta después de terminado un ciclo de tratamiento o la misma enfermedad.

1.2.3 SÍNTOMAS FÍSICOS

Tal como se ha mencionado es importante saber que los cambios físicos que presentan las pacientes propenderán una magnitud de malestar, provocando situaciones como por ejemplo: “alteraciones en el ritmo cardiaco, alteraciones en la actividad psicomotora, insomnio, hipersomnias, disminución del apetito, disminución de actividad sexual, disminución de la vitalidad, fatigabilidad” (Gómez , Uribe, Hernandez , Rojas , & Santacruz , 2008, pág. 308), si bien los cambios físicos se dan debido a las respuestas biológicas producidas por los medicamentos administrados a las pacientes, también pueden producirse por la falta de colaboración de la misma a mejorar ante la enfermedad, volviendo más agudos sus efectos.

Estos síntomas físicos permiten hacer un acercamiento a la enfermedad de cáncer y depresión; sin embargo, es considerable que los efectos de la enfermedad y tratamiento de cáncer podrían presentarse como confusos ante el diagnóstico de un trastorno depresivo.

1.2.4 SÍNTOMAS COGNITIVOS

Desde el punto de vista psicológico la sintomatología también puede ser explicada indicando que podría deberse a situaciones que estén ligadas a una forma de pensamiento en particular y este sería el motivo por el cual estaría afectando su vida emocional y conductual.

1.2.4.1 TEORÍA SEGÚN AARON BECK

Para explicar la depresión a partir de la psicología cognitiva se han tomado en cuenta tres conceptos que refiere a pensamientos que tienen las personas, el primero de ellos se lo llama triada cognitiva, el segundo está compuesto por esquemas y el tercero los ya mencionados errores cognitivos, que tiene que ver con el procesamiento de la información (Beck et al. 2012; pág. 19).

A continuación, se desarrollan cada uno de ellos, realizando una relación con la enfermedad de cáncer.

- **Triada cognitiva**

El estado de ánimo e ideas de las pacientes acerca de lo que ocurrirá con ellas hacen que se posicionen como personas sufrientes, lo que llevan a crear ideas negativas que perturban su vida presente y futura. “La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático” (Beck et al. 2012; pág. 19), a más de esto la relación con la cultura, tipo de familia y personalidad de cada individuo influyen en sus pensamientos.

Acotando con esto se conoce que “El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico” (Beck et al. 2012; pág. 19).

Para complementar las postulaciones del mismo autor tenemos que “El segundo componente de la triada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos” (Beck et al. 2012; pág. 19). Para las pacientes oncológicas que están viviendo en un cuadro depresivo esto en varios casos se presentará como normal y formará parte de sus reacciones naturales debido a su actual enfermedad; sin embargo, estas mismas visiones acerca de sí mismo y su entorno podrían fortalecer la resistencia de una pronta recuperación, y a más de eso retrasar su mejoramiento en relación a la enfermedad de origen.

Además, el mismo autor señala que, “El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente” (Beck et al. 2012; pág. 19). Lo que daría a conocer que la paciente prolongue por largas etapas sus momentos de tristeza y ansiedad, posibles recaídas y problemas en sus relaciones sociales, emocionales con su familia/pareja, trabajo y sociedad en general.

- **Esquemas**

Los pensamientos fijos que llevan a una forma de comportamiento específico y con ella el sufrimiento continuo provocan malestar en su vida y hacen que estos mismos pensamientos se fortalezcan de tal manera que en cierto momento parezcan normales, “los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias” pero estos pueden darse durante cualquier momento en la vida de una

persona “un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activados por inputs ambientales específicos, estos esquemas activados en una situación específica determina directamente la manera de responder de la persona” (Beck et al. 2012; pág. 21).

A más de eso una situación traumática podría ser el detonante de una patología depresiva que genere problemas específicos en sus pensamientos; en el caso de una enfermedad crónica como lo es el cáncer, se podría reactivar debido al impacto de la noticia de su enfermedad, su estadio o recidiva.

Entonces es importante conocer que las situaciones por más que se den de forma positiva para la persona no puede invadir los pensamientos nocivos y llegar a conducirlos a ideas más acertadas en su vida, ya que están interrumpidas por pensamientos que han sido muy marcados y fueron traumáticos para quien los vivió.

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque no pueda existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y, consecuentemente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, este se ve negativo (Beck et al. 2012; pág. 19).

Por consiguiente, el nivel de depresión que presenta una paciente debe ser reconocido para verificar si sus interpretaciones negativas están influyendo en su vida emocional y más aún conductual. También los mismos autores refieren que existen errores sistemáticos que aportan al pensamiento de una persona con depresión, estos son los siguientes:

- **Errores cognitivos**

Para la persona que está viviendo en un cuadro depresivo, es tan real sus creencias que el aspecto negativo se convierte en primordial y una forma cotidiana de ver las cosas. “Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria” (Beck et al. 2012; pág. 21).

El mismo autor explica mediante seis errores sistemáticos los tipos de pensamiento de una persona que tiene depresión, a continuación, se los menciona indicando la relación con la enfermedad de cáncer:

1. **Inferencia arbitraria** (relativo a la respuesta): las pacientes se pueden adelantar negativamente a la recuperación o respecto a recurrencias en su enfermedad afectándole de tal manera que se vuelva más complejo su tratamiento y empeore su vida emocional y psicológica.
2. **Abstracción selectiva** (relativo al estímulo): un evento negativo cercano podría estar siendo vivido como suceso único en su vida e irreversible para un mejoramiento en su equilibrio emocional.
3. **Generalización excesiva** (relativo a la respuesta): las pacientes se encuentran tan sensibles ante lo que sucede a su alrededor que se ven afectadas por situaciones cercanas a tal punto de indicar como negativas todas las situaciones que ocurren a su alrededor.

4. **Maximización y minimización** (relativo a la respuesta): una recurrencia de síntomas depresivos podría conducir a las pacientes a ver la situación solamente de esta manera, exagerando la realidad que está viviendo.
5. **Personalización** (relativo a la respuesta): podría estar relacionado con los roles que cumple y con la calidad de respuesta que todo el ambiente de, atribuyéndose todo lo negativo que ocurra en estos contextos debido a su situación actual.
6. **Pensamiento absolutista, dicotómico** (relativo a la respuesta): para las pacientes que tienen cáncer y han vivido un tratamiento violento que ha demorado en su mejoría podría mostrarse la enfermedad como una situación relacionada solamente con el sufrimiento y la posible muerte.

También la psicología cognitiva aporta con instrumentos sumamente interesantes y puntuales, válidos para identificar los niveles de depresión. Para esto Beck en su Inventario de Depresión tomando varios síntomas en base al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM V) buscando elaborar una guía de depresión para el profesional y el mismo paciente integra aspectos físicos, cognitivos, conductuales y emocionales para su estudio.

Siendo un inventario de fácil aplicación permite tener ideas de hacia que lugar se dirige el malestar del paciente. De esta manera se considera a este inventario la principal guía para trabajar en la presente investigación.

Sin embargo, es importante revisar las características dadas por el Manual de Diagnostico DSM V ya que el Inventario de Dr. Beck solo da pautas para reconocer la enfermedad más no determina un trastorno, por ese motivo se integra a esta investigación las pautas del Manual, dirigirse a (ANEXO 1)

1.3 TIPOS DE DEPRESIÓN

Como ya fue mencionado se encuentra una clasificación que el Dr. Aaron Beck ha proporcionado en el inventario de depresión (BDI), el mismo consiste en puntualizar síntomas depresivos más recurrentes, cuál es la situación en la que se encuentra el paciente y por lo tanto como resultado conocer si genera cierto estado depresivo. “Aunque el BDI-II no es un instrumento diseñado para diagnosticar trastornos depresivos, la información que proporciona puede ayudar a identificar personas con probable trastorno depresivo para su posterior confirmación diagnóstica más adecuada” (Jesus, 2011, pág. 13), a pesar que este instrumento es totalmente válido, una vez identificado el nivel de depresión, se considera un seguimiento más profundo.

Los tipos de depresión que presenta el BDI son: Mínima Depresión, Depresión leve, Depresión Moderada, Depresión Grave; los principales aspectos que contiene el Inventario son: llanto fácil, limitaciones, problemas alimenticios, tristeza, pérdida de placer, sentimiento de fracaso, culpa, pensamientos de suicidio entre otros (Ministerio de la Federación Europea de Asociación de Psicólogos, S/A). (VER ANEXO 2).

1.4 DEPRESIÓN ASOCIADA AL TRATAMIENTO DE CÁNCER

1.4.1 DEPRESIÓN Y CÁNCER

Las enfermedades llamadas crónicas como la depresión y cáncer presentan síntomas diferentes y específicos en cada caso, inclusive el tratamiento de la enfermedad de cáncer puede tener varias opciones; estas dependerán de algunas circunstancias como estadio del tumor, la situación del paciente y de la decisión que tome al momento de consultar a su médico. Así también las pacientes al enfrentarse a cualquiera de los tratamientos ya traen consigo una historia previa, tanto de sospecha de enfermedad, pre diagnóstico y diagnóstico; las mismas que serán determinantes para una posible evolución de síntomas depresivos, episodios depresivos y posiblemente trastornos depresivos.

Señalando esto es necesario dividir en tres etapas el proceso médico por el cual pasa la paciente durante la enfermedad de cáncer, estas son las siguientes:

1. Diagnóstico
2. Tratamiento
3. Recidiva

- **Diagnóstico**

El sentirse afligidas por encontrarse en un momento de cambio en la vida puede presentarse confuso al principio, aunque al pasar la primera etapa se podrá diferenciar de manera más clara si se trata de un episodio depresivo. “La tristeza y la aflicción son reacciones normales ante las crisis que se enfrentan al tener cáncer, y todo el mundo las

siente en un momento u otro. No obstante, como la tristeza es algo común es importante distinguir entre los niveles normales de tristeza y la depresión.” (Vaikava, 2010).

En el caso de que la depresión en personas con cáncer se dé en los primeros momentos de conocer su enfermedad podría deberse a diferentes situaciones, “Cuando las personas se enteran de que tienen cáncer, reaccionan con sentimientos de incredulidad, negación o desesperación. También, pueden tener problemas para dormir, pierden el apetito, se sienten angustiadas y están preocupadas por el futuro.” (Vaikava, 2010). Más aún si el diagnóstico indica que el cáncer está avanzado.

- **Tratamiento**

Cuando una persona se enfrenta a un tratamiento de cáncer los cambios en su vida son de gran importancia, estas repuestas al procedimiento, a medida que avanzan pueden ser mayores y afectar más el aspecto físico, emocional y cognitivo de las pacientes, y en mayor medida si este tratamiento necesita de un internamiento en una casa de salud/hospital.

Es así que lo que la paciente piensa antes y durante de ser diagnosticada es fundamental en su entendimiento y mejoramiento en el proceso de tratamiento, “las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos externos e internos” (Beck et al. 2012; pág. 17), si bien la causa de la depresión no está delimitada y direccionada a un solo suceso un proceso de tratamiento prolongado sería un detonante para un posible cuadro depresivo.

- **Recidiva**

Un proceso de reincidencia en la enfermedad de cáncer resulta altamente estresante para la paciente, ya que el proceso por el cual vivió anteriormente pudo dejar situaciones que generan ideas negativas sobre el proceso vivido.

Los síntomas depresivos pueden aparecer durante cualquiera de los momentos mencionados en esta enfermedad ya que los cambios en la persona generan gran impacto en su vida y más aún si el anterior proceso fue traumático y violento.

1.5 DEPRESIÓN EN MUJERES CON CÁNCER

Respecto al desarrollo físico, emocional y cognitivo de cada mujer en la edad adulta se involucra aspectos que van con su edad, en esta edad específicamente la vitalidad, fuerza y resistencia física la hacen más productiva, los juicios morales involucran mayor complejidad y la mayoría de mujeres se casan y tienen hijos, estas situaciones hacen que esta etapa de la vida sea más productiva y permita dar el cumplimiento de objetivos y anhelos propios, en la actualidad existe un gran número de mujeres que trabajan y cumplen mayor cantidad de actividades, lo que hace que su estilo de vida influya en su capacidad de desarrollo, tomando en cuenta esto se puede imaginar todo lo que conllevan los cambios de una enfermedad como el cáncer en estas edades.

Las mujeres que presentan depresión ya sea anterior o consecuente a estos cambios provocados por el tratamiento de cáncer se encuentran bastantes vulnerables ante el

cumplimiento óptimo de sus responsabilidades en el entorno familiar y laboral. (Vaikava, 2010)

En conclusión, se puede decir que la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a un gran número de personas en la población, en su mayoría mujeres adultas, se sabe también que puede afectar a todo su entorno y sus actividades diarias.

En el siguiente capítulo se consideran los aspectos específicos del cáncer y los tratamientos ligados a la enfermedad considerando primordialmente a la quimioterapia y sus consecuencias.

CAPÍTULO II

CÁNCER Y QUIMIOTERAPIA

2.1 DEFINICIÓN DE CÁNCER

La palabra cáncer se refiere a una enfermedad física que ha ido cambiando su significado acorde a cada época, antiguamente su connotación era de rechazo y miedo debido a su origen tan incierto, para (Montesinos, 2007) esta enfermedad estaba identificada desde la época de Hipócrates, quien señaló que pudo percibir tumores malignos a los que los designó con el nombre de <*karkinos*> que traducido al latín se denomina cáncer por lo que a partir de ahí se lo llamó de esta manera.

Ahora se ha dado una connotación más amplia, para la Real Academia Española de la Lengua, (2014) el cáncer es una “enfermedad neoplásica con transformaciones de las células que proliferan de manera anormal e incontrolada / tumor maligno”, sin determinar una edad o situación específica en la que se presente, por lo que puede desplegarse en cualquier etapa de la vida y esto la hace más compleja debido al control sobre la misma.

Otra de las formas de conceptualizar el cáncer está dado por la Organización Mundial de la Salud quien en su acceso web da a conocer que “El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo” también respecto a su localización da a conocer que “el tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como por ejemplo el humo de tabaco” (OMS, 2015).

Además, esta enfermedad se encuentra vinculada a procesos físicos como también emocionales y cognitivos que se hacen presentes durante toda enfermedad; si bien existen varias formas de conceptualizar al cáncer y sus explicaciones son amplias, lo primordial es que aquella persona que lo viva, entienda todo lo que trae consigo este problema.

2.2 CÁNCER EN MUJERES ADULTAS

Las etapas de vida en cada persona traen consigo experiencias y aprendizajes diferentes, a medida que una persona crece va adquiriendo nuevas formas de ver el mundo y su comportamiento cambia, en el caso de las mujeres adultas los esquemas mentales son más sólidos y esto definirá en gran parte la manera de asumir su enfermedad.

Acertadamente, Eric Erickson postuló que existe varias etapas por las que una persona atraviesa, una de ellas es la del joven adulto entre los 20 y 30 años llamada intimidad versus aislamiento, en esta etapa se considera que la persona está más preparada para asumir una vida de intimidad con otro individuo, así como actividades laborales, sociales y de compromiso con el mismo y su medio, siendo que su lado contrario trae como consecuencia el aislamiento, lo que provoca distanciamiento; entendiendo estas etapas desde un momento en que alguien presente una enfermedad como el cáncer podrían ser más severas. La segunda etapa dentro de la adultez se encuentra entre los 30 y 50 años, llamada generatividad versus estancamiento, está dirigida hacia los otros, en la que se fortalecen los lazos afectivos con hijos, familiares o personas a su cuidado buscando proveerlos de lo necesario, así como un desarrollo laboral y cumplimiento de metas, en el caso contrario se encuentra el estancamiento, se refiere a una regresión psicosocial, siendo una reforzador de malestares físicos y emocionales en el caso de quienes presentan cáncer

(Nelson, 2005). A pesar que no sea una postura netamente cognitiva es importante reconocer que tanto el aislamiento como el estancamiento se hacen presentes en la enfermedad de cáncer cuando alguien presente depresión.

2.2.1 EPIDEMIOLOGÍA

Respecto a la incidencia del cáncer tanto a nivel general como en la población femenina contiene cifras altas que preocupan a la sociedad y profesionales dedicados a esta área, lo que ha llevado a convertirla en una problemática a nivel mundial, para la (OMS, 2015) el cáncer es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial; siendo que” en el 2012 hubieron 14 millones de casos nuevos y 8,2 millones de muertes relacionadas con esta enfermedad, estimando que los casos aumentarán a 22 millones en las próximas décadas”. Y en datos que nos acercan al contexto en el cual vivimos, la (Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA, 2015, pág. 56) indica que los “pacientes con cáncer residentes en la ciudad de Quito son: 25.351 mujeres y 19.610 hombres que dan un total de 44.961 personas en 25 años, desde 1986 hasta 2010”. A pesar que las cifras no han sido actualizadas en los últimos años se considera que la proyección sobre esta enfermedad indica un aumento debido a la forma de vida que existe en la actualidad.

Adicionalmente, (Salud Total , 2015) indica que en Ecuador 2013 se presentaron 134.9 casos de cáncer en mujeres y que los tipos de cáncer existentes con mayor frecuencia son: en primer lugar el cáncer de mama, en segundo lugar el cáncer de cuello uterino y en tercer lugar el cáncer de tiroides.

A continuación, se abordarán los tres tipos de cáncer más predominantes en mujeres:

- **Cáncer de mama**

El cáncer de seno o de mama es un tipo particular de cáncer dentro de los más comunes que pueden adquirir las mujeres, ya que se presenta con mayor frecuencia que otros, llegando a afectar la sexualidad femenina por lo tanto su conservación y cuidado es prioritario.

Según (Infocáncer, 2013) al igual que los otros tipos de cáncer el de seno no tiene un origen específico, sin embargo los factores de riesgo están ligados al origen genético, estilo de vida, tejido mamario denso, periodos menstruales irregulares entre los más relevantes, este puede ser invadido tanto en el mismo seno como en las axilas y alrededor de la clavícula; los síntomas en su mayoría pueden ser detectados por un auto examen o una mastografía.

Con respecto a los tratamientos utilizados se encuentran: la cirugía, radioterapia, quimioterapia o terapia hormonal; la cirugía en la mayoría de mujeres con este tipo de cáncer es una de las primeras opciones, existen dos tipos de ellas: la cirugía conservadora y la mastectomía, considerando en cada una un procedimiento de reconstrucción post operatorio. Todo dependerá de cómo la paciente va tolerando el tratamiento, si bien el cáncer de mama está ligado a una parte física que da feminidad a la mujer, el momento que es invadida esta zona recurren grandes dudas sobre los cambios en su imagen corporal y posibles pérdidas, estos factores hacen a este tipo de cáncer sea aún más estresante e intenso para la mujer que lo vive.

- **Cáncer cervicouterino**

En segundo lugar se encuentra el cáncer cervicouterino, respecto a eso (Infocáncer, 2013) da a conocer que este padecimiento puede presentarse a través de algunos factores como infección del virus del papiloma humano, el tabaquismo, la inmunosupresión, infección con clamidia, mala alimentación, sobrepeso, uso prolongado de anticonceptivos y antecedentes familiares, entre los más identificados, sin embargo es prevenible con controles médicos y detección temprana de la enfermedad.

También se conoce que este tipo de cáncer puede afectar la vida sexual y reproductiva y aún más en mujeres que aún no han sido madres o de edades jóvenes trae consigo mayor ansiedad y temor.

- **Cáncer de tiroides**

Para (Infocáncer, 2013) este es uno de los cánceres más incidentes que afectan a las mujeres, pero de la misma forma es uno de los menos agresivos debido a su pronta detección, al igual que los otros tipos de cáncer su diagnóstico requiere de un procedimiento médico mediante una biopsia y su tratamiento está dirigido dependiendo la magnitud de cada caso, en este tipo de cáncer se indica que la quimioterapia es menos común, pero en los casos que se la administra trae consigo los mismos efectos secundarios concernientes a los medicamentos de cada terapia.

2.3 FASES QUE ATRAVIESAN LA PACIENTES

El proceso que atraviesan las pacientes con cáncer conlleva varios cambios de acuerdo a cada etapa de la enfermedad, sin embargo, la capacidad de afrontarlos dependerá de las circunstancias en las que cada paciente se encuentre, la situación emocional que tenga y las condiciones familiares-económicas en las que se presenta la enfermedad, en esta investigación se ha tomado tres momentos fundamentales en la vida de las pacientes, estos son los siguientes:

- Diagnóstico
- Tratamiento
- Recidiva

A pesar de que los momentos en la enfermedad de cáncer pueden ser varios, se los ha dividido de esta manera ya que se consideran de forma general que son los más impactantes e influyentes, de este modo se los analizará a cada uno de ellos.

2.3.1 DIAGNÓSTICO

La etapa de diagnóstico presenta en sí el primer encuentro real con la enfermedad y la posibilidad de entendimiento de lo que ella implica, así mismo esta etapa permitirá determinar el tipo de tratamiento que se emplee dependiendo el caso de cada paciente.

Sobre lo que medicamente se realiza en esta etapa se presenta un sistema de estratificación del cáncer llamado TNM (estadiaje de neoplasias) para conocer en qué

estado se encuentra cada paciente, dando como resultado estadios desde el “0 que implica a tumores no invasores, estadio I tumores pequeños, estadio II tumores más grandes con compromiso tumoral, estadio III tumores localmente avanzados y estadio IV metástasis” (Instituto Nacional del Cáncer Argentina , 2014, pág. 15).

En efecto, el momento del diagnóstico es crucial, la diferencia se produce debido a que los procesos llevarán un curso diferente en cada uno de los estadios que presente la enfermedad, las posibles cirugías que implique cada caso, así como el tratamiento que se escoja para combatir el tipo de cáncer al que se enfrente cada paciente. Es así que aquellas mujeres desde el momento que afrontan un posible cáncer entran en una etapa de cambios emocionales, los mismos que provocan estados de ansiedad, estrés y dolor físico, además el tipo de exámenes que se realizan para la determinación del cáncer son severamente invasivos debido a la utilización de material de punción, cirugías y líquidos, situaciones que ya generan los primeros impactos en sus cogniciones.

2.3.2 TRATAMIENTO

Una vez que las pacientes ya conocen el estadio en el que se encuentran tienen que enfrentarse a una segunda situación tanto o más violenta que la anterior, esta será escoger un tipo de tratamiento o en su efecto una combinación de ellos, la diferencia radica en la extensión de los tumores en su cuerpo y cual sea el objetivo médico propuesto, ya sea para curarse o actuar sobre sus síntomas, como proceso paliativo.

Visto de esta forma, para las pacientes en la mayoría de casos el proceso se va a presentar lleno de dudas y cambios, debido a que siendo esta una enfermedad de

crecimiento celular incontrolable en cualquier momento puede invadir otra parte de su cuerpo y hacer aún más prolongado su tratamiento.

Sin embargo, una vez que se expongan los tratamientos se decidirá cual les resulta más favorable y puede dar mayores resultados para su mejoramiento o cuidados sin embargo esto generará estados de humor variables, inclusive una actitud de apatía y tristeza.

También es importante informar que la estabilidad emocional de cada paciente difiere ya que los procesos de cada una conllevan varios tratamientos que no tienen un orden específico, de igual manera después de un tratamiento tienen que corroborar si este ha funcionado o si se deben someter a uno más fuerte. Este análisis se continuará explorando en cada uno de los tratamientos de cirugía, radioterapia y quimioterapia y las posibles consecuencias a través cada uno de ellos.

2.3.2.1 CIRUGÍA

La cirugía en una paciente con cáncer presenta varias posibilidades, puede ocurrir que se la realice para detener la neoplastia o que sea parte de uno de los tratamientos, en cualquiera de los dos casos esta intervención provocará en las pacientes, temor, impacto y cambios emocionales naturales. Además, la cirugía, que es una de las alternativas más utilizadas no garantiza que las pacientes no reincidan en la enfermedad, lo que indicaría continuar con otro tratamiento.

2.3.2.2 RADIOTERAPIA

Al igual que la anterior opción de tratamiento la radioterapia puede ser en sí la primera y única que se realice, pero también puede formar parte de un tratamiento complementario, cuando se trata de este tipo de enfermedad.

Vinculado al concepto se indican que la radioterapia “es un tratamiento que utiliza radiaciones para destruir células tumorales localizadas en una zona concreta. Se administra en sesiones breves pero diarias (5 días a la semana, como tratamiento único o asociado a otros tratamientos quimioterapia o cirugía).” (Sociedad Española de Oncología Médica , 2007, pág. 35). Este tipo de método de alta energía utiliza varias máquinas de manera temporal, el hecho de que las pacientes se encuentren expuestas a este tipo de tratamientos las vuelven en mayor medida vulnerables a estados de confusión y crisis que pueden provocar alteraciones en estados emocionales que podrían prolongarse y convertirse en verdaderos problemas psicosomáticos.

2.3.2.3 QUIMIOTERAPIA

El tratamiento quimioterapéutico a más de ser uno de los más utilizados, es aquel que ha recibido un mayor número de críticas, esto debido a las diferentes consecuencias del mismo, (De Cáceres Zurita , Ruiz , Germá Llunch , & Busques , 2007, pág. 32) “la quimioterapia es un tratamiento con uno o más fármacos que frenan el crecimiento de las células tumorales hasta que las extinguen. Este tratamiento se puede administrarse a través de la vena y en varios casos en pastillas”. La administración del tratamiento quimioterapéutico se realiza en diferentes ciclos que pueden durar largos períodos.

La (Asociación Española Contra el Cáncer aecc, 2011) indica que este tratamiento tiene como objetivo destruir las células malignas utilizando una gran cantidad de fármacos. Sin embargo, la angustia constante de las pacientes sobre los resultados del tratamiento hará que el proceso sea más agotador.

La quimioterapia al ser un tratamiento comúnmente utilizado en mujeres con cáncer da a conocer las diversas reacciones secundarias en torno al aspecto físico, emocional y comportamental de las pacientes, esta es una de las características principales por las que se lo cuestiona, ya que en su tratamiento no solo disminuye las células malignas sino también el sistema inmunológico.

Por consiguiente, las llamadas “sesiones de quimioterapia”, creadas para destruir las células cancerígenas en su duración puede variar, desde unas horas hasta varios días, dependiendo del tratamiento. A cada sesión le sigue un período de descanso para permitir que el organismo se recupere de los efectos adversos y de la toxicidad de la medicina. (Sociedad Española de Oncología Médica SEOM , 2013). Es así que tienen mayor riesgo de presentar efectos secundarios las pacientes que enfrentan ciclos de tratamiento más severos, así como prolongar sus estados de ansiedad y depresión.

2.3.3 RECIDIVA

El retorno del cáncer en alguien que ya vivió anteriormente esta enfermedad se la conoce como recidiva, la misma que no está determinada por ningún factor en particular y se puede presentar en cualquier circunstancia.

El cáncer puede volver aparecer en el mismo lugar original (primario) o en otro lugar del cuerpo. Así, las recurrencias pueden ser locales (En el mismo o muy cerca del sitio original), regional (el cáncer ha alcanzado los nódulos linfáticos o tejidos cercanos al lugar original) o distantes (cuando ha ocurrido una metástasis) (Montesinos, 2007, pág. 113).

La etapa de recidiva en una paciente que ha superado el cáncer y ha pasado por un tratamiento tan violento como la quimioterapia puede resultar muy impresionante. A tal medida que un tratamiento traiga consigo consecuencias aún más severas, retomando su estado de tristeza.

Cabe considerar que este estudio está enfocado en el tratamiento quimioterapéutico por este motivo a continuación se consideraran los vínculos que existe entre este procedimiento y los efectos que puede causar.

2.4 IMPACTO DE LA QUIMIOTERAPIA

Regresando al desarrollo del tratamiento quimioterapéutico, con fue dicho anteriormente este tratamiento por naturaleza disminuye la capacidad física, emocional y conductual de quien se somete al mismo, lo que provoca varios cambios importantes de conocerlos con mayor detenimiento; por lo que se abordará cada uno de ellos.

2.4.1 CAMBIOS FÍSICOS

Para referirse a los síntomas físicos más relevantes en el proceso quimioterapéutico en mujeres se toma en cuenta los que han afectado a la mayoría de las pacientes y han provocado un gran impacto en su estado de salud física, emocional y cognitiva, estos son los siguientes:

- **Alopecia**

La alopecia (caída del cabello) es uno de los efectos secundarios que se produce durante alguno de los ciclos de quimioterapia, así mismo, la pérdida de vello y cejas puede transformar el aspecto físico generando gran impacto en la imagen corporal de la mujer, luciendo de mayor edad y poco atractiva, sin embargo, esto no determina que a todas las pacientes les suceda lo mismo.

Debe señalarse que la forma en la que cae el cabello es incontrolable ya que es producto de los medicamentos y por lo tanto ocurre rápidamente. A pesar que en la mayoría de casos el médico previene de estos efectos no todas las mujeres toman en serio las advertencias, por lo que esperan a que el cabello caiga de un momento a otro y este impacto crea malestar y vergüenza.

- **Problemas cardiacos**

Entre los síntomas alarmantes que el cuerpo humano manifiesta se encuentran los que perjudican de tal manera que podrían provocar la propia muerte ya que su intensidad es de gran magnitud. Los problemas cardiacos también podrían ser confusos ya que en estados de angustia y estrés alterarían la respiración por lo que sentirse agitado sería resultado de un estado de ansiedad y más aún si la paciente se encuentra con síntomas depresivos estos podrían agudizarse y volverse realmente intolerables para las pacientes.

- **Problemas intestinales**

De igual manera es importante conocer otro de los aspectos que interfieren en la salud de las mujeres con cáncer, los mismos que provocan agotamiento y debilitan el cuerpo.

La quimioterapia puede afectar a la mucosa del intestino y causar problemas como diarrea o estreñimiento. Es una situación bastante molesta y si no se trata puede afectar a su vida diaria... El estreñimiento puede causar problemas como dolor e hinchazón en la zona del estómago y esto puede afectar a su apetito. (Sociedad Española de Oncología Médica SEOM , 2013, pág. 29).

Los síntomas intestinales que se dan a causa de la terapia pueden ser realmente molestos en la vida diaria, inclusive interrumpiendo sus actividades cotidianas; para una paciente que se encuentra con este tipo de problemas también la pérdida de peso y su alimentación se verán afectados.

- **Náuseas /vómito**

Es considerable tomar en cuenta estos síntomas ya que la frecuencia con la que se presenten podría debilitar e imposibilitar al paciente a tener una serie de actividades diarias normales. “Los síntomas como náuseas y vómitos pueden ser agudos (horas después del tratamiento), demorado (días después del tratamiento) o anticipatorio (antes del tratamiento)” (Sociedad Española de Oncología Médica SEOM , 2013, pág. 28). Este es uno de los síntomas más severos que se generan en las pacientes ya que los estados son repetitivos y a más de eso para controlarlos necesita administrarse mayor medicación.

- **Hipersensibilidad**

Esta reacción es tan severa o más que las anteriores ya que pone a las pacientes en una situación de molestia y ansiedad. “Las reacciones de hipersensibilidad aparecen durante la infusión o inmediatamente después y van desde rash leve hasta el shock anafiláctico. Las reacciones severas son infrecuentes, pero potencialmente fatales. La profilaxis antialérgica es fundamental, la cual se debe valorar según el agente administrado” (Instituto Nacional del Cáncer Argentina , 2014, pág. 34). El estado de vulnerabilidad de las pacientes en este momento es alto, dando como resultado una respuesta de sensibilidad tan grande que perturba y perjudica la salud física como psicológica de las mismas.

De las evidencias anteriores se puede conocer que los síntomas secundarios físicos de la quimioterapia son varios, estos se dan dependiendo la tolerancia de cada paciente, pero esto no impide la posibilidad de que aparezcan otros y sean igual de agudos que los nombrados.

A continuación, se recopilan los principales cambios emocionales como producto a todas las reacciones que tienen que sobrellevar las pacientes que se someten a un tratamiento quimioterapéutico.

2.4.2 CAMBIOS EMOCIONALES

Así como existen los cambios físicos a través del proceso de la enfermedad, los aspectos emocionales de las mujeres producidos por estos mismos cambios provocan

varias reacciones que las mantienen en estado de incertidumbre, dado que tendrán que enfrentarse a nuevas situaciones como “sensaciones de estar constantemente cansado y decaído (astenia) es un efecto muy frecuente del cáncer y de la quimioterapia. Las personas que presentan astenia carecen de energía y tienen problemas para hacer cosas cotidianas que habitualmente se dan por supuestas,” estas van acompañadas de decaimiento y tristeza por el cambio en su forma de vida. “Esto tiene un enorme impacto en casi todos los aspectos de la vida diaria. El cansancio suele ser mayor al comienzo y al final del ciclo de quimioterapia” (Sociedad Española de Oncología Médica SEOM , 2013, pág. 26)

Las reacciones consecuentes a los varios altercados provocados ya sea debido al diagnóstico, tratamiento, recidiva o afrontamiento de duelos y pensamientos de posible muerte hacen que las pacientes presenten emociones diferentes ante estas circunstancias.

2.4.3 CAMBIOS COGNITIVOS

Como ya se ha expuesto el cáncer trae consigo cambios que podrían alterar los pensamientos o comportamientos en cada persona provocando alteraciones psicológicas evidentes que perturban su salud mental y su entorno; estos cambios pueden darse tanto en situaciones de experiencia personal a través del proceso de enfermedad, como también por creencias asociadas al contexto en el cual viven, provocando algunas distorsiones cognitivas, tomando en cuenta a (Londoño Nora, 2007) se las asociara con el cáncer:

- **Etiquetas globales:** en la enfermedad de cáncer dentro del contexto y cultura que nos encontramos se han dado varias creencias como las siguientes: “el cáncer es una enfermedad incurable”, “los enfermos de cáncer en su mayoría mueren

pronto”, “los tratamientos para la enfermedad de cáncer son sumamente violentos y crueles”, entre otros; por lo que se ha etiquetado a esta enfermedad de forma negativa.

- **Abstracción selectiva:** el haber sido diagnosticado con cáncer y el someterse al tratamiento quimioterapéutico en las pacientes en si ya es traumático; pero existe la posibilidad que esta persona ubique un aspecto particular de su vida como primordial y afecte su estado actual.
- **Personalización:** las pacientes al posicionarse en su rol de enfermas se convierten en el centro de las situaciones familiares; viéndose a sí misma como la causa de hechos negativos que perjudiquen las circunstancias de su alrededor.
- **Magnificación, catástrofe o minimización:** en el proceso de la enfermedad las pacientes están expuestas a varios cambios en su imagen corporal lo que podría llevarlas a trastornos de mayor magnitud que afecte su vida e interacciones; en el caso de las mujeres con cáncer se ve afectada una parte principal de su sexualidad; (Montesinos, 2007, pág. 71) indica que “psicológicamente, la posible atracción de la autoimagen puede hacer que la persona se sienta temerosa de ser rechazada o de que su compañero pueda encontrarle repulsivo” , esto podría tener sucesos de magnificación de su situación y perturbar los posteriores tratamientos de su enfermedad.
- **Razonamiento emocional:** el hecho de encontrarse frente a un diagnóstico ya sea en estadio 0 o IV provoca emociones de tristeza, ira, vergüenza, miedo,

repugnancia y/o hostilidad las mismas que pueden ser justificadas debido al proceso que están pasando sin embargo una prolongación de las mismas serán perjudiciales para un mejoramiento óptimo.

- **Falacia de recompensa divina:** se da cuando las pacientes en su afán de mejorar empiecen a abandonar o rechazar procedimientos médicos debido a una creencia espiritual personal.

A pesar que estos esquemas mentales pueden ser producto de un factor como lo es el cáncer no son justificables ya que contribuyen a presentar una posible depresión.

2.5 ETAPAS DE DUELO

En relación con las implicaciones de cada efecto que trae consigo la enfermedad de cáncer es importante saber que tienen que ser enfrentadas y superadas para mejorar la salud mental en quien lo vive, es así que se vincula la teoría planteada por la Dra. Elisabeth Kübler-Ross quien indica que el duelo tiene cinco etapas fundamentales que se pueden dar durante los cambios en este tiempo, estas son:

1 Negación

2 Ira

3 Negociación

4 Depresión

5 Aceptación o Rechazo.

Estas etapas permiten al paciente aceptar los cambios que trae consigo la enfermedad una vez que son bien trabajadas y superadas; las mismas no siguen un orden específico ni son vividas por todas las personas (Cuadrado, 2010). A continuación, se encuentran analizadas cada una de ellas en relación a la enfermedad de cáncer:

1. En la etapa de negación se indica que el pensamiento de quien vive una enfermedad de cáncer se mostraría confuso ya que es un momento incontrolable en el que la vida se pone en juego y cambia de sentido, por lo que la hostilidad frente a un diagnóstico positivo sería normal hasta asumir el estado actual, y más aún en el caso de existir cambios severos en la salud física que limiten a las pacientes a una nueva forma de vida.
2. En la etapa de la ira se indica que puede aparecer vestida de múltiples formas con el entorno más próximo, “cuando esta fase coincide con la actitud de no gestión del conflicto o de laxitud por parte de los superiores puede tener como consecuencia la aceptación de la violencia como norma negociadora de los procesos de cambio” (Cuadrado, 2010, pág. 4) sin embargo la ira es una respuesta básica emocional del ser humano y tendría que ser entendida como tal más aún si la persona está viviendo con una enfermedad crónica como lo es el cáncer, pero esto no debe implicar una justificación de violencia o prolongación de estados emocionales perjudiciales para la paciente y quienes le rodean.
3. La etapa de negociación es un momento que está presente en casi todo el proceso de enfermedad esto debido a los varios cambios que se dan producto de la enfermedad de cáncer.

4. En la etapa de depresión, existen situaciones que indican “ una sensación actual de vacío, de tristeza cuando el cambio profundo se hace evidente y ves que no puedes negarte ni eludirlo” (Cuadrado, 2010, pág. 4), los cambios provocados en el aspecto físicos y el mismo cambio de vida y roles en las pacientes podría provocar esta etapa en un estado de profunda tristeza y aflicción, a pesar que se encuentre dentro del proceso normal de duelo hay que tomar en cuenta como ya ha sido nombrado anteriormente que esta tiene que ser solo una etapa y no prolongarse durante largos períodos.

5. La aceptación o rechazo, siendo esta la última etapa se indica que las personas quienes están en el momento de aceptación indican las experiencias son tomadas como tal, en cambio quienes se desafían a la enfermedad con un rechazo se enfrentarán a sensaciones y cogniciones negativas de gran magnitud.

Las cinco etapas indicadas por la Dra. Kübler Ross son trabajadas de acuerdo a todos los tipos de duelo que viven las personas, en este caso se las relaciona con esta enfermedad encajando cada aspecto de la mejor manera con los momentos que vive alguien que tiene cáncer, también es importante recalcar que no tienen un orden específico a pesar que la aceptación sea considerada por muchos un tipo de cierre en estos ciclos.

2.6 COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO

- **Sexualidad femenina**

La sexualidad hace referencia a una parte importante de todas las personas sin embargo en el caso de las mujeres está la implicación del cuerpo, la femineidad, su fertilidad y capacidad reproductiva lo que les da roles específicos y primordial en la pareja, familia y en la sociedad; es así que dentro de los varios cambios que puede suceder en medio del tratamiento quimioterapéutico sus roles de esposa, madre, pareja pueden verse afectados.

Los problemas asociados al cáncer que puede dificultar una vida sexual plena en la pareja durante el proceso de tratamiento, estos cambios son los siguientes: disfunciones sexuales, cambios en la imagen corporal y con ello problemas en las relaciones emocionales. En el caso de cáncer de seno las mujeres pueden presentar disfunción sexual, un concepto negativo de sí misma o depresión. (DeVita, Hellman , & Rosenberg's, 2008, págs. 2456-2460).

De la misma fuente se conoce que el impacto sexual en el caso del tratamiento con quimioterapia puede provocar menopausia en mujeres jóvenes, atrofia vaginal y dolor en el momento del coito. Las mujeres que tienen cirugía para remover el útero, los ovarios u otros órganos en el abdomen o pelvis, pueden experimentar dolor y pérdida de la respuesta sexual dependiendo de la cantidad de tejido u órgano afectado.

También (Montesinos, 2007) indica que en las mujeres, el tratamiento quimioterapéutico puede causar sequedad vaginal, dolor durante el coito (dispareunia) y dificultad para alcanzar el orgasmo. En mujeres mayores la quimioterapia puede incluso aumentar el riesgo de cáncer ovárico. La pérdida de estrógenos puede resultar en sofocos, aumento de infección urinaria, fatiga e irritabilidad entre los síntomas más conocidos.

- **Fertilidad**

Uno de las consecuencias más trascendentales en el desarrollo de la mujer en su aspecto femenino es la fertilidad o capacidad reproductiva de la misma, los efectos generados a través de un proceso quimioterapéutico pueden bloquear la capacidad de la mujer de quedar embarazada esto puede ocurrir durante un periodo corto, como definitivo, sin embargo, es un riesgo al que está expuesta y que genera ansiedad ante las circunstancias dadas. “El cáncer de ovario puede afectar la capacidad reproductiva, la quimioterapia y la radiación pueden afectar el desarrollo del embrión si es que la concepción ocurre en el tratamiento” (Montesinos, 2007, pág. 82), esto en una paciente que está siendo sometida a un tratamiento que en sí ya es violento, genera mayor preocupación al ver opacada su desarrollo natural como madre y mujer.

Finalmente, se puede expresar que en lo largo del desarrollo de este capítulo mediante la exposición de los varios conceptos presentados se pudo conocer que este fenómeno natural, que es la enfermedad de cáncer, ha afectado a un número considerable de mujeres.

A más de eso se dijo que el cáncer es una enfermedad psicosomática que a más de traer un sin número de efectos físicos, ubica a la paciente en su situación de enfermedad llevándola a vincularse tan íntimamente con el padecimiento que provoca sentimientos de culpa, miedo e ira, también el decidir unirse al grupo de mujeres que siguen un tratamiento quimioterapéutico genera mayor cantidad de emociones y pensamientos acerca de su enfermedad por lo que cambios emocionales que en un principio puede darse debido al impacto que genera un diagnóstico positivo son frecuentes en pacientes oncológicas, sin embargo cuando se convierten en trastornos deberían tomarse en cuenta con mayor detenimiento, por otra parte el aspecto cognitivo de las mujeres se verá influenciado por este sin número de situaciones que son traumáticas para cada una llevando a fortalecer los síntomas depresivos.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1 METODOLOGÍA

La investigación que se llevó a cabo fue de tipo correlacional, dado que toma en consideración dos variables que son: el nivel de depresión y las complicaciones del tratamiento quimioterapéutico, para su estudio, se tomó en cuenta a pacientes de 25 a 40 años de edad, internadas en el Hospital, Sociedad de Lucha contra el Cáncer Núcleo de Quito (SOLCA), en el periodo mayo-noviembre 2015 ; además el tipo de muestreo fue probabilístico ya que solo participaron las pacientes que se encontraban aptas y voluntariamente decidieron formar parte de la investigación.

El objetivo general consistió en determinar la relación entre el nivel de depresión y las complicaciones de la quimioterapia.

Así también se pudo elaborar una hipótesis que es la siguiente: el nivel de depresión incide directamente en la presencia de complicaciones en el proceso de quimioterapia en pacientes oncológicas, para lo cual se han ejecutado varios pasos que se listan a continuación y cuya operacionalización consta de varios instrumentos.

1. Aprobación por parte del Director Médico y la jefa de Área de Psicológica del Hospital SOLCA para realizar la parte práctica de esta investigación (VER ANEXO 3).
2. Recopilación de la bibliografía para realizar el marco teórico.
3. Elaboración de la guía sobre historia clínica de cada paciente (VER ANEXO 4).

4. Elaboración de la guía de observación sobre depresión (VER ANEXO 5).
5. Elaboración de la guía de observación sobre consecuencias de la quimioterapia- evolución de síntomas (VER ANEXO 6).
6. Elaboración de la entrevista semi estructurada para pacientes en proceso de quimioterapia (VER ANEXO 7).
7. Elaboración del Consentimiento Informado (VER ANEXO 8).
8. Tabulación de datos obtenidos a través de la historia clínica, guías de observación y entrevista semi estructurada.
9. Interpretación de resultados.

Para la obtención de datos se realizaron dos encuentros con cada una de las pacientes, que se encuentran detallados en los siguientes puntos:

1) Primer encuentro: (internamiento)

Corresponde al primer acercamiento con cada paciente, explicación y firma del consentimiento informado, señalando el tiempo a ser empleado, seguido de esto se buscó generar un buen rapport para dar inicio a la entrevista.

2) Segundo encuentro: (internamiento)

En el segundo momento de acercamiento con cada paciente se aplicó el inventario de depresión en forma individual. Y en el mismo encuentro se procedió a realizar una devolución de los resultados de la prueba.

3.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA

La población que estaba definida en el plan de disertación consta de 20 mujeres en edad adulta que oscila entre 25 y 40 años de edad, las mismas que cumplen roles de madre, esposas, trabajadoras y profesionales, a continuación, se analizarán cada una de estas características.

- **Características de la población por edad**

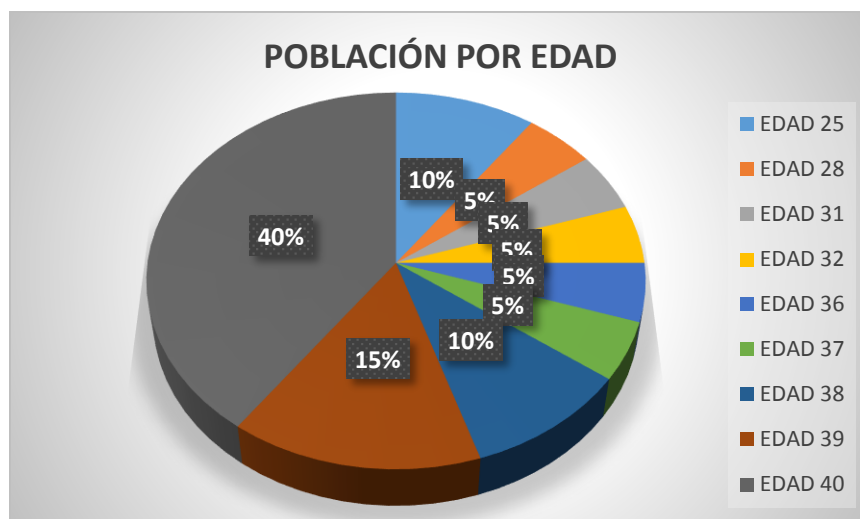


FIGURA 1: ÍNDICE DE EDAD DE 20 PACIENTES QUE SE ENCONTRABAN INTERNAS EN PROCESO DE TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO

Se puede observar que dentro de la población escogida para el estudio existe un mayor número de mujeres en la edad de 40 años, representa al 40 % con un total de 8 mujeres y de 39 años de edad, representan al 15 %, con un total de 3 mujeres, superando a los demás rangos de edad, también es considerable reconocer que la población de mujeres entre 25 y 38 años se encuentra dividida entre las diferentes edades sin que exista una mayor relevancia en alguna de ellas.

- **Características de la población por tipo de cáncer**

Tipo de cáncer	Útero	Seno	Estómago	Cuello uterino	Ovario	Colon	Osteosarcoma	Mandíbula	Total
Número de pacientes	10	3	2	1	1	1	1	1	20
Total	50 %	15 %	10%	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	100 %

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POR TIPO DE CÁNCER

En los datos presentados anteriormente se puede reconocer que los tipos de cáncer hallados en la presente investigación son de: útero, seno, cuello uterino, mandíbula, osteosarcoma, estómago, colon y ovario. Con un porcentaje del 50 %, en el cáncer de útero con un número de 10 mujeres, en segundo lugar, el cáncer de seno en un 15% con un número de 3 mujeres y seguido de un 10 % en el cáncer de estómago en 2 mujeres, se ha considerado a los tres tipos de cáncer más relevantes ya que su incidencia ha sido alta entre el grupo de mujeres investigadas.

En relación a los tipos de cáncer más predominantes que se sugiere en el capítulo dos se encontraban el cáncer de mama, cuello uterino y tiroides; en la presente investigación no se encontró personas con cáncer de tiroides, se considera que esto se debe a que las pacientes con este tipo de patología siguen tratamientos diferentes como la yodoterapia que requiere de aislamiento por lo que no se encuentran en hospitalización general.

- **Características de la población por estado civil**

Estado Civil	Casada	Soltera	Viuda	TOTAL
Número de mujeres	12	7	1	20
Porcentaje	60 %	35 %	5 %	100 %

TABLA 2: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POR ESTADO CIVIL

Del total de 20 mujeres en el rango de 25 a 40 años que se encontraron en tratamiento quimioterapéutico se conoce que 12 de ellas representan el 60 % son casadas, 7 de ellas representando el 35 % son solteras y 1 de ellas representando el 5 % es viuda.

Debido a la edad en la que se encuentran y reconociendo que en su gran mayoría son de 39 y 40 años tenemos que más de la mitad son casadas por lo que sus actividades normales conllevan la vinculación con una pareja y por lo tanto una posible vida sexual activa, también en el caso de las mujeres solteras se conoce que cumplen el rol de hijas aportando económicamente en su hogar.

- **Características de la población según roles**

Roles	Madre	Trabajadora	Esposa
Número de Mujeres	17	14	12
Porcentaje	85 %	70 %	60 %

TABLA 3: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN POR ROLES

Como está presentado en la ilustración anterior se puede conocer que, de un total de 20 mujeres, 17 de ellas son madres, representando el 85 %; 14 de ellas trabajan, representando el 70 % y 12 de ellas son esposas, representando el 60 %. Lo que da a conocer que en este rango de edad cumplen roles específicos como madres, trabajadoras y

esposas, también se considera que son madres de niños pequeños y adolescentes lo que daría mayor carga de responsabilidad sobre sus roles.

También el ritmo de vida respecto al número de actividades que realizan en esta edad es amplio, de hecho, en un alto porcentaje consideraron el trabajo como una actividad que ha tenido grandes cambios debido al internamiento.

3.3 ANÁLISIS SEGÚN INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Como ya fue mencionado anteriormente se utilizó una serie de instrumentos para la presente investigación, siendo cada uno de ellos un aporte especial para conocer la situación de cada paciente; en el análisis que consta a continuación se presentarán cada uno de ellos indicando los resultados que se obtuvo, estos datos se los agrupará dependiendo el tipo de depresión que presenten las pacientes para de esta manera realizar una relación con cada característica tomada en cuenta.

3.3.1 INVENTARIO DE DEPRESIÓN BDI

Para reconocer el tipo de depresión por el que cada paciente estaba pasando se aplicó el Inventario de Depresión del Dr. Aaron Beck (BDI) en versión española, el cual fue aplicado a cada una de las pacientes en proceso de internamiento.

Este instrumento de investigación consta de un total de 21 ítems que refieren a diferentes reactivos referente solamente a la depresión, los cuales se ha considerado agrupar de la siguiente manera: síntomas afectivos en los ítems 1-10 y 11, síntomas

cognitivos en los ítems 2-3-4-5-6-7-8-9-12-13-14-20-21, síntomas conductuales en el ítem 15 y síntomas físicos en los ítems 16-17-18 y 19.

Los temas a los que se encuentran dirigidos cada ítem se explican en la siguiente tabla:

ÍTEM	TEMA	ÍTEM	TEMA
1	Sentimientos de tristeza	12	Interés hacia los demás
2	Pensamientos sobre el futuro	13	Toma de decisiones
3	Sentimiento de fracaso	14	Aspecto físico
4	Satisfacción sobre las cosas	15	Trabajo
5	Culpabilidad	16	Trastornos del sueño
6	Castigo	17	Cansancio
7	Pensamientos sobre sí mismo	18	Trastornos alimenticios
8	Comparación con algún otro	19	Pérdida de peso
9	Pensamientos e ideas de suicidio	20	Preocupación e ideas recurrentes
10	Llanto	21	Sexualidad
11	Irritabilidad		

TABLA 4: TEMAS TRATADOS EN EL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Fuente: (Universidad Complutense de Madrid, S/A)

Una vez aplicado el Inventario se pudo conocer que las respuestas más repetitivas con altos puntajes recaen en los ítems número: 13-14-15-16-17-18-19-20-21.

A más de eso el rango de calificación para el Inventario de Depresión indica que: Depresión Mínima comprende una puntuación entre 1-13 puntos, Depresión Leve 14-19 puntos, Depresión Moderada 20-28 puntos y Depresión Grave entre 29-63 puntos. (Universidad Complutense de Madrid, S/A)

En el estudio realizado a las 20 pacientes oncológicas que se encontraban en tratamiento de quimioterapia se pudo obtener los siguientes datos:

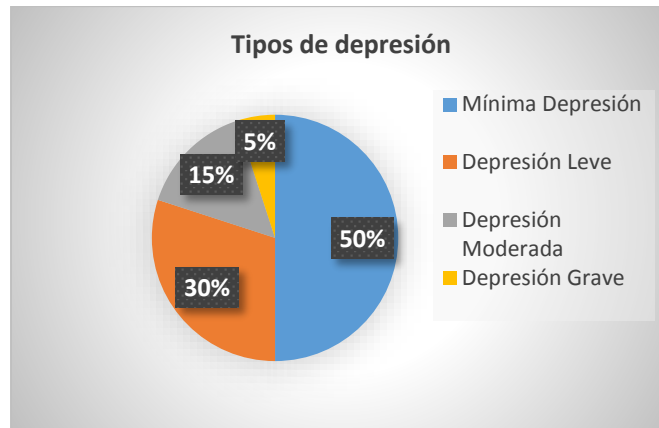


FIGURA 2: ÍNDICE DE TIPO DE PRESIÓN TOMADO A TRAVÉS DE 20 MUJERES EN PROCESO DE TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO.

Como se refleja en la figura preliminar el tipo de depresión existente se encuentra dividido de la siguiente manera: 10 pacientes presentaron mínima depresión que representa un 50 %, 6 pacientes presentaron depresión leve que representa un 30 %, 3 de ellas presentaron depresión moderada que representa un 15 % y 1 de ellas presentó depresión grave que representa un 5 %; es decir la mitad de un total de 20 pacientes presentaron el rango más bajo de síntomas depresivos.

Sin menospreciar, ni restar importancia a los síntomas que han presentado las 10 mujeres con mínima depresión, sería importante recalcar que como se indicó en capítulos anteriores las mujeres expuestas a algún tipo de cáncer presentan estos síntomas como consecuencia de su estado de salud, por lo tanto, estas 10 mujeres representarían el rango esperado de depresión.

También realizando una observación general sobre estos resultados se puede conocer que el porcentaje de pacientes con depresión grave es bajo respecto a los demás tipos de depresión. Así mismo se toma en cuenta que de todas las pacientes entrevistadas, existía

una gran variedad de experiencias, ya que en varios casos este tratamiento era el primero, en otros se producía por segunda vez y en un caso en particular se trataba de recidiva. Sin embargo, estos factores no determinaron el nivel de depresión en el cual se ubicaron a las pacientes.

A continuación, el desarrollo de cada instrumento trabajado según la bibliografía de los capítulos 1 y 2:

3.3.2 ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

En el desarrollo de la entrevista semi estructurada diseñada para las pacientes oncológicas en tratamiento quimioterapéutico se presentan 9 preguntas, siendo las numero 1-2-3-5-6 abiertas y las 4-7-8-9 tipo Likert, sin embargo, en estas últimas se ha extendido la posibilidad de una respuesta más amplia indicando el por qué a las respuestas dadas.

Debido a que era necesario conocer diferentes aspectos que involucra el tratamiento se trabajó preguntas que contienen el estado físico, emocional y social de cada paciente, para la recopilación de datos se recoge las respuestas dependiendo el tipo de depresión, en las respuestas consta un número en su lado derecho que indica que número de pacientes dieron esa respuesta y con esto que tan repetitivas son las creencias o pensamientos.

- **Desarrollo de preguntas**

PREGUNTA 1 ¿Qué es lo primero que piensa cuando le nombran a palabra “cáncer”?

Tipo de depresión	Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Respuesta	Miedo(2), vida(3), muerte(4), inseguridad(1), lucha(3), fortaleza(1), enfermedad mala(1), trauma(1), poderosa(1), no tiene cura(1), hospitalización(1), sobrevivencia(1), contagiosa(1), mi enfermedad(1), lo que sucede conmigo(1).	Nada(2), tengo fe en dios(2), a veces pienso que me salvaré(1), enfermedad con posible cura(1)	No es algo tan grave(1), me he acostumbrado(1), enfermedad que no tiene cura (1), enfermedad normal (1).	Enemigo(1), muerte(1).

TABLA 5: RELACIÓN ENTRE TIPO DE DEPRESIÓN Y LAS RESPUESTAS SOBRE LA PALABRA CÁNCER

Si bien no existe el mismo número pacientes en cada grupo, se puede conocer que en los tres primeros conjuntos de personas existe una variedad de respuestas, sin embargo, en la paciente que presenta depresión grave existe una aseveración acerca de lo negativo que significa esta enfermedad para ella.

Como se puede ver la palabra cáncer está asociada a significantes negativos como muerte, miedo, hospitalización y enemigo dando como resultado una predisposición nociva ante esta enfermedad.

PREGUNTA 2 ¿Qué es lo primero que piensa cuando le nombran la palabra “quimioterapia”?

Tipo de depresión	Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Respuestas	Esperanza(1), medicamento(1) mayor tiempo de vida(1), temor(2), estragos(1), malestar(1), cansancio(1), debilidad del cuerpo(1), tratamiento(3), consecuencias molestosas(1), algo fuerte(1), momento de dolor(1)..	Reacciones(1), miedo(1), me salvaré o no(1), mejora el cáncer(1), tratamiento para curarse(1), proceso de paciencia(1), tristeza(1), incertidumbre(1), me aterra(1), dolor(1), tratamiento complicado(1).	Algo de gran ayuda(1), tratamiento fuerte(1), doloroso(1), puede ayudar a mantener un poco más de tiempo(1), trauma, miedo(1).	Esperanza(1)

TABLA 6: RELACIÓN ENTRE TIPO DE DEPRESIÓN Y LAS RESPUESTAS SOBRE LA PALABRA QUIMIOTERAPIA

Como se puede observar un factor común entre las personas que viven un tratamiento quimioterapéutico es el miedo a enfrentarse a este procedimiento, sin embargo, lo consideran una esperanza de vida; tanto las pacientes con síntomas de mínima depresión como las que presentaron depresión leve, moderada y grave indican respuestas similares, aunque la quimioterapia se pueda ver como una ayuda también se la asocia de forma negativa.

PREGUNTA 3 ¿Cómo se ha sentido durante el tratamiento quimioterapéutico?

Tipo de depresión	Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Respuesta	Bien(4), débil(2), agotada(1), normal(2), estable(1), afectada(1), tranquila(1).	Bien(1), cansada porque es muy duro(1), mal porque tengo desesperación(1), complicado(3).	Bien(1), aunque están empezando los efectos(1), con baja autoestima(1), no puedo ser la misma(1), mal por las reacciones(1).	Con síntomas porque el procedimiento es muy fuerte(1).

TABLA 7: RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y EL SENTIMIENTO DURANTE EL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO

Respecto a estos datos se puede identificar que a medida que aumenta la depresión, las respuestas contienen mayores efectos y contrariedades, indicando que existe más impacto dependiendo el tipo de depresión.

También se puede observar que a pesar que las pacientes digan haberse encontrado bien durante la quimioterapia consideran que es un tratamiento fuerte que trae complicaciones a medida que se los aplica.

PREGUNTA 4. ¿Qué tan violento considera el tratamiento quimioterapéutico?

El desarrollo de esta pregunta da 4 opciones de respuesta, de las cuales la paciente debía escoger solamente una de ellas e indicar el porqué de su respuesta, a continuación, está los resultados:

Pregunta	Pacientes con mínima depresión	%	Pacientes con depresión leve	%	Pacientes con depresión moderada	%	Pacientes con depresión grave	%
Poco violento	4	40%	2	33.3%	1	33.3%	0	0
Bastante violento	5	50%	2	33.3%	1	33.3%	0	0
Sumamente violento	1	10%	0	0	1	33.3%	1	100%
Totalmente	0	0	2	33.3%	0	0	0	
Total	10	100%	6	100%	3	100%	1	100%

TABLA 8: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO

En el primer grupo de respuestas de las pacientes con mínima depresión se considera que para el 50 % de ellas el procedimiento es bastante violento ellas supieron manifestar que esto se debía a los dolores, el proceso traumatizante y los efectos secundarios, el 40 % indicaron que es poco violento ya que la edad es un factor fundamental para mejorar más rápido, también que los anteriores tratamiento generaron más impactos que el actual y el 10 % manifestó que es sumamente violento debido a la intensidad con la que sienten dolor en el proceso.

En el segundo grupo de respuestas de las pacientes con depresión leve se puede conocer que el 33.3 % de ellas consideran que es un procedimiento poco violento indicando que aún no se presentaba síntomas tan fuertes, el otro 33.3 % indico que el

procedimiento es bastante violento ya que los síntomas son muy fuertes y el 33.3 % restante indicó que el tratamiento es totalmente violento ya que debilita el organismo a tal punto de impedir a la persona realizar sus actividades normales.

En el tercer grupo de respuestas de las pacientes con depresión moderada se puede conocer que el 33.3 % indicó que el tratamiento es poco violento indicando que no se han presentado tantos síntomas secundarios, el otro 33.3 % indico que es bastante violento ya que los síntomas son varios e impiden comer con normalidad y el 33.3 % restante dijo que le parece sumamente violento ya que el proceso es realmente difícil (llanto fácil).

En el cuarto y último grupo de quien presentó depresión grave, se indica que el procedimiento le parece sumamente violento ya que le está debilitando su cuerpo al punto de matarlo, no solo físicamente sino emocionalmente.

Entre las pacientes que consideraron que el procedimiento es sumamente violento se puede conocer que esto se debe al impacto de los síntomas que se presentan a través de este proceso y le impide una ejecución normal de sus actividades, atacando directamente su autoestima y productividad como ser humano.

Entonces a medida que aumenta el nivel de depresión las respuestas que se dan para justificar su contestación son más agudas y generan mayor complicación en la vida diaria de las pacientes lo cual indicaría que si existe una relación entre el nivel de depresión y el considerar violento el tratamiento quimioterapéutico.

PREGUNTA 5 ¿Considera que el tratamiento quimioterapéutico ha afectado su estado de ánimo? ¿De qué manera?

Tipo de depresión	Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Respuesta afirmativa	Siento tristeza(1), me siento decaída(2), agresiva(1), soberbia(1), rebelde(1), afecta mi memoria(1), enojada(1), tengo ganas de llorar(1), estoy limitada(1), ansiosa(1), cuando pienso en curarme(1).	No tengo ánimo para hacer las cosas(2), me enojo con mi esposo(1), me da miedo caminar(1), me duele la columna(1), me siento débil(1), me da ganas de morir(1), antes era más alegre(1), me siento más sensible(1), más vulnerable(1), no soy activa como antes(1), me irrito(1), me deprim(1).	Me ha venido depresión (1), me siento triste (1), sin fuerzas (1), yo era una persona muy activa (1), me encierro en un mundo de soledad (1), lloro cada vez que me acuerdo (1).	Ahora soy triste, estoy apenada, no hay una felicidad completa (1).
Respuesta Negativa	No en ninguna (1) forma.			

TABLA 9: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL ESTADO DE ÁNIMO

Para la gran mayoría de las pacientes el estado de ánimo ha cambiado en el proceso de quimioterapia, dando como resultado tristeza, desánimo, ira, irritabilidad y falta de entusiasmo para realizar actividades y también se identifica que a medida que la depresión aumenta las pacientes reconocen tener mayores complicaciones en su estado ánimo que se relación directamente con las sintomatologías referentes a la depresión. El sentimiento de tristeza se encuentra en los cuatro niveles de depresión sin embargo solamente en mínima depresión es el único caso que alguien expresó no haberse sentido de esta manera.

A partir de las pacientes con depresión moderada consideran que existe una sensación de soledad y pensamientos recurrentes sobre la enfermedad lo cual le lleva a pensar que está en un momento depresivo, y el caso de depresión grave la forma de ver la vida es totalmente negativa.

PREGUNTA 6 ¿En qué momento del tratamiento quimioterapéutico ha sentido mayor tristeza?

Para tomar en cuenta esta respuesta se consideró que en la anterior pregunta las pacientes hayan dicho sentirse tristes.

Tipo de depresión	Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Respuesta afirmativa	Cuando pienso que esto me puede afectar (1), cuando me quedo sola (3), cuando empiezo a aponerme débil (2), cuando recuerdo mi cabello (1).	Cuando empiezo cada ciclo (2), cuando siento mucho dolor (1), cuando me contaron que estaba avanzado (1), se les dificulta responder (llanto fácil) (2).	Cuando empecé el tratamiento (2), al inicio de la quimio porque todos me decían que esto mata (1).	En la primera intervención, porque me dijeron que la quimio debe adaptarse a mi cuerpo (1).

TABLA 10: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y EL SENTIMIENTO DE TRISTEZA

Uno de los factores comunes en esta respuesta es el haberse sentido triste al principio de la quimioterapia, este momento en el que las pacientes hacen real su tratamiento, tomando en cuenta que esta intervención necesita de un internamiento que las aleja de su ambiente natural, llevándolas a hacer más aguda su situación de impacto sobre el cáncer.

A medida que aumenta el nivel de presión se considera más elementos que provocan tristeza en alguien, inclusive en depresión leve se puede identificar llanto fácil en dos pacientes lo que les impidió responder a la pregunta.

PREGUNTA 7 ¿Qué síntoma del tratamiento quimioterapéutico cree que ha sido el que más la ha afectado?

Para esta pregunta se han considerado 6 posibilidades de respuesta, permitiendo escoger las más relevantes, teniendo como resultado lo siguiente.

Complicaciones físicas	Pacientes con mínima depresión	%	Pacientes con depresión leve	%	Pacientes con depresión moderada	%	Pacientes con depresión grave	%
Alopecia	5	50%	1	16.6%	1	33.3%	0	
Problemas cardiacos	0	0	0	0	0	0	0	
Problemas intestinales	2	20%	3	50%	1	33.3 %	0	
Náuseas/vómitos	2	20%	2	33.3%	1	33.3%	0	
Hipersensibilidad	0	0	0	0	0	0	0	
Otros	(calores)1	10%	0	0	0	0	(bajo peso)1	100%
Total	10	100%	6	100%	3	100%	1	100%

TABLA 11: RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y LOS SÍNTOMAS FÍSICOS DEL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO

De las pacientes con mínima depresión en un 50 % de ellas consideran que la alopecia ha afectado en mayor medida su vida debido que el perder el cabello resulta traumático y difícil de afrontar, el 20 % indicó que tuvo problemas intestinales y esto produce estar continuamente en el baño por lo que se les dificulta realizar las actividades normales, el otro 20 % expresó que se le presentaron náuseas y esto provoca malestar ya que se presentan durante largos períodos en el tratamiento y el 10 % de ellas señaló que presentaban calores continuamente y eso le producía ansiedad.

Las pacientes con depresión mínima indicaron que la alopecia afecto al 16, 6 % de ellas y que fue complicado ya que existía agrado por su cabello y la forma en la que se cae es muy violenta, el 50 % presentó problemas intestinales indicando que los dolores son

fuertes y les molesta ir seguido al baño, y el 33.3 % señalaron que se produjeron náuseas en los primeros días del tratamiento.

Para las pacientes con depresión moderada el 33.3 indicó que le causo molestias la alopecia ya que es violenta, el otro 33.3 % mostró que los problemas intestinales perturban su vida normal y bajan demasiado de peso, el 33.3 % faltante señaló que las náuseas son realmente molestosas y se presentan al principio del tratamiento.

Y la paciente con depresión grave manifestó que su mayor impedimento se encuentra en bajar de peso rápidamente ya que esto la debilita y no puede trabajar.

Se considera que la alopecia es un síntoma importante que genera ansiedad en las pacientes, sin embargo, los problemas intestinales son relevantes ya que esto no solo es una respuesta fisiológica debido al medicamento, sino que impide tener una vida activa, así como también es una respuesta ante la depresión.

Los síntomas que se han presentado en las pacientes son semejantes en cada grupo de personas por lo que se considera que estos efectos son comunes en la mayoría de pacientes y no generan mayores cambios según el tipo de depresión que presentan.

PREGUNTA 8 ¿Dentro de los roles que ha ocupado en su vida cual considera que ha sido el que más la ha afectado durante el proceso de quimioterapia?

Roles	Mínima Depresión		Depresión Leve		Depresión Moderada		Depresión Grave	
		%		%		%		%
Hija			1	16.6	1	33.3 %		
Madre	5	50 %	2	33.3			1	100 %
Esposa	2	20 %						
Trabajadora	3	30 %	3	50.3	2	66.3 %		
Total	10	100%	6	100 %	3	100 %	1	100 %

TABLA 12: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LOS ROLES DE VIDA

El rol de madre es el que más ha sido afectado tanto para las mujeres con mínima depresión, depresión moderada y depresión grave, y en segundo lugar el de trabajadora ya que como fue mencionado anteriormente estos factores se deberían a al rango de edad de las personas estudiadas.

También se pudo percibir que al ser afectado el rol de madre esto se vincula con la culpa al no poder seguir ocupándose diariamente de sus hijos como comúnmente lo hacían antes de estar internadas.

PREGUNTA 9 ¿Qué es lo que más le ha ayudado a superar este proceso?

Esta pregunta se encuentra relacionada con los diferentes tipos de apoyo social que pueden encontrar las pacientes en este proceso de tratamiento, por este motivo se ha indicado que pueden optar por tres opciones.

Debido a esto se tomará en cuenta las respuestas más repetitivas, las mismas que indican lo siguiente: familia, pareja, hijos y padres son los más frecuentes, y en un caso

especial una paciente supo indicar que el apoyo recibido de otras personas fue importante pero que el mayor soporte es el propio.

3.3.3 GUÍAS DE OBSERVACIÓN

Se ha desarrollado dos guías de observación, siendo el primer referente a los niveles de depresión y la segunda a las consecuencias de la quimioterapia- evolución de síntomas, tomando en cuenta en cada una de ellas los aspectos más relevantes según la bibliografía tratada en cada capítulo

- **GUÍA SOBRE NIVELES DE DEPRESIÓN**

Esta guía se encuentra dividida en 4 partes primordiales que permiten un acercamiento a los síntomas depresivos más recurrentes, teniendo como respuesta dos opciones: una afirmativa (si) y una negativa (no), también admitiendo expresar un corto análisis para aquellas que sean identificadas como afirmativas. A continuación, los criterios trabajados en este tipo de guía.

- **síntomas afectivos**

Síntomas	Mínima Depresión	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave
Tristeza	8	5	3	1
Ansiedad	6	3	3	

TABLA 13: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS AFECTIVOS

La tristeza es el síntoma afectivo más relevante en las mujeres de esta población, indicando que se encuentra en todos los casos, la ansiedad también se encuentra presente esto debido a la necesidad de la paciente por conocer si el tratamiento que está llevando a cabo va a tener resultados positivos o no.

Estos síntomas a pesar de ser producto del proceso normal de alguien que tiene cáncer, también se encontraban acompañados de humor bajo, apatía y llanto fácil en varios casos lo que determinaría un estado depresivo muy reconocible.

- **Síntomas cognitivos**

Síntomas	Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Interferencia arbitraria		(Nunca más voy a salir a trabajar porque es muy complicado), (no regresaré pronto a mi casa), (no saldré de esta enfermedad).		
Abstracción selectiva	(relaciona su enfermedad con la de su madre)			
Generalización excesiva	(todos los médicos de cierto lugar son malos), (Nunca más trabajare como antes)	(No puedo hacer nada porque me va a dar el síndrome de íes y manos)		(La quimioterapia es un tratamiento que mata) (con esto de la quimioterapia nunca se vuelve a ser el mismo)
Maximización o minimización				(Con esto he perdido la felicidad completamente)

TABLA 14: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS COGNITIVOS

Dentro de las distorsiones cognitivas encontradas en los diferentes grupos se ha identificado varias en generalización excesiva, interferencia arbitraria, abstracción selectiva y maximización o minimización. Las mismas que han sido las más evidentes durante los dos encuentros con cada paciente. A pesar que pudieron existir un mayor número de distorsiones cognitivas se consideró las que se presentaron con mayor claridad

y fueron repetidas durante varios momentos, ya que para identificar algunas otras se considera necesario un mayor número de encuentros.

Las pacientes que presentaron mínima depresión respecto a abstracción selectiva indican un tipo de pensamiento relacionado con vivencias anteriores, las que dejaron ideas muy claras sobre la enfermedad de cáncer y el proceso de tratamiento; respecto a generalización excesiva existe una experiencia personal al momento de enfrentarse al proceso de diagnóstico y por este motivo se generalizó a todos los médicos de un lugar en particular.

Las pacientes que presentaron depresión leve revelaron varias distorsiones cognitivas, en interferencia arbitraria indicaron que: el trabajo será complicado ya que con esta enfermedad es más difícil, adelantándose a un diagnóstico que no le permita salir del hospital debido a esta enfermedad; en generalización excesiva se indica que a través de un síntoma de pies y manos que fue producto del tratamiento quimioterapéutico del cual la paciente cree que generará problemas en cada actividad que realice.

Respecto a la paciente que presentó depresión grave se identificó, generalización excesiva ya que dijo que la quimioterapia es un tratamiento que mata y poniéndose énfasis en que la vida es complicada con la enfermedad; también respecto a maximización la paciente indicó que se siente triste y que no podrá volver a sentirse como antes.

A pesar que en el caso de depresión moderada no se identificó ninguna distorsión cognitiva se conoce que la paciente que tiene depresión grave presenta pensamiento está totalmente dirigido hacia la imposibilidad de cambiar su situación actual.

- **Síntomas conductuales**

Síntomas	Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Poca interacción social		3	1	
Cambio de conductas habituales	8	5	3	1
Lentitud de andar/hablar	8	5	3	1
Pérdida de interés en realizar actividades		2	2	1

Tabla 15: Relación entre el nivel de depresión y síntomas conductuales

Como se puede observar en el cuadro anterior existen mayor episodios en complicaciones en cambios de conductas habituales y lentitud al andar y hablar, las pacientes que se encuentran en proceso de quimioterapia en sí ya se encuentran cansadas por el medicamento sin embargo ellas indicaron que esto se encuentra ligado a la falta de ánimo para realizar inclusive actividades diarias, también respecto a pérdida de interés en realizar actividades se puede ver que a medida que aumenta la depresión es más frecuente este pensamiento.

- **Síntomas Físicos**

Síntomas	Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Falta de energía	8	4	3	1
Alteración en actividad psicomotora				1
Disminución de vitalidad	7	6	3	1
Tono de voz bajo	8	6	3	1
Facies triste		6	2	1
Llanto fácil	10	6	2	1

TABLA 16: RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS FÍSICOS

Las pacientes con mínima depresión presentan 4 síntomas físicos en la mayoría de casos, en quienes presentaron depresión leve son 5 los síntomas que está presentes en casi todas las mujeres, respecto a las personas que tienen depresión moderada también se presentan 5 síntomas de los cuales casi todos están presentes en todas y en quien presentó

depresión grave se identifican todos los síntomas físicos. A pesar que no hubo una cantidad de personas amplia en el tipo de depresión grave se puede reconocer con claridad que aquella mujer presentó todos los síntomas que se tomaron en cuenta en la tabla, por lo que se creería que mientras mayor depresión mayor síntomas físicos.

- **Guía - Consecuencia de la quimioterapia-evolución de síntomas**

En la siguiente guía de investigación se ha dividido la información en tres partes primordiales, las mismas que al igual que la anterior guía permiten dar como respuesta una afirmativa (si) y una negativa (no), de igual manera admitiendo un corto análisis para aquellas que sean identificadas como afirmativas. A continuación, los aspectos trabajados en esta guía.

- **Complicaciones físicas durante el tratamiento**

Síntomas	Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Problemas cardiacos	1	0	0	0
Problemas intestinales	1	3	2	1
Náuseas/vómitos	7	5	3	1
Hipersensibilidad	0	0	0	0
Otros	1	3	1	0

TABLA 17: RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y COMPLICACIONES DURANTE EL TRATAMIENTO

En las consecuencias durante el tratamiento de quimioterapia se encuentran complicaciones secundarias puntuales a través del tratamiento de quimioterapia las náuseas son los síntomas más recurrentes en la mayoría de pacientes, y los demás problemas se presentan en diferentes mujeres sin tener relevancia en el tipo de depresión, también se encuentran los problemas intestinales que se encuentran ligados al bajo peso y por esto debilidad física.

- **Distorsiones Cognitivas**

Síntomas	Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Abstracción selectiva	1	0	1	0
Pensamiento polarizado	1	0	0	1
Interpretación de pensamientos	0	0	2	0
Visión catastrófica	1	2	1	1
Personalización	0	0	0	0
Falacia de control	1	0	0	0
Razonamiento emocional	1	1	0	1
Culpabilidad	3	1	3	1
Deberías	0	0	1	0
Falacia de recompensa divina	2	1	0	0

TABLA 18: RELACIÓN ENTRE NIVEL DE DEPRESIÓN Y DISTORSIONES COGNITIVAS

Las personas que tienen mínima depresión presentaron este tipo de distorsiones: abstracción selectiva manifestando que estar sin cabello es horrible y nunca se les va a ver igual; pensamiento polarizado indicando que la enfermedad actual nunca va permitirle ser la misma persona; de acuerdo a visión catastrófica que el cáncer es una enfermedad catastrófica que no se puede curar; falacia de control que quien esta enfermedad no puede controlar a sus hijos y se le dificulta estar con ellos; razonamiento emocional diciendo que indica que el estado de ánimo va a ayudarle a salir adelante; quienes presentaron culpabilidad indicaron que por su falta no pueden ser la misma y cuidar a sus hijos; también se manifestó la falacia de recompensa divina indicando que Dios las va a curar.

Las pacientes que tienen depresión leve presentaron visión catastrófica indicando que no van a salir del cáncer y que se quedarán por mucho tiempo en el hospital; las personas que presentaron razonamiento emocional mostraron que la forma en cómo se sienta va a determinar el mejoramiento; respecto a la culpabilidad indicaron que se debe a la falta de tiempo para cuidarle a los hijos; también se encontró falacia de recompensa divina diciendo que Dios tiene un propósito por eso se encuentra enferma.

Aquellas que informaron que tienen depresión moderada presentaron abstracción selectiva enfatizando su importancia sobre el rechazo de su hija; interpretación de pensamientos diciendo que el esposo está cambiando por culpa de su situación, que la hija no está junto a ella por culpa de su enfermedad y eso le hace sentirse rechazada; en visión catastrófica indicando que en el futuro las cosas continuaran igual, no saldrá de la enfermedad.

La persona con depresión grave presentó pensamiento polarizado diciendo que la quimioterapia ha matado a muchas personas; visión catastrófica diciendo que nunca se va a mejorar de esta enfermedad; razonamiento emocional diciendo que con esta enfermedad el estado de ánimo cambia en todas las personas y culpabilidad diciendo que no les da atención a sus hijos y por eso se siente mal.

Tanto las personas con mínima depresión que las que presentan depresión grave presentan un número similar de distorsiones cognitivas.

- **Manifestaciones del duelo según teoría de la doctora Kübler Ross**

Síntomas	Mínima depresión	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave
Negación	0	1	0	0
Ira	1	1	0	0
Negociación	1	0	2	0
Depresión	5	4	1	1
Aceptación	3	0	0	0

TABLA 19: RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y MANIFESTACIONES DEL DUELO

De acuerdo los datos obtenidos durante la observación se identificaron a 11 pacientes en etapa de depresión, 3 en etapa de negación y 3 en aceptación, 2 con ira y 1 en etapa de negación.

Respecto al tipo de depresión solamente las pacientes con mínima depresión presentaron aceptación. En la relación existente entre el tipo de depresión y etapa de depresión según las manifestaciones del duelo se considera que no existe una relación concreta entre las dos. Por lo tanto, los aspectos de cada grupo de personas dependerán del momento de tratamiento y caso en particular.

- **Cuadro comparativo entre el nivel de depresión y varios factores asociados al tratamiento quimioterapéutico**

Con la finalidad de conocer de forma cuantitativa y cualitativa cuáles han sido las complicaciones encontradas acorde a cada nivel de depresión a través de los varios instrumentos utilizados se muestra una tabla comparativa entre el nivel de depresión y la presencia de complicaciones durante el tratamiento de quimioterapia.

En la cual consta el número de pacientes que presentaron los diferentes niveles de depresión, de la misma manera se procederá a distinguir entre complicaciones físicas, psicológicas y sociales; determinando en cada una de ella los aspectos más relevantes trabajados durante el desarrollo de esta investigación.

Número de pacientes	Nivel de depresión	Complicaciones Físicas				Complicaciones psicológicas																							Complicaciones sociales
		Alopecia	Problemas intestinales	Náuseas	Otros	Cognitivas													Afectivos		Roles				Conductuales			Poca interacción social	
						Abstracción selectiva	Generalización excesiva	Pensamiento polarizado	Visión catastrófica	Falacia de control	Razonamiento emocional	Falacia de recompensa divina	Interferencia arbitraria	Interpretación pensamientos	Culpabilidad	Debertas	Maximización	Tristeza	Ansiedad	Hija	Madre	Esposa	Trabajadora	Cambio de conductuales habituales	Lentitud al hablar	Llanto fácil	Pérdida de interés en realizar actividades		
10	Mínima depresión	5	2	2	1	1	1	1	1	1	2	0	0	1	0	0	8	6	0	5	2	3	8	8	10	0	0		
6	Depresión Leve	1	3	2	3	1	1	0	2	0	1	1	3	0	1	0	0	5	3	1	2	0	3	5	5	6	2	3	
3	Depresión moderada	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3	1	0	3	3	1	0	0	2	3	3	2	2	1	
1	Depresión grave	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	

TABLA 20: CUADRO COMPARATIVO ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y VARIOS FACTORES ASOCIADOS AL TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO

Respecto a las complicaciones que presentaron las pacientes con mínima depresión se puede identificar que existe un mayor número de pacientes con problemas en el aspecto conductual; las dificultades como llanto fácil, tristeza, ansiedad, cambios en conductas habituales, lentitud al hablar y alopecia son las que presentan la mayoría de pacientes.

Las pacientes con depresión leve presentaron mayores complicaciones en el aspecto conductual y afectivo; siendo llanto fácil, lentitud al hablar, cambio de conductas habituales, tristeza, ansiedad, poca interacción social, interferencia arbitraria, problemas intestinales y en el rol de trabajadora las más incidentes en este grupo de mujeres.

Las pacientes con depresión moderada presentaron mayor complicación en el aspecto conductual y afectivo, siendo cambio en conductas habituales, lentitud al hablar, tristeza, ansiedad, culpabilidad, interpretación de pensamientos, llanto fácil y pérdida de interés en realizar actividades, las complicaciones más repetitivas entre las pacientes de este grupo.

La paciente con depresión grave presentó mayor dificultad en el aspecto cognitivo y conductual; entre las complicaciones que se presentaron esta pérdida de peso, generalización excesiva, pensamiento polarizado, visión catastrófica, razonamiento emocional, culpabilidad, maximización, tristeza, cambio de conductas habituales, lentitud al hablar, llanto fácil, pérdida de interés en realizar actividades.

Es importante reconocer que varias de las complicaciones conductuales como cambio de conductas habituales y lentitud al hablar pueden estar siendo producto de los medicamentos que son administrados debido al tratamiento, también el hecho de cambiar los hábitos se debe al internamiento y el tiempo que debe ser empleado para mejorar su estado de salud, por este motivo la gran incidencia en este tipo de dificultades.

Respecto a la incidencia directa del nivel de depresión en las complicaciones durante el proceso de quimioterapia en estas mujeres se puede indicar que las dificultades halladas en los cuatro grupos son similares, la diferencia está en que nivel de respuesta se vuelva más compleja de desarrollar acorde aumenta el nivel de depresión, inclusive se crea otro tipo de complicación como es la pérdida de peso que se presenta en la paciente con depresión grave y esta situación incide en los demás aspectos de este tratamiento.

De esta manera en este capítulo se ha recopilado una serie de datos y manifestaciones de cada una de las pacientes las mismas que han sido agrupadas acorde el nivel de depresión, buscando una cercanía con las complicaciones que presentaron durante el tratamiento quimioterapéutico, por lo que se ha recabado la información necesaria para el trabajo de esta investigación conociendo que cada aspecto trabajado ha sido de gran importancia para el conociendo del proceso que viven las pacientes.

3.4 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo con los fundamentos encontrados a través de los datos anteriores se puede decir que existe una relación entre el tratamiento quimioterapéutico y depresión, esto debido a que las pacientes dijeron sentir miedo, ansiedad, anhedonia, preocupación, apatía, cansancio extremo y malestar ante un método como este, lo que lleva a considerarlo impactante para quien lo vive, inclusive llevando a considerarlo como violento, indicando que esto se debe a las experiencias vividas durante este tiempo, a más de esto mediante el inventario de depresión aplicado a las pacientes los resultados indican que existe mayor dificultad en temas referentes a toma de decisiones, aspecto físico, trabajo, trastorno del sueño, trastornos alimenticios, pérdida de peso, preocupación por ideas recurrentes y temas sobre sexualidad.. (Vaikava, 2010)

Respecto al tipo de depresión y los pensamientos distorsionados existe relación indicando que mientras más alto el nivel de depresión mayor dificultad para trabajar sus errores cognitivos, llevando a errores sistemáticos que sean más complicados de elaborar, sin embargo el número de distorsiones cognitivas es relativo al número de personas en cada grupo más no va aumentando acorde el nivel de depresión. De acuerdo a la frecuencia con la que se presentaran las distorsiones cognitivas tenemos a generalización excesiva, visión catastrófica, razonamiento emocional, y culpabilidad en la mayoría de los tipos de depresión. (Beck , Rush, Shaw, & Emery , 2002, pág. 19).

También el tratamiento quimioterapéutico y síntomas de tristeza son relacionables indicando que 17 de 20 mujeres resultaron con sentimientos de tristeza, según la investigación los momentos de mayor abatimiento se encontraron en los primeros encuentros con la quimioterapia,

indicando que se debía al cambio y miedo continuo de no mejorar, no obstante este síntoma va disminuyendo a medida que avanza el proceso y la persona se adapta al tratamiento (Vaikava, 2010).

Los síntomas secundarios como alopecia, náuseas y problemas intestinales con relación al tipo de depresión no mostraron una correlación significativa en el análisis de datos sin embargo náuseas y alopecia son los más relevantes y recurrentes en el segundo ciclo de quimioterapia, aumentando el impacto de la enfermedad.

Respecto al tema de sexualidad femenina en esta etapa de la vida tiene gran importancia y esto es fundamental para su desarrollo, en el estudio realizado se pudo conocer que aproximadamente el 85 % de las pacientes indicaron sentirse preocupadas por este motivo ya que es un aspecto importante en su vida, esto aporta para que los síntomas de depresión se presenten con mayor frecuencia.

Respecto al tipo de depresión con relación a las etapas del duelo se identificó que existe relación entre la aceptación de su enfermedad en aquellas mujeres que presentaron mínima depresión frente a aquellas que tenían mayor depresión, las mismas que se encontraban en etapa de negociación y duelo.

CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo como propósito conocer la relación existente entre el nivel de depresión y las complicaciones de la quimioterapia, para lo cual se tomó información de 20 pacientes mujeres entre 25 y 40 años de edad que se encontraban, que se encuentran internadas en el Hospital, Sociedad de Lucha contra el Cáncer Núcleo de Quito (SOLCA), en el periodo mayo-noviembre 2015, entre los instrumentos de investigación estuvieron un Inventario de Depresión creado por el Doctor Aaron Beck, una entrevista semi estructurada referente al proceso de quimioterapia y dos guías de observación. Las cuales permiten tener como resultado lo siguiente:

1. Las pacientes oncológicas entre 25 y 40 años de edad pasan por momentos difíciles durante toda su enfermedad, lo que trae como consecuencias síntomas depresivos en mayor o menor grado, sin determinar en esta edad una característica específica que genere mayor nivel de depresión, sin embargo existen situaciones de gran importancia que son similares en este rango de edad, este estudio reveló que el hecho de ser madres de niños pequeños es un factor fundamental que crea mayor ansiedad, culpabilidad y temor ante la muerte, a más de esto el internamiento debido a la enfermedad de cáncer genera obstáculos para realizar actividades cotidianas y trabajar con normalidad por lo que se sienten invalidadas e impotentes como mujeres profesionales.

También como consecuencia de la aplicación del Inventario de Depresión se conoce que la mitad de las pacientes tienen mínima depresión lo que se considera normal y el resto de mujeres presentan depresión leve, moderada y grave, indicando que la depresión está presente en la enfermedad. Se considera que uno de los factores que pudieron influir en que no hubieron índices altos de depresión mayor corresponde a que se encuentran en proceso de tratamiento para una posible recuperación en la mayoría de casos, lo cual difiere de etapas como lo son el diagnóstico y la recidiva en las que las pacientes pueden estar expuestas a niveles de estrés mayor.

Por otra parte respecto a la interacción social, se conoce que el momento por el que atraviesa una mujer con cáncer en la edad adulta entre 25 y 40 años es complicado ya que una de las respuestas antes esta enfermedad es el tener que apartarse de su círculo social tanto en lo familiar, como en el área de trabajo, lo que produce mayor sentimiento de fracaso, al no poder realizar las actividades cotidianas como acudir al trabajo sin presentar mayor número de ausencias, acogerse a la jubilación por enfermedad e inclusive limitarse al cuidado del hogar debido a la falta de energía y recursos físicos.

2. El cáncer es una enfermedad que puede tener varias connotaciones dependiendo la situación en que cada persona se encuentre, para aquellas mujeres que están en tratamiento y han tenido experiencia propia sobre la enfermedad este es sinónimo de muerte, hospitalización, sobrevivencia y miedo entre los más nombrados, la enfermedad en sí ya es irritante por los cambios que provocan en su estabilidad física y emocional; más aún el proceso de quimioterapia,

referente a esto los resultados obtenidos indicaron que para las pacientes que ya pasaron por varios ciclos de quimioterapia esta resulta molesta, cansada, fuerte, intensa, triste, dolorosa, complicada y traumatizante entre las respuestas más populares; esto a pesar que el significado principal del tratamiento sea esperanzador.

Esto tomando en cuenta que las pacientes que fueron entrevistadas estaban en proceso de internamiento, a diferencia de aquellas mujeres que indicaron haber seguido anteriormente un proceso de tratamiento ambulatorio el cual comparado con el actual fue menos violento debido a que los cambios producidos en los aspectos físico, emocional y social fueron menores que cuando acudieron al hospital por horas y no tuvieron que someterse a un cambio tan profundo en su vida.

3. Las relaciones existentes entre depresión y las complicaciones de quimioterapia son varias, el cansancio y la falta de energía debido al tratamiento generan falta de interés en actividades fáciles de realizar provocando sentimiento de culpa, pérdida de autoestima e insatisfacción por no culminar las tareas con la misma complacencia que antes; los efectos secundarios como pérdida de peso, náuseas frecuentes y problemas intestinales hacen que la paciente parezca de mayor edad y por lo tanto se sienta menos atractiva y sienta tristeza al verse y más aún si existen consecuencias irreversibles como amputaciones o cirugías del aparato reproductor impidiendo desarrollar su vida en el aspecto sexual; la pérdida de memoria y concentración refuerzan el apareamiento de síntomas depresivos durante el proceso de tratamiento, así como el sentimiento de tristeza constante debido a que todos estos cambios

hacen más agudo el camino de quien tiene que pasar un proceso de internamiento como consecuencia de un ciclo quimioterapéutico.

4. El nivel de depresión y las complicaciones asociadas al tratamiento de quimioterapia con varios resultados indicaron lo siguiente: los síntomas físicos como falta de energía, disminución de vitalidad, cansancio, facies triste, llanto fácil aumenta acorde el nivel de depresión; el impacto del tratamiento que cada grupo refleja es diferente; por lo que se considera que existe una relación directa entre como capta la enfermedad una paciente con mínima depresión de aquella que tiene depresión grave, tanto sus respuestas emocionales como cognitivas son más complejas, por lo tanto se refuerza el nivel de depresión, también los síntomas conductuales son más visibles, si bien el tratamiento de quimioterapia trae consecuencias secundarias debido a los medicamentos acorde aumenta la depresión las pacientes vivencian las consecuencias de la quimioterapia con mayor intensidad.

Y finalmente se conoce que las pacientes con mínima depresión presentan varios síntomas que recurren con facilidad ante este proceso de su vida, lo cual debe ser tomado en cuenta con la misma importancia que aquellas pacientes que tienen depresión leve, moderada y grave ya que estos síntomas podrían agudizarse a medida que avanza este proceso y tengan que enfrentar situaciones de mayor complejidad.

RECOMENDACIONES

- Se considera importante crear en los/las pacientes estilos de vida saludables que permitan realizar una detección precoz de la enfermedad y si ya se ha dado un diagnóstico positivo asesorarse sobre los tipos de apoyo a los que pueden acudir, creando espacios que le permitan sentirse comprendido y apoyado.
- Se cree oportuno promocionar una difusión de talleres que contengan información sobre enfermedades vinculadas al cáncer como la depresión, cuyo objetivo sea dar pautas para reconocer un estado emocional normal a través de esta enfermedad y de un posible problema de trastorno que este impidiendo a las pacientes realizar sus actividades diarias con mayor normalidad.
- Se considera de gran importancia la planificación de actividades para los pacientes con cáncer las mismas que estén dirigidas a enseñar técnicas de relajación, respiración, autoestima, control de estímulos, entrenamiento en habilidades sociales y organización del tiempo, así como grupos de apoyo permitiendo a las pacientes expresar sus miedos, ansiedad y posibles dudas.
- También sería de gran relevancia generar encuentros con los cuidadores de quien padece esta enfermedad, brindado apoyo emocional ya que es fundamental trabajar en equipo para una mejoría más óptima del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos DSM 5*. Arlington: VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Española Contra el Cáncer aecc. (2011). *¿Que és la quimioterapia?* Madrid : Amador de los Ríos.
- Beck , A., Rush, J., Shaw, B., & Emery , G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión* . Bilbao : DESCLÉE DE BROUWER, S.A .
- Centro de Psicología Aaron Beck . (S/N). *Tratamiento Psicológico de la depresión*. Obtenido de <http://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/depresion.html>
- Cuadrado, D. (Marzo de 2010). *Las cinco etapas del cambio*. Obtenido de http://www.factorhumana.org/attachments_secure/article/420/c303_cincoetapas.pdf
- De Cáceres Zurita , M., Ruiz , M., Germá Llunch , J., & Busques , C. (2007). *Manual para el paciente oncológico y su familia*. Barcelona: Egraf, S.A.
- Desarrollo de la adultez*. (s.f.). Recuperado el Febrero de 2016, de <https://lenguajecomunicacionydesarrollohumano.wikispaces.com/file/view/Desarrollo+de+la+adultez.pdf>
- DeVita, Hellman , & Rosenberg´s. (2008). *Cancer Principles & Practice of Oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins .
- Etimología Latín. (2015).
- Gómez , C., Uribe, M., Hernandez , G., Rojas , A., & Santacruz , H. (2008). *Psiquiatría clínica. diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (3a ed.). Edit. Médica Panamericana.
- INFOCANCER. (27 de Marzo de 2013). *Tipos de cáncer- Cáncer de mama*. Obtenido de Factores de riesgo I: <http://www.infocancer.org.mx/factores-de-riesgo-i-con85i0.html>
- Instituto Nacional del Cáncer Argentina . (2014). *Manual de Enfermería Oncológica*. Buenos Aires: INC Julio A. Roca.
- Jesus, S. (2011). *50 AÑOS DE LOS INVENTARIOS DE DEPRESIÓN DE BECK: CONSEJOS PARA LA UTILIZACIÓN DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL BD II EN LA*

- PRÁCTICA CLINICA*. Obtenido de <http://www.pearsonpsychcorp.es/Portals/0/DocProductos/13714632902.pdf>
- Londoño Nora, Z. j. (2007). *Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional*. Medellín-Colombia: Universidad CES, Medellín.
- Ministerio de la Federación Europea de Asociación de Psicólogos. (Enero de S/A). *Evaluación del inventario BDI II*. Obtenido de <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Montesinos, L. (2007). *SOS Tengo cáncer y una vida por delante*. Madrid- España: Lavel, S. A.
- Nelson, B. (Julio-Diciembre de 2005). *El Desarrollo psicosocial de Eric Erickson* . Obtenido de El Diagrama epigenético del adulto : <http://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- OMS. (2015). *Cancer*. Recuperado el Octubre de 2015, de Datos y cifras sobre el cáncer: <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- OMS. (2015). *Temas de Salud*. Recuperado el Octubre de 2015, de Depresión: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Pérez Álvarez , M., & García Montes , J. (2001). *TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES PARA LA DEPRESIÓN*. Obtenido de <http://www.psicothema.com/imprimir.asp?id=471>
- Psiquiatría y Salud Mental. (29 de Agosto de 2010). *Cancer y Depresión* . Obtenido de <https://www.xing.com/communities/posts/cancer-y-depresi-n-1002433165>
- Real Academia Española . (Octubre de 2014). *Diccionario de la lengua española* . Recuperado el Octubre de 2015, de http://buscon.rae.es/drae/?type=3&val=cancer%20&val_aux=&origen=REDRAE
- Salud Total . (16 de Abril de 2015). *El cáncer en Ecuador* . Recuperado el Octubre de 2015, de <http://www.vivesaludtotal.com/index.php/tipos-de-cancer/datos-estadisticos/30-oncocare/2014-06-19-21-50-38/423-el-cancer-en-el-ecuador>
- Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA. (2015). *SOLCA NÚCLEO DE QUITO*. Recuperado el Octubre de 2015, de EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER EN QUITO 2006-2010: <http://www.solcaquito.org.ec/index.php/inicio/quienes-somos>
- Sociedad Española de Oncología Médica . (2007). *Manual para el paciente oncológico y su familia* . Barcelona : Egraf, S.A.
- Sociedad Española de Oncología Médica SEOM . (2013). *Te acompañamos a un viaje por la quimioterapia* . Madrid: MSD Salud.

Universidad Complutense de Madrid. (S/A). *CRITERIOS Y BAREMOS PARA INTERPRETAR LAS PUNTUACIONES EN LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DEL "INVENTARIO DE DEPRESIÓN BDI II"*. Recuperado el 2016, de <http://www.pearsonpsychcorp.es/Portals/0/DocProductos/13714632903.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

F34.8 Trastorno de desregulación perturbador de ánimo

Trastorno de depresión mayor

Episodio único

F32.0 Leve

F32.1 Moderado

F32.2 Grave

F32.3 Con características psicóticas

F33.41 En remisión parcial

F33.42 En remisión total

F33.9 No especificar

F34.1 Trastornos depresivo

N94.3 Trastorno disfórico premenstrual

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

F06.31 Con características depresivas

F06.32 Con episodio de tipo de depresión mayor

F06.34 Con características mixtas

F32.8 Otro trastorno depresivo especificado

F32.9 Trastorno depresivo no especificado

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, págs. xvi, xvii)

Trastorno depresivo debido a otra afección médica

- A. Un periodo importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predominantes en el cuadro clínico. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pág. 116)

- B. Existe pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pág. 116)

- C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental. (p. ej... trastorno de adaptación, con estados de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave). (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, pág. 116)

ANEXO 2

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Lea con atención cada uno de ellos. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante LA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY.

Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección

1)

- No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2)

- No me siento especialmente desanimado de cara al futuro
- Me siento desanimado de cara al futuro
- Siento que no hay nada por lo que luchar
- El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3)

- No me siento como un fracasado
- He fracasado más que la mayoría de las personas
- Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
- Soy un fracaso total como persona

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes
- No disfruto de las cosas tanto como antes
- Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas
- Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo

5)

- No me siento especialmente culpable
- Me siento culpable en bastantes ocasiones
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
- Me siento culpable constantemente

6)

- No creo que esté siendo castigado
- Siento que quizá esté siendo castigado
- Espero ser castigado
- Siento que estoy siendo castigado

7)

- No estoy descontento de mí mismo
- Estoy descontento de mí mismo
- Estoy a disgusto conmigo mismo
- Me detesto

8)

- No me considero peor que cualquier otro
- Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores
- Continuamente me culpo por mis faltas
- Me culpo por todo lo malo que sucede

9)

- No tengo ningún pensamiento de suicidio
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré
- Desearía poner fin a mi vida
- Me suicidaría si tuviese oportunidad

10)

- No lloro más de lo normal
- Ahora lloro más que antes
- Lloro continuamente
- No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga

11)

- No estoy especialmente irritado
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes
- Me siento irritado continuamente
- Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban

12)

- No he perdido el interés por los demás
- Estoy menos interesado en los demás que antes

He perdido gran parte del interés por los demás

He perdido todo el interés por los demás

13)

Tomo mis propias decisiones igual que antes

Evito tomar decisiones más que antes

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes

Me es imposible tomar decisiones

14)

No creo tener peor aspecto que antes

Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo

Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo

Creo que tengo un aspecto horrible

15)

Trabajo igual que antes

Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo

Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo

Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea

16)

Duermo tan bien como siempre

No duermo tan bien como antes

Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir

Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir

17)

No me siento más cansado de lo normal

Me canso más que antes

Me canso en cuanto hago cualquier cosa

Estoy demasiado cansado para hacer nada

18)

Mi apetito no ha disminuido

No tengo tan buen apetito como antes

Ahora tengo mucho menos apetito

He perdido completamente el apetito

19)

- No he perdido peso últimamente
- He perdido más de 2 kilos
- He perdido más de 4 kilos
- He perdido más de 7 kilos

20)

- No estoy preocupado por mi salud
- Me preocupan los problemas físicos como dolores, etc.; el malestar de estómago o los catarros
- Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otra cosa
- Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otra cosa

21)

- No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo
- La relación sexual me atrae menos que antes
- Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes
- He perdido totalmente el interés sexual

(Beck , Rush, Shaw, & Emery , 2002)

ANEXO 3

Quito, 06 de agosto del 2015

Sr.

Dr. Ramiro Hidalgo Rojas

DIRECTOR MÉDICO DE SOLCA NÚCLEO DE QUITO

Presente.

Yo, Alexandra Mishel Negrete Ortiz, con C.I. 1716253446, egresada de la Universidad Católica del Ecuador de la Facultad de Psicología, especialidad Clínica, solicito a usted muy comedidamente me permita realizar las encuestas y aplicar una prueba psicométrica a 20 pacientes mujeres que se encuentren recibiendo quimioterapia, como sustento para a investigación de mi tesis de pre grado.

Por la favorable atención a la presente y apoyo a la investigación en beneficio de la población, agradezco mis más sinceros agradecimientos.

Nota: adjunto documentos de respaldo.

Atentamente

Mishel Negrete

ANEXO 4

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICAS

Revisión de historia clínica

Paciente:.....

Fecha:.....

Edad de la paciente:

Tipo de cáncer:.....

Estadio del cáncer:.....

Cirugías:

Numero de sesión quimioterapéutica:

Complicaciones	Intensidad

Observaciones:

ANEXO 5

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICAS

NIVELES DE DEPRESIÓN

Guía de observación

Paciente:

Fecha:

CRITERIO/COMPORTAMIENTO OBSERVABLE	SI	NO	Análisis
Síntomas afectivos			
Alegría			
Tristeza			
Ansiedad			
Labilidad afectiva			
Síntomas cognitivos			
Interferencia arbitraria: “se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.” (Beck et al. 2012; 21)			
Abstracción selectiva: “consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a este fragmento.” (Beck et al. 2012; 22)			
Generalización excesiva: “se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.” (Beck et al. 2012; 22)			
Maximización o minimización: “quedan reflejadas los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, errores de tal calibre que constituyen una distorsión.” (Beck et al. 2012; 22)			

Personalización: “se refiere a la tendencia y la facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.” (Beck et al. 2012; 22)			
Pensamiento absolutista, dicotómico: “se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias, según una o dos categorías opuestas.” (Beck et al. 2012; 22)			
Síntomas conductuales			
Poca interacción social			
Cambio de conductas habituales			
Lentitud al andar/hablar			
Pérdida de interés en realizar actividades			
Síntomas físicos			
Falta de energía			
Alteraciones en la actividad psicomotora			
Disminución de vitalidad			
Tono de voz bajo			
Facies triste			
Llanto fácil			
Agitación motora			

ANEXO 6

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICAS

CONSECUENCIAS DE LA QUIMIOTERAPIA-EVOLUCIÓN DE SÍNTOMAS

Guía de observación

Paciente:.....

Fecha:

CRITERIO/COMPORTAMIENTO OBSERVABLE	Si	No	Análisis
Complicaciones durante el tratamiento			
Problemas cardíacos			
Problemas intestinales			
Náuseas/vómitos			
Hipersensibilidad			
Otros			
Distorsiones cognitivas			
Abstracción selectiva: “selección en forma de túnel, de un solo aspecto de una situación.” (Londoño Nora, 2007)			
Pensamiento polarizado: “valoración de los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta aspectos intermedios.” (Londoño Nora, 2007)			
Interpretación de pensamientos: “se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás.” (Londoño Nora, 2007)			
Visión catastrófica: “adelantar acontecimientos de modo			

catastrófico para los intereses personales.” (Londoño Nora, 2007)			
Personalización: “hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo.” (Londoño Nora, 2007)			
Falacia de control: “creerse responsables de todo lo que ocurre a su alrededor o bien en el otro extremo se ven impotentes y sin que tengan ningún control sobre acontecimientos de su vida.” (Londoño Nora, 2007)			
Razonamiento emocional: “consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente.” (Londoño Nora, 2007)			
Culpabilidad: “consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a uno mismo o los demás, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen al desarrollo de los acontecimientos.” (Londoño Nora, 2007)			
Deberías: “consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes de sobre como tienen que suceder las cosas.” (Londoño Nora, 2007)			
Falacia de recompensa divina: “consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejoraría mágicamente en el futuro.” (Londoño Nora, 2007)			
Manifestaciones del duelo según Kübler-Ross que han sido identificadas			
Negación			
Ira			
Negociación			
Duelo			
Aceptación o rechazo			

ANEXO 7

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPRESIÓN Y LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICAS

ENTREVISTA A PACIENTES QUE ACUDEN A TRATAMIENTO QUIMIOTERAPÉUTICO EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DE SOLCA

PACIENTE:.....

FECHA:.....

EDAD:.....

1. ¿Qué es lo primero que piensa cuando le nombran la palabra “cáncer”?

2. ¿Qué es lo primero que piensa cuando le nombran la palabra “quimioterapia”?

3. ¿Cómo se ha sentido durante el tratamiento quimioterapéutico?

4. ¿Qué tan violento considera al tratamiento quimioterapéutico?

Poco violento ()

Bastante violento ()

Sumamente violento ()

Totalmente violento ()

¿Por qué motivo lo considera de esa manera?

5. ¿Considera que el tratamiento quimioterapéutico ha afectado en su estado de ánimo? , ¿de qué manera?

6. ¿En qué momento del tratamiento quimioterapéutico ha sentido mayor tristeza?

7. ¿Qué síntoma del tratamiento quimioterapéutico cree que ha sido el que más la ha afectado?

- Alopecia (caída del cabello) ()
- Problemas cardiacos ()
- Problemas intestinales ()
- Náuseas/vómitos ()
- Hipersensibilidad ()
- Otro (_____)

¿De qué manera?

8. ¿Dentro de los roles que ha ocupado en su vida cuál considera que ha sido el que más afectado durante el proceso de quimioterapia?

- Hija ()
- Madre ()

Esposa ()

Trabajadora ()

¿Indique por qué?

9. ¿Qué es lo que más le ha ayudado a superar este proceso? Puede marcar tres de las siguientes opciones:

Familia ()

Pareja ()

Hijos ()

Amigos ()

Trabajo ()

Estudios ()

Ocupaciones diarias ()

Acompañamiento psicológico ()

Otros (_____)

¿Indique por qué?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de este consentimiento informado es proporcionar a las participantes, información adecuada sobre esta investigación, así como su intervención y aporte en la misma.

La autora de la presente investigación es Alexandra Mishel Negrete Ortiz, egresada de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de la Facultad de Psicología, Especialidad Clínica. El objetivo de este estudio es comparar la relación entre el nivel de depresión y las complicaciones asociadas al tratamiento de quimioterapia en pacientes oncológicos, estudio que se realizará a 20 pacientes mujeres de 25 a 40 años que se encuentran actualmente en tratamiento quimioterapéutico en el Hospital Oncológico Solca Núcleo de Quito.

Si usted accede a participar en este estudio, se le solicitará responder preguntas sobre una entrevista semi-estructurada, a más de la aplicación de un test pertinente al tema. El tiempo que se empleará será aproximadamente 80 minutos, lo cual podrá ser dividido en dos sesiones de 40 minutos cada una.

La participación de este estudio es voluntaria. La información que se recopile es totalmente confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los propuestos en esta investigación. Sus respuestas a las pruebas y a la entrevista serán codificadas utilizando un número de identificación para cada paciente y por lo tanto serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto de investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, si por algún motivo no podría continuar con su aporte no será perjudicada de ninguna manera. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda tiene total libertad de no contestarla.

Desde ya le agradezco su valiosa participación y aporte a la investigación en pro y bienestar de la salud en la comunidad.

Yo, _____ con CI. _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____.

He sido informada de que el objetivo de este estudio es

_____.

Me han indicado también que tengo que responder preguntas correspondientes a una entrevista semi-estructurada y a la aplicación de un test pertinente a la investigación, lo cual tomará un total de _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea durante esta investigación es totalmente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. También tengo entendido que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en

cualquier momento y que puedo retirarme del mismo si así lo decido, sin que esto cause perjuicio alguno a mi persona.

Entiendo que una copia de este consentimiento informado me será entregado, y que puedo solicitar información sobre los resultados de este estudio cuando este haya concluido. Para esto, puedo contactar a _____ al teléfono_____.

Nombre de la participante

Firma del participante

Fecha