

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS
QUE PERMANECEN HOSPITALIZADOS Y SU RELACIÓN CON LOS
ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE LA
ENFERMEDAD, EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DE “SOLCA”
NÚCLEO QUITO – ECUADOR, OCTUBRE – NOVIEMBRE DE 2011”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

DANIEL FERNANDO DEL PINO MURIEL

DIRECTOR: DR. FRANCISCO CORNEJO

QUITO, 2012



Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Facultad de Medicina

Av. 12 de Octubre 1076 y Roca
Apartado postal 17-01-2184
Fax: 2509-584
Telf: 2509-582
Quito - Ecuador

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo, Daniel Fernando Del Pino Muriel C.I. 171575884-1, autor del trabajo de graduación intitulado: **“Prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con los aspectos socio-demográficos y clínicos de la enfermedad, en el Hospital Oncológico de “SOLCA” Núcleo Quito-Ecuador, octubre-noviembre de 2011”**, previa a la obtención del título profesional de Médico/a Cirujano/a en la Facultad de **Medicina**:

- 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, 17 de enero de 2012

Daniel Fernando Del Pino Muriel
C.I. 171575884-1

AGRADECIMIENTO

Agradezco a *Jorge, Eugenia y Santiago*, por ser parte de mi vida y estar junto conmigo, al brindarme todo su amor y apoyo. De la misma manera a *Jorge y Sergio*.

Un agradecimiento especial al *General Solón Espinosa Ayala* (Presidente de SOLCA); y, al *Hospital Oncológico de SOLCA Núcleo de Quito*, quienes me brindaron la oportunidad y las facilidades para realizar la presente investigación.

Al *Doctor Francisco Cornejo*, médico Psiquiatra, Director de Tesis, quien con su conocimiento me oriento para desarrollar esta investigación.

Al Departamento de Psiquiatría de SOLCA, a través del *Doctor José Mosquera*, médico Psiquiatra de la institución, quien me brindó las facilidades, coordinación y orientación necesarias para obtener la vinculación con los pacientes y lograr los objetivos previstos.

De la misma manera a todas las personas, médicos, familiares y amigos que me brindaron su apoyo en el transcurso del desarrollo del presente estudio.

Lovin' is what I got

Bradley Nowell

INDICE

<u>CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.</u>	9
<u>CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.</u>	11
I.- REACCIONES PSICOLÓGICAS MÁS FRECUENTES ANTE EL CÁNCER.	
1.- Proceso de adaptación normal.	11
2.- Reacciones al diagnóstico de Cáncer.	12
2.-1 Problemas emocionales y sociales.	13
2.-2 Vulnerabilidad psicológica y apoyo emocional /social.	13
2.-3 Aspectos psicológicos.	14
2.-4 Concepto de sí mismo.	15
2.-5 Problemas físicos.	15
2.-6 Necesidades financieras.	16
2.-7 El final de la vida.	16
3.- Respuestas normales encontradas a las crisis provocadas por Cáncer.	17
3.-1 Fase I: Respuesta inicial.	17
3.-2 Fase II: Disforia.	18
3.-3 Fase III: Adaptación a largo plazo.	19
4.- Factores generales que influyen en la adaptación al Cáncer.	20
4.-1 Factores derivados de la sociedad.	20
4.-2 Factores derivados de los pacientes.	21
4.-3 Factores derivados de la enfermedad (Cáncer).	22
5.- Problemas psicológicos en la etapa de la enfermedad.	22
5.-1 Adaptación al tratamiento activo.	23
5.-2 Pos-tratamiento.	24
5.-3 Adaptación a los cuidados paliativos.	25
5.-4 Adaptación al ser un sobreviviente.	26
5.-5 Adaptación a un mayor riesgo de Cáncer.	26
II.- TRASTORNOS PSIQUIATRICOS ASOCIADOS A CÁNCER.	27
I.- Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en pacientes Oncológicos.	29
1.- Trastornos Adaptativos en pacientes Oncológicos.	31

1.-1 Prevalencia.	32
1.-2 Sintomatología.	32
1.-3 Etiología.	33
1.-4 Diagnóstico.	34
1.-5 Presentaciones clínicas de los Trastornos Adaptativos.	34
1.-6 Diagnostico diferencial.	35
2.- Trastornos de Ansiedad en paciente Oncológicos.	35
1.-1 Prevalencia.	36
1.-2 Síntomas.	36
1.-3 Causas de la Ansiedad en pacientes con Cáncer.	37
3.- Depresión en pacientes Oncológicos.	38
1.-1 Prevalencia de Depresión en pacientes Oncológicos	39
1.-2 Sintomatología.	41
1.-3 Factores de riesgo para Depresión en el Cáncer.	42
1.-4 Diagnostico de Depresión en pacientes Oncológicos.	42
1.-5 Suicidio en pacientes Oncológicos.	44
1.-6 Etiología de los Trastornos Afectivos.	46
1.-7 Tratamiento antidepressivo en pacientes Oncológicos.	47
A.- Tratamiento psicofarmacológico.	48
B.- Psicoterapia.	52
III. DETECCIÓN DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.	54
1. - Hospital Anxiety and Depression Scale “HADS”.	55
<u>CAPITULO III: METODOLOGIA.</u>	59
<u>CAPITULO IV: RESULTADOS.</u>	70
<u>CAPITULO V: DISCUSIÓN.</u>	96
<u>CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES.</u>	108
<u>CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES.</u>	111
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.</u>	113
<u>APÉNDICE.</u>	118
1.- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión “HADS”.	119
2.- Cuestionario socio demográfico.	120
3.- Instrucciones para los pacientes “HADS”.	121

4.- Declaración de consentimiento informado.	122
----------------------------------------------	-----

LISTA DE CUADROS

Cuadro No. 1 Respuestas normales encontradas a las crisis provocadas por Cáncer.	17
Cuadro No. 2 Sintomatología de los Trastornos Adaptativos.	33
Cuadro No. 3 Presentaciones clínicas de los Trastornos Adaptativo.	34
Cuadro No. 4 Sintomatología de los Trastornos de Ansiedad.	36
Cuadro No. 5 Causas de Ansiedad en pacientes con Cáncer.	37
Cuadro No. 6 Sintomatología Depresiva.	41
Cuadro No. 7 Factores de riesgo para Depresión en el Cáncer.	42
Cuadro No. 8 Factores de riesgo de suicidio en pacientes con Cáncer.	46
Cuadro No. 9 Antidepresivos comúnmente utilizados en pacientes Oncológicos.	52
Cuadro No. 10 Tipos de intervención y su impacto en los pacientes con Cáncer.	53
Cuadro No. 11 Herramientas de detección.	55

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1 Distribución de los tipos de Cáncer en la población general.	70
Gráfico No. 2 Distribución de los pacientes de la muestra en grupos en función de las puntuaciones de la sub-escala de Depresión de la escala "HADS".	77
Gráfico No. 3 Distribución de los pacientes oncológicos con apoyo familiar en relación con la escala "HADS" Depresión.	84
Gráfico No. 4 Distribución de los pacientes de la muestra en grupos en función de las puntuaciones de la Sub-escala de Ansiedad de la escala "HADS".	92

LISTA DE TABLAS

Tabla No. 1 Distribución de los pacientes de la muestra general según los aspectos clínicos de la enfermedad.	71
Tabla No. 2 Tabla de frecuencia: Edad de la muestra general.	71
Tabla No. 3 Distribución de los pacientes de la muestra general según los aspectos	

socio-demográficos.	72
Tabla No. 4 Distribución de los pacientes de la muestra general según el puntaje de la escala “HADS”-Depresión con las variables clínicas de le enfermedad.	74
Tabla No. 5 Distribución de los pacientes de la muestra general según el puntaje de la escala “HADS”-Depresión con las variables socio demográficos.	75
Tabla No. 6 Distribución de los pacientes Oncológicos con Depresión según las características clínicas de la enfermedad.	78
Tabla No. 7 Distribución de los pacientes Oncológicos con Depresión según los aspectos socio demográficos.	79
Tabla No. 8 Distribución de los pacientes con Depresión según el género y su relación con las variables clínicas de le enfermedad	81
Tabla No. 9 Distribución de los pacientes con Depresión según el género y su relación con las variables socio demográficas.	82
Tabla No. 10 Distribución de los pacientes con Depresión según presentan apoyo familiar y su relación con las variables clínicas de le enfermedad.	85
Tabla No. 11 Distribución de los pacientes con Depresión según presentan apoyo familiar y su relación con las variables socio demográficas.	86
Tabla No. 12 Distribución de los pacientes de la muestra general según el puntaje de la escala “HADS”-Ansiedad con las variables clínicas de le enfermedad.	89
Tabla No. 13 Distribución de los pacientes de la muestra general según el puntaje de la escala “HADS”-Ansiedad (Casos normales, Posibles casos y Casos ansiedad) con las variables clínicas socio demográficas.	90
Tabla No. 14 Distribución de los pacientes Oncológicos con Ansiedad según los aspectos clínicos.	93
Tabla No. 15 Distribución de los pacientes Oncológicos con Ansiedad según los aspectos socio demográficos.	94
Tabla No. 16 Distribución de los pacientes según el puntaje de la escala “HADS” y su relación entre la sub escala de Depresión y la sub escala de Ansiedad.	95

RESUMEN

OBJETIVOS: Determinar la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados en SOLCA Núcleo de Quito y su relación con características socio-demográficas y clínicas de la enfermedad.

MÉTODO: El estudio se llevo a cabo en el Hospital Oncológico de SOLCA Núcleo de Quito y se incluyo a 246 pacientes diagnosticados con cáncer que se encontraban hospitalizados, se empleó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión “HADS”, y un cuestionario socio-demográfico. El tipo de estudio fue analítico, transversal, de corte - prevalencia. Los datos fueron procesados a través del programa estadístico SPSS 19.0.

RESULTADOS: La prevalencia de depresión en la muestra de pacientes oncológicos fue de 17.1% y la de ansiedad del 22.4%. Existe una relación estadísticamente significativa entre ansiedad con depresión, así como; estadificación tumoral, apoyo familiar, y antecedentes patológicos psiquiátricos.

CONCLUSIONES: Se estima de gran importancia la intervención preventiva en todos los pacientes hospitalizados, a partir de protocolos en los que se indique la realización de un procedimiento de detección temprana, que favorezca la derivación inmediata al médico especialista. La prevalencia de depresión y ansiedad en la población de estudio se encuentra entre los parámetros de referencia, por lo cual no debe ser vista como efecto normal de la enfermedad y sin importancia. Los pacientes en estadio avanzados tienen más riesgo de desarrollo de depresión. El grado de apoyo familia/social, son un factor primordial en la adaptación satisfactoria, y un factor protector que evita el desarrollo de distress. La escala “HADS”, es una escala, confiable, válida y de fácil aplicación para ser utilizada como prueba de screening en pacientes oncológicos hospitalizados.

PALABRAS CLAVE: Cáncer; Depresión; Prevalencia; Psico-Oncología; Trastornos Mentales; HADS.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Determine the prevalence of depression in cancer patients who are hospitalized in SOLCA Núcleo de Quito, and its relation to socio-demographic and clinical characteristics of the disease.

METHOD: The study was conducted at the Hospital Cancer Center of SOLCA Núcleo de Quito, and included 246 patients diagnosed with cancer who were hospitalized, we used the Scale Hospital Anxiety and Depression "HADS" and a socio-demographic questionnaire . The present study was analytical, cross-cutting - prevalence. The data were processed through SPSS 19.0

RESULTS: The prevalence of depression and anxiety in the sample of cancer patients was 17.1% and 22.4% respectively and statistically significant relationship between anxiety with depression, as well as, tumor staging, family support, psychiatric and medical history.

CONCLUSIONS: Estimated major preventive interventions in all patients hospitalized from protocols that indicated the completion of a procedure for early protection, favoring immediate referral to a specialist. The prevalence of depression and anxiety in the study population is among the benchmarks, so it should not be seen as a normal effect of the disease and unimportant. Advanced stage patients are more likely to develop depression. The degree of family support / social, are a major factor in successful adaptation, and a protective factor that prevents the development of distress. Scale "HADS" is a scalable, reliable, valid and easily applicable for use as a screening test in hospitalized cancer patients.

KEY WORDS: Cancer; Depression; Prevalence; Psycho-Oncology; Mental Disorders; HADS.

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

El cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial y un grave problema de salud. En 2008, se estimaba 12,7 millones de casos diagnosticados y 7,6 millones de defunciones en todo el mundo. La carga global de cáncer crece a un ritmo alarmante, estimándose que para el año 2030 existirán 21,4 millones de nuevos casos. (*Cancer Facts & Figures 2011*) Más del 60% de las muertes se producen en países de bajos y medianos ingresos, muchos de los cuales carecen de recursos médicos y de sistemas de salud para apoyar la carga de la enfermedad. Más del 30% de los casos podrían evitarse, modificando o evitando factores de riesgo mediante la aplicación de estrategias de base científica destinadas a la prevención, detección temprana y tratamiento. (OMS).

En Ecuador, según el Registro Nacional de Tumores SOLCA/Quito, entre el año 2003 y 2005 se presentó alrededor de 8423 nuevos casos, la tasa de incidencia estandarizada ha crecido considerablemente, convirtiéndose en un grave problema de salud pública.

El cáncer afecta tanto a la persona que lo sufre, como a su familia, por el hecho de asociarlo a la muerte y a sufrimiento, lo que produce el desarrollo de malestar emocional (Distress) producido tanto por la enfermedad, como por los aspectos psicosociales que lo rodean. La adaptación psicosocial es un proceso ininterrumpido en el que el paciente procura manejar el sufrimiento emocional, trata de solucionar problemas específicos relacionados, obtener dominio y control de los acontecimientos de su vida en conexión con esta afección. Su adaptación no es una instancia aislada, sino

una serie de respuestas constantes para superar la crisis del convivir con la enfermedad.

(1)

El grado de sufrimiento varía desde la capacidad de adaptación, hasta el padecer trastornos psiquiátricos, siendo los Trastornos Adaptativos, Ansiosos y Depresivos los más comunes en la población oncológica. La prevalencia de depresión, oscila entre el 10 y 25%. ^{(1) (35)}.

Los trastornos depresivos influyen negativamente en la salud del paciente produciendo un sufrimiento que se manifiesta en el deterioro de la calidad de vida y una problemática evolución de la enfermedad. La depresión es una complicación muy frecuente, poco reconocida y tratada, que se debe en parte a la dificultad para realizar un diagnóstico diferencial, por la creencia de que el ánimo ansioso o depresivo es una reacción comprensible y esperada de la enfermedad, también por que el diagnóstico se torna difícil cuando los síntomas son similares a los de la enfermedad física, o a los efectos secundarios de los tratamientos antineoplásicos. Un correcto diagnóstico y tratamiento, mejoraría tanto la calidad de vida, como la satisfacción subjetiva y la adherencia al tratamiento.

Por lo expuesto y considerando la necesidad de detectar la magnitud del problema en nuestro medio; la importancia de una adecuada evaluación integral del paciente frente a la enfermedad; y, el reconocimiento oportuno del impacto psicosocial que conlleva el diagnóstico, sus tratamientos y consecuencias, justificó la realización del estudio.

CAPÍTULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

I.- REACCIONES PSICOLÓGICAS MÁS FRECUENTES ANTE EL CÁNCER

1.- PROCESO DE ADAPTACION NORMAL AL CÁNCER

La adaptación psicosocial al cáncer se ha definido como un proceso ininterrumpido en el que el paciente procura manejar el sufrimiento emocional, trata de solucionar problemas específicos relacionados con el cáncer y obtener el dominio o el control de los acontecimientos de su vida en conexión con esta afección. La adaptación no es una instancia aislada, sino una serie de respuestas constantes para superar la crisis del convivir con cáncer. ⁽¹⁾

Enfrentarse a la situación de padecer cáncer supone tener que manejar un gran número de circunstancias muy estresantes, los pacientes se enfrentan a múltiples retos que varían según el curso clínico de la enfermedad, (diagnóstico, tratamiento, pos-tratamiento, remisión, recidiva, atención paliativa, y supervivencia), de las circunstancias de cada paciente (connotaciones y significado que se confiere al cáncer, el grado de amenaza percibida, los rasgos de personalidad, experiencias previas a la enfermedad, aspectos culturales) los que influirá de manera importante en el curso de la enfermedad. ^(1,2)

El proceso de adaptación es dinámico y va cambiando en función de la fase de diagnóstico y enfermedad. ⁽²⁾ La adaptación normal o exitosa, reduce al mínimo los trastornos mentales asociados y regulan el sufrimiento emocional, por lo que, una adecuada adaptación permite que los pacientes continúen participando activamente de

los procesos que revisten de significado e importancia en sus vidas al emplear estrategias diseñadas para cumplir estos objetivos; mientras que, quienes no se adaptan adecuadamente serán más propensos a desarrollar trastornos psiquiátricos. ⁽¹⁾

2.- REACCIONES AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

El proceso de adaptación puede empezar antes del diagnóstico. Los pacientes normalmente responden con diferentes grados de miedo, ansiedad, preocupación e inquietud, cuando tienen síntomas inexplicables, o cuando se dan cuenta de que son sometidos a varias pruebas para determinar la enfermedad. Al escuchar el diagnóstico sus temores se tornan realidad. Nuestra sociedad evita pensar en la muerte, pero el primer pensamiento frente a un diagnóstico de cáncer es; “¿Puedo morir de esto?”. Con lo cual se genera una situación psicológica y existencial delicada. ⁽³⁾

Si el diagnóstico es definitivo, la persona busca todas las alternativas y, finalmente, opta por un tratamiento que sea consistente con sus propios valores y metas. Para algunos, la búsqueda del sentido de la vida ante esta situación puede resultar en la exploración religiosa, creencias espirituales o filosóficas que le dan un contexto en el que la amenaza a la vida y la posibilidad de la muerte puede ser más aceptada. ⁽³⁾

Las preocupaciones comunes pueden ser recordadas como cuatro D's: (Holland- Frei 2010) (3)

Death (with pain) - Muerte (con dolor)

Disability - Discapacidad

Dependence on others - Dependencia de otros,

Disfigurement (physical changes in body) - Desfiguración (cambios físicos en el cuerpo).

2.-1 PROBLEMAS EMOCIONALES Y SOCIALES

Las personas con cáncer experimentan una serie de dificultades emocionales y sociales. A menudo expresan episodios emocionales intensos que son parte de la gama normal de respuestas ante un evento estresante como; estar en un estado de shock, sentirse fuera de control, llanto, enojo, temor. Estas reacciones son comunes, y ocasionales, rara vez duran más de un día o dos, y no son indicativos de la presencia de algún tipo de trastorno.

Las personas varían sus respuestas emocionales dependiendo de las circunstancias que rodean el diagnóstico y tratamiento. El nivel individual de angustia varía con el tiempo. ^(4,5)

Existen una serie de obstáculos que los pacientes oncológicos presentan; estos se centran en la dificultad para discutir los problemas emocionales que exhiben, incluyendo el no tener las palabras adecuadas para describir cómo se sienten, el pensar que son una carga, la vergüenza de admitir los problemas al percibir que el médico es demasiado ocupado o desinteresado en él. ⁽⁴⁾ Los profesionales de la salud evitan la discusión del problema por temor a causar sufrimiento, daño o preocupación a los pacientes.

2.-2 VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA Y APOYO EMOCIONAL / SOCIAL

El grado de soporte y apoyo que una persona con cáncer recibe por parte de su familia ha sido identificado como un factor clave en la adaptación.

Varios estudios sugieren que una adaptación satisfactoria se ve reforzada cuando existe apoyo familiar o social, mientras que la crítica y la sobreprotección conduce al desarrollo de estados de ánimo negativos y estrés. No sólo depende del tipo de apoyo ofrecido, sino también de las cualidades de la relación. El nivel de estrés experimentado por los familiares, en especial por la pareja es comparable o mayor que el de los propios pacientes, situación que es por lo general menos evaluada y tratada. ⁽⁴⁾ EL apoyo social es un factor importante en la adaptación, sin embargo muchas personas se enfrentan a restricciones de las actividades sociales a causa de la enfermedad. La angustia psicológica experimentada y la falta de apoyo social se correlacionan con niveles más altos de depresión. ⁽⁵⁾

2.-3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Las personas con cáncer presentan una serie de eventos estresantes o problemas que con el tiempo pueden suponer diferentes demandas y dificultades, razón por lo cual necesitan de una adecuada evaluación y tratamiento especializado. ⁽⁵⁾ Además de los efectos negativos en el bienestar emocional, pueden plantear otros problemas específicos que tienen un fuerte impacto psicológico.

2.-4 CONCEPTO DE SÍ MISMO

El diagnóstico de cáncer y su tratamiento, puede tener un impacto significativo en el concepto de sí mismo, en la forma en que el paciente lo percibe y reacciona. Vivir con cáncer puede afectar el auto-concepto personal, social (percepción de cómo uno es visto por los demás), y auto-ideales (percepción de uno mismo con respecto a cómo uno es).⁽⁴⁾

La imagen corporal es un componente importante del concepto de sí mismo y consiste en la percepción/valoración del propio cuerpo, apariencia y funcionamiento. Los problemas complejos de imagen corporal a los que se enfrentan repercuten negativamente en la calidad de vida.⁽⁴⁾ La imagen corporal juega un papel clave en la sexualidad, puesto en manifiesto por los problemas sexuales reportados. Este hallazgo sugiere la necesidad de abordar los problemas de sexualidad, independientemente de la localización del cáncer. La proporción de pacientes que experimentan problemas sexuales después del diagnóstico y tratamiento varían entre un 10% a 88%.

2.-5 PROBLEMAS FÍSICOS

Las personas con cáncer experimentan una serie de enfermedades físicas, relacionadas con los síntomas de la enfermedad, efectos adversos del tratamiento que

afectan significativamente la calidad de vida y aumentar el riesgo de desarrollar niveles más graves de ansiedad y depresión. ⁽⁴⁾

2.-6 NECESIDADES FINANCIERAS

Durante las fases de la enfermedad, las personas tienen muchas preocupaciones y necesidades de información sobre aspectos esenciales, estos incluyen los costos de detección, procedimientos médicos, servicios de apoyo, prótesis, viajes, alojamiento etc. Además, muchos pueden afrontar una carga financiera resultante de la pérdida de los ingresos.

La preocupación por estos temas y la forma de acceder a información relevante puede influir en su tratamiento y bienestar. Los costos pueden variar, dependiendo de una serie de factores, incluyendo la elegibilidad para el cuidado de la salud, concesión de asistencia financiera, cobertura de seguros médicos privados, la decisión de ser tratado como paciente público o privado. ⁽⁴⁾

2.-7 EL FINAL DE LA VIDA

El cáncer avanzado tiene gran impacto en la calidad de vida del paciente y de su familia de muchas maneras, quienes deberán hacer frente al deterioro de la calidad de

vida e inminente muerte del paciente. También se enfrentan a problemas existenciales y espirituales, ya que llegan a un acuerdo con la muerte. ⁽⁴⁾

3.- RESPUESTAS NORMALES ENCONTRADAS A LAS CRISIS PROVOCADAS POR CÁNCER

Cuadro No. 1 Respuestas normales encontradas a las crisis provocadas por Cáncer.

<i>Fase</i>	<i>Síntomas</i>	<i>Intervalo de tiempo</i>
<i>Fase I: Respuesta inicial</i>	<i>Incredulidad o negación o la desesperación ("¿Lo sabía desde el principio").</i>	<i>Por lo general, menos de 1 semana.</i>
<i>Fase II: Disforia</i>	<i>Ansiedad, depresión, anorexia, insomnio, falta de concentración, incapacidad para funcionar normalmente.</i>	<i>Por lo general, de 1 a 2 semanas, pero varía.</i>
<i>Fase III: Adaptación</i>	<i>Acepta la validez de la información y empieza a tratar con las opciones disponibles. Encuentra razones para el optimismo y retoma sus actividades habituales.</i>	<i>Por lo general 2 semanas, pero la adaptación continúa durante meses, puede o no puede tener éxito.</i>

Origen: Holland-Frei, Cancer Medicine 8th Ed. (2010) (3)

3.-1 FASE I: RESPUESTA INICIAL

Consta de incredulidad, negación y conmoción por la veracidad de la noticia. Algunos pacientes intentarán probar que el diagnóstico no es cierto ("¿Está seguro que tiene los resultados correctos de la prueba?). La mayoría de los pacientes informarán sobre un período de incredulidad acompañado de incapacidad de procesar claramente la información. ⁽³⁾

Un nivel tan alto de sufrimiento puede resultar problemático porque muchas veces, inmediatamente después de informar el diagnóstico a un paciente los médicos describen las opciones de tratamiento. En estas circunstancias emocionales, muchos pacientes pueden ser incapaces de entender o recordar esta importante información. En consecuencia, la presencia de otras personas u otros medios para poder analizar la información puede ser extremadamente importante (por ejemplo, grabar la conversación sobre el plan de tratamiento o la realizar una segunda visita en una fecha posterior, especialmente para revisar el plan de tratamiento). A pesar de que hay muchas diferencias individuales, esta respuesta inicial habitualmente dura aproximadamente una semana en pacientes que se adaptan bien.⁽³⁾

3.-2 FASE II: DISFORIA

Consta de un período variable de tiempo (1 a 2 semanas) durante el cual el paciente acepta lentamente la realidad del diagnóstico. Durante este período, los pacientes generalmente empezarán a sentir un grado considerable de sufrimiento en forma de ansiedad, depresión, insomnio, anorexia, falta de concentración y varios grados de incapacidad para funcionar en sus actividades cotidianas. Los pensamientos molestos sobre la enfermedad y la muerte se presentan con mucha frecuencia y parecen ser incontrolables.⁽³⁾

A medida que se proporciona más información sobre las opciones de tratamiento, se procesa y entiende correctamente, empiezan a surgir sentimientos de esperanza y optimismo. En los pacientes recién diagnosticados que esperan una cirugía, pueden aumentar los niveles de sufrimiento. Durante este período, puede resultar beneficioso un apoyo profesional adicional para considerar problemas como la fatiga, insomnio y depresión.⁽³⁾

3.-3 FASE III: ADAPTACIÓN A LARGO PLAZO

Consta de un período prolongado de tiempo durante el cual aparece una adaptación más duradera y permanente. Este período se extiende durante semanas y meses, en el que los pacientes utilizan una variedad de estrategias y estilos de afrontamiento encaminados a resolver situaciones particulares relacionadas con la enfermedad.^(3,6)

Esta combinación de estilos para enfrentar la adversidad y las estrategias de adaptación a corto plazo, usualmente resultan útiles a las personas que hacen esfuerzos por adaptarse. No hay una manera única y mejor para enfrentar una situación difícil. Las diferencias individuales que las personas manifiestan cuando se enferman de cáncer dan lugar a estilos y estrategias variadas de afrontar las circunstancias.^(3,6)

4.- FACTORES GENERALES QUE INFLUYEN EN LA ADAPTACIÓN AL CÁNCER

Es importante reconocer los factores psicológicos y sociales que predicen una efectiva o ineficaz adaptación, lo que permite la identificación temprana de pacientes vulnerables. ⁽³⁾ Es difícil predecir la manera en que las personas harán frente a la enfermedad, por lo que es trascendente reconocer factores que influyen en la adaptación. Se ha determinado que la adaptación psicosocial es influido por tres categorías amplias de factores: derivados del cáncer, del paciente y derivados de la sociedad. ⁽¹⁾

4.-1 FACTORES DERIVADOS DE LA SOCIEDAD

Los factores derivados de la sociedad incluyen las opiniones de la sociedad general sobre el cáncer (estigmas), así como la influencia que tiene la sociedad en temas como disponibilidad de tratamientos, una discusión abierta en comparación con una discusión cerrada sobre la enfermedad y las creencias populares sobre su causa. Estos factores derivados de la sociedad están en constante evolución, ya que reflejan las actitudes hacia el cáncer y su tratamiento, así como la percepción y conocimiento de determinados tipos de cáncer. ^(1,3)

En la actualidad el paciente está mejor informado acerca del cáncer, opciones de tratamiento, generando una actitud positiva y mejor comunicación entre él y el médico. Además, los pacientes que han terminado el tratamiento son más cuidadosos y están en constantes controles médicos para detectar recurrencias. ⁽³⁾

4.-2 FACTORES DERIVADOS DE LOS PACIENTES

Los factores de adaptación derivados de los pacientes provienen de tres fuentes: Intra-personal (etapa de desarrollo y capacidad de afrontamiento), Interpersonal (apoyo social de otros), y la clase socioeconómica/social (recursos materiales disponibles). Existe una influencia de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico por las reacciones psicológicas del paciente. Aquellos diagnosticados en fases más avanzadas presentarán mayor malestar psicológico en el futuro, que los que han sido diagnosticados en fases menos avanzadas.^(1,3)

Los adultos jóvenes tienen más dificultades para afrontar el diagnóstico, experimentan sentimientos más negativos (enojo, depresión) que además se asocian a niveles elevados de dolor o fatiga, menores niveles de funcionamiento físico y cognitivo, que los pacientes mayores, probablemente debido a la sensación de "una vida para no ser vivida". Sin embargo, los síntomas de depresión menor o subsindrómica se ven a menudo en pacientes mayores con cáncer.⁽³⁾ Los pacientes que están en mayor riesgo para hacer frente a la enfermedad son los que presentan:

<i>Aislamiento social</i>	<i>Una edad más joven</i>
<i>Alcoholismo o historia de abuso de drogas</i>	<i>Bajo nivel socioeconómico</i>
<i>Las recientes pérdidas / duelo</i>	<i>Personalidad pesimista</i>
<i>Antecedentes previos</i>	<i>Ausencia de una filosofía de vida</i>
<i>Inflexibilidad y rigidez de hacer frente a la enfermedad</i>	<i>Pluralidad de obligaciones</i>

Origen: (Hudson 2003) (7)

El entorno social del paciente proporciona importantes recursos interpersonales. Una evidencia creciente sugiere el papel central que juega el apoyo social, tanto en el afrontamiento como en la supervivencia. Individuos aislados tienen más problemas para hacer frente a la enfermedad, y presentan mayor mortalidad. ⁽⁷⁾ Existe un gran impacto en la morbilidad en relación con las personas de escasos recursos socioeconómicos, por el limitado acceso a una atención adecuada, mala educación y la menor cantidad de recursos económicos que afectan la disponibilidad del tratamiento. ⁽³⁾

4.-3 FACTORES DERIVADOS DE LA ENFERMEDAD (CÁNCER)

Los factores derivados de la enfermedad son los hechos clínicos propios de la etapa; al momento del diagnóstico, la localización, la presencia de síntomas (especialmente dolor), pronóstico, tipo(s) de tratamiento requerido, efectos inmediatos y a largo plazo sobre la función, y la rehabilitación que se ofrecen. ^(1,3) El médico oncólogo que presenta una actitud sensible y empática, y su equipo de trabajo, son las principales fuentes de apoyo psicológico para el paciente y su familia.

5.- PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN LA ETAPA DE LA ENFERMEDAD

5.-1 ADAPTACIÓN AL TRATAMIENTO ACTIVO

El objetivo de la intervención psicosocial es apoyar la capacidad de enfrentar las demandas del tratamiento y los efectos secundarios, reducir la angustia, y ayudar a controlar los síntomas. ⁽³⁾ Durante la fase de tratamiento activo de la enfermedad, la adaptación de un paciente se centra primordialmente en hacer frente a los factores de tensión que trae consigo el tratamiento. Estos pueden incluir aprensión y temores sobre las siguientes situaciones: procedimientos dolorosos, efectos secundarios (pérdida de cabello, náuseas, vómitos, fatiga, dolor), y perturbaciones de la vida cotidiana. (Incluyen cambios en las funciones vitales (Ej. Dejar de ser el sostén de la familia y ya no poder trabajar)

Los pacientes que se adaptan bien pueden tolerar estos factores de tensión de corto plazo mediante un enfoque de beneficio en función del costo, por el cual ponderan las molestias de la pérdida a corto plazo contra los beneficios en términos de ganancias a largo plazo (Ej. aumento en la supervivencia) y concluyen, “Vale la pena”. ⁽¹⁾ Las preguntas que a menudo surgen durante el tratamiento activo incluyen las siguientes: ¿Sobreviviré a esto?, ¿Extirparán todo el cáncer?, ¿Qué efectos secundarios sufriré? A medida que surgen estas y otras preguntas, los pacientes utilizan estilos y estrategias para enfrentar la situación y adaptarse.

El objetivo del tratamiento anima a la mayoría de personas a tolerar el malestar temporal y los efectos secundarios de la cirugía, quimioterapia y la radiación, y adaptarse a los cambios físicos permanentes necesarios para lograr una cura. ⁽¹⁾

5.-2 POSTRATAMIENTO

Antes de finalizar el tratamiento, los pacientes esperan con expectativas y esperanzas positivas el poder volver a la normalidad. La finalización del tratamiento activo puede ser un momento de gran ambivalencia para los pacientes y sus familias. Sin embargo, de que éste puede ser un momento de celebración y alivio, también es un momento de acentuado sufrimiento y vulnerabilidad. Muchos pacientes presentan mayores niveles de ansiedad y preocupación relacionados con el miedo de recidiva y reducción del seguimiento médico, viviendo con incertidumbre y preocupaciones relacionadas con la salud. ⁽¹⁾

Los pacientes comienzan una secuencia de citas de seguimiento, la ansiedad y preocupaciones se intensifican a medida que se acercan las fechas para las visitas de evaluación. Se genera una ansiedad normal relacionada con inquietudes sobre una recidiva, siendo una experiencia angustiosa. ⁽³⁾ Quienes se adaptan bien tienen mayores probabilidades de sentirse cómodos expresando una gama amplia de emociones, tanto positivas como negativas. ⁽³⁾

Las estrategias para enfrentar situaciones difíciles enfocadas en las emociones incluyen las siguientes: Honestidad con las emociones propias, conciencia de los sentimientos propios, aceptación libre de prejuicios de los sentimientos propios, capacidad de expresar estos sentimientos a los otros, voluntad para abordar la tarea de hacer frente a estas emociones y disponibilidad de apoyo de otros que deseen escuchar y aceptar.

5.-3 ADAPTACIÓN A LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La transición a los cuidados paliativos es muy difícil para el paciente, la familia, y el oncólogo que a menudo ha trabajado y apoyado al paciente a través de arduos meses de tratamiento. ⁽¹⁾ La combinación de síntomas físicos, estrés psicológico y la crisis existencial ante la muerte que enfrenta el paciente constituyen el "sufrimiento" asociados con el cáncer avanzado. Los pacientes tienen un periodo de estrés al enterarse de que el objetivo terapéutico se ha desplazado de la cura al control de la enfermedad. Sin embargo, con el apoyo, la mayoría de los pacientes se adaptan muy bien a la meta modificada. ⁽³⁾ La adaptación normal puede incluir los siguientes aspectos: Períodos significativos de tristeza y llanto, sentimientos periódicos de rabia contra Dios o poder superior en el que se crea, períodos de retraimiento y aislamiento y pensamientos de darse por vencido.

No obstante, al igual que con el diagnóstico inicial, este sufrimiento es seguido por una adaptación gradual durante el transcurso de algunas semanas. Estas reacciones comunes no indican una psicopatología. ^(1,3) Durante la atención paliativa, los pacientes utilizarán estrategias para enfrentar situaciones difíciles y probablemente buscarán consuelo en la oración y prácticas religiosas, rituales, o creencias espirituales, para mantener la esperanza. La religión o la espiritualidad pueden proporcionar una estructura de fe que los ayuda a enfrentar la crisis. ⁽³⁾

5.-4 ADAPTACIÓN AL SER UN SOBREVIVIENTE

La mayoría de pacientes, se adaptan bien y algunos informan incluso de los beneficios de un diagnóstico de cáncer (Ej. mayor aprecio por la vida, fortalecimiento de las creencias espirituales o religiosas).⁽³⁾ Los pacientes que tienen una adaptación más precaria tienden a tener mayores problemas médicos, menos apoyo social, adaptación psicosocial premórbida más precaria y menos recursos económicos.⁽¹⁾

Los sobrevivientes por lo general experimentan temores persistentes de recurrencia y muerte (“Síndrome de Damocles”, síndrome descrito en las personas que han sobrevivido a un cáncer. Se caracteriza por la preocupación constante por la propia muerte junto con un sentimiento de fragilidad de la propia vida).⁽³⁾ Mayor sensación de inseguridad, de vulnerabilidad y baja autoestima, disminución de la sensación de control, recuerdos condicionados sobre la quimioterapia (olores, imágenes visuales) que producen ansiedad y náuseas. Síntomas similares a la tensión postraumática (como pensamientos persistentes molestos, imágenes recurrentes relacionadas con los tratamientos del cáncer, sentimientos de distanciamiento de otros). Preocupaciones sobre la imagen corporal y sexualidad. Muchos sobrevivientes presentan formas sutiles de discriminación.⁽³⁾

5.-5 ADAPTACIÓN A UN MAYOR RIESGO DE CÁNCER

Individuos sanos reconocen cada vez el riesgo de desarrollar un tipo particular de cáncer basado en la historia familiar. El impacto psicológico de este conocimiento

resulta en un número creciente de personas que están físicamente saludables, sino que constituyen los "preocupados": se debe tratar con el conocimiento de mayor riesgo a pesar de la buena salud. Algunos de ellos se perciben como "bombas de tiempo a pie."
(1,3)

III.- TRASTORNO PSIQUIATRICOS ASOCIADOS A CÁNCER

Una dimensión de calidad de vida es el bienestar psicológico de los pacientes, el cual puede verse afectado considerablemente por el diagnóstico de cáncer y el proceso terapéutico. Los pacientes, así como sus familiares se enfrentan a una serie de emociones negativas y experiencias, incluyendo el miedo a la muerte, la incertidumbre acerca de la naturaleza, evolución y pronóstico de la enfermedad. (*World cancer report 2008*)⁽⁸⁾

La sospecha y/o el diagnóstico de cáncer condiciona a los pacientes un significativo impacto psicológico asociado a diversos grados de sufrimiento emocional, en el sentido de que prácticamente todos los pacientes experimentan algún grado de distress asociado a la enfermedad. Cuando la intensidad de un evento tensionante permanece por largos períodos de tiempo, si sobrepasa la capacidad de adaptación o de respuesta ante la situación el riesgo de que cause un efecto dañino para la salud es alto, llegando a producirse auténticos síndromes psiquiátricos que alteran de forma significativa la calidad de vida.^(9, 10,11) Teniendo que sobrellevar una disminución de la capacidad de controlar su vida, mayor dependencia hacia los demás, desequilibrio familiar, profesional y social. Si no se actúa a tiempo y no se tratan estas condiciones pueden causar mayores daños en la calidad de vida, así como aumentar los

costos médicos por estancias hospitalarias más largas o mayores tasas de utilización de los servicios de atención médica primaria. ^(8, 11,12)

El evento será más perjudicial en la medida en que la interpretación de la situación sea percibida como una amenaza para los diferentes aspectos de la existencia del enfermo: su vida, integridad corporal, su capacidad. ⁽¹³⁾

Por desgracia, el supuesto de que la angustia emocional es una reacción previsible y común en el cáncer, durante mucho tiempo impidió una correcta, precisa evaluación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos en la población con cáncer. ⁽¹⁴⁾

Las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en enfermos de cáncer tienen que ver, sobre todo, con sintomatología ansiosa y depresiva. Dicha sintomatología pueden producirse por el impacto del diagnóstico, por el dolor y otros síntomas físicos, por la angustia ante la posibilidad de una muerte cercana, por las alteraciones generadas por el tratamiento, o ser independientes del proceso oncológico.

El desarrollo de depresión mayor no es una respuesta normal esperada, y se considera una complicación muy significativa que requiere una correcta evaluación y tratamiento, dada su propensión a empeorar la calidad de vida y el estado funcional de los pacientes. ⁽¹⁰⁾

I.- PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Los estudios que examinan la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos, revelan que la mayoría de pacientes experimentan una variedad de respuestas emocionales, siendo los trastornos adaptativos, depresivos y ansiosos los trastornos mentales descritos más frecuentemente. ⁽¹⁵⁾ La tasa de prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes oncológicos se estima que es hasta un 50%, aproximadamente el doble de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes con enfermedades medicas y tres veces la estimación de la población en general. ⁽¹⁴⁾

En 1983, el estudio de Derogatis, ⁽¹⁵⁾ un estudio multicéntrico de gran importancia por sus resultados a nivel mundial, en el cual participaron 215 pacientes oncológicos, estableció que un 53% de la población estudiada presentaba una buena adaptación al diagnóstico de cáncer, mientras que el 47% presentaba algún tipo de trastorno psiquiátrico según los criterios del DSM-III. De este 47% de pacientes oncológicos se pudo determinar que presentaban trastornos adaptativos ó depresión mayor en el transcurso de su enfermedad.

Resultados del estudio Derogatis, 1983 ⁽¹⁵⁾

Trastornos Adaptativos: 68%.

Trastorno Afectivo Mayor (depresión): 13%.

Trastornos de ansiedad: 4%.

Trastornos de personalidad: 7%.

Trastornos mentales orgánicos: 8%.

Los pacientes que tenían antecedentes de enfermedad psiquiátrica presentaron más sintomatología de su enfermedad física. La prevalencia de depresión en pacientes con cáncer aumenta en estadios terminales y con síntomas como la fatiga y el dolor. ⁽¹⁵⁾

Estudios más recientes realizados en poblaciones oncológicas en Estados Unidos por; Jacobsen et al. en 2005 ⁽¹⁶⁾, indican que los trastornos de adaptación encabezan la prevalencia de trastornos mentales asociados a cáncer con 30 a 40%, los Trastornos Depresivos en un 13 a 20%; Trastornos de Ansiedad en 11 a 17%, conjuntamente se reportan trastorno mentales orgánicos, (Delirium, 10%, Demencia, 8% y Trastornos de Personalidad en 3 a 4%). ⁽¹⁶⁾ Al igual que el estudio realizado por Miovic, Block en 2007 ⁽¹⁷⁾ señaló que 50% de los pacientes que cursan con cáncer avanzado reúnen los criterios para trastorno mental, siendo el más común el Trastorno de Adaptación con una prevalencia del 11 a 35%, seguido de Depresión mayor con el 5 al 26% de los pacientes. Estudio realizados en América latina, muestra una similar prevalencia de depresión en poblaciones oncológicas, tal es el caso de la investigación realizada en 2005, por parte de la Universidad El Bosque en Colombia, para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos ingresados en el Hospital departamental de Villavicencio, aplicando la escala HADS a 85 pacientes oncológicos. Los resultados mostraron una prevalencia de ansiedad de 28.2% y de 23.1% para depresión. ⁽¹⁸⁾

En Ecuador, en el Hospital Oncológico Solón Espinoza SOLCA núcleo Quito en 2009, se llevo a cabo un estudio sobre la prevalencia de Distress en pacientes con diagnostico de cáncer. Estudio que fue realizado mediante la aplicación del termómetro

del distress a un total de 177 pacientes. Determinando que el 66,7% presentaban positividad para distress en nuestro medio, siendo un alto número de pacientes quienes se ven afectados por experiencias desagradables frente al diagnóstico de cáncer. Respecto a género, 19,8% hombres (35), de estos 51,4% presentaban distress positivo, y 80,2% mujeres (142), de estas 70,4% presentaban distress positivo. ⁽¹⁹⁾

DISTRESS: “La Angustia es una experiencia multifactorial, emocional desagradable, psicológica (cognitivo, conductual y emocional), social y/o de naturaleza espiritual que puede interferir con la capacidad de hacer frente con eficacia al diagnóstico de cáncer, sus síntomas físicos y su tratamiento. El malestar se extiende a lo largo de un proceso continuo, desde las sensaciones normales comunes de vulnerabilidad, tristeza y temor a los problemas que pueden llegar a ser incapacitante, tales como depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social, crisis existencial y espiritual”. **Origen:** NCCN Clinical practice guidelines in oncology. Distress management. 2011 (20)

1.- TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

La característica esencial del trastorno adaptativo, es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable.

⁽²¹⁾ Los trastornos de adaptación se definen como la incapacidad para hacer frente a una reacción o inadaptación a uno o varios eventos estresantes de la vida identificables.

(Ej. Crisis familiares o enfermedad física). ⁽¹⁴⁾ Estos trastornos se encuentran en una zona de transición entre la adaptación normal y el desarrollo de psicopatología. ⁽¹⁰⁾

Es una situación muy frecuente en pacientes oncológicos, razón por la cual es el diagnóstico psiquiátrico más común. Los trastornos adaptativos con estado de ánimo depresivo, trastorno adaptativo con ansiedad, trastorno adaptativo mixto, (ansiedad y

estado de ánimo depresivo), representan el grupo más grande de los diagnósticos del Eje I en pacientes con cáncer. ⁽⁶⁾

1.-1 PREVALENCIA

La prevalencia en la población general es del 2-8% hasta el 20% ^(21,22) siendo más frecuente en el sexo femenino (Relación 2:1, y mayor riesgo en mujeres solteras).

⁽²³⁾ A pesar de su alta frecuencia, reciben poca atención científica debido a la inestabilidad del diagnóstico, debido a que los criterios utilizados basados en DSM-IV-TR y del CIE 10, son vagos o inespecíficos. ^(10,24)

Estudios de prevalencia de los Trastornos Adaptativos en poblaciones oncológicas han encontrado que la prevalencia va desde el **16 al 42%**. ^(6, 10, 11, 15, 16,17)

Es importante indicar que las cifras no corresponden a estudios específicos sobre trastornos adaptativos, ya que existe limitada información sobre el tema. La prevalencia de los trastornos adaptativos es dependiente en función de la población estudiada. ⁽¹⁵⁾

Además estos trastornos tienen un alto porcentaje de morbilidad, con tasas muy elevadas de autolesiones, que en ocasiones llegan al suicidio.

1.-2 SINTOMATOLOGIA

Los síntomas varían de persona a persona, comienza dentro de los tres meses de un evento estresante en la vida de los pacientes. ⁽²⁶⁾

Cuadro No. 2 Sintomatología de los Trastornos Adaptativos.

SÍNTOMAS EMOCIONALES	SINTOMAS CONDUCTUALES
<ul style="list-style-type: none">• <i>Tristeza</i>• <i>Desesperación</i>• <i>Crisis de llanto</i>• <i>Nerviosismo</i>• <i>Ansiedad</i>• <i>Pensamientos de suicidio</i>• <i>Desesperación</i>• <i>Preocupación</i>• <i>Dificultad para concentrarse</i>• <i>Dificultad para dormir</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Lucha</i>• <i>Conducción temeraria</i>• <i>Evitar amigos o familiares</i>• <i>Mal desempeño en la escuela o trabajo</i>• <i>Ausentismo laboral o escolar</i>• <i>Actos de vandalismo</i>
DURACIÓN DE LOS SÍNTOMAS	
6 MESES O MENOS (AGUDA)	
<i>En estos casos, los síntomas pueden desaparecer por sí solos, especialmente si siguen activamente las medidas de cuidados.</i>	
MÁS DE 6 MESES (CRÓNICA)	
<i>En estos casos, los síntomas continúan a molestar y perturbar su vida. El Tratamiento profesional puede ayudar a mejorar los síntomas y evitar que la enfermedad siga empeorando.</i>	

ORIGEN: DSM-TR-IV 2000 (21), Mayo Clinic (26)

1.3 ETIOLOGIA

La mayoría de los modelos de patogénesis de los trastorno adaptativos se basan en que los síntomas se desarrollan o surgen como consecuencia directa del estrés o trauma, ⁽¹⁴⁾ en el que un factor estresante precipita los síntomas y una mala adaptación, hasta que el estresor se atenué o se produzca un nuevo estado de adaptación. ^(6,10)

En el cáncer, existen factores de estrés de origen psicosocial y biológico. Los primeros incluyen el impacto psicológico y social de la enfermedad relacionada con eventos, tales como el diagnóstico, recurrencia, avance de la enfermedad y discapacidad.

Estos eventos y sus secuelas pueden estar asociados con cambios concomitantes en el funcionamiento del individuo, apariencia física, identidad, sentido de la certeza y la esperanza para el futuro. Los efectos biológicos de la enfermedad y su tratamiento pueden estar asociados con alteraciones a nivel neuroendocrino, neuro-inmune, y en la función de los neurotransmisores, los que producen cambios de comportamiento y se cree que reflejan la respuesta a la adaptación psicobiológica de la enfermedad. ⁽¹⁰⁾

1.4 DIAGNÓSTICO

Los esfuerzos para realizar un buen diagnóstico se centran principalmente en la evaluación de la ansiedad y depresión. Siendo su principal objetivo el mejorar la calidad de vida. ⁽⁶⁾ La entrevista médica es la mejor herramienta para establecer el diagnóstico y hacer una alianza terapéutica con el paciente, también es conveniente utilizar herramientas de detección de psicopatología general.

1.5 PRESENTACIONES CLÍNICAS DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Cuadro no. 3 Presentaciones clínicas de los trastornos adaptativo.

TRASTORNO ADAPTATIVO CON ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO
<ul style="list-style-type: none"> Las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza
TRASTORNO ADAPTATIVO CON ANSIEDAD
<ul style="list-style-type: none"> Las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.
TRASTORNO ADAPTATIVO MIXTO, CON ANSIEDAD Y ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO
<ul style="list-style-type: none"> Las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión
TRASTORNO ADAPTATIVO CON TRASTORNO DE COMPORTAMIENTO

-
- *La manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad (por ejemplo, vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales).*

TRASTORNO ADAPTATIVO CON ALTERACIÓN MIXTA DE LAS EMOCIONES Y COMPORTAMIENTO

- *Las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (por ejemplo, depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento (subtipo: Trastorno adaptativo con trastorno de comportamiento).*

TRASTORNO ADAPTATIVO NO ESPECIFICADO

- *Debe usarse para las reacciones desadaptativas (por ejemplo, quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo.*

ORIGEN: (American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. 2000 (21))

1.-6 DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de cáncer puede invocar una reacción normal al estrés, donde el estado de ánimo puede verse afectado, razón por la cual es necesario tener en cuenta diversos diagnósticos para poder diferenciarlos correctamente. ⁽⁶⁾ Se debe de distinguir de las reacciones de estrés agudo, (síntomas que aparecen a los pocos minutos del impacto del evento estresante, Ej. diagnóstico de cáncer). ^(6,14) Del trastorno de estrés post traumático, (se produce como una respuesta tardía a un acontecimiento estresante). ⁽¹⁴⁾ Y del duelo que es una reacción normal ante la pérdida.

2.- TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN PACIENTE ONCOLOGICOS

La ansiedad es una emoción (psicobiológica) desagradable que forma parte de la estructura defensiva del ser humano y es una de las formas más comunes de sufrimiento experimentado por los pacientes oncológicos. ⁽¹⁰⁾ La ansiedad formar parte de la adaptación normal al cáncer, afectando negativamente la calidad de vida y dificultando

la capacidad del paciente para funcionar social y emocionalmente. ⁽¹⁰⁾ El estrés causado por un diagnóstico de cáncer y su tratamiento pueden precipitar una recaída a trastornos de ansiedad preexistentes. Estos trastornos pueden incapacitar y dificultar el tratamiento, por lo que requieren un diagnóstico inmediato y un control eficaz.

1.-1 PREVALENCIA

La prevalencia de la ansiedad oscila entre el 10% al 30%. ^(10,55)

1.-2 SÍNTOMAS

Se manifiesta por una amplia gama de signos, medidas de activación autonómica, cambios en el pensamiento (pensamientos intrusivos) y de comportamiento.

Cuadro No. 4 Sintomatología de los Trastornos de Ansiedad

<i>SINTOMAS SOMÁTICOS</i>		
• <i>Alteración del ritmo cardíaco</i>	• <i>Sensación de ahogo</i>	• <i>Disnea</i>
• <i>Opresión torácica</i>	• <i>Molestias gástricas</i>	• <i>Náuseas</i>
• <i>Vómitos</i>	• <i>Inestabilidad</i>	• <i>Mareos</i>
• <i>Cefalea</i>	• <i>Tensión muscular</i>	• <i>Parestesias</i>
• <i>Sudoración</i>	• <i>Escalofríos</i>	• <i>Sofocaciones</i>
• <i>Temblores</i>	• <i>Cansancio</i>	• <i>Dolor</i>
• <i>Pérdida de apetito</i>	• <i>Insomnio</i>	• <i>Disminución de la libido</i>
<i>SINTOMAS COGNITIVOS</i>		
• <i>Pensamientos negativos, distorsionados y recurrentes acerca de la enfermedad, el pronóstico y el tratamiento.</i>		
• <i>Miedos acerca de la muerte y la dependencia de los demás</i>	• <i>Sobregeneralización</i>	
• <i>Catastrofismo</i>	• <i>Desrealización</i>	
• <i>Magnificación de los aspectos negativos y minimización de los positivos</i>	• <i>Abstracción selectiva</i>	
• <i>Indefensión</i>	• <i>Pensamientos de culpa</i>	
• <i>Miedo a perder el control y volverse loco</i>	• <i>Despersonalización</i>	

SINTOMAS CONDUCTUALES		
• <i>Aislamiento social</i>	• <i>Irritabilidad</i>	• <i>Mutismo</i>
• <i>Verborrea</i>	• <i>Inquietud interna</i>	• <i>Agitación psicomotriz</i>
• <i>Hiperactividad</i>	• <i>Evitación de los estímulos temidos (baja adherencia al tratamiento, abandono del mismo)</i>	

Origen: (Hollenstein. Et al 2003) (27)

Los trastornos de ansiedad más común en pacientes con cáncer son: Trastorno de estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, ataques de pánico, fobias específicas, trastorno de estrés pos-traumático. ⁽¹⁰⁾

1.-3 CAUSAS DE ANSIEDAD EN PACIENTES CON CÁNCER

Cuadro No.5 Causas de Ansiedad en pacientes con Cáncer.

RELACIONADA CON LA SITUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Discusión del diagnóstico</i> • <i>Pronóstico del cáncer,</i> • <i>Crisis, enfermedad y / tratamiento</i> • <i>Los conflictos con la familia o el personal medico</i> • <i>Miedo anticipado a un procedimiento</i> • <i>En espera de resultados de las pruebas</i> • <i>Temor a la recurrencia después de completar el tratamiento</i>
RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD
<ul style="list-style-type: none"> • <i>El dolor mal controlado</i> • <i>Estados metabólicos anormales</i> • <i>Tumores que segregan hormonas</i> • <i>Síndromes paraneoplásicos (efectos sobre el SNC a distancia)</i>
RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Procedimientos atemorizantes o dolorosos (MRI, exploraciones, desbridamiento de la herida)</i> • <i>Ansiedad producida por medicamentos (antieméticos neurolépticos, broncodilatadores)</i> • <i>Retiro de medicamentos (opiáceos, benzodiacepinas, alcohol)</i> • <i>Acondicionado (anticipada) de ansiedad, náuseas y vómitos cíclicos con la quimioterapia</i>
LA EXACERBACIÓN DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD PREEXISTENTE
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fobias (agujas, claustrofobia)</i> • <i>Pánico o trastorno de ansiedad generalizada</i> • <i>Trastorno de estrés postraumático (recuerdo de la muerte de un familiar con cáncer)</i> • <i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i>

Origen: Holland Frei, Cancer Medicine 8th Ed. (2010) (10)

3. - DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

De acuerdo con el DSM-IV-TR, la depresión mayor se define por el estado de ánimo deprimido permanentemente, y anhedonia (pérdida generalizada de interés o placer), que dura 2 semanas o más y se acompaña de al menos 4 de los 9 siguientes síntomas: trastornos del sueño, pérdida de peso o cambios en el apetito, retraso o agitación psicomotora, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. ⁽²¹⁾

La depresión es una complicación frecuente del cáncer y es un importante factor de riesgo para el suicidio. Los pacientes con cáncer son vulnerables a estos síntomas en todas las etapas de la enfermedad. ⁽⁶⁾

La depresión y el cáncer interactúan de muchas maneras: los pacientes con cáncer tienen mayores tasas de depresión; y la depresión a su vez puede aumentar el riesgo de cáncer, complicar la evolución de la enfermedad, tratamiento e incluso la velocidad de progresión. No todos los pacientes con diagnóstico de cáncer sufren depresión, pero una minoría importante si la desarrolla. ⁽²⁸⁾

Para el médico, la pregunta clínica relevante es cómo identificar el momento en que la tristeza normal o malestar asociado con el cáncer se ha convertido en un trastorno depresivo. El diagnóstico de depresión en el contexto del cáncer es un reto. Reconocer los factores de riesgo de depresión, con especial atención en los signos y síntomas, conduce a un mejor reconocimiento y tratamiento. ⁽⁶⁾

En pacientes oncológicos esta enfermedad es frecuentemente pasada por alto o ha sido diagnosticada y tratada con deficiencia, dando lugar a complicaciones. Todo esto, debido a la creencia de que la depresión es una reacción normal y universal a la enfermedad y, a que los signos neurovegetativos o los emocional/cognitivos de la depresión son atribuidos a la enfermedad médica. ^(28,29)

1.-1 PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

La Organización Mundial de la Salud (WHO), estima que aproximadamente el 10% de la población mundial padece alguna forma clínica de depresión y calcula que este trastorno es el equivalente a 4,4 años de discapacidad laboral, por lo que se considera un problema de salud pública. Las tasas de prevalencia según el género son: entre el 12% en hombres y 20% en mujeres. ⁽³⁰⁾ (1,5 a 2,5 veces mayor en mujeres que en hombres). ⁽³¹⁾

La depresión es la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial y es previsible que para el año 2020, sea la segunda causa de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares. ^(30,32)

Estudios centrados en determinar la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos, no han podido detectar exactamente la prevalencia de la enfermedad, ya que se han basado en muestras heterogéneas para distintos tipos de tumor o mixtas de

pacientes ambulatorios y hospitalizados, en estadíos tumorales variables, utilizando definiciones no estandarizadas de depresión o muestras demasiado pequeñas. ⁽³³⁾

Además, la prevalencia en esta población es a menudo subestimada, porque muchos de los síntomas de depresión reflejan de cerca los efectos fisiológicos del cáncer, o de ciertos tratamientos antineoplásicos, que pueden impedir el realizar un diagnóstico adecuado. ⁽³⁴⁾

La prevalencia de depresión en pacientes oncológicos oscila alrededor del 10 al 25%.

(1,35)

Las tasas más altas de depresión se observan en pacientes con cáncer de páncreas, orofaringe, y de mama. ⁽¹⁷⁾ Existe una alta relación entre el desarrollo de depresión en pacientes con cáncer localizado a nivel: ORL (22 al 57%), páncreas (33 al 50%), mama (1,5 al 46%), y pulmón (11 al 44%). ⁽³⁶⁾

Con respecto al género, los estudios realizados demuestran más alteraciones psicopatológicas en mujeres que en hombres ^(37,56) Aunque en algunos estudios no se encuentran diferencias significativas entre ambos géneros, tal es el caso del estudio de Keller y colaboradores, en el cual se estudió a 184 pacientes, a los que se los evaluó con una entrevista diagnóstica basada en criterios DSM-IV y la escala HADS, un 28% de los pacientes recibieron un diagnóstico psiquiátrico, siendo el más frecuente el trastorno adaptativo (22%), un 5% depresión mayor, un 3% trastorno de ansiedad. Y no se encontraron diferencias significativas entre géneros (Masculino 23% y femenino 26%).

(38)

1.-2 SINTOMATOLOGIA

Cuadro No. 6 Sintomatología Depresiva

SINTOMAS EMOCIONALES
<ul style="list-style-type: none">• <i>Estado de ánimo deprimido, presente la mayoría de los días y durante todo el día, tristeza.</i>• <i>Anhedonia - pérdida de la capacidad de experimentar placer</i>• <i>Pérdida de interés en las actividades</i>• <i>Irritabilidad, agresividad, desafío (Más común en la adolescencia).</i>• <i>Disminución de la reactividad emocional</i>• <i>Ansiedad</i>• <i>Llanto</i>
SINTOMAS BIOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none">• <i>Variación diurna del estado de ánimo. (el estado de ánimo mejora a medida que avanza el día).</i>• <i>Trastornos del sueño, insomnio, despertar temprano en la mañana con dificultad o incapacidad para volverse a dormir. Los pacientes con depresión atípica tienen hipersomnia</i>• <i>Reducción de la energía, fatiga y disminución de la actividad</i>• <i>Cambio de apetito, (menor apetito, lo que puede resultar en la pérdida de peso). El apetito se incrementa en la depresión atípica</i>• <i>Disminución del libido</i>• <i>Estreñimiento</i>
SINTOMAS COGNITIVOS
<ul style="list-style-type: none">• <i>Disminución de la concentración y atención, a menudo con indecisión</i>• <i>Deterioro (pérdida) de la memoria</i>• <i>Lentitud de los procesos de pensamiento, Pobre razonamiento abstracto.</i>
SINTOMAS CONDUCTUALES
<ul style="list-style-type: none">• <i>Aislamiento social</i>• <i>Retraso psicomotor o agitación (Habla y movimientos lentos, suspiros, largas pausas)</i>• <i>Reducción de la expresión facial (Ej. Evitación de contacto con los ojos de las personas con quien tiene contacto)</i>• <i>Descuido</i>
COGNICIONES DEPRESIVAS
<ul style="list-style-type: none">• <i>Pesimismo, ideas negativas sobre el futuro, sentimientos de desesperanza e impotencia, ideas de suicidio y autolesiones</i>• <i>Sentimientos de culpa, con sentimiento de culpa inapropiada</i>• <i>Sentimientos de inutilidad y de ser un fracaso, lo que resulta en la pérdida de confianza y baja autoestima.</i>
SINTOMAS PSICÓTICOS
<p><i>En episodios depresivos graves, los pacientes suelen experimentar síntomas psicóticos, estos incluyen:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Alucinaciones, (alucinaciones auditivas), otras modalidades de las alucinaciones también pueden estar presentes</i>• <i>Delirios, estado de ánimo congruente, incluyendo pensamientos de culpa, persecución y enfermedad.</i>• <i>Síndrome de “Cotard” (pacientes que sufren delirios extremos, nihilistas de muerte y desintegración).</i>

Origen: Psychiatry: An Evidence-Based Text. Professor Basant Puri, Dr. Ian Treasaden. © 2010 (39), Clinical Consult to Psychiatric Mental Health Care. Jacqueline Rhoads. Copyright, 2011 (40, 41).

1.-3 FACTORES DE RIESGO PARA DEPRESIÓN EN EL CANCER

Cuadro No. 7 Factores de riesgo para Depresión en el Cáncer.

FACTORES DE RIESGO BIOPSIOSOCIAL			
Biológico	<i>Antecedentes familiares de depresión Historia personal de depresión Discapacidad física Presencia de otras enfermedades medicas crónicas. Factores relacionados con el cáncer: enfermedad avanzada, bajo estado de rendimiento, Sitios del tumor (páncreas, cabeza y cuello, pulmón, cerebro, el tratamiento de Hodgkin)</i>		
Psicológico	<i>Relacional: Percepción de bajo apoyo, apego ansioso o evitación Actitudes: Menos optimismo, ambivalencia en las expresiones de las emociones negativas Baja autoestima</i>		
Social	<i>Bajo apoyo social Los eventos estresantes en la vida Experiencia reciente de una pérdida significativa</i>	<i>Pobre funcionamiento social Historia de trauma / abuso Trastorno por uso de sustancias</i>	
TRATAMIENTO CONTRA EL CÁNCER ASOCIADO CON LA DEPRESIÓN			
<i>Corticosteroides</i>	<i>Interferón-alfa</i>	<i>Interleucina-2</i>	<i>Tamoxifeno</i>
<i>Ciproterona</i>	<i>Leuprolide</i>	<i>Vincristina</i>	<i>Vinblastina</i>
<i>Vinorelbina</i>	<i>Procarbazina</i>	<i>Asparaginasa</i>	<i>Paclitaxel</i>
<i>Docetaxel</i>			
OTRAS CONDICIONES MÉDICAS			
<i>Metabólicas (anemia, hipercalcemia)</i>		<i>Nutricional (B12 o ácido fólico)</i>	
<i>Endocrinos (hiper-hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal)</i>		<i>Neurológicos (síndrome paraneoplásico)</i>	

Origen: (Psycho-Oncology, Second edition Edited by Jimmie C. Holland, M.D. 2010) (6,10,40).

1.-4 DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Para realizar el diagnostico en pacientes oncológicos se debe emplear los criterios diagnósticos del manual DSM-IV-TR. ⁽²¹⁾

*Pregunta de detección: ¿En las últimas dos semanas, se ha sentido triste o deprimido?
¿Ha perdido el interés en las cosas que suele hacer?*

A.- EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Un estado de ánimo depresivo y una pérdida de interés o placer son los principales síntomas.^(21,23) Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio.⁽²¹⁾ Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.^(10,21)

EXISTEN DOS TIPOS DE TRASTORNO DEPRESIVO:

- **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO ÚNICO:** El episodio actual es el primero que ha presentado el paciente en su vida.
- **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO RECURRENTE:**

Los pacientes por lo menos han presentado algunos episodios depresivos en su vida.

La presentación puede ser la de un episodio único, o puede volver a presentarse. La recurrencia constituye la regla y no la excepción. Después de un único episodio, el riesgo de presentar un segundo episodio es del 50%; Los sujetos que han tenido un

segundo episodio tienen un 70-80 % de posibilidades de un tercero, después del tercer episodio, el riesgo de un cuarto es del 90%.^(21,40) Cada nuevo episodio tiende a presentarse más pronto y más bruscamente, los nuevos episodios incluyen los mismos síntomas que los anteriores, junto con síntomas nuevos y más graves.⁽²¹⁾ Entre el 5 y el 10 % de los sujetos con un trastorno depresivo mayor, episodio único, presentan más tarde un episodio maníaco.

Un aspecto importante es que la duración de los episodios de depresión se va acortando cuantos más episodios tiene el paciente y cuanto más tardía es la edad de aparición del primer episodio.⁽⁴²⁾

La depresión es difícil de diagnosticar en pacientes con cáncer debido a que la enfermedad neoplásica produce síntomas vegetativos.⁽¹⁰⁾ La evaluación de la depresión en personas con cáncer debe incluir un examen minucioso de la percepción que tiene la persona de su enfermedad, de los antecedentes clínicos, antecedentes familiares o personales de depresión o de pensamientos suicidas, estado mental y físico, así como efectos del tratamiento y de la enfermedad, factores estresantes simultáneos en su vida y disponibilidad de apoyo social.⁽¹⁾

1.-5 SUICIDIO EN PACIENTES ONCOLOGICOS

La depresión es un trastorno potencialmente letal donde aproximadamente el 15% de los individuos con un trastorno afectivo primario se suicidan.⁽²³⁾ Las variables

que intervienen en la conducta suicida en los pacientes incluyen factores biológicos, variables socio-demográficas, psiquiátricas y psicosociales. ⁽⁴⁴⁾ La guía NICE indica que el factor de riesgo más importante en el suicidio es la desesperanza. ⁽³¹⁾ Los pensamientos suicidas, cuando se presenta, tienden a atemorizar al individuo, al médico y a la familia. Las expresiones suicidas pueden ir desde un comentario casual que resulta de la frustración o disgusto sobre el curso del tratamiento. Es de suma importancia explorar la seriedad de los pensamientos. Si se determina que los pensamientos suicidas son serios, se deberá establecer contacto con un psiquiatra o psicólogo inmediatamente y se deberá poner atención en la seguridad del paciente. [11]

La incidencia de suicidio es mayor en los pacientes con cáncer en comparación con la población general; el riesgo relativo de suicidio en esta población es el doble de la población en general. ⁽⁶⁾ La prevalencia de suicidio es aproximadamente de 0,2% incluso en la población con enfermedades terminales, es del 0,03%.⁽¹⁰⁾ El suicidio es más probable que ocurra en pacientes con cáncer avanzado con depresión, desesperanza y la presencia de síntomas mal controlados. ⁽⁶⁾ Se ha identificado al cáncer como la única enfermedad física asociada con la mortalidad por suicidio significativo. ⁽¹⁰⁾

Mantener una buena relación de apoyo hacia el paciente, la participación y el apoyo de familiares y amigos, el control de los síntomas, son los primeros pasos en el manejo. ⁽⁶⁾ Una evaluación cuidadosa incluye una exploración de las razones por la cual presenta ideas de suicidio y la evaluación de la gravedad del riesgo. ⁽²⁸⁾

El médico debe escuchar con empatía, sin brindar críticas o juicios de valor, permitiendo al paciente discutir sobre sus pensamientos, con lo cual se reduce el riesgo, a pesar de la creencia de que sucederá lo contrario. Los pacientes a menudo reconsideran y rechazar la idea del suicidio cuando el médico reconoce la legitimidad de su opción y la necesidad de mantener un sentido de control sobre los aspectos de su muerte. ⁽⁶⁾ Es importante reconocer y tratar agresivamente a los pacientes que presentan un alto riesgo de suicidio y depresión (si es necesario, se debe realizar una hospitalización). ⁽²⁸⁾

Cuadro No. 8 FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER	
<i>Depresión</i>	<i>Dolor mal controlado</i>
<i>Desesperación</i>	<i>Fatiga extrema</i>
<i>Ansiedad</i>	<i>Delirio</i>
<i>Abuso de sustancias o dependencia</i>	<i>Sentirse solo en el mundo</i>
<i>Falta de apoyo social</i>	<i>Relaciones estresantes familiares</i>
<i>Graves problemas financieros</i>	<i>Historia de un trauma severo</i>
<i>Trastorno de la personalidad</i>	<i>Historia previa de depresión e intentos de suicidio</i>
<i>Intolerancia a la pérdida de control.</i>	<i>Dependencia y pérdida de la dignidad</i>
<i>Presencia de estados activos y planes suicidas</i>	

Origen: (Kaplan & Sadock´s.2009) (6)

1.-6 ETIOLOGÍA

La etiología es multifactorial. Aún no resulta clara la fisiopatología de la depresión relacionada con el cáncer. El modelo bio-psicosocial toma en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen en la vida de una persona.

La depresión en pacientes con cáncer a menudo es causada por factores biológicos, como el desequilibrio de los sistemas, inmunológico y endocrino,

probablemente implicados en la patogénesis. Se ha visto que existe un aumento en las concentraciones de las citoquinas proinflamatorias circulantes, (IL-1, IL-6 y factor de necrosis tumoral α), las cuales son producidas por ciertos tipos de cáncer (pancreático) o por la administración de inmunoterapia, las cuales están muy relacionadas con el desarrollo de depresión y con el deterioro de la calidad de vida. ⁽³⁹⁾

1.-7 TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO EN PACIENTES ONCOLOGICOS

El manejo de la depresión requiere un enfoque integral que aborda la evaluación, tratamiento y seguimiento. ⁽⁶⁾ El objetivo del manejo es el tratamiento de los síntomas agudos con el fin de aliviar el distress, restablecer el nivel normal del funcionamiento psicosocial y reducir la probabilidad de recaída en el futuro. ⁽³⁹⁾

El tratamiento inicial comienza con el establecimiento de una alianza terapéutica con el oncólogo y el apoyo indispensable de familiares o amigos. Mantener contacto permanente con el paciente especialmente en etapas terminales, asegura que la evaluación continua y que el cuidado y apoyo están disponibles.

Antes de seleccionar un tratamiento apropiado, se debe de tomar en consideración algunos aspectos como: el sitio del cáncer, tratamiento oncológico, condiciones médicas comórbidas y los medicamentos que estén siendo administrados, teniendo en cuenta que ninguno de estos debe contribuir al desarrollo de síntomas depresivos. ⁽⁶⁾ Si el trastorno depresivo se cree que es causado por una condición médica o por un medicamento, se debe tratar la condición subyacente o cambiar el

medicamento.⁽⁶⁾ El manejo de la depresión debe incluir un control periódico del estado mental, el riesgo, la revisión de concordancia con el tratamiento, la comprobación de los efectos secundarios y la eficacia de la medicación.

El núcleo de cualquier tratamiento de los trastornos mentales es la psicoeducación, ya que permite una mejor comprensión de la naturaleza de la enfermedad.⁽³⁹⁾ El manejo activo incluye: Seguimiento constante, evaluación de la adherencia a los tratamientos psicológicos y farmacológicos, monitorización, adopción de medidas cuando el tratamiento no tiene éxito, prestación de apoyo psicológico.⁽³⁹⁾

A.- TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

La elección de un medicamento requiere una cuidadosa consideración de una serie de factores, incluyendo la clínica del paciente, co-morbilidad, posibles interacciones farmacológicas, vía de administración, inicio de las acciones requeridas, estimación del pronóstico de los pacientes, síntomas somáticos y medicamentos psicotrópicos.⁽¹⁰⁾

Las drogas antidepresivas y psicotrópicas son eficaces en el control de los síntomas. El uso de antidepresivos en pacientes con cáncer presenta desafíos únicos. Un rápido inicio de la acción es preferible, especialmente en los enfermos terminales, sin embargo, los antidepresivos pueden tomar varias semanas para un efecto terapéutico debido a su retraso en el inicio de la acción.⁽⁶⁾ Las drogas antidepresivas han

demostrado una reducción de la casuística y síntomas depresivos mediante el uso de antidepresivos. ^(10,43)

A.-1 INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), tienden a ser la primera línea debido a su tolerabilidad y perfil de seguridad. Son eficaces al mejorar los síntomas depresivos después de 2 a 4 semanas de una dosis adecuada. ⁽¹⁰⁾ Algunos ISRS como la fluoxetina y la fluvoxamina, son inhibidores de las isoenzimas del citocromo P450. Por tanto, es importante controlar la posibilidad de interacciones farmacológicas. ^(6,10) Todos los ISRS comparten un similar perfil de efectos secundarios (Gastrointestinales, dolor de cabeza, fatiga, insomnio, disfunción sexual y aumento de la ansiedad después del inicio de la medicación). Sin embargo, hay diferencias entre los ISRS que pueden afectar la decisión de aplicar una droga u otra. ⁽¹⁰⁾

A.-2 ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS

Debido a sus efectos antiadrenérgicos, anticolinérgicos, y antihistaminérgicos, son menos frecuentes en pacientes con cáncer. Teniendo precaución en pacientes de edad avanzada, porque su actividad anticolinérgica puede producir confusión, bloqueo alfa-adrenérgico contribuyendo al desarrollo de hipotensión ortostática y aumentar el riesgo de caídas, puede también producir delirio anticolinérgico o riesgo de obstrucción gastrointestinal. ⁽¹⁰⁾ Su papel como complemento de medicamentos para el dolor, (dolor

neuropático), se ha convertido en la indicación más común para su uso en los pacientes con cáncer. ⁽⁶⁾

A.-3 INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA

Inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO) rara vez se utilizan en el tratamiento de pacientes con cáncer y depresión, debido al riesgo de una crisis hipertensiva grave si al mismo tiempo se utiliza con simpaticomiméticos. ⁽⁶⁾

A.-4 OTROS ANTIDEPRESIVOS

- Bupropion actúa principalmente sobre el sistema dopaminérgico y puede tener un efecto estimulante suave, que puede ser beneficioso para pacientes con retraso psicomotor o fatiga. Por lo general es bien tolerado. El bupropión se asocia con un mayor riesgo de convulsiones en dosis altas y deben ser utilizados con precaución en personas con tumores del SNC o convulsiones. ⁽⁶⁾
- Nefazodona y trazodona, bloquean los receptores postsinápticos de serotonina 5-HT₂ (5-hidroxitriptamina). No es tan común la utilización ya que puede presentar insuficiencia hepática. Trazodona se utiliza a menudo como una ayuda para dormir, debido a su principal efecto secundario de sedación. ⁽⁶⁾
- Venlafaxina y duloxetina, trabajan a partir de la recaptación de serotonina y norepinefrina, siendo bien tolerados. Sin embargo, la inhibición de la recaptación

de la noradrenalina puede producir palpitaciones e hipertensión. Por lo que se recomienda el control de la presión arterial. Venlafaxina y duloxetina se utilizan preferentemente para los pacientes con depresión y dolor neuropático debido a sus efectos analgésicos. ⁽⁶⁾

- Mirtazapina actúa mediante el bloqueo de receptores de serotonina (5-HT₂₋₃), y sobre los receptores adrenérgicos α -2. ⁽¹⁰⁾ Sus efectos secundarios de sedación y aumento de peso es beneficioso para muchos pacientes de cáncer que sufren de insomnio y pérdida de peso. También tiene propiedades antieméticas. Las interacciones con el sistema del citocromo P450 son mínimas. ⁽⁶⁾

A.-5 PSICOESTIMULANTES

Los psicoestimulantes son útiles para tratar la fatiga, el retraso psicomotor, y falta de concentración. Los más utilizados en pacientes con cáncer son la dextroanfetamina y el metilfenidato. Poseen una gran ventaja sobre los antidepresivos, debido a su rápida acción de inicio, y su papel en el alivio de la fatiga, la promoción de la vigilia, y la lucha contra la sedación de los opioides. Los efectos secundarios no son comunes en dosis bajas y se puede evitar mediante ajustes lentos de la medicación. ⁽⁶⁾

Están recomendados en los pacientes con esperanza de supervivencia a corto plazo, ya que proporcionar un alivio rápido de los síntomas, mejorando la calidad de vida. ⁽⁶⁾

Cuadro No. 9 ANTIDEPRESIVOS COMÚNMENTE UTILIZADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

<i>Medicamento</i>	<i>Dosis diaria (mg)</i>	<i>Dosis terapéutica diaria (mg)</i>
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA		
<i>Sertralina</i>	25-50 mg AM	50-150 mg
<i>Fluoxetina</i>	10-20 mg AM	20-60 mg
<i>Paroxetina</i>	10-20 mg AM	20-60 mg
<i>Citalopram</i>	10-20 mg AM	20-60 mg
<i>Escitalopram</i>	5-10 mg AM	10-20 mg
ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS		
<i>Nortriptilina</i>	25-50 mg	50-200 mg
<i>Amitriptilina</i>	25-50 mg	50-200 mg
<i>Desipramina</i>	25-50 mg	50-200 mg
<i>Clorimipramina</i>	50-75 mg	75-150 mg
OTROS AGENTES		
<i>Venlafaxina</i>	18.75-37.5 mg	75-225 mg
<i>Trazodona</i>	50-100 mg	100-200 mg
<i>Bupropion</i>	50-75 mg	150-400 mg
<i>Mirtazapina</i>	15 mg (HS)	15-45 mg (Dispersable)
PSICOESTIMULANTES		
<i>Metilfenidato</i>	5-10 mg (8 AM/HS)	10-30 mg
<i>Modafinil</i>	50-100 mg (8AM/HS)	100-400 mg
<i>Dextroamfetamina</i>	5-10 mg (8AM/HS)	10-20 mg
ANSIOLITICOS		
<i>Alprazolam</i>	0.25-1 mg	0.5-2 mg
<i>Lorazepam</i>	0.5-2 mg	0.5-2 mg
<i>Clonazepam</i>	0.25-5 mg	0.5-2 mg
<i>Diazepam</i>	2-10 mg	5-20 mg
NEUROLEPTICOS		
<i>Haloperidol</i>	0.5-5 mg cada 2-12 horas	
<i>Quetiapina</i>	12.5-50 mg cada 12 horas	
<i>Olanzapina</i>	2.5-5 mg cada 6-8 horas (Dispersable)	

Litio y los estabilizadores del humor, solamente se deben de utilizar en trastorno bipolar. No se recomienda el uso de IMAO's. Origen: (Holland-Frei 2010) (43)

B.- PSICOTERAPIA

La psicoterapia es útil en el tratamiento de los factores de estrés psicosocial y los factores psicológicos que influyen en el desarrollo o mantenimiento de los síntomas

depresivos. [49] La sintomatología depresiva es controlada con psicoterapia introspectiva, la cual es bastante útil para algunas personas con cáncer. Para muchas otras, estos síntomas se manejan mejor con una combinación de intervención. (31,48)

Las metas de la psicoterapia comprenden el aumento de las aptitudes para la adaptación, la reducción directa de las alteraciones, el mejoramiento de las aptitudes para resolver problemas, la movilización de apoyo, la reformulación de pensamientos negativos o autodestructivos y la creación de un vínculo personal estrecho con un médico. Las formas más comúnmente utilizadas es la psicoterapia de apoyo y terapia cognitivo-conductual. La psicoterapia se combina amenudo con una intervención farmacológica.

Cuadro No 10 TIPOS DE INTERVENCIÓN Y SU IMPACTO EN LOS PACIENTES CON CÁNCER

• **Terapia Cognitivo Conductual**

Incluye las terapias cognitivas, cognitivo-conductual y la terapia conductual. Enseña habilidades de resolución de problemas, replantear las actitudes, por ejemplo, un reto de pensar y razonar para hacer frente al estrés y la ansiedad. La terapia de relajación, visualización guiada o habilidades cognitivas pueden ser utilizados para hacer frente a situaciones de estrés, tales como tratamientos específicos, o para reducir las náuseas asociadas con la quimioterapia.

Las técnicas que permitan una progresiva adaptación también pueden estar incluidas. Estas terapias mejoran la angustia emocional, superación, ansiedad, depresión y una morbilidad psiquiátrica, disminución de las náuseas, vómitos e insomnio, y proporcionan un aumento del control sobre la enfermedad.

• **Psicoterapia de apoyo**

Favorece la expresión de emociones, valida las experiencias de las personas, ofrece apoyo a través de escuchar con empatía, y suministra información.

Ayuda a reflexiona sobre las fortalezas de la persona y fomenta el uso de técnicas de afrontamiento adaptativo. A veces esta terapia es llamada de apoyo existencial o de apoyo expresivo. Mejora el estado de ánimo, el afrontamiento y la adaptación física y funcional.

• **Terapia grupal**

Hace hincapié en el intercambio de experiencias entre los pacientes con una etapa comparable de la enfermedad. Los

participantes consideran que sus experiencias son validadas, y pueden contribuir de manera significativa al bienestar de los demás miembros del grupo. Puede utilizar técnicas cognitivo-conductual o psicoterapia de apoyo, e incluyen componentes educativos y de información. Mejora el estado de ánimo, el afrontamiento, la adaptación, ansiedad y depresión; además provoca cambios positivos en la función inmunológica

- **Terapia familiar**

Mejora la mejora la comunicación, cohesión y la resolución de conflictos dentro del ambiente familiar, incluyendo las necesidades de los niños. Puede utilizar terapias cognitivo-conductuales o psicoterapia de apoyo.

- **Terapia de pareja**

Se centra en los objetivos de los problemas y conflictos de la relación de pareja. Se puede utilizar terapias cognitivo-conductuales o psicoterapia de apoyo. Reduce los niveles de depresión y de los trastornos psicológicos. Es Beneficiosa para aumentar la satisfacción sexual.

- **Asesoramiento telefónico**

Proporciona a los pacientes geográficamente aislados la oportunidad para el desarrollo cognitivo conductuales o intervenciones psicoterapia de apoyo mediante una comunicación directa. Es útil para proporcionar apoyo en determinados asuntos, por ejemplo, brinda tranquilidad, proporciona información y referencia

- **Otras terapias**

Otros tratamientos pueden incluir terapias de arte, por ejemplo, música, pintura, lectura y poesía, programas de salud, medicamentos, hipnosis, acupuntura, meditación, yoga, relajación, ejercicio, oración, risa. Mejoran el estado de ánimo, el afrontamiento, la ansiedad, la depresión, la dificultad para respirar, y la reducción de las náuseas y el dolor.

- **Otros servicios especializados**

Incluye logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, terapia endocrina, cirugía plástica, cirugía reconstructiva, nutrición, servicios de fertilidad, servicios especializados de dolor. El objetivo específico está centrado en los síntomas físicos o deficiencias derivadas de la enfermedad o el tratamiento, las cuales ayudan a reducir el dolor, restaurar o mejorar el funcionamiento físico o la apariencia.

Origen: (Psycho-Oncology Model of Care. Perth: WA Cancer and Palliative Care Network. 2008) (50)

III. DETECCIÓN DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLOGICOS

Una variedad de instrumentos para el examen selectivo se han diseñados a fin de identificar a todos los pacientes que padecen trastornos emocionales. ⁽¹⁾

Cuadro No. 11

HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN

En los pacientes de cáncer avanzado, una entrevista compuesta por una sola pregunta, tiene propiedades psicométricas aceptables y puede resultar útil para realizar una evaluación más exhaustiva sobre la enfermedad. Un ejemplo es preguntarles "¿Está deprimido?"

- *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*
- *Distress Thermometer & Problem list.*
- *Psychological Distress Inventory*
- *Edinburgh Depression Scale*
- *Brief Symptom Inventory (BSI)*
- *Zung Self-Rating Depression Scale*
- *The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)*
- *The patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*

Origen: *National Cancer Institute at the National Institutes of Health (1, 10)*

Es importante validar los instrumentos de detección en poblaciones con cáncer y utilizarlos en combinación con las entrevistas estructuradas de diagnóstico. ⁽¹⁾

1.- ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION “HADS”

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) fue diseñada por Zigmond y Snaith en 1983 ⁽⁵²⁾ como instrumento de screening para la detección de pacientes con trastornos afectivos, en respuesta ante los importantes inconvenientes que instrumentos ampliamente utilizados como el GHQ (General Health Questionnaire desarrollados por Goldberg y Huxley, en 1980) presentaban, sobre todo cuándo debían ser utilizados en pacientes afectos de trastornos somáticos. Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), no incluye ningún ítem que hace referencia a las funciones físicas o síntomas somáticos.

⁽⁵³⁾ La HAD fue diseñada con la intención de crear un instrumento de detección de

trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los servicios hospitalarios no psiquiátricos que cumplieran con las siguientes condiciones: ⁽⁵²⁾

- No estar contaminado por la sintomatología de la patología física del paciente.
- Diferenciar claramente entre los trastornos de tipo depresivo y ansioso.

La HAD está constituida por 14 ítems, cada ítem es valorado según una escala de cuatro puntos de frecuencia que va desde 0 a 3. ⁽⁵²⁾ Los ítems se agrupan en dos sub escalas, cada una de ellas con 7 ítems.

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

Centrada en la anhedonia (Disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión). Son los ítems pares. La sub escala de depresión recoge los tres aspectos básicos de la depresión, el ánimo deprimido, la pérdida de interés o de placer y la disminución de energía.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

Centrada en sus manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, aprensión, preocupación, inquietud, nervios en el estómago, angustia). Son los ítems impares.

Fuente: (Zigmond, Snaith et al., 1983) ⁽⁵²⁾

Tradicionalmente se la viene utilizando de forma autoaplicada si bien uno de sus autores recomienda que sea heteroaplicada. El paciente ha de contestar a cada ítem utilizando una escala tipo Likert que unas veces hace referencia a intensidad del síntoma y otras veces a frecuencia de presentación. En cualquier caso, la escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso). ⁽⁵²⁾

Los ítems pertenecientes a la escala de depresión se refieren casi exclusivamente al estado anhedónico (5 de los 7 ítems componentes reflejan una incapacidad para experimentar placer), que se considera el rasgo central de la enfermedad depresiva y el mejor marcador clínico e indicador de mecanismos neurobiológicos alterados en la misma, pretendiendo la detección de trastornos del humor relativamente leves, como son aquellos que se presentan en ámbitos de asistencia no psiquiátricos. El marco de referencia temporal es la semana previa y cómo se siente en el momento presente.

CORRECCION E INTERPRENTACIÓN

Para cada sub escala la puntuación se obtiene sumando las puntuaciones en cada uno de los ítems que la conforman. Cabe recordar que los ítems pares conforman la sub escala de depresión y los ítems impares la sub escala de ansiedad. En ambas sub escalas la puntuación obtenida se interpreta de acuerdo a los siguientes criterios. ⁽⁵²⁾

<i>Normal</i>	<i>0-7 puntos</i>
<i>Caso probable</i>	<i>8-10 puntos</i>
<i>Caso de Depresión o Ansiedad</i>	<i>11-21 puntos</i>

Las puntuaciones mayores de 10 se consideran indicativas de morbilidad. Una puntuación de 8-10 se interpreta como caso borderline, y las puntuaciones inferiores a 8 indican ausencia de morbilidad significativa.

A pesar de la palabra "Hospital" que figura en su denominación de origen, el HADS puede también ser utilizado en el trabajo comunitario, ya que es bien aceptado y

fácil de efectuar, y suministra una clara distinción entre los dos conceptos de ansiedad y depresión. ⁽⁵³⁾ El HAD ha demostrado ser altamente fiable y válido en numerosos estudios, ha sido comparado con escalas de valoración clínica ⁽⁵²⁾ con entrevistas estandarizadas e instrumentos de screening y en todos estos estudios el instrumento ha demostrado gran especificidad y sensibilidad en la detección de ansiedad y depresión. ⁽⁵³⁾

Tejero y Farré ⁽⁵⁴⁾ realizaron una traducción de la escala al castellano y determinaron valores de consistencia interna Alfa de Cronbach de 0.81 para la sub escala de ansiedad y de 0.82 para la de depresión. Concluyeron que el HADs es un instrumento corto, fácil de aplicar y es sensible al cambio luego de recibir cierto tipo de intervención psicológica. ⁽⁵⁴⁾

Las propiedades psicométricas del cuestionario y su brevedad lo convierten en un buen instrumento de screening. Una de las principales ventajas que presenta la HADS es su sensibilidad a la hora de reflejar los cambios que se han producido ambos, durante el curso de la enfermedad, y en respuesta a las intervenciones farmacológicas y terapéuticas. ⁽⁵⁴⁾ **ANEXO # 1**

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

1.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con los aspectos socio-demográficos del paciente y clínicos de la enfermedad, en el Hospital de SOLCA, núcleo Quito, en Octubre – Noviembre de 2011”?

1.2. OBJETIVOS

GENERAL

- Determinar la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados en SOLCA Núcleo de Quito y su relación con características socio-demográficas y clínicas de la enfermedad.

ESPECIFICOS

- Determinar si los grupos de apoyo o soporte familiar y social, son un factor protector para evitar el desarrollo de depresión en pacientes oncológicos.

2. HIPÓTESIS

PRIMARIAS

- Existe relación entre el diagnóstico de cáncer y el desarrollo de depresión.
- Existe relación entre los aspectos socio-demográficos del paciente oncológico y los aspectos clínicos de la enfermedad con el desarrollo de depresión.

SECUNDARIAS

- Los pacientes oncológicos que tienen apoyo familiar o social, los que conviven con familiares o amigos, y los que tienen una actividad laboral, presentan factores protectores para evitar el desarrollo de depresión.
- Los pacientes oncológicos que tiene un diagnóstico de cáncer en etapa terminal, presentan más riesgo para desarrollar depresión que los pacientes con un diagnóstico de cáncer en etapa inicial.
- Mediante la aplicación de una evaluación rápida aplicando la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) se identifica la presencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados.

3. MÉTODOS

3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

<i>Inclusión</i>	<i>Exclusión</i>
Edad <i>Todos los pacientes de mayores a 18 años de edad que se encuentren hospitalizados en SOLCA.</i>	Edad <i>Los pacientes que tengan menos de 18 años de edad.</i>
Sexo <i>Hombres</i> <i>Mujeres</i>	Consentimiento informado <i>Se excluirá a los pacientes que no hayan aceptado, o firmado el consentimiento para ser partícipes del estudio.</i>
Diagnóstico <i>Se incluirá a todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de cualquier tipo/localización</i>	
Tiempo de diagnóstico <i>Se incluirá a todos los pacientes con diagnóstico de cáncer, sin importar el tiempo transcurrido desde el diagnóstico.</i>	
Terapia <i>Se incluirá a todos los pacientes que reciban cualquiera tipo de tratamiento oncológico, (Radioterapia – Quimioterapia, quirúrgico, cuidados paliativos).</i>	
Estadio tumoral <i>Se incluirá a todos los pacientes con cualquier estadio tumoral, (Metástasis y No metástasis).</i>	
Índice de Karnofsky <i>Personas con un índice de Karnofsky mayor o igual a 50.</i>	

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DEL ESTUDIO

DEFINICIÓN DE VARIABLES EMPLEADAS EN LA INVESTIGACIÓN

-
- **DEPRESIÓN:** Trastorno del estado de ánimo con disminución del humor, es el resultado de la interacción entre factores psicológicos, fisiológicos, ambientales y genéticos los que producen alteraciones que varían en diferentes grados de afectación a nivel afectivo, cognitivo, conductual y somático, con predominio de sintomatología afectiva.
 - **CÁNCER:** Según la OMS, El término «cáncer» es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de los límites normales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis.
 - **TIPO DE CÁNCER:** El tipo de cáncer está determinado por el tipo de célula que comienza a crecer de manera anormal y por la localización (lugar del cuerpo) en que dicho crecimiento anormal de células se produce. (Ejemplo: cáncer de piel, pulmón, colon, mama (seno), próstata, etc.)
 - **TIEMPO DE DIAGNÓSTICO:** Tiempo (en meses) transcurrido desde que al paciente se le realiza el diagnóstico definitivo de Cáncer, mediante la prueba confirmatoria de biopsia del tejido tumoral, hasta la fecha
 - **ESTADIO TUMORAL:** El sistema de estadiaje más empleado es el TNM (Tumor, Node (nódulo, ganglio) y Metástasis) que valora la enfermedad local (tamaño tumoral), regional (número de ganglios afectados) y diseminación a distancia (presencia de metástasis).
 - **EDAD:** Pacientes diagnosticados de cáncer mayores a 18 años de edad que se encuentren hospitalizados en SOLCA
 - **SEXO:** Sexo biológico, masculino y femenino
 - **ESTADO CIVIL:** Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco
 - **APOYO FAMILIAR/SOCIAL:** La intención del apoyo familiar es de promover y mejorar la capacidad del paciente o familiar para desarrollar sus actividades diarias al brindar del cuidado necesario y proporcionar una fuente de confianza.
 - **NIVEL DE EDUCACIÓN:** El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.
 - **CONVIVENCIA:** Acción de convivir, vivir en compañía de otro u otros
 - **ACTIVIDAD LABORAL:** Se refiere a la labor de las personas, o a su trabajo o actividad legal remunerada.
 - **ANTECEDENTES DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS:** Presencia de enfermedades psiquiátricas antes del desarrollo de una nueva enfermedad psiquiátrica
-

DEFINICIÓN Y CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES EMPLEADAS EN EL ESTUDIO

<i>Variable</i>	<i>Tipo</i>	<i>Categoría</i>	<i>Indicador</i>	
Variable Dependiente				
<i>Depresión</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Puntaje Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión "HADS"</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes que tienen depresión</i> 	
		<i>Normal</i>	0 a 7	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes que no tienen depresión</i>
		<i>Caso probable</i> <i>Caso de Depresión</i>	8 a 10 11 a 21	
Variable Independiente				
<i>Localización/tipo de cáncer</i>	<i>Cualitativa</i>		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes con cualquier localización/tipo de cáncer</i> 	
<i>Tiempo de diagnóstico</i>	<i>Cualitativa</i>	<i><4 semanas</i> <i>1-6 meses</i> <i>>6 meses</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes según el tiempo del diagnóstico</i> 	
<i>Estadio tumoral</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Metástasis</i> <i>No metástasis</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes que tiene metástasis</i> • <i>Porcentaje de pacientes que no tienen metástasis</i> 	
Variables Perturbadoras				
<i>Edad</i>	<i>Cuantitativa</i>		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Promedio de edad</i> 	
<i>Sexo</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Hombre</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes masculinos</i> 	
		<i>Mujer</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes femeninos</i> 	
<i>Apoyo familiar o social</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Apoyo familiar/ social</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes que tienen apoyo familiar o social</i> • <i>Porcentaje de pacientes que no tienen apoyo familiar o social</i> 	
		<i>Soltero</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes que están solteros</i> 	
<i>Estado civil</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Casado</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes que están casados</i> 	
		<i>Divorciado</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes que están divorciados</i> 	
		<i>Viudo</i> <i>Unión libre</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes viudos</i> • <i>Porcentaje de paciente en unión libre</i> 	
<i>Nivel de educación</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Ninguno</i> <i>Básico</i> <i>Medio</i> <i>Superior</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes que no tiene ningún nivel de educación</i> • <i>Porcentaje de pacientes que tienen algún nivel de educación</i> 	
<i>Actividad laboral</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Trabaja</i> <i>No trabaja</i> <i>Jubilado</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes que realizan alguna actividad laboral</i> 	

		<i>QQDD Estudiante</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes que no realizan alguna actividad laboral</i>
<i>Convivencia</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Convivencia con familiares/amigos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes que conviven con familiares o amigos</i> • <i>Porcentaje de pacientes que no conviven con nadie</i>
		<i>Viven solos</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Porcentaje de pacientes que presentan antecedentes de trastornos psiquiátricos</i> • <i>Porcentaje de pacientes que no presentan antecedentes de trastornos psiquiátricos</i>
<i>Antecedente personales de trastornos psiquiátricos</i>	<i>Cualitativa</i>	<i>Presencia</i>	
		<i>Ausencia</i>	

3.3 MUESTRA

Al tratarse de un diseño epidemiológico: Estudio analítico, transversal, de corte-prevalencia, se empleó para el cálculo de la muestra, la siguiente fórmula:

$$n = \frac{pqz^2}{e^2}$$

Donde: p = prevalencia estimada de depresión en pacientes oncológicos = (0,20)

q = (1-p) = (0,80)

z = nivel de confianza (95%) = 1,96 [(1,96)² = 3,8416]

e = error de inferencia (5%) = 0,05 [(0,05)² = 0,0025]

Remplazando: $n = 0,20 \times 0,80 \times 3,8416 / 0,0025$

$n = 245,8624$

$n = 246$

El estudio se llevo a cabo en el Hospital Oncológico de SOLCA Núcleo de Quito y se incluyo en el estudio a 246 pacientes diagnosticados con cáncer que se encontraban hospitalizados.

3.4 TIPO DE ESTUDIO

Estudio analítico, transversal, de corte - prevalencia.

3.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El procedimiento de recolección de la información se hizo mediante la aplicación de:

- **ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESION** (Hospital Anxiety and Depression Scale) **“HADS”**. **ANEXO #1**
- **CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO:** El cuestionario recoge información socio-demográfica, datos de filiación, antecedentes psiquiátricos personales, apoyo familiar, tipo/localización de cáncer, tiempo de diagnóstico, estadio tumoral (metástasis). **ANEXO #2**

El objetivo de la aplicación de estos cuestionarios es la de obtener la mayor cantidad de datos fiables de los pacientes mediante la explicación básica, previa del tema de estudio, disminuyendo así la posibilidad de obtener información tergiversada. La explicación detalla el tema de estudio, objetivos, metas a alcanzar, beneficios, así como las repercusiones psicológicas de la enfermedad.

Esta explicación además orientó a los pacientes a conocer sobre los beneficios de una evaluación psicológica de la enfermedad, la cual debe de ser realizada a todos y cada uno de los pacientes oncológicos, y que una buena salud mental es un pilar básico e importante en la calidad de vida del paciente, ya que favorecerá a sobrellevar de una mejor manera la enfermedad, tendrán un mejor apego al tratamiento, una mejor evolución y una recuperación favorable.

Un aspecto esencial fue darles a conocer a los participantes que toda la información que se obtenga del estudio estará bajo los criterios de confidencialidad y anonimato, con el propósito de evitar cualquier conflicto y que la utilización de la información será exclusivamente con fines académicos e investigativos.

Una vez explicado el tema, los pacientes que estuvieron dispuestos a participar llenaron el formulario de consentimiento informado, en el cual aceptan ser parte del estudio. **ANEXO #4** Autorizada su participación, se procedió a tomar los datos de filiación del paciente y los de interés para el estudio a realizar que se encuentran detallados en el cuestionario socio-demográfico. **ANEXO #2.** Se revisaron las historias clínicas en busca del diagnóstico definitivo, tipo de cáncer, estadio tumoral, e información que sea útil, teniendo siempre en cuenta los criterios de inclusión y exclusión propuestos. **ANEXO #2**

La realización del test “HADS” es muy sencilla de comprender y realizar, con el fin de que no existan problemas ni contratiempos, se dio a conocer en qué consisten el test, cómo se debe de llenar, mediante ejemplos que están detallados en una hoja informativa. **ANEXO #3** El propósito fue que se familiaricen con el test. Cualquier duda que se presento fue respondida.

Concluida la explicación se procedió a entregare el test “HADS” (escala hospitalaria de ansiedad y depresión), para que puedan ser llenados por los participantes del estudio. **ANEXO #1**

Una vez que los participantes concluyeron de llenar el test, se les agradeció por la participación y la colaboración prestada.

VALIDACIÓN

Para el desarrollo del presente trabajo se realizó una prueba piloto en 15 pacientes oncológicos de la muestra, en el Hospital Oncológico de SOLCA Núcleo Quito, con la finalidad de conocer si el test HADS y el formulario Socio-demográfico era de fácil entendimiento y para determinar si existía algún tipo de problema con el desarrollo de la investigación.

Esta prueba piloto nos permitió reestructurar la intervención en los pacientes, ya que por lo general es una test auto-aplicado, en el cual el paciente lee las preguntas y contesta. Con la finalidad de ayudar a los pacientes a comprender el test, se transformó el test en hetero - aplicado (en la cual el investigador ayudó a los pacientes leyendo las preguntas y respuestas con los pacientes, así los pacientes podían comprender más y si presentaban alguna duda o problema el investigador brindaba su apoyo para tratar de solucionar ciertos inconvenientes que se presentaron).

3.6 ANÁLISIS DE DATOS

INGRESO DE DATOS

Se creó una base de datos en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), 19.0. (La cual cuenta con todas las variables socio - demográficas,

variables clínicas de la enfermedad, y presencia de depresión y sus distintos niveles). Mediante esta base de datos se analizó cada una de las variables incluidas en la matriz de datos del estudio.

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Se realizó a través del programa (SPSS) 19.0, utilizando el componente de análisis de datos, (Estadísticos descriptivos: Frecuencias y tablas de contingencia) del cual se obtuvo la siguiente información:

- **TABLAS DE FRECUENCIA:** En las cuales se expresarán el porcentaje de pacientes que presentan depresión, el porcentaje de pacientes según las características socio-demográficas y clínicas de la enfermedad.
- **TABLAS DE CONTINGENCIA:** Se harán los cruces en las tablas de contingencia para buscar relación entre las variables (Ejemplo: Depresión y edad, estado civil, tipo de cáncer, etc.)

Se realizó el análisis descriptivo de los datos mediante medidas de tendencia central (Media, mediana) y de desviación para variables cuantitativas o el uso de frecuencias y proporciones para las variables cualitativas.

Para las comparaciones grupales de variables categóricas se aplicó el test de Chi cuadrado χ^2 , mediante la cual se determinó el grado de asociación entre dos variables

categorías para determinar si existe asociación entre las variables dependientes o independientes del estudio.

CAPITULO IV: RESULTADOS

I. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA/ MUESTRA GENERAL

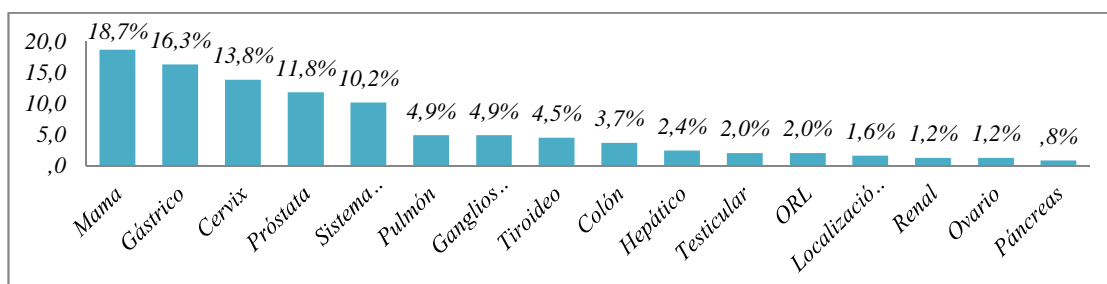
El reclutamiento de los pacientes se llevo a cabo en el área de hospitalización, quimioterapia. A todos los pacientes que tenían diagnóstico de cáncer y que cumplían con los criterios de inclusión del estudio, se les pidió que contestaran la escala HADS.

La población estudiada fue: 246 pacientes, 102 pacientes de género masculino (41,5%), y 144 pacientes de género femenino (58,5%).

1.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD EN LA MUESTRA GENERAL

Los 5 tipos de cáncer más frecuente en la muestra general (hombres y mujeres) fueron: cáncer de mama 18.7% (n=46), gástrico 16.3 % (n=40), cervix 13.8% (n=34), próstata 11.8% (n=29), hematológico 10.2% (n=25).

Gráfico No.1 Distribución de los tipos de cáncer en la población general



Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino.

A nivel del **género masculino** los 5 tipos más frecuentes fueron; cáncer de próstata 28.4% (n=29), gástrico 18.6% (n=19), hematológico 11.8% (n=12), pulmonar 9.8% (n=10), y cáncer a nivel del sistema linfático 7.8% (n=8).

A nivel del **género femenino** los 5 tipos más frecuentes fueron; cáncer de mama 31.9% (n=46), cérvix 23.6% (n=34), gástrico 14.6% (n=21), hematológico 9.0% (n=13), y cáncer tiroideo 7.6% (n=11).

Tabla No.1 Distribución de los pacientes de la muestra general según los aspectos clínicos de la enfermedad.

Tiempo Diagnostico	n (%)
< 4 semanas	30 (12,2)
1 a 6 meses	89 (36,2)
> 6 meses	127 (51,6)
Estadificación tumoral	
Metástasis	46 (18,7)
No metástasis	200 (81,3)

Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino.

1.-2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA GENERAL.

La tabla No.2 muestra el análisis descriptivo de la variable edad.

Tabla No. 2 Tabla de frecuencia: Edad de la muestra general

Edad	Valor
Media	51,98
Mediana	53,00
Moda	59
Desv. típ.	14,58
Mínimo	18
Máximo	79

Para facilitar la codificación de los datos, las edades se agruparon y distribuyeron de la siguiente manera: 18 a 35 años con el 14.2% (n=35), 36 a 50 años con el 31.3% (n=77), 51 a 65 años con el 33.3% (n=82) y, mayores de 65 años con 21.1% (n=52).

Tabla No.3 Distribución de los pacientes de la muestra general según los aspectos socio-demográficos.

Genero	n (%)
Masculino	102 (41,5)
Femenino	144 (58,5)
Edad	
18 a 35	35 (14,2)
36 a 50	77 (31,3)
51 a 65	82 (33,3)
> 65	52 (21,1)
Nivel de educación	
Analfabeto	6 (2,4)
Básico	71 (28,9)
Medio	100 (40,7)
Superior	63 (25,6)
Postgrado	6 (2,4)
Estado civil	
Soltero	39 (15,9)
Casado	132 (53,7)
Divorciado	32 (13,0)
Viudo	19 (7,7)
Unión libre	24 (9,8)
Convivencia	
Solo	25 (10,2)
Acompañado	221 (89,8)
Apoyo familiar	
Si	222 (90,2)
No	24 (9,8)
Ocupación	
Trabaja	101 (41,1)
No trabaja	73 (29,7)
Jubilado	25 (10,2)
QODD	30 (12,2)
Estudiante	17 (6,9)
APP-PSQ	
Si	16 (6,5)
No	230 (93,5)
Tipo APP-PSQ	

<i>Ansiedad</i>	3 (1,2)
<i>Depresión</i>	12 (4,9)
<i>Delirium</i>	1 (0,4)

Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino.

II.- CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA, SEGÚN LA DISTRIBUCIÓN EN LA ESCALA HADS – DEPRESIÓN

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las tasas más altas de depresión encontradas en el presente estudio se observan en pacientes con cáncer de páncreas (50%), renal (33,3%), cérvix (23,5%), próstata (20,7%), testicular (20%), hematopoyético (20%), ORL (20%), gástrico (17,5%), y de mama (17,4). No existiendo una relación estadísticamente significativa entre las variables. (Se debe de tomar en cuenta el limitado número de casos en algunas patologías).

La correlación existente entre estadificación tumoral y puntuación de la escala “HADS”-Depresión es estadísticamente significativa, existiendo una relación entre la variable metástasis con el desarrollo de depresión en pacientes oncológicos ($p = 0,005$).

La tabla No.4 muestra las relaciones entre la puntuación HAD para depresión y las variables clínicas de la enfermedad.

Tabla No. 4 Distribución de los pacientes de la muestra general según el puntaje de la escala HADS-Depresión con las variables clínicas de le enfermedad.

HADS DEPRESIÓN				
	<i>1 a 7 Normal</i>	<i>8 a 10 Posible caso</i>	<i>11 a 21 Caso depresión</i>	<i>Total casos</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n</i>
Tipo de cáncer				
<i>Próstata</i>	20 (69,0)	3 (10,3)	6 (20,7)	29
<i>Gástrico</i>	26 (65,0)	7 (17,5)	7 (17,5)	40
<i>Pulmón</i>	9 (75,0)	2 (16,7)	1 (8,3)	12
<i>Testicular</i>	3 (60,0)	1 (20,0)	1 (20)	5
<i>S. Hematopoyético</i>	18 (72,0)	2 (8,0)	5 (20)	25
<i>G. linfáticos</i>	9 (75,0)	1 (8,3)	2 (16,7)	12
<i>Mama</i>	31 (67,4)	7 (15,2)	8 (17,4)	46
<i>Cérvix</i>	22 (64,7)	4 (11,8)	8 (23,5)	34
<i>Tiroideo</i>	9 (81,8)	1 (9,1)	1 (9,1)	11
<i>Renal</i>	2 (66,7)	0 (0,0)	1 (33,3)	3
<i>Hepático</i>	5 (83,3)	1 (16,7)	0 (0,0)	6
<i>Colón</i>	9 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	9
<i>ORL</i>	2 (40,0)	2 (40,0)	1 (20)	5
<i>Ovario</i>	3 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3
<i>Localización mal definida</i>	4 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4
<i>Páncreas</i>	1 (50,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	2
<i>Total</i>	173 (70,3)	31 (12,6)	42 (17,1)	246 (100)
<i>Chi - cuadrado</i>	Valor 19,270		<i>p</i> 0,934	
Tiempo Diagnostico				
<i>< 4 semanas</i>	25 (83,3)	1 (3,4)	4 (13,3)	30
<i>1 a 6 meses</i>	55 (61,8)	12 (13,5)	22 (24,7)	89
<i>> 6 meses</i>	93 (73,2)	18 (14,2)	16 (12,6)	127
<i>Total</i>	173 (70,3)	31 (12,6)	42 (17,1)	246 (100)
<i>Chi - cuadrado</i>	Valor 8,926		<i>p</i> 0,063	
Estadificación tumoral				
<i>Metástasis</i>	25 (54,3)	12 (26,1)	9 (19,6)	46
<i>No metástasis</i>	148 (74,0)	19 (9,5)	33 (16,5)	200
<i>Total</i>	173 (70,3)	31 (12,6)	42 (17,1)	246 (100)
<i>Chi - cuadrado</i>	Valor 10,425		<i>p</i> 0,005	

Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Tanto en el género masculino como en el femenino no existió una predisposición estadísticamente significativa para al desarrollo de depresión, no existiendo una relación entre las variables. ($p = 0,175$)

La correlación existente entre apoyo familiar y puntuación HAD para depresión es estadísticamente significativa, existiendo una relación entre las variables estudiadas. ($p = 0,020$), de igual manera la presencia de antecedentes personales psiquiátricos son estadísticamente significativos con el consecuente desarrollo posterior de trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos ($p = 0,000$), en especial depresión ($p = 0,016$).

Tabla No. 5 Distribución de los pacientes de la muestra general según el puntaje de la escala HADS-Depresión con las variables socio demográficos.

HADS DEPRESIÓN				
	<i>0 a 7 Normal</i>	<i>8 a 10 Posible caso</i>	<i>11 a 21 Caso depresión</i>	<i>Total casos</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n</i>
Género				
<i>Masculino</i>	76 (74,5)	14 (13,7)	12 (11,8)	102
<i>Femenino</i>	97 (67,4)	17 (11,8)	30 (20,8)	144
<i>Total</i>	173 (70,3)	31 (12,6)	42 (17,1)	246 (100)
Chi - cuadrado	Valor 3,485		p 0,175	
Edad				
<i>19 a 35</i>	23 (65,7)	4 (11,4)	8 (22,9)	35
<i>36 a 50</i>	56 (72,7)	8 (10,4)	13 (16,9)	77
<i>51 a 65</i>	57 (69,5)	11 (13,4)	14 (17,1)	82
<i>> 65</i>	37 (71,2)	8 (15,4)	7 (13,5)	52
<i>Total</i>	173 (70,3)	31 (12,6)	42 (17,1)	246 (100)
Chi - cuadrado	Valor 1,966		p 0,923	
Nivel de educación				

<i>Analfabeto</i>	3 (50,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	6
<i>Básico</i>	51 (71,8)	8 (11,3)	12 (16,9)	71
<i>Medio</i>	66 (66,0)	14 (14,0)	20 (20,0)	100
<i>Superior</i>	48 (76,2)	6 (9,5)	9 (14,3)	63
<i>Postgrado</i>	5 (83,3)	0 (0,0)	1 (16,7)	6
<i>Total</i>	173 (70,3)	31 (12,6)	42 (17,1)	246 (100)
<i>Chi - cuadrado</i>	<i>Valor 11,053</i>		<i>p 0,199</i>	
Estado civil				
<i>Soltero</i>	28 (71,8)	4 (10,3)	7 (17,9)	39
<i>Casado</i>	94 (71,2)	15 (11,4)	23 (17,4)	132
<i>Divorciado</i>	20 (62,5)	5 (15,6)	7 (21,9)	32
<i>Viudo</i>	14 (73,7)	4 (21,1)	1 (5,3)	19
<i>Unión libre</i>	17 (70,8)	3 (12,5)	4 (16,7)	24
<i>Total</i>	173 (70,3)	31 (12,6)	42 (17,1)	246 (100)
<i>Chi - cuadrado</i>	<i>Valor 3,990</i>		<i>p 0,858</i>	
Convivencia				
<i>Solo</i>	13 (52,0)	5 (20)	7 (28,0)	25
<i>Acompañado</i>	160 (72,4)	26 (11,8)	35 (15,8)	221
<i>Total</i>	173 (70,3)	31 (12,6)	42 (17,1)	246 (100)
<i>Chi - cuadrado</i>	<i>Valor 4,484</i>		<i>p 0,106</i>	
Apoyo familiar				
<i>Si</i>	162 (73,0)	26 (11,7)	34 (15,3)	222
<i>No</i>	11 (45,8)	5 (20,8)	8 (33,3)	24
<i>Total</i>	173 (70,3)	31 (12,6)	42 (17,1)	246 (100)
<i>Chi - cuadrado</i>	<i>Valor 7,817</i>		<i>p 0,020</i>	
Ocupación				
<i>Trabaja</i>	74 (73,3)	9 (8,9)	18 (17,8)	101
<i>No trabaja</i>	47 (64,4)	12 (16,4)	14 (19,2)	73
<i>Jubilado</i>	19 (76,0)	3 (12,0)	3 (12,0)	25
<i>QQDD</i>	22 (73,3)	4 (13,3)	4 (13,3)	30
<i>Estudiante</i>	11 (64,7)	3 (17,6)	3 (17,3)	17
<i>Total</i>	173 (70,3)	31 (12,6)	42 (17,1)	246 (100)
<i>Chi - cuadrado</i>	<i>Valor 3,877</i>		<i>p 0,868</i>	
APP-PSQ				
<i>Si</i>	4 (25,0)	5(31,3)	7 (43,8)	16
<i>No</i>	169 (73,5)	26 (11,3)	35 (15,2)	230
<i>Total</i>	173 (70,3)	31 (12,6)	42 (17,1)	246 (100)
<i>Chi - cuadrado</i>	<i>Valor 16,855</i>		<i>p 0,000</i>	
Tipo APP-PSQ				
<i>Ansiedad</i>	3 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	3
<i>Depresión</i>	1 (8,3)	5 (41,7)	6 (50,0)	12
<i>Delirium</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1
			<i>Total</i>	16 (100)
<i>Chi - cuadrado</i>	<i>Valor 12,143</i>		<i>p 0,016</i>	

Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino.

No se hallaron relaciones estadísticamente significativas entre la puntuación HADS para depresión y variables tales como, tipo de cáncer, tiempo diagnóstico, género, edad, nivel de educación, estado civil, convivencia y ocupación.

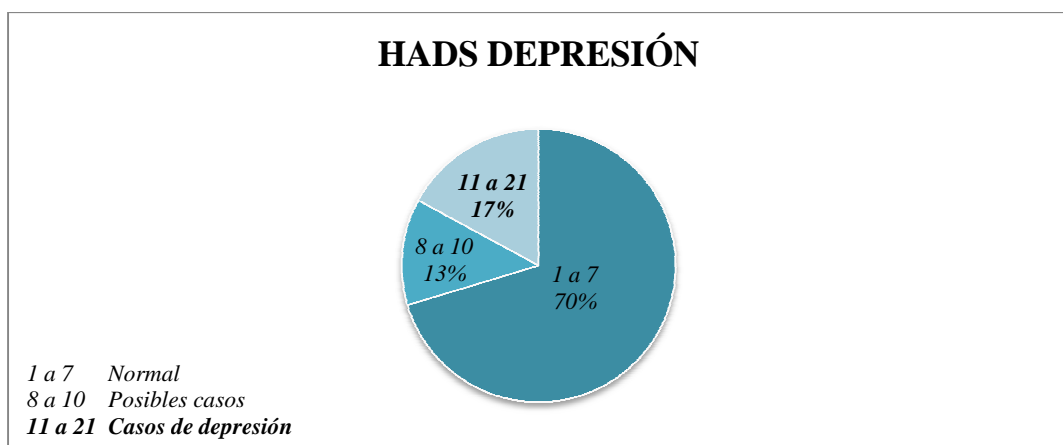
III.- POBLACIÓN / MUESTRA CON DEPRESIÓN

1.- PREVALENCIA TRASTORNO DEPRESIVO.

La prevalencia de trastorno depresivo fue del **17.1%**.

El gráfico No.2 muestra la Distribución de los pacientes en función de las puntuaciones de la sub-escala de depresión.

Gráfico No. 2 Distribución de los pacientes de la muestra en grupos en función de las puntuaciones de la sub-escala de depresión de la escala HAD



Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino.

2.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA POBLACIÓN ONCOLÓGICA CON DEPRESIÓN

La tabla No.6 muestra la distribución de los pacientes oncológicos con depresión según las características clínicas

Tabla No. 6 Distribución de los pacientes oncológicos con depresión según las características clínicas de la enfermedad.

HADS DEPRESIÓN	Caso depresión
	<i>n (%)</i>
Tipo de cáncer	
<i>Mama</i>	8 (19,05)
<i>Cérvix</i>	8 (19,05)
<i>Gástrico</i>	7 (16,67)
<i>Próstata</i>	6 (14,29)
<i>S. Hematopoyético</i>	5 (11,90)
<i>G. linfáticos</i>	2 (4,76)
<i>Pulmón</i>	1 (2,38)
<i>Testicular</i>	1 (2,38)
<i>Tiroideo</i>	1 (2,38)
<i>Renal</i>	1 (2,38)
<i>ORL</i>	1 (2,38)
<i>Páncreas</i>	1 (2,38)
Tiempo Diagnostico	
<i>< 4 semanas</i>	4 (9,52)
<i>1 a 6 meses</i>	22 (52,38)
<i>> 6 meses</i>	16 (38,10)
Estadificación tumoral	
<i>Metástasis</i>	9 (21,43)
<i>No metástasis</i>	33 (78,57)

Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino

3.- CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS DE LA POBLACIÓN ONCOLÓGICA CON DEPRESIÓN

La tabla No.7 muestra la distribución de los pacientes oncológicos con depresión según las características socio demográfico.

Tabla No. 7 Distribución de los pacientes oncológicos con depresión según los aspectos socio demográficos.

HADS DEPRESIÓN	Caso depresión
	<i>n (%)</i>
Genero	
<i>Masculino</i>	12 (28,57)
<i>Femenino</i>	30 (71,43)
Edad	
<i>19 a 35</i>	8 (19,05)
<i>36 a 50</i>	13 (30,95)
<i>51 a 65</i>	14 (33,33)
<i>> 65</i>	7 (16,67)
Nivel de educación	
<i>Básico</i>	12 (28,57)
<i>Medio</i>	20 (47,62)
<i>Superior</i>	9 (21,43)
<i>Postgrado</i>	1 (2,38)
Estado civil	
<i>Soltero</i>	7 (16,67)
<i>Casado</i>	23 (54,76)
<i>Divorciado</i>	7 (16,67)
<i>Viudo</i>	1 (2,38)
<i>Unión libre</i>	4 (9,52)
Convivencia	
<i>Solo</i>	7 (16,67)
<i>Acompañado</i>	35 (83,33)
Apoyo familiar	
<i>Si</i>	34 (80,95)
<i>No</i>	8 (19,05)
Ocupación	
<i>Trabaja</i>	18 (42,86)
<i>No trabaja</i>	14 (33,33)
<i>Jubilado</i>	3 (7,14)
<i>QQDD</i>	4 (9,52)
<i>Estudiante</i>	3 (7,14)
APP-PSQ	
<i>Si</i>	7 (16,67)
<i>No</i>	35 (83,33)
Tipo APP-PSQ	
<i>Depresión</i>	6 (85,71)
<i>Delirium</i>	1 (14,29)

Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino

4.- PACIENTES CON DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON EL GÉNERO (MASCULINO Y FEMENINO)

De los 42 pacientes que obtuvieron una puntuación positiva para depresión, **12** pacientes (**28.6%**) corresponden al **género masculino**, mientras que **30** pacientes (**71.4%**) fueron de **género femenino**.

4.1 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD

Existe una correlación estadísticamente significativa entre el género (tanto a nivel del género masculino como del femenino) con el tipo de cáncer, ($p = 0,001$). Lo que nos indica que existe una relación entre el desarrollo de depresión en hombres y mujeres según el tipo de cáncer.

De igual manera existe relación entre el género y el tiempo diagnóstico en los pacientes oncológicos con depresión, la correlación es estadísticamente significativa, existiendo una relación entre las variables. ($p = 0,042$).

Tabla No.8 Distribución de los pacientes con depresión según el género y su relación con las variables clínicas de le enfermedad.

GÉNERO	Masculino	Femenino
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Tipo de cáncer		
<i>Próstata</i>	6 (50,0)	<i>Mama</i> 8 (26,6)
<i>Gástrico</i>	1 (8,33)	<i>Cérvix</i> 8 (26,6)
<i>Testicular</i>	1 (8,33)	<i>Gástrico</i> 6 (20,0)
<i>S. Hematopoyético</i>	1 (8,33)	<i>S. Hematopoyético</i> 4 (13,4)
<i>Ganglios Linfáticos</i>	1 (8,33)	<i>Pulmón</i> 1 (3,33)
<i>Renal</i>	1 (8,33)	<i>Ganglios Linfáticos</i> 1 (3,33)
<i>ORL</i>	1 (8,33)	<i>Tiroideo</i> 1 (3,33)
		<i>Páncreas</i> 1 (3,33)
<i>Total</i>	12 (100,0)	<i>Total</i> 30 (100,0)
Chi - cuadrado	Valor 31,430	p 0,001

GENERO	Masculino	Femenino
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Tiempo Diagnostico		
<i>< 4 semanas</i>	0 (0,0)	4 (9,5)
<i>1 a 6 meses</i>	4 (9,5)	18 (42,9)
<i>> 6 meses</i>	8 (19,0)	8 (19,0)
<i>Total</i>	12 (28,7)	30 (71,4)
Chi - cuadrado	Valor 6,364	p 0,042
Estadificación tumoral		
<i>Metástasis</i>	1 (2,4)	8 (19,0)
<i>No metástasis</i>	11 (26,2)	22 (52,4)
<i>Total</i>	12 (28,7)	30 (71,4)
Chi - cuadrado	Valor 1,711	p 0,191

Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino

4.-2 CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS

La correlación existente entre los pacientes oncológicos con depresión del género masculino y femenino con el apoyo familiar es estadísticamente significativa, existiendo una relación entre las variables estudiadas. ($p = 0,047$)

Tabla No. 9 Distribución de los pacientes con depresión según el género y su relación con las variables socio demográficas.

GENERO	Masculino	Femenino
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Edad		
19 a 35	2 (4,8)	6 (14,3)
36 a 50	3 (7,1)	10 (23,8)
51 a 65	5 (11,9)	9 (21,4)
> 65	2 (4,8)	5 (11,9)
Total	12 (28,7)	30 (71,4)
<i>Chi - cuadrado</i>	<i>Valor 0,592</i>	<i>p 0,898</i>
Nivel de educación		
Analfabeto	0 (0,0)	0 (0,0)
Básico	3 (7,1)	9 (21,4)
Medio	5 (11,9)	15 (35,7)
Superior	4 (9,5)	5 (11,9)
Postgrado	0 (0,0)	1 (2,4)
Total	12 (28,7)	30 (71,4)
<i>Chi - cuadrado</i>	<i>Valor 1,711</i>	<i>p 0,634</i>
Estado civil		
Soltero	2 (4,8)	5 (11,9)
Casado	7 (16,7)	16 (38,1)
Divorciado	1 (2,4)	6 (14,3)
Viudo	0 (0,0)	1 (2,4)
Unión libre	2 (4,8)	2 (4,8)
Total	12 (28,7)	30 (71,4)
<i>Chi - cuadrado</i>	<i>Valor 2,039</i>	<i>p 0,729</i>
Convivencia		
Solo	2 (4,8)	5 (11,9)
Acompañado	10 (23,8)	25 (59,5)
Total	12 (28,7)	30 (71,4)
<i>Chi - cuadrado</i>	<i>Valor 0,000</i>	<i>p 1,000</i>
Apoyo familiar		

<i>Si</i>	12 (28,6)	22 (52,4)
<i>No</i>	0 (0,0)	8 (19)
<i>Total</i>	12 (28,7)	30 (71,4)
Chi - cuadrado	Valor 3,953	p 0,047
Ocupación		
<i>Trabaja</i>	7 (16,7)	11 (26,2)
<i>No trabaja</i>	3 (7,1)	11 (26,2)
<i>Jubilado</i>	1 (2,4)	2 (4,8)
<i>QQDD</i>	0 (0,0)	4 (9,5)
<i>Estudiante</i>	1 (2,4)	2 (4,8)
<i>Total</i>	12 (28,7)	30 (71,4)
<i>Chi - cuadrado</i>	<i>Valor 2,956</i>	<i>p 0,565</i>
APP-PSQ		
<i>Si</i>	1 (2,4)	6 (14,3)
<i>No</i>	11 (26,2)	24 (57,1)
<i>Total</i>	12 (28,7)	30 (71,4)
<i>Chi - cuadrado</i>	<i>Valor 0,840</i>	<i>p 0,359</i>
Tipo APP-PSQ		
<i>Depresión</i>	1 (14,3)	5 (71,4)
<i>Delirium</i>	0 (0,0)	1 (14,3)
<i>Total</i>	1 (14,3)	6 (85,7)
<i>Chi - cuadrado</i>	<i>Valor 0,194</i>	<i>p 0,659</i>

Elaborado por: Daniel del Pino.

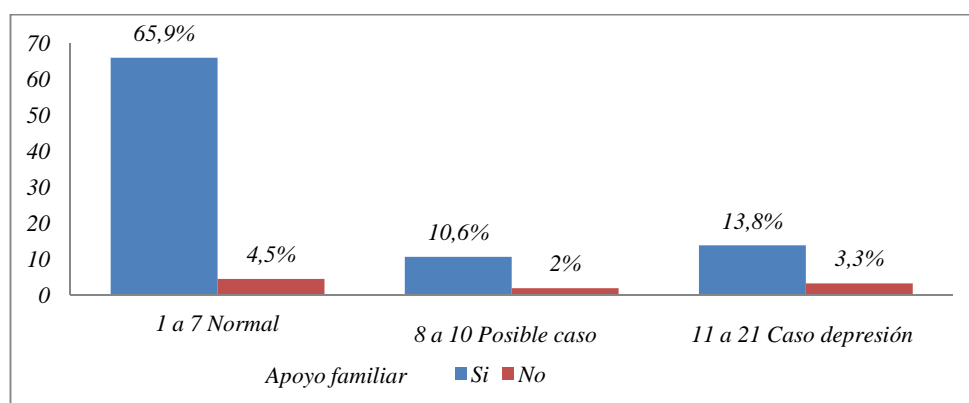
Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino.

5.- PACIENTES CON DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE APOYO FAMILIAR

El grafico No.3 muestra la distribución de los pacientes oncológicos con apoyo familiar en relación con la escala HADS Depresión, en el cual se puede observar que en los tres grupos (Normal, posible caso y caso depresión), existe el predominio del apoyo familiar.

De los 42 pacientes oncológicos que presentaron depresión, el 80,9% (n=34) tiene apoyo de sus familias, y el 19,1% (n=8) no presentaron apoyo familiar.

Gráfico No. 3 Distribución de los pacientes oncológicos con apoyo familiar en relación con la escala HADS Depresión.



Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino.

5.-1 CARACTERISTICAS CLINICAS

Tanto en los 2 grupos de pacientes oncológicos con metástasis y sin metástasis que presentaron depresión, existió la presencia de apoyo familiar para afrontar la enfermedad. Pero la correlación no es estadísticamente significativa, y no existe una relación entre las variables. ($p = 0,494$).

Se observa que existe tanto a nivel del tipo de cáncer como a nivel del tiempo diagnóstico de la enfermedad en los pacientes oncológicos con depresión el predominio de apoyo familiar.

Tabla No.10 Distribución de los pacientes con depresión según presentan apoyo familiar y su relación con las variables clínicas de le enfermedad.

<i>Apoyo familiar/Social</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Tipo de cáncer		
<i>Próstata</i>	6 (100,0)	0 (0,0)
<i>Gástrico</i>	5 (71,4)	2 (28,6)
<i>Pulmón</i>	1 (100,0)	0 (0,0)
<i>Testicular</i>	1 (100,0)	0 (0,0)
<i>S. Hematopoyético</i>	5 (100,0)	0 (0,0)
<i>G. linfáticos</i>	2 (100,0)	0 (0,0)
<i>Mama</i>	5 (62,5)	3 (37,5)
<i>Cérvix</i>	5 (62,5)	3 (37,5)
<i>Tiroideo</i>	1 (100,0)	0 (0,0)
<i>Renal</i>	1 (100,0)	0 (0,0)
<i>Hepático</i>	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>Colón</i>	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>ORL</i>	1 (100,0)	0 (0,0)
<i>Ovario</i>	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>Localización mal definida</i>	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>Páncreas</i>	1 (100,0)	0 (0,0)
<i>Total</i>	34 (81,0)	8 (19,0)
<i>Chi - cuadrado</i>	Valor 8,415	p 0,676
Tiempo Diagnostico		
<i>< 4 semanas</i>	4 (100,0)	0 (0,0)
<i>1 a 6 meses</i>	16 (72,7)	6 (27,3)
<i>> 6 meses</i>	14 (87,5)	2 (12,5)
<i>Total</i>	34 (81,0)	8 (19,0)
<i>Chi - cuadrado</i>	Valor 2,351	p 0,309
Estadificación tumoral		
<i>Metástasis</i>	8 (88,9)	1 (11,1)
<i>No metástasis</i>	26 (78,8)	7 (21,2)
<i>Total</i>	34 (81,0)	8 (19,0)
<i>Chi - cuadrado</i>	Valor 0,468	p 0,494

Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino.

5.-2 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Tanto a nivel del género (masculino y femenino) de los pacientes oncológicos con depresión, existió la presencia de apoyo familiar y, la correlación es estadísticamente significativa, existiendo una relación entre las variables. ($p = 0,047$).

Existió mayor apoyo familiar en los pacientes oncológicos con depresión en relación con su estado civil y, la correlación es estadísticamente significativa, existiendo una relación entre las variables. ($p = 0,007$). A nivel del estado civil divorciado, se refleja una leve superioridad por la falta de apoyo familiar frente a los pacientes divorciados que si reciben apoyo.

Se observa que existe tanto a nivel de la edad, nivel de educación, convivencia, ocupación y antecedentes psiquiátricos de los pacientes oncológicos con depresión el predominio de apoyo familiar.

Tabla No.11 Distribución de los pacientes con depresión según presentan apoyo familiar y su relación con las variables socio demográficas

<i>Apoyo familiar</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Genero		
<i>Masculino</i>	<i>12 (100,0)</i>	<i>0 (0,0)</i>
<i>Femenino</i>	<i>22 (73,3)</i>	<i>8 (26,7)</i>
<i>Total</i>	<i>34 (81,0)</i>	<i>8 (19,0)</i>
Chi - cuadrado	Valor 3,953	p 0,047
Edad		
<i>19 a 35</i>	<i>8 (100,0)</i>	<i>0 (0,0)</i>
<i>36 a 50</i>	<i>10 (76,9)</i>	<i>3 (23,1)</i>
<i>51 a 65</i>	<i>10 (71,4)</i>	<i>4 (28,6)</i>
<i>> 65</i>	<i>6 (85,7)</i>	<i>1 (14,3)</i>

<i>Total</i>	34 (81,0)	8 (19,0)
<i>Chi - cuadrado</i>	Valor 2,946	p 0,400
Nivel de educación		
<i>Analfabeto</i>	0 (0,0)	0 (0,0)
<i>Básico</i>	9 (75,0)	3 (25,0)
<i>Medio</i>	15 (75,0)	5(25,0)
<i>Superior</i>	9 (100,0)	0 (0,0)
<i>Postgrado</i>	1 (100,0)	0 (0,0)
<i>Total</i>	34 (81,0)	8 (19,0)
<i>Chi - cuadrado</i>	Valor 3,088	p 0,378
Estado civil		
<i>Soltero</i>	7 (100,0)	0 (0,0)
<i>Casado</i>	20 (87,0)	3 (13,0)
<i>Divorciado</i>	3 (42,9)	4 (57,1)
<i>Viudo</i>	0 (0,0)	1 (100,0)
<i>Unión libre</i>	4 (100,0)	0 (0,0)
<i>Total</i>	34 (81,0)	8 (19,0)
Chi - cuadrado	Valor 13,964	p 0,007
Convivencia		
<i>Solo</i>	5 (71,4)	2 (28,6)
<i>Acompañado</i>	29 (82,9)	6 (17,1)
<i>Total</i>	34 (81,0)	8 (19,0)
<i>Chi - cuadrado</i>	Valor 0,,494	p 0,482
Ocupación		
<i>Trabaja</i>	15 (83,3)	3 (16,7)
<i>No trabaja</i>	11 (78,6)	3 (21,4)
<i>Jubilado</i>	2 (66,7)	1 (33,3)
<i>QQDD</i>	3 (75,0)	1 (25,0)
<i>Estudiante</i>	3 (100,0)	0 (0,0)
<i>Total</i>	34 (81,0)	8 (19,0)
<i>Chi - cuadrado</i>	Valor 1,313	p 0,859
APP-PSQ		
<i>Si</i>	6 (85,7)	1 (14,3)
<i>No</i>	28 (80,0)	7 (20,0)
<i>Total</i>	34 (81,0)	8 (19,0)
<i>Chi - cuadrado</i>	Valor 0,124	p 0,725
Tipo APP-PSQ		
<i>Depresión</i>	5 (83,3)	1 (16,7)
<i>Delirium</i>	1 (100,0)	0 (0,0)
<i>Total</i>	6 (85,7)	1 (14,3)
<i>Chi - cuadrado</i>	Valor 0,194	p 0,659

COMENTARIO: Sin embargo de que el objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos utilizando la escala “HADS”, como un instrumento fiable, válido para realizar el screening de depresión.

Esta escala nos permite manejar 2 sub escalas; una de depresión y otra de ansiedad. En consecuencia la aplicación de esta escala ha permitido determinar la prevalencia de ansiedad en la población estudiada, a continuación se presentaran los resultados más importantes:

V.- CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA, SEGÚN LA DISTRIBUCIÓN EN LA ESCALA HADS – ANSIEDAD

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las tasas más altas de ansiedad encontradas en el estudio se observan en pacientes con cáncer ORL (40%), renal (33,3%), mama (32,6), hematopoyético (28%), y tiroideo (27,3). No existiendo una relación estadísticamente significativa entre las variables.

La correlación existente entre estadificación tumoral y puntuación HAD para ansiedad es estadísticamente significativa, existiendo una relación entre las variables, ($p = 0,000$)

La tabla No.12 muestra las relaciones entre la puntuación HAD para ansiedad y las variables clínicas de la enfermedad.

**Tabla No. 12 Distribución de los pacientes de la muestra general según el puntaje de la escala HADS-
Ansiedad con las variables clínicas de le enfermedad.**

HADS ANSIEDAD	1 a 7 Normal	8 a 10 Posible caso	11 a 21 Caso Ansiedad	Total casos
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Tipo de cáncer				
<i>Próstata</i>	20 (69,0)	5 (17,2)	4 (13,8)	29
<i>Gástrico</i>	22 (55,0)	9 (22,5)	9 (22,5)	40
<i>Pulmón</i>	7 (58,3)	3 (25,0)	2 (16,7)	12
<i>Testicular</i>	4 (80,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	5
<i>S. Hematopoyético</i>	14 (56,0)	4 (16,0)	7 (28,0)	25
<i>G. linfáticos</i>	8 (66,7)	3 (25,0)	1 (8,3)	12
<i>Mama</i>	22 (47,8)	9 (19,6)	15 (32,6)	46
<i>Cérvix</i>	18 (52,9)	8 (23,5)	8 (23,5)	34
<i>Tiroideo</i>	7 (63,6)	1 (9,1)	3 (27,3)	11
<i>Renal</i>	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	3
<i>Hepático</i>	3 (50,0)	2 (33,3)	1 (16,7)	6
<i>Colón</i>	6 (66,7)	2 (22,2)	1 (11,1)	9
<i>ORL</i>	2 (40,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	5
<i>Ovario</i>	3 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3
<i>Localización mal definida</i>	4 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4
<i>Páncreas</i>	2 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2
Total	143 (58,1)	48 (19,5)	55 (22,3)	246 (100)
Chi - cuadrado	Valor 19,431		p 0,931	
Tiempo Diagnostico				
<i>< 4 semanas</i>	18 (60,0)	4 (13,3)	8 (26,7)	30
<i>1 a 6 meses</i>	51 (57,3)	17 (19,1)	21 (23,6)	89
<i>> 6 meses</i>	74 (58,3)	27 (21,3)	26 (20,5)	127
Total	143 (58,1)	48 (19,5)	55 (22,3)	246
Chi - cuadrado	Valor 1,334		p 0,856	
Estadificación tumoral				
<i>Metástasis</i>	15 (32,6)	16 (34,8)	15 (32,6)	46
<i>No metástasis</i>	128 (64,0)	32 (16,0)	40 (20,0)	200
Total	143 (58,1)	48 (19,5)	55 (22,3)	246
Chi - cuadrado	Valor 15,761		p 0,000	

Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino.

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

La correlación existente entre el género (masculino/femenino) y la puntuación HAD para ansiedad es estadísticamente significativa, existiendo una relación entre las variables. ($p = 0,043$)

La correlación existente entre la presencia de antecedentes personales psiquiátricos y la puntuación HAD para ansiedad indica que son estadísticamente significativas con el consecuente desarrollo posterior de trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos ($p = 0,000$).

La tabla No.13 muestra las relaciones entre la puntuación HAD para ansiedad y las variables socio demográficas.

Tabla No. 13 Distribución de los pacientes de la muestra general según el puntaje de la escala HADS-Ansiedad (Casos normales, Posibles casos y Casos ansiedad) con las variables clínicas socio demográficas.

HADS ANSIEDAD	1 a 7 Normal	8 a 10 Posible caso	11 a 21 Caso depresión	Total casos
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Genero				
<i>Masculino</i>	67 (65,7)	20 (19,6)	15 (14,7)	102
<i>Femenino</i>	76 (52,8)	28 (19,4)	40 (27,8)	144
Total	143 (58,1)	48 (19,5)	55 (22,3)	246
Chi - cuadrado	Valor	6,276	p	0,043
Edad				
<i>19 a 35</i>	19 (54,3)	6 (17,1)	10 (28,6)	35
<i>36 a 50</i>	45 (58,4)	13 (16,9)	19 (24,7)	77
<i>51 a 65</i>	50 (61,0)	15 (18,3)	17 (20,7)	82
<i>> 65</i>	29 (55,8)	14 (26,9)	9 (17,3)	52
Total	143 (58,1)	48 (19,5)	55 (22,3)	246
Chi - cuadrado	Valor	3,633	p	0,726
Nivel de educación				

<i>Analfabeto</i>	2 (33,3)	1 (16,7)	3 (50,0)	6
<i>Básico</i>	40 (56,3)	15 (21,1)	16 (22,5)	71
<i>Medio</i>	56 (56,0)	19 (19,0)	25 (25,0)	100
<i>Superior</i>	41 (65,1)	11 (17,5)	11 (17,5)	63
<i>Postgrado</i>	4 (66,7)	2 (33,3)	0 (0,0)	6
Total	143 (58,1)	48 (19,5)	55 (22,3)	246
Chi - cuadrado	Valor	6,588	p	0,582
Estado civil				
<i>Soltero</i>	22 (56,4)	8 (20,5)	9 (23,1)	39
<i>Casado</i>	83 (62,9)	20 (15,2)	29 (22,0)	132
<i>Divorciado</i>	17 (53,1)	7 (21,9)	8 (25,0)	32
<i>Viudo</i>	10 (52,6)	7 (36,8)	2 (10,5)	19
<i>Unión libre</i>	11 (45,8)	6 (25,0)	7 (29,2)	24
Total	143 (58,1)	48 (19,5)	55 (22,3)	246
Chi - cuadrado	Valor	7,891	p	0,444
Convivencia				
<i>Solo</i>	12 (48,0)	8 (32,0)	5 (20,0)	25
<i>Acompañado</i>	131 (59,3)	40 (18,1)	50 (22,6)	221
Total	143 (58,1)	48 (19,5)	55 (22,3)	246
Chi - cuadrado	Valor	2,785	p	0,249
Apoyo familiar				
<i>Si</i>	137 (61,7)	42 (18,9)	43 (19,4)	222
<i>No</i>	6 (25,0)	6 (25,0)	12 (50,0)	24
Total	143 (58,1)	48 (19,5)	55 (22,3)	246
Chi - cuadrado	Valor	14,521	p	0,001
Ocupación				
<i>Trabaja</i>	63 (62,4)	20 (19,8)	18 (17,8)	101
<i>No trabaja</i>	37 (50,7)	15 (20,5)	21 (28,8)	73
<i>Jubilado</i>	15 (60,0)	7 (28,0)	3 (12,0)	25
<i>QQDD</i>	19 (63,3)	3 (10,0)	8 (26,7)	30
<i>Estudiante</i>	9 (53,9)	3 (17,6)	5 (29,4)	17
Total	143 (58,1)	48 (19,5)	55 (22,3)	145
Chi - cuadrado	Valor	7,730	p	0,460
APP-PSQ				
<i>Si</i>	2 (12,5)	5 (31,3)	9 (56,3)	16
<i>No</i>	141 (61,3)	43 (18,7)	46 (20,0)	230
Total	143 (58,1)	48 (19,5)	55 (22,3)	246
Chi - cuadrado	Valor	16,130	p	0,000
Tipo APP-PSQ				
<i>Ansiedad</i>	0 (0,0)	1 (33,3)	2 (66,7)	3
<i>Depresión</i>	2 (16,7)	4 (33,3)	6 (50,0)	12
<i>Delirium</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1
Total	2 (12,5)	5 (31,3)	9 (56,3)	16
Chi - cuadrado	Valor	1,481	p	0,830

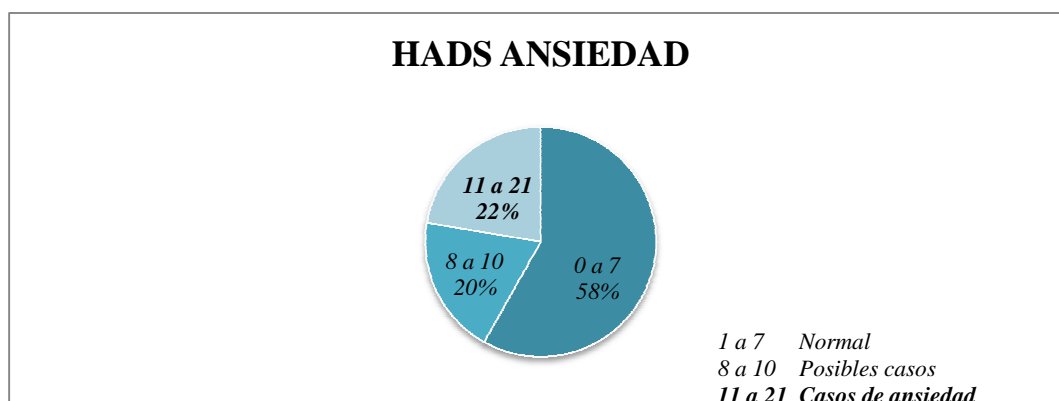
VI.- POBLACIÓN / MUESTRA CON ANSIEDAD

1.- PREVALENCIA ANSIEDAD EN LA MUESTRA GENERAL.

La prevalencia de ansiedad en la muestra de pacientes oncológicos fue de **22.4%**.

El gráfico No.4 muestra la Distribución de los pacientes en función de las puntuaciones de la sub-escala de ansiedad.

Gráfico No. 4 Distribución de los pacientes de la muestra en grupos en función de las puntuaciones de la Sub-escala de ansiedad de la escala HAD



Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino

2.- CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA POBLACIÓN ONCOLOGICA CON ANSIEDAD

La tabla No.14 muestra la distribución de los pacientes oncológicos con ansiedad según las características clínicas

Tabla No. 14 Distribución de los pacientes oncológicos con ansiedad según los aspectos clínicos

HADS ANSIEDAD	11 a 21 Caso Ansiedad
	<i>n (%)</i>
Tipo de cáncer	
Mama	15 (27,27)
Gástrico	9 (16,36)
Cérvix	8 (14,55)
S. Hematopoyético	7 (12,73)
Próstata	4 (7,27)
Tiroideo	3 (5,45)
ORL	2 (3,64)
Pulmón	2 (3,64)
Testicular	1 (1,82)
Renal	1 (1,82)
Hepático	1 (1,82)
Colón	1 (1,82)
G. linfáticos	1 (1,82)
Tiempo Diagnostico	
< 4 semanas	8 (14,55)
1 a 6 meses	21 (38,18)
> 6 meses	26 (47,27)
Estadificación tumoral	
Metástasis	15 (27,27)
No metástasis	40 (72,73)

Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino.

3.- CARACTERISTICAS SOCIO DEMOGRAFICAS DE LA POBLACIÓN ONCOLOGICA CON ANSIEDAD

La tabla No.15 muestra la distribución de los pacientes oncológicos con ansiedad según las características socio demográfico.

Tabla No. 15 Distribución de los pacientes oncológicos con ansiedad según los aspectos socio demográficos

HADS ANSIEDAD	11 a 21 Caso ansiedad
	<i>n (%)</i>
Genero	
Masculino	15 (27,27)
Femenino	40 (72,73)
Edad	
19 a 35	10 (18,18)
36 a 50	19 (34,55)
51 a 65	17 (30,91)
> 65	9 (16,36)
Nivel de educación	
Analfabeto	3 (5,45)
Básico	16 (29,09)
Medio	25 (45,45)
Superior	11 (20,00)
Estado civil	
Soltero	9 (16,36)
Casado	29 (52,73)
Divorciado	8 (14,55)
Viudo	2 (3,64)
Unión libre	7(12,73)
Convivencia	
Solo	5 (9,09)
Acompañado	50 (90,91)
Apoyo familiar	
Si	43 (78,18)
No	12 (21,82)
Ocupación	
Trabaja	18 (32,73)
No trabaja	21 (38,18)
Jubilado	3 (5,45)
QQDD	8 (14,55)
Estudiante	5 (9,09)
APP-PSQ	
Si	9 (16,36)
No	46 (83,64)
Tipo APP-PSQ	
Ansiedad	2 (22,22)
Depresión	6 (66,67)
Delirium	1 (11,11)

Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino.

VII.- PACIENTES CON DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE ANSIEDAD

28 pacientes oncológicos (66,7%) de los 42 pacientes **que presentaron depresión** según los resultados de la escala HADS, **también presentaron** ansiedad según la escala HADS de ansiedad.

La correlación existente entre las 2 escalas de depresión y ansiedad del HADS, son estadísticamente significativas, existiendo una relación entre las variables, ($p = 0,000$).

Tabla No. 16 Distribución de los pacientes según el puntaje de la escala HADS y su relación entre la sub escala de depresión y la sub escala de ansiedad.

	HADS DEPRESIÓN			Total casos n (%)
	<i>1 a 7 Normal</i> n (%)	<i>8 a 10 Posible caso</i> n (%)	<i>11 a 21 caso depresión</i> n (%)	
HADS ANSIEDAD				
<i>1 a 7 Normal</i>	128 (52)	8 (3,3)	7 (2,8)	143 (58,1)
<i>8 a 10 Posible caso</i>	26 (10,6)	15 (6,1)	7 (2,8)	48 (19,5)
<i>11 a 21 caso ansiedad</i>	19 (7,7)	8 (3,3)	28 (11,4)	55 (22,4)
Total	173 (70,3)	31 (12,7)	42 (17)	246 (100)
Chi - cuadrado	Valor 87,739		p 0,000	

Elaborado por: Daniel del Pino.

Fuente: Investigación realizada por Daniel del Pino.

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

DEPRESIÓN: PREVALENCIA

No se dispone de estimaciones exactas sobre la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos. La literatura consultada muestra una prevalencia que oscila entre el 1% y el 50%.^(9, 15,33) Esta variabilidad en las cifras se produce por diversos factores en los estudios a nivel medico, personal y metodológico (falta de estandarización en términos de edad y género de la población estudiada, poblaciones mixtas de pacientes ambulatorios y hospitalizados, etapa y sitio de la enfermedad, tamaño de la muestra, instrumentos de evaluación, puntos de corte, tipo de medida y criterios diagnósticos empleados.)^(9, 36,43)

El presente estudio encontró que el **17,1% (n=42)** de los pacientes analizados **presentó depresión** según la escala HADS. La prevalencia de depresión en pacientes oncológicos del total de la muestra se encuentra entre los parámetros de referencia reportados en la literatura consultada, al igual que en estudios internacionales que utilizan instrumentos específicos para poblaciones de pacientes oncológicos (HADS), reportando una prevalencia entre el 10 al 25%.^(1, 15, 17, 18,35)

ANSIEDAD: PREVALENCIA

El presente estudio encontró que el **22,4% (n= 55)** de los pacientes analizados **presentó ansiedad** según la escala HADS. La prevalencia de ansiedad en pacientes

oncológicos del total de la muestra se encuentra entre los parámetros de referencia reportados en la literatura consultada, la cual oscila entre el 10 al 30%.

La ansiedad se presenta en grados variables en pacientes con cáncer y puede aumentar según la enfermedad progresa o el tratamiento se torna más agresivo. ⁽⁷¹⁾ Investigadores han descubierto que el 44% de los pacientes con cáncer han declarado haber presentado algún tipo de ansiedad; de ellos, el 23% declaró tener un grado de ansiedad significativo.

La alta prevalencia de ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados del estudio, se la atribuye a que puede formar parte de la adaptación normal al cáncer. Sin embargo, las reacciones de ansiedad que se prolongan o son intensas se clasifican en trastornos de adaptación. Los que pueden afectar la calidad de vida y dificultar la capacidad de un pacientes para desenvolverse social y emocionalmente. Y son en este tipo de pacientes en los cuales se requiere intervenciones encaminadas a procurar una mejor adaptación a la enfermedad. ⁽¹⁾

COMENTARIO: *Se debe de tomar en cuenta que, el estudio fue realizado mediante la aplicación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión “HADS”, la cual es una escala de screening y no una escala diagnostica. Hubiese sido conveniente realizar entrevistas psiquiátricas posteriores a los pacientes con puntuaciones altas en las dos sub escalas (ansiedad o depresión).*

Los 246 casos de análisis, representa un número pequeño de pacientes, el cual no es representativo frente a una realidad nacional, sino hospitalaria en SOLCA.

VARIABLES CLÍNICAS

- Con respecto al tipo de cáncer más frecuente en la muestra general del estudio, los principales tipos fueron: cáncer de mama, gástrico, cérvix, próstata y hematológico. A nivel del género masculino: cáncer de próstata, gástrico, hematológico, pulmonar y linfático. En el género femenino: cáncer de mama, cérvix, gástrico, hematológico y tiroideo.

Los datos encontrados reflejan los tipos más comunes de cáncer en la población Ecuatoriana, los cuales son similares a los reportados por el Registro Nacional de Tumores SOLCA en el año 2009. ⁽⁵⁹⁾ De igual manera, en comparación a nivel mundial se encuentran entre los más frecuentes, ratificando que los tipos de cáncer a nivel de mama, próstata, pulmón, cérvix y gástrico son los tipos de mayor predominio. (*Globocan. 2008*) ⁽⁶⁰⁾

Otro dato de gran relevancia en la población general oncológica del estudio, fue que la gran mayoría de casos se encontraban entre las edades comprendidas desde los 50 a los 79 años (pacientes de mayor edad del estudio). Ratificando que uno de los factores más importantes del cáncer es el envejecimiento. ^(1,3)

Las tasas de depresión según el tipo de cáncer en el análisis, guardan relación con los resultados obtenidos en poblaciones oncológicas, en las que se ha determinado la prevalencia de depresión según la localización, ^(17,36) estableciéndose que las tasas más frecuentes están en relación con el cáncer pancreático (33 al 50%), ORL (22 al 57%), y de mama (1,5 al 46%). ⁽¹⁷⁾

En la presente muestra, las tasas más altas de depresión encontradas se observan en pacientes con cáncer de páncreas (50%), renal (33,3%), cérvix (23,5), próstata (20,7), testicular (20%), hematopoyético (20%), ORL (20%), gástrico (17,5), y de mama (17,4).

De la misma manera las tasas más altas de ansiedad encontradas en el estudio se observan en pacientes con cáncer de ORL (40%), renal (33,3%), mama (32,6%), S. hematopoyético (28%), tiroideo (27,3), y de cérvix (23,5).

Si bien es cierto que en nuestra población no son tan frecuentes los tipos de cáncer pancreático, renal y ORL, se puede ver que existe entre éstos una alta predisposición al desarrollo de depresión, razón por la cual se debería en estas poblaciones hacer una mejor evaluación de la enfermedad.

- La calidad de vida de los enfermos que se encuentran en fase terminal se ve seriamente afectada por el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva.

En el paciente con enfermedad avanzada, la ansiedad a menudo no la causa el temor a la muerte, sino temas como el dolor incontrolado, el aislamiento, el desamparo y la

dependencia. ⁽⁷²⁾ Muchos de estos factores pueden controlarse cuando se evalúan y tratan adecuadamente. En estos pacientes el 25% sufre de depresión y si presentan metástasis, la prevalencia aumenta significativamente. ^(9, 15,61)

Una limitación de estudio realizado se produjo por el hecho de no contar en los diagnósticos con una clasificación adecuada de la estadificación tumoral, en el momento en que se revisaron las historias clínicas, se tuvo que proceder a clasificar según la presencia o no de metástasis, cuyo resultado refleja un porcentaje muy significativo (20%) de pacientes con metástasis que desarrollaron depresión y ansiedad (32,6%). Se determinó que existe relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas. Además los datos demuestran que una evolución negativa de la enfermedad y gravedad influye considerablemente sobre la salud del paciente. ^(9, 14,62)

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

- La muestra definida para el estudio fue al azar, y estuvo constituida por 102 pacientes de género masculino y 144 de género femenino, motivo por el cual existió una gran diferencia entre los 2 grupos con respecto al número de pacientes de ambos géneros.

Los resultados obtenidos indican que no existe una predisposición estadísticamente significativa para el desarrollo de depresión o ansiedad, en relación con el género del paciente. Teniendo en cuenta el género en relación con el desarrollo de depresión en

pacientes oncológicos, los datos existentes son muy contradictorios, ya que en algunas bibliografías consultadas y estudios, no se encuentran diferencias significativas entre ambos géneros, tal es el caso del estudio de Keller y colaboradores ⁽³⁸⁾ en el cual se analiza 184 pacientes con cáncer a los que se los evaluó con una entrevista diagnóstica basada en criterios DSM-IV y la escala “HADS”. No así en otros estudios en los cuales se encontró una mayor predisposición para desarrollar en el género femenino. ^(37,56)

- El grado de soporte y apoyo que una persona con cáncer recibe por parte de su familia ha sido identificado como un factor clave en la adaptación satisfactoria. No sólo depende del tipo de apoyo ofrecido, sino también de las cualidades de la relación que exista y de la confianza depositada del paciente hacia sus familiares, lo cual permite disminuir los niveles de distress en pacientes oncológicos. ^(5,6)

La gran mayoría de pacientes del estudio que presentaron depresión, ansiedad y los que no la presentaron, exhibieron apoyo y respaldo constante de sus familiares para afrontar la enfermedad y para adaptarse satisfactoriamente. El apoyo recibido se pudo constatar y determinar en cada una de las variables estudiadas de los pacientes con depresión, aunque en la mayoría de casos no eran estadísticamente significativas, mientras que la relación entre ansiedad y apoyo familiar era estadísticamente significativa.

Al igual que el apoyo familiar, el apoyo social es un factor importante en la adaptación, sin embargo muchas personas se enfrentan a restricciones de las actividades sociales a causa de la enfermedad. La angustia psicológica experimentada y la falta de apoyo social se correlacionan con niveles más altos de depresión. ⁽⁵⁾ El apoyo social inadecuado es un factor de riesgo para el desarrollo de morbilidad psicológica en una variedad de ambientes.

Una labor importante, digna de admiración por la ayuda social prestada hacia los pacientes hospitalizados de SOLCA, es la del Comité de Damas Voluntarias, las que brindan solidaridad, amor, apoyo emocional y económico a los pacientes aquejados de cáncer, proveen sus servicios al intervenir en un sin número de actividades, en especial brindando soporte emocional al proporcionarles la oportunidad de discutir sus sentimientos, lo cual contribuyen a disminuir el distress percibido por la enfermedad. Otro ejemplo, de la presencia de apoyo social a los pacientes oncológicos y en especial para los niños, es la fundación de narices rojas (Clowns hospitalarios), quienes al verse comprometidos con los pacientes trabajan integralmente para mejorar y potenciar el desarrollo de una adecuada salud emocional y adaptación hacia la enfermedad.

El soporte social en pacientes oncológicos no tiene un impacto sobre el funcionamiento social, pero influye en la percepción de bienestar. ⁽⁷⁰⁾

El nivel de estrés experimentado por los familiares, en especial por la pareja o por el cuidador del enfermo (especialmente si sufren enfermedades crónicas como cáncer)

es comparable o mayor que el de los propios pacientes, situación que raramente se evalúa y trata, la cual debería ser motivo de importancia para realizar las debidas intervenciones. Respecto de las demandas propias del cáncer y de sus tratamientos, debe agregarse que el malestar psicológico puede deteriorar o desgastar tanto el apoyo familiar como el apoyo social, provocando que los familiares o personas que brindan apoyo disminuyan su ayuda por el malestar desarrollado. ^(4,69)

- Un meta análisis que determino la calidad de vida entre los pacientes oncológicos y los supervivientes de cáncer de mama, ⁽⁶³⁾ señala que la mayor prevalencia de malestar psicológico se encuentran en pacientes con una edad media de 50 años, que en pacientes de mayor edad, en los que el nivel de malestar decrecía considerablemente.

El análisis del presente estudio determina que la mayor proporción de casos de depresión en relación con la edad se sitúa en el rango comprendido entre los 19 a 35 años, se puede atribuir que por ser una población joven, existe mayor dificultad en el afrontamiento y adaptación ante la enfermedad y el tratamiento. ⁽⁶⁴⁾

El segundo grupo de edad que mayor proporción de casos presento, fue el grupo comprendido entre los 51 a 65 años, los que en comparación con la literatura consultada muestran una gran prevalencia por el desarrollo de malestar emocional y trastornos psiquiátricos.

El grupo de pacientes que menor prevalencia presento fue el grupo de mayores de 65 años, los resultados podrían explicarse porque estos pacientes experimentan menos

malestar existencial y pocas dificultades para afrontar la enfermedad, datos que están acorde con la literatura consultada.⁽⁶³⁾

- Es difícil obtener información fiable respecto al estrato socioeconómico de los pacientes, razón por la cual el nivel de instrucción ha sido utilizado frecuentemente como un indicador del estrato socioeconómico.⁽¹⁵⁾ Varios análisis en importantes estudios han encontrado que el estrato socioeconómico se relaciona con la incidencia, estilos de afrontamiento, recurrencia, sobrevida y tasas de mortalidad en los pacientes con cáncer, siendo este un tema que demanda mayor atención.⁽⁶⁷⁾

Según el Registro Nacional de Tumores SOLCA la mayor frecuencia de cáncer en nuestro país, se localiza en la población con menor nivel de educación.⁽⁵⁹⁾ En el estudio realizado se puede constatar y verificar este predominio en los pacientes con una menor instrucción (medio y básico).

Un dato de relevancia que llama la atención es que, si bien existen mayor cantidad de pacientes con una menor instrucción, se puede observar que la distribución de los casos de depresión es parecida en todos los niveles de educación.

- Los resultados del estudio indican que no existe relación entre el estado civil de los pacientes oncológicos, con la morbilidad psiquiátrica, los mismos que son acordes con los estudios consultados,⁽¹⁵⁾ los que indican que la posible explicación del fenómeno radica en que probablemente es más importante la calidad de las relaciones interpersonales que el estado civil.⁽⁶⁸⁾

Un aspecto muy importante encontrado en el estudio, es que el estado civil puede ayudar a controlar el nivel de malestar emocional, porque los pacientes perciben mayor apoyo familiar y contribuyen a reducir la presencia de distress.

- Se ha podido determinar en estudios, que en los pacientes oncológicos el vivir sólo es predictor de diagnóstico de trastorno mental, trastorno adaptativo o depresión mayor, tal como lo demuestra un estudio realizado en pacientes con tumor de cabeza y cuello. ⁽⁶⁷⁾ Los resultados obtenidos indican que los pacientes que viven solos, sin importar el tipo de cáncer son más vulnerables al desarrollo de depresión que los pacientes que viven acompañados.
- Un factor de riesgo tanto para poblaciones oncológicas como para poblaciones sanas es el desempleo, las personas sin trabajo tienen tres veces más probabilidades de presentar síntomas depresivos que los que están empleados. ⁽⁶⁾ La angustia psicológica experimentada por muchos pacientes, más la falta de apoyo social se correlaciona con niveles más altos de malestar emocional. ⁽⁵⁾

Se ha visto que el apoyo familiar y social ha sido identificado como un factor indispensable y de importancia para lograr una eficaz adaptación frente a la enfermedad. El hecho de que, los pacientes oncológicos puedan realizar sus actividades laborales normalmente o parcialmente, sin enfrentarse a restricciones de tipo personal como social a causa de la enfermedad, se ha correlacionado con una disminución significativa de distress.

En el estudio se puede ver que tanto los pacientes oncológicos con y sin depresión, siguen comprometidos con sus actividades laborales; poseen apoyo familiar y social, lo cual es un factor de protección para una adecuada adaptación.

- Con respecto a los antecedentes psiquiátricos previos, se ha encontrado que las personas que sufrieron depresión, ansiedad, o algún otro antecedente de enfermedad psiquiátrica, tienen una mayor probabilidad de volver a experimentar un nuevo episodio ante la presencia de un factor estresante, como el padecer o ser diagnosticado de cáncer. ^(1,10,67)

Esta mayor probabilidad de volver a desarrollar trastornos psiquiátricos en los pacientes que tenían dichos antecedentes es cierta, ya que se observó que la mayoría obtuvo puntuaciones altas en la escala “HADS”, especialmente aquellos con antecedente de trastorno depresivo. La correlación es estadísticamente significativa tanto para depresión como para ansiedad.

Con lo que se comprueba que en los trastornos depresivos la regla por lo general es volver a desarrollar nuevos episodios y no la excepción. Siendo los episodios mucho más agresivos, de presentación más rápida y con una sintomatología más acentuada.

PACIENTES CON DEPRESIÓN EN RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE ANSIEDAD

- La distinción entre trastorno depresivo y trastorno de ansiedad no es fácil de diagnosticar. Los resultados obtenidos en el estudio indican que el 66,7% (n=28) de los pacientes que presentaron depresión, también sufrían de trastorno de ansiedad, cuyos resultados concuerdan con la literatura. En los pacientes oncológicos por lo general coexisten tanto síntomas ansiosos como depresivos, siendo los estados mixtos frecuentes en esta población.

La ansiedad como trastorno por lo general cursan con ataques de angustia, con o sin agorafobia, mientras que la ansiedad como síntoma está presente en los cuadros depresivos, especialmente en la gran mayoría de enfermedades crónicas como el cáncer, siendo un indicador de depresión. ⁽³⁹⁾ El estudio constato una relación significativa entre la presencia de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer, detectadas por la escala “HADS”.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

Habiendo realizado la presentación de los resultados y la discusión, se llegó a concluir que se ha logrado los objetivos planteados.

- La prevalencia de depresión y ansiedad en la población de estudio se encuentra entre los parámetros de referencia de estudios internacionales y de la literatura consultada. No por eso, debe ser vista como efecto normal de la enfermedad y sin importancia, por lo que se subestima y atribuye al cáncer como tal. Por el contrario, debe ser vista como una enfermedad independiente la cual está latente y presente en los pacientes oncológicos, quienes necesitan de una adecuada e inmediata evaluación y tratamiento, para lograr una mejor evolución y calidad de vida.
- En base del estadio tumoral, se concluye que es una variable influyente en el malestar emocional. Los pacientes en estadio avanzados tienen más riesgo de desarrollo de distreses como de depresión. Lo cual indica la necesidad de emplear estrategias encaminadas a resguardar el bienestar del paciente.
- El grado de soporte y apoyo que una persona con cáncer recibe por parte de su familia y de la sociedad, son un factor primordial en la adaptación satisfactoria, además de ser un factor protector que evita el desarrollo de malestar emocional, contribuyen al desarrollo de una adaptación satisfactoria y a un mejor apego del tratamiento.

- Además se puede concluir que no solamente depende del tipo de apoyo ofrecido al paciente por parte de sus familiares, amistades u otra persona, sino también la cualidad de la relación y de la confianza del paciente con sus allegados, para disminuir los niveles de distress.

- Se evidenció que la falta de información y el desconocimiento respecto a la enfermedad oncológica y sobre el tema estudiado, genera en los pacientes un incremento significativo en los niveles emocionales.

Esto se pudo observar el momento de la recolección de los datos, cuando se les explicaba el tema de estudio, muchos pacientes por su inestabilidad emocional, sufrían en ese momento crisis de llanto, angustia, desesperación y tristeza. Lo cual refleja que la enfermedad está presente y causa un deterioro significativo de la calidad de vida.

- La escala hospitalaria de ansiedad y depresión “HADS”, es una escala bidimensional, confiable, válida y de fácil aplicación para ser utilizada como prueba de screening en pacientes oncológicos que se encuentren hospitalizados.

Siendo la escala HADS un instrumento de screening y no un instrumento diagnóstico, se debe de emplear la consulta psiquiátrica como un componente esencial y complementario para realizar una mejor evaluación de los posibles casos de depresión y ansiedad.

- Es de importancia mencionar que la experiencia como investigador fue muy enriquecedora, el interactuar con los pacientes oncológicos en muchas ocasiones fue muy impactante y duro, ya que se encontraban sumidos en una profunda

tristeza o angustia; mientras que otros pacientes demostraban deseo de lucha, de amor por la vida, lo que les brindaba la fuerza necesaria para salir adelante.

De las experiencias vividas de los pacientes y del apoyo brindado, se puede colegir que los seres humanos necesitan dar y recibir amor, de esta manera se logra conseguir la fuerza y la esperanza necesaria para salir adelante y lograr las metas propuestas.

- En conclusión, se estima de gran importancia la intervención preventiva en todos los pacientes hospitalizados, a partir de protocolos en los que se indique la realización de un procedimiento de detección temprana, que favorezca la derivación inmediata al médico especialista.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

- El presente estudio pone de manifiesto la necesidad de diseñar y poner en marcha adecuados procedimientos de screening, mediante la utilización de instrumentos de detección como El Termómetro de Distress y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión “HADS”, que son herramientas de fácil aplicación, eficaces y sencillas para la detección de trastornos emocionales, en todos los pacientes hospitalizados.

La detección de pacientes que puntúen como casos de depresión por ejemplo, deberán ser enviados al médico especialista, para su correcta evaluación y tratamiento. Estas medidas preventivas y de detección temprana, se las deberá llevar a cabo bajo la participación conjunta de los departamentos de psicología y de psiquiatría, los cuales deberán trabajar mancomunadamente por el bienestar del paciente.

- Por otra parte, se deberá contribuir a la creación y/o fortalecimiento de programas sociales encaminados a brindar apoyo y bienestar a los pacientes oncológicos, como es el caso del Comité de Damas Voluntarias de SOLCA, o los programas de Clowns Hospitalarios.
- Una de las recomendaciones de mayor peso, sería lograr que el Estado invierta mayores recursos tanto en salud como en educación, ya que se vio que gran parte de los pacientes del estudio, adolecen de un escaso nivel de educación, reflejando nuestra realidad. Una buena educación, hace que las personas se acostumbren a leer y se informen, lo que brinda un factor de protección al estar conscientes de

que la prevención es una manera muy importante para evitar muchas enfermedades.

- Para futuros estudios se recomienda elaborar un instrumento o protocolo de evaluación que sea específico y aplicable para la población con cáncer Ecuatoriana.

De igual manera, incluir otro tipo de variables a estudiar, como por ejemplo en relación de la procedencia del paciente (Urbano-rural), tipo de tratamiento al que estaría sometido, o la presencia de distress en los familiares o cuidadores de los pacientes etc. que no fueron detectados e incluidos en este estudio; teniendo en cuenta una adecuada estandarización tanto a nivel médico, personal y metodológico.

REFERENCIAS

1. National Cancer Institute at the national institutes of health. Depresión, Ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer. Internet: www.cancer.gov
2. Ferrero Berlanga J. El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer. Valencia: promo libro, 1993.
3. Holland – Frei cancer medicine - 8th ed. (2010). American Association for Cancer Research
4. National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative. 2003. Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. National Breast Cancer Centre, Camperdown, NSW.
5. Manuel GM, Roth S, Keefe FJ, Brantley BA. Coping with cancer. J. Human Stress. 1987;13:149-58
6. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 9th Edition. Sadock, Benjamin J.; Sadock, Virginia A.; Ruiz, Pedro. Copyright ©2009 Lippincott Williams & Wilkins
7. Hudson MM, Mertens AC, Yasui Y, et al. Health Status of Adult Long-term Survivors of Childhood Cancer: A Report From the Childhood Cancer Survivor Study. JAMA 2003;290:1583-92.
8. World Health Organization. International Agency for research on cancer. World cancer report 2008. Peter Boyle and Bernard Levin.
9. Prevalence of Depression in Patients With Cancer. Mary Jane Massie. Journal of the National Cancer Institute Monographs No. 32, 2004
10. Psycho-Oncology, Second edition edited by Jimmie C. Holland, M.D. Copyright 2010 by Oxford University Press, Inc.
11. Strong V, Waters R, Hibberd C et al. Emotional distress in cancer patients: The Edinburgh Cancer Centre symptom study. Br J Cancer 2007; 96: 868
12. Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use in Patients with Advanced Cancer: A Report from the Coping with Cancer Study. Nina S. Kadan-Lottick, M.D., M.S.P.H., Lauren C. Vanderwerker, Ph.D., Susan D. Block, M.D., Baohui Zhang, M.S., and Holly G. Prigerson, Ph.D. Cancer. 2005 December 15; 104(12): 2872–288
13. Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life By D. Stark, M. Kiely, A. Smith, G. Velikova, A. House, and P. Selby. © 2002 by American Society of Clinical Oncology.
14. A European Society for Medical Oncology. Handbook of Advanced Cancer Care. Raphael Catane, Nathan Cherny, Marianne Kloke © 2006 Taylor & Francis.
15. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting D, et al. "The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients". JAMA. 1983; 249:751-7
16. Jacobsen PB, Donovan KA, Trask PC et al. Screening for psychologic distress in ambulatory cancer patients. Cancer 2005; 103: 1494-1502

17. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* 2007; 110 (8): 1665-1676.
18. Suárez, A., Ávila, P., Caballero, D. y Cuca, L. (2005). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos del Hospital Departamental de Villavicencio. Universidad El Bosque.
19. Prevalencia de distress en pacientes del Hospital Oncológico Solón Espinosa SOLCA núcleo Quito. José Mosquera; José Yépez, Diego Mera, Patricia Pogo, Milton Jara. 2009
20. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Distress management. 2011
21. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003. (American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000)
22. Jones R, Yates WR, Williams S, Zhou M, Hardman L: Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord* 1999, 55(1):55
23. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Benjamin J. Sadock, Harold I. Kaplan, Virginia A. Sadock Lippincott Williams & Wilkins, 10th ed. 2007
24. Depression, demoralisation or adjustment disorder? Understanding emotional distress in the severely medically ill. Nikki O'Keeffe and Gopinath Ranjit. *Clin Med* 2007;7:478-8
25. Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, et al. Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry*. May 1998;20(3):139-49
26. Mayo Clinic. Adjustment disorders. Sitio en Internet: <http://www.mayoclinic.com/health/adjustment-disorders/DS00584/DSECTION=symptoms>
27. Hollenstein MF, Gil F, Maté J. Dificultades diagnósticas en Psico-oncología. *Rev Psicol Univ Tarracon*, 2003; 25 (1-2): 52-66.
28. Spiegel, D. and J. Giese-Davis (2003). "Depression and cancer: mechanisms and disease progression." *Biol Psychiatry* 54(3): 269-82
29. Cancer and depression. Spiegel, David. *British Journal of Psychiatry*, Vol 168(Suppl 30), Jul 1996, 109-116.
30. Finding the pathology of major depression through effects on gene interaction networks, Christopher Gaiteri, PhD. University of Pittsburgh, 2011
31. The nice guideline on the treatment and management of depression in adults updated edition. © The British Psychological Society & the Royal College of Psychiatrists, 2010
32. Depression. Internet Geneva: World Health Organization. 2007citado 1 octubre 2007; Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
33. Fisch M. Treatment of depression in cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004(32):105-11.
34. Derogatis LR, Melisaratos N: The Brief Symptom inventory (BSI): An introductory report. *Psychol Med* 1983, 13:595-606.

35. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. Depression in cancer patients: a critical review 2007. Doi: 1745-0179-3. Article is available from <http://www.cpementalhealth.com/content/3/1/2>
36. Assessment of depression in cancer patients. Peter C. Trask. J Natl Cancer Inst Monogr (2004)2004 (32): 57-71.doi:10.1093/jncimonographs/lgh014 This article appears in: The National Institutes of Health State-of-the-Science Conference on Symptom Management in Cancer: Pain, Depression, and Fatigue
37. Prevalence of Depression in Patients With Cancer. Mary Jane Massie. Journal of the National Cancer Institute Monographs No. 32, 2004
38. Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach M. Keller, S. Sommerfeldt, C. Fischer, L. Knight, M. Riesbeck, B. Loewe, C. Herfarth & T. Lehnert. Annals of Oncology 15: 1243– 1249, 2004
39. Psychiatry: An Evidence-Based Text. Professor Basant Puri, Dr. Ian Treasaden. © 2010 Edward Arnold (Publishers) Ltd
40. Clinical Consult to Psychiatric Mental Health Care. Jacqueline Rhoads. Copyright , 2011 Springer Publishing Company, LLC
41. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. M. Piquart, P. R. Duberstein. Psychol Med. 2010 November; 40(11): 1797–1810.
42. Trastornos del estado de ánimo: depresión, trastorno bipolar. Universidad Complutense de Madrid. Aspectos clínicos, Carmelo Vázquez, Jesús Sanz. 2008
43. Holland-Frei cancer medicine - 8th ed. (2010). American Association for Cancer Research
44. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Avaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t Nº 2006/06
45. Mechanisms of Disease Major Depressive Disorder. R.H. Belmaker, M.D. The new england journal of medicine. N Engl J Med 2008;358:55-68. Copyright © 2008 Massachusetts Medical Society.
46. Clark, D., Beck, A. y Alford, B. (1999). Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. New York: John Wiley & Sons.
47. Concepto de Introyección: Sitio en internet: Wikipedia. <http://es.wikipedia.org/wiki/Introyecc%C3%B3n>
48. Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. Nueva York: International University Press
49. Practice guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. Third Edition. Copyright 2010, American Psychiatric Association. APA
50. Department of Health, Western Australia. Psycho-Oncology Model of Care. Perth:WA Cancer and Palliative Care Network, Department of Health, Western Australia; 2008.

51. NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline number 23; 2004 December 2004
52. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361-370.
53. "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva c. De las cuevas castresana, a. Garcia-estrada perez, j.l. gonzalez de rivera Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de "La Laguna" : Islas Canarias. 1995
54. Tejero A, Guimerá EM, Farré JM, Peri JM, Uso clinic del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiatrica; un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Depto Psiquiatr Fac Med Barna* 1986;13:233-238.
55. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 2002; 20 (14): 3137-48
56. Brédart A, Didier F, Robertson C, Scaffi di E, Fonzo D, Costa A, Goldhirsch A, Autier P. Psychological distress in cancer patients attending the European Institute of Oncology in Milan. *Oncology* 1999; 57 (4): 297-302
57. Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
58. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman, JM, Krishnan KR, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*. 2005;58(3):175-89
59. Epidemiología del cáncer en Quito 2003 -2005. Registro nacional de tumores SOLCA Quito. Junio 2009)
60. Globocan 2008. Cancer incidence and mortality worldwide in 2008. Sitio en internet: <http://globocan.iarc.fr>
61. Hopwood P, Stephens R. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality of life data. *J Clin Oncol* 2000; 18 :893-903
62. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Jacobsen P, Curbow B, Piantadosi S, Hooker C, et al. A new psychosocial screening instrument for use with cancer patients. *Psychosomatics*. 2001; 42(3):241-6.
63. Carver CS, Smith RG, Petronis VM, Antoni MH. Quality of Life among long-term survivors of breast cancer: Different types of antecedents predict different classes of outcomes. *Psychooncology* 2006; 15: 749-5
64. Valente, S. M.. & Saunders, J. N. (1997). Diagnosis and treatment of major depression among people cancer. *Cancer Nursing*, 20, 168-177.
65. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2011*. Atlanta: American Cancer Society; 2011
66. Organización Mundial de la Salud. (OMS) *Cáncer*. 2011. Sitio en Internet. <http://www.who.int>
67. Nicholas, D. R. & Veach, T. A. (2000). The Psychosocial assessment of the adult Cancer patient. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 206-215.

68. Stefanek, M. E., Derogatis, L. R. & Shaw, A. (1987). Psychological distress among oncology outpatients: prevalence and severity as measured with Brief Symptom Inventory. *Psychosomatics*, 28, 530-579.
69. Bolger, N., Foster, M., Vinokur, A. D. & Ngi, R. (1996). Close Relationships and adjustment to a Life Crisis: The Case of Breast Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 283-294.
70. Nordin, K., Berglund, G., Glimelius, B. & Sjöden, P.-O. (2001). Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*, 37, 376-384.
71. Breitbart W: Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Supportive Care in Cancer* 3(1): 45-60, 1995
72. Hackett TP, Cassem NH: Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry. 2nd ed., Littleton, Mass: PSG, 1987.
73. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. 2005. Javier L. Rico, Martha Restrepo, María Molina.

APÉNDICE

1. *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale) “HADS”*
2. *Cuestionario socio demográfico*
3. *Instrucciones para los pacientes – “HADS”*
4. *Declaración de consentimiento informado*
5. *Alfa de Cronbach de la escala “HADS”*

ANEXO # 1**ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

Paciente #: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Sexo: _____

ANSIEDAD**DEPRESION**

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

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

2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

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

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

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

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

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

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

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

6. Me siento alegre:

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

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

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

8. Me siento lento/a y torpe:

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

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

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

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

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

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

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

12. Espero las cosas con ilusión:

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

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

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

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

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

ANEXO # 3

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN “HADS”

Instrucciones para los Pacientes

Los hombres y las mujeres como usted tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas.

De cada grupo, señala una frase que sea **LA QUE MEJOR DESCRIBA COMO SE HA SENTIDO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA.**

Una vez que termine con un grupo de frases, pasa al siguiente.

NO hay respuestas CORRECTAS o INCORRECTAS. Únicamente señale la frase que describa mejor **COMO SE HA SENTIDO** últimamente.

Hagamos un ejemplo.

EJEMPLO 1: Encierre en un Círculo la letra que hay junto a la respuesta

- A Siempre leo libros
- B De vez en cuando leo libros
- C Nunca leo libros

Recuerde que debes de **SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN SUS SENTIMIENTO O SUS IDEAS EN LA ÚLTIMA SEMANA.**

De las tres frases que se presentan en cada pregunta escoja solo **UNA (1), LA QUE MAS SE ACERQUE A COMO ES O SE SIENTE.**

Muchas Gracias

ANEXO #4

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TEMA:

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN, EN PACIENTES ONCOLOGICOS QUE PERMANECEN HOSPITALIZADOS, Y SU RELACIÓN CON LOS ASPECTOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS Y CLÍNICOS DE LA ENFERMEDAD, EN EL HOSPITAL ONCOLOGICO DE “SOLCA” NUCLEO QUITO – ECUADOR, OCTUBRE – NOVIEMBRE DE 2011”

Investigadores:

- Daniel Fernando del Pino Muriel, estudiante de decimo segundo nivel de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

INFORMACIÓN DEL TEMA:

Depresión en pacientes oncológicos:

El término “cáncer” en nuestra sociedad, representa una enfermedad muy temida, que conlleva un gran sufrimiento y dolor, que deteriora gravemente a la persona que lo sufre y a su familia, y, sobre todo por su efecto destructivo que se asocia a la muerte.

Muchas personas que son diagnosticadas de cáncer o padecen esta enfermedad experimentan algún tipo de malestar emocional. El diagnóstico y el tratamiento del cáncer inician un periodo de confusión, incertidumbre, malestar emocional y, en ocasiones, problemas de comunicación entre el enfermo y sus familiares, con su entorno social/laboral y con el personal médico.

Todo esto produce una serie de circunstancias que generan malestar psicológico: las exploraciones médicas, la espera de resultados, la confirmación del diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos de quimioterapia y/o radioterapia, sus efectos secundarios, las revisiones, etc.

Es frecuente la percepción de pérdida de la salud y de la vida, de la identidad, de la imagen habitual, del control de los acontecimientos, de la autoestima, de las relaciones, del estilo de vida habitual, de un proyecto futuro.

La adaptación al cáncer es un proceso continuo en el cual el paciente aprende a hacer frente al sufrimiento emocional, solucionar problemas relacionados con el cáncer y controlar situaciones de la vida relacionados con la enfermedad.

La adopción de estrategias de adaptación brindadas por profesionales de la salud y una correcta evaluación puede ayudar a un paciente a aprender formas de cambiar situaciones problemáticas, controlar las dificultades emocionales y comprender por qué se presentó el cáncer y el efecto que puede tener en su vida. Además una correcta evaluación brinda un mejor apego a la enfermedad y su tratamiento, con lo cual los pacientes presentaran una mejor capacidad de afrontamiento y recuperación.

Los pacientes que se adaptan bien están generalmente comprometidos y participan activamente en adaptarse al cáncer. Incluso encuentran significado e importancia para sus vidas. Los pacientes que no se adaptan bien participan menos en el ajuste, se retraen y se sienten desesperanzados.

Es la razón por la cual estoy interesado en este tema de gran importancia, para poder llegar a saber cuántos pacientes con cáncer sufren de depresión.

Con el fin de lograr que se obtengan datos reales del problema y así poder brindar los beneficios de los resultados de este estudio a los nuevos pacientes que utilicen estos servicios médicos, y los sistemas de apoyo por parte de un médico o un profesional de la salud para que los pacientes puedan adaptarse de una mejor manera mediante estrategias u programas y así lograr una mejoría en su estado de ánimo para que se pueda afrontar de una mejor manera la enfermedad y el tratamiento.

Si tiene cualquier duda o pregunta acerca del tema, por favor pregunte al investigador para que sea contestada y aclaren las dudas respecto al tema.

CONSENTIMIENTO

Yo, (Código) #_____, he sido informado/a sobre la finalidad del presente estudio y sobre la manera como se recolectará la información para el mismo. Dicha información servirá para cubrir los objetivos del Proyecto de Investigación titulado “Prevalencia de depresión, en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados, y su relación con los aspectos socio-demográficos y clínicos de la enfermedad, en el hospital oncológico de “SOLCA” núcleo quito – ecuador, octubre – noviembre de 2011”

De la misma manera, he recibido información sobre los beneficios que el proyecto antes mencionado aportará para lograr un manejo más integral de los pacientes oncológicos.

He sido también informado/a de la confidencialidad de mis datos personales, los cuales serán incluidos en un fichero y protegidos con las garantías de la ley.

En estas circunstancias, **OTORGO mi CONSENTIMIENTO** para mi participación en este estudio, y para que la información provista por mi persona sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto

Código de identificación

Investigador:

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO#5

ALFA DE CRONBACH (Índice de consistencia interna)

Con la finalidad de medir la “fiabilidad” de la escala HADS (Depresión y Ansiedad), se realizó el cálculo del Alfa de Cronbach mediante la varianza de los ítems. Para lo cual se construyó una base de datos en el programa (SPSS) 19.0, la cual estuvo compuesta por los resultados de cada ítem de la escala “HADS” (7 ítems de la escala de depresión y 7 ítems de la escala de ansiedad). Se procedió a realizar el cálculo mediante la varianza de los ítems, se construyó una tabla la cual estaba compuesta por la varianza de cada uno de los ítems y de la varianza de la suma de todos los ítems. Con los resultados se aplicó la siguiente fórmula para calcular el Alfa de Cronbach:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:	α:	<i>Alfa de Cronbach</i>
	k:	<i>Es el número de preguntas o ítems</i>
	S_i^2:	<i>Varianza de cada ítem</i>
	S_t^2:	<i>Varianza de la suma de todos los ítems</i>

También se analizó mediante el programa (SPSS) 19.0, utilizando el componente analizar escalas (análisis de fiabilidad), y se obtuvo los mismos resultados.

ALFA DE CRONBACH (ÍNDICE DE CONSISTENCIA INTERNA) DE LA ESCALA HADS – ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

<i>Alfa de cronbach de la escala HADS – Total:</i>	<i>0,890</i>
<i>Alfa de cronbach de la sub escala HADS – Depresión:</i>	<i>0,825</i>
<i>Alfa de cronbach de la sub escala HADS – Ansiedad:</i>	<i>0,843</i>

El valor de Alfa de Cronbach de la escala “HADS” – Depresión y “HADS” – Ansiedad respectivamente, se encuentran dentro de los valores de referencia (0,8 - 1), lo cual nos indica que existe una buena consistencia interna en cada una de las escalas, los ítems que la componen guardan una buena correlación entre ellos y las escalas tanto “HADS” de depresión y ansiedad tiene un constructo válido y fiable.

Fuente de referencia para interpretación del valor Alfa de Cronbach (Cronbach, L. J. 1951) [57]

ESCALA HADS – ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del Alfa de Cronbach indican que la escala The Hospital Anxiety And Depression Scale es fiable, válida y de fácil aplicación como prueba de screening de depresión y ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados.

En comparación con diferentes estudios internacionales, en los cuales se determinan las propiedades psicométricas de la escala HADS en poblaciones oncológicas, llegan a la conclusión que existe una gran confiabilidad y fiabilidad, un ejemplo es el estudio realizado en Colombia en 2005, en el Instituto Nacional de Cancerología, determinando que la escala HADS presentó buena consistencia interna y validez (Alfa Cronbach 0,85).⁽⁷³⁾