

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**"RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN
PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Y LOS NIVELES DE
DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO POR:**

SHARON ESTHER MANCHEGO LARA

**PARA OBTENER EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

AREQUIPA - PERÚ

2013

DEDICATORIA

*A mi padre, que con esa fortaleza me enseña que todos los obstáculos se pueden vencer,
solo depende de uno ser el mejor.*

*A mi madre, que con su ternura, paciencia y sencillez me demuestra que puedo ser
mejor persona cada día y me incentiva a sonreír a pesar de las dificultades teniendo
siempre presente a un Dios que nos cuida.*



ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPITULO I: MATERIAL Y MÉTODOS.....	8
CAPÍTULO II : RESULTADOS	13
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	48
CONCLUSIONES.....	52
RECOMENDACIONES.....	53
ANEXOS.....	56
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	57
Anexo 2: Inventario de Depresión de Beck.....	59
Anexo 3: Proyecto de Investigación	63

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es determinar el nivel de depresión en pacientes oncológicos atendidos en el servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa e identificar las características sociodemográficas que pueden determinar el nivel de depresión en este tipo de pacientes.

Se entrevistaron a 196 pacientes con cáncer en las instalaciones del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el mes de enero y febrero del 2013 a quienes se les aplicó el Inventario de depresión de Beck. Se evidenció que el sexo predominante fue el masculino, con un rango de edad entre 40 a 59 años, más de la mitad de nuestra muestra fueron de procedencia arequipeña, con idioma español y con educación secundaria; así mismo predominaron los casados y jubilados. El grado de depresión hallada en la población fue principalmente compatible con niveles leves. Los resultados han demostrado que la edad, el sexo, el idioma y la ocupación tienen relación con los niveles de depresión; en tanto el grado de instrucción, la procedencia y el estado civil no muestran relación alguna con la depresión en pacientes oncológicos. Los cánceres más prevalentes fueron de Cuello Uterino y de Próstata. Así mismo el tratamiento de primera opción fue la quimioterapia. Finalmente, en la mayoría de casos el tiempo de diagnóstico fue menor a los 6 meses.

Palabras Clave: Paciente oncológico, Depresión, Inventario de Beck

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the level of depression in cancer patients treated at the Oncology Hospital of Arequipa Goyeneche and identify the sociodemographic characteristics that can determine the level of depression in these patients. We interviewed 196 patients with cancer in Hospital facilities Goyeneche of Arequipa during January and February 2013 who was administered the Beck Depression Inventory. It was noticed that the predominant sex was male, with an age range between 40 to 59 years, more than half of our sample were from Arequipa City, with Spanish and secondary education, likewise predominated married and retired. The degree of depression was found among mainly minor support levels. The results have shown that age, sex, language and occupation are related to depression levels, while the level of education, origin and marital status did not show any relation with depression in cancer patients. The most prevalent cancers were cervix and prostate. Also the first-line treatment was chemotherapy. Finally, in most cases the diagnosis time was less than 6 months.

Keywords: Cancer Patient, Depression Inventory Beck

INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye un problema de salud pública para el mundo desarrollado y para las naciones en vías de desarrollo como la nuestra, ya que es considerado un padecimiento complejo que ocasiona un gran impacto físico, psicológico y social en las personas que lo padecen, en su entorno familiar y social, así como en el equipo de salud que le atiende.

Recientemente en el 2012 representantes de la OPS afirmaron que junto con las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus, el cáncer forma parte de las 7 primeras causas de muerte en América Latina, y el Perú es uno de los países que tiene las tasas más elevadas junto a Uruguay.

Aproximadamente un 50% de los pacientes oncológicos presentarán algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la enfermedad; frecuentemente un trastorno adaptativo con ánimo depresivo, esto debido a que sufre muchas pérdidas como: roles familiares, trabajo, esquema corporal, etc.

Durante mis prácticas pre profesionales he observado empíricamente que los pacientes oncológicos, si bien presentan claros síntomas de depresión, la severidad con que se manifiestan dichos síntomas son muy variables y puede corresponder a las diferencias sociodemográficas inherentes de cada uno de ellos, es por esto que considero importante determinar dichas variables y relacionarlas con el nivel de depresión que sufren, para poder tener una mayor orientación sobre el manejo más adecuado.

1.- *Sistema Regional de Mortalidad, 2012. Organización Panamericana de la Salud (OPS).*
<http://www.paho.org>



CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas:

En la presente investigación se aplicó la técnica de recolección de datos encuesta y entrevista.

Instrumentos:

- Ficha de Recolección de datos
- Inventario de depresión de Beck

Inventario de depresión de Beck

El cuestionario evalúa el grado de depresión que puede tener una persona. Se compone de 21 grupos de frases. Dentro de cada grupo escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo se ha sentido en la última semana, incluyendo hoy.

A cada frase le corresponde una puntuación (el número anotado al principio de cada frase). Se anota en un papel la puntuación correspondiente a la frase que ha elegido y luego suma la puntuación total.

Resultados

- 5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.
- 10 - 18 Depresión leve.
- 19 - 29 Depresión moderada.
- 30 - 63 Depresión severa.

Si se obtienen puntuaciones inferiores a 4 existe la posibilidad de que se esté negando la existencia de una depresión o fingiendo estar bien. Se trata de una puntuación que está por debajo de la obtenida por personas normales, no deprimidas.

Las puntuaciones por encima de 40 son más altas que las que suelen obtener incluso las personas con depresión severa. Indica una posible exageración de la depresión o la posibilidad de que exista algún trastorno de personalidad, como trastorno histriónico o límite. No obstante, aún es posible que existan niveles significativos de depresión.

Materiales:

- Material de escritorio
- Computadora personal con programas para procesamiento de textos, base de datos y software estadístico.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizó en el servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche, Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en el periodo comprendido entre 1 de enero al 28 de febrero 2013.

2.3. **Unidades de estudio:**

Unidades de estudio: Pacientes atendidos en el servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche con diagnóstico de cáncer.

Universo: Totalidad de pacientes atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche, en el periodo de tiempo referido.

2.4. **Criterios de selección:**

- Criterios de inclusión
 - Pacientes mayores de 18 años
 - Pacientes de ambos sexos
 - Pacientes con diagnóstico definitivo de por lo menos 1 mes.
- Criterios de exclusión
 - Pacientes con limitaciones neurológicas congénitas o adquiridas.

- Pacientes con cualquier trastorno mental, alcoholismo o drogadicción.
- Pacientes con trastornos del desarrollo del lenguaje.
- Pacientes que por el estado avanzado de su enfermedad no pudieron responder a la entrevista.
- Pacientes con idioma distinto al español que no les permita entender o responder la encuesta y que no cuenten con familiares que nos faciliten su traducción.
- Pacientes que no procedan del sur del país

3. **Tipo de investigación:** La presente investigación es un estudio tipo de campo y documental. Observacional, transversal.

4. **Nivel de investigación:** Se trata de un estudio descriptivo - relacional.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Planteamiento y permiso del Director del Hospital Goyeneche; haciéndole llegar los alcances del presente estudio.

Solicitud formal para revisión y aprobación del presente proyecto de tesis a la Facultad de Medicina de la UCSM, contando con el proyecto de tesis.

Se identificará a los pacientes oncológicos del Hospital mediante el registro de atención del Servicio de Oncología; se procederá a identificar el tiempo que el paciente tiene el diagnóstico definitivo de cáncer, para luego proceder a obtener información acerca de la enfermedad; luego se realizará la entrevista a los respectivos pacientes, esta se hará después de terminada la visita médica; teniendo en cuenta que el llenado del Inventario de depresión de Beck sea en forma confidencial y anónima.

5.2. Criterios para manejo de resultados

a) Validación de los instrumentos

- Fiabilidad del inventario de depresión de Beck

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$ pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

- Validez del inventario de depresión de Beck

Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS)

En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6).

Muestra también una buena sensibilidad al cambio, similar o algo inferior a la del HDRS , con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas.

Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte \square 13).

Anteriormente se había estudiado en distintos grupos de pacientes con criterios médicos dispares en cuanto al punto de corte, por lo que los resultados no eran homogéneos.

b) Plan de recolección

Se realizará la documentación de los registros clínicos (historias y reportes del servicio de oncología: Van Grimmer); luego procederemos a realizar anotaciones relacionadas a los objetivos del estudio; también registraremos los calificativos del inventario de depresión de Beck; de esta manera todos los datos consignados en la ficha de

recolección serán transcritas a una matriz de datos. El procedimiento será entrevistando a todos los pacientes que acudan por el servicio de oncología durante el 1ro enero al 28 de febrero del 2013 del Hospital Goyeneche.

c) Plan de Procesamiento

La información obtenida se procesará por medio del programa Microsoft Office Excel 2007, en la cual se registraron los datos correspondientes con la elaboración de la matriz de sistematización; y el paquete estadístico EPI – INFO versión 6.0.

d) Plan de Clasificación:

Para las variables categóricas: Los resultados se presentarán en cuadros estadísticos de frecuencias absolutas (Nº) y relativas (porcentajes categorizados). Para las variables numéricas: Se utilizará la media aritmética y la desviación estándar. La influencia del edad, sexo, lugar de procedencia, ocupación, grado de instrucción, idioma y estado civil con los niveles de depresión se harán a través de las pruebas estadísticas de Chi Cuadrado de Pearson (para variables cualitativas) y Análisis de Varianza (ANOVA) (para variables cuantitativas), ambas con un margen de error menor al 5%.

CAPÍTULO II

RESULTADOS



**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENECHES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

TABLA 1

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES

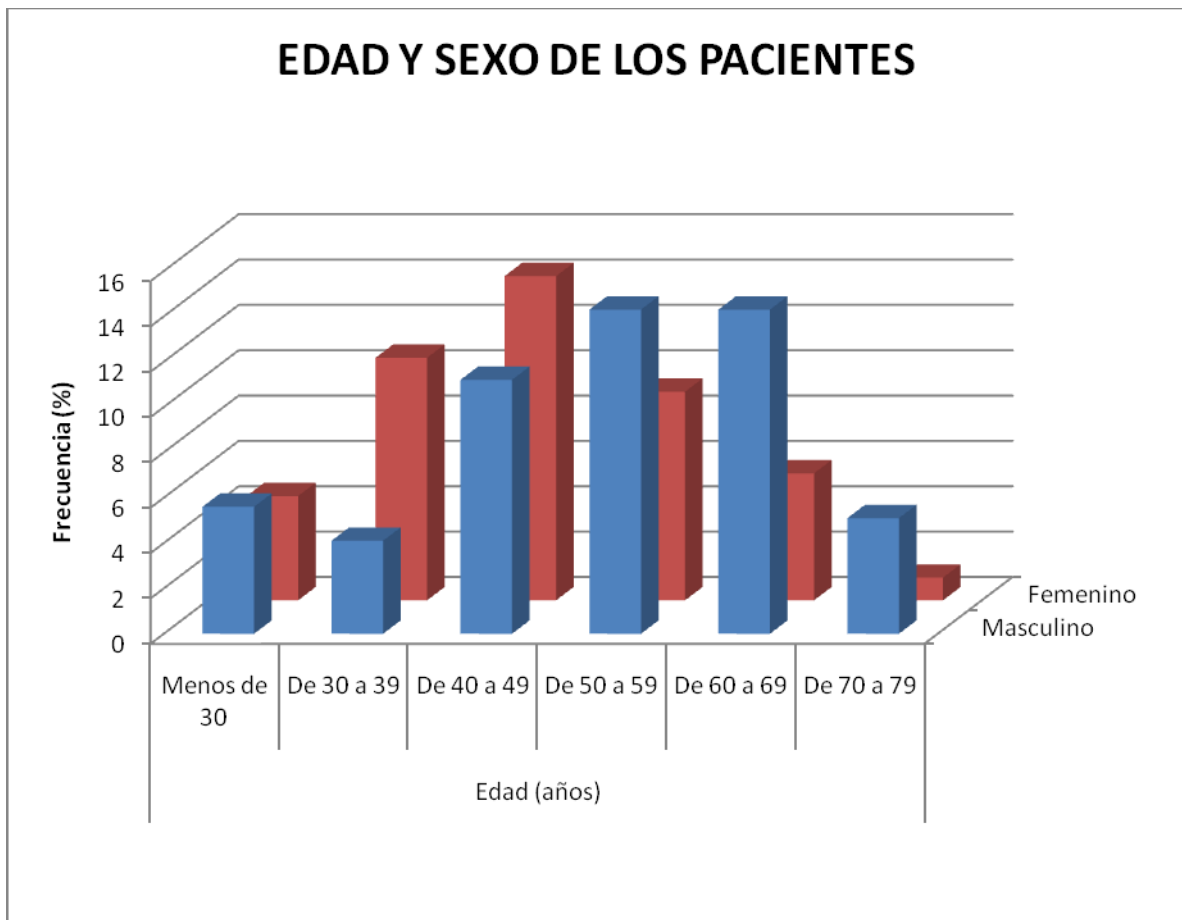
Edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	N°	%	N°	%	N°	%
Menos de 30	11	5.6	9	4.6	20	10.2
De 30 a 39	8	4.1	21	10.7	29	14.8
De 40 a 49	22	11.2	28	14.3	50	25.5
De 50 a 59	28	14.3	18	9.2	46	23.5
De 60 a 69	28	14.3	11	5.6	39	19.9
De 70 a 79	10	5.1	2	1.0	12	6.1
Total	107	54.6	89	45.4	196	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista en Hospital Goyeneche 2013.

En la tabla N° 1 se observa que más del 50% corresponde al sexo masculino, mientras que el sexo femenino llega a un 45.4%. En cuanto a la edad, el rango más frecuente estuvo entre 40 a 49 y 50 a 59 años (25.5% y 23.5% respectivamente); así mismo, el menor porcentaje correspondió aquellos que estaban entre los 70 a 79 años (6.1%).

**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

GRÁFICA 1



**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

TABLA 2

PROCEDENCIA E IDIOMA DE LOS PACIENTES

Procedencia	Idioma						TOTAL	
	Español		Quechua		Aymara		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Arequipa	95	48.5	7	3.5	0	0.0	102	52.0
Cusco	19	9.6	9	4.7	0	0.0	28	14.3
Puno	23	11.8	0	0.0	16	8.1	39	19.9
Juliaca	9	4.6	4	2.0	0	0.00	13	6.6
Tacna	9	4.6	1	0.5	0	0.00	10	5.1
Moquegua	3	1.5	1	0.5	0	0.00	4	2.0
Total	158	80.6	22	11.2	16	8.1	196	100.0

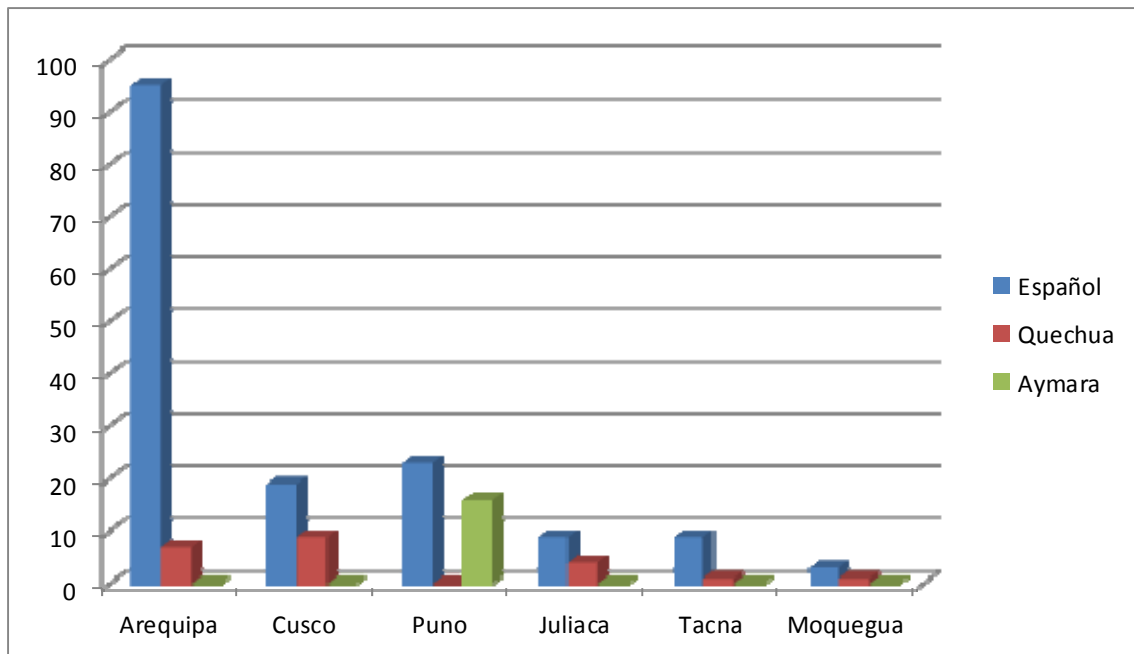
Fuente: elaboración propia a partir de entrevista en Hospital Goyeneche 2013.

En la tabla N° 2 podemos apreciar que el 52.0% de los pacientes son de procedencia arequipeña, el resto corresponden a ámbitos del sur de nuestro país. Además observamos que el idioma predominante es el español (80.6%), aunque también hubieron pacientes quechua y aymara hablantes.

**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

GRAFICO 2

PROCEDENCIA E IDIOMA DE LOS PACIENTES



**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

TABLA 3

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES

Estado Civil	N°	%
Soltero	34	17.3
Casado	65	33.2
Viudo	38	19.4
Divorciado	59	30.1
Total	196	100.00

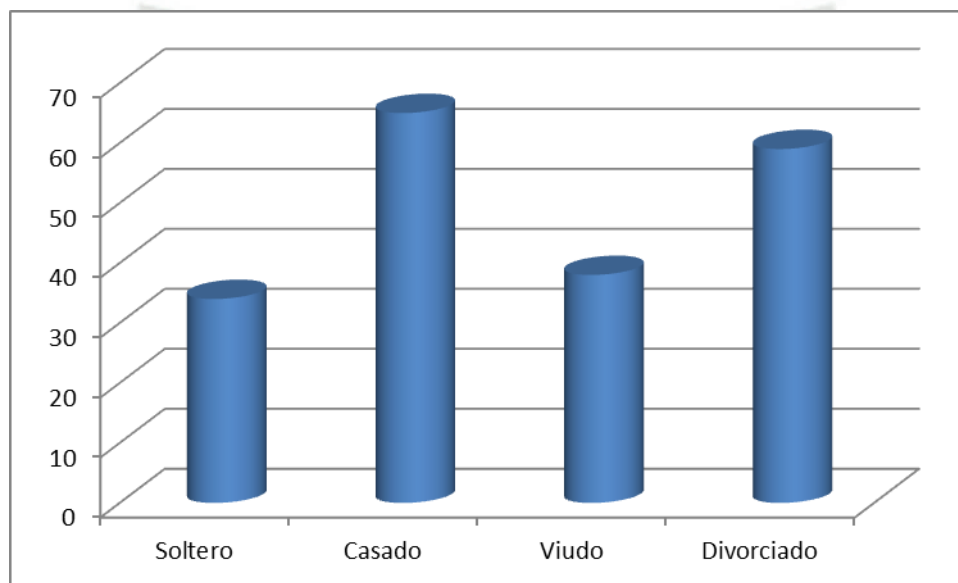
Fuente: elaboración propia a partir de entrevista en Hospital Goyeneche 2013.

En la tabla N° 3, observamos el estado civil de los pacientes, aquí podemos apreciar que el mayor porcentaje de personas fueron casados (33.2%), en tanto el menor porcentaje correspondió a los solteros (17.3%).

**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

GRAFICO 3

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES



**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

TABLA 4

OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES

Ocupación	Nº	%
Activo	40	20.4
Estudiante	12	6.1
Jubilado	61	31.1
Ama de casa	51	26.1
Desocupado	32	16.3
Total	196	100

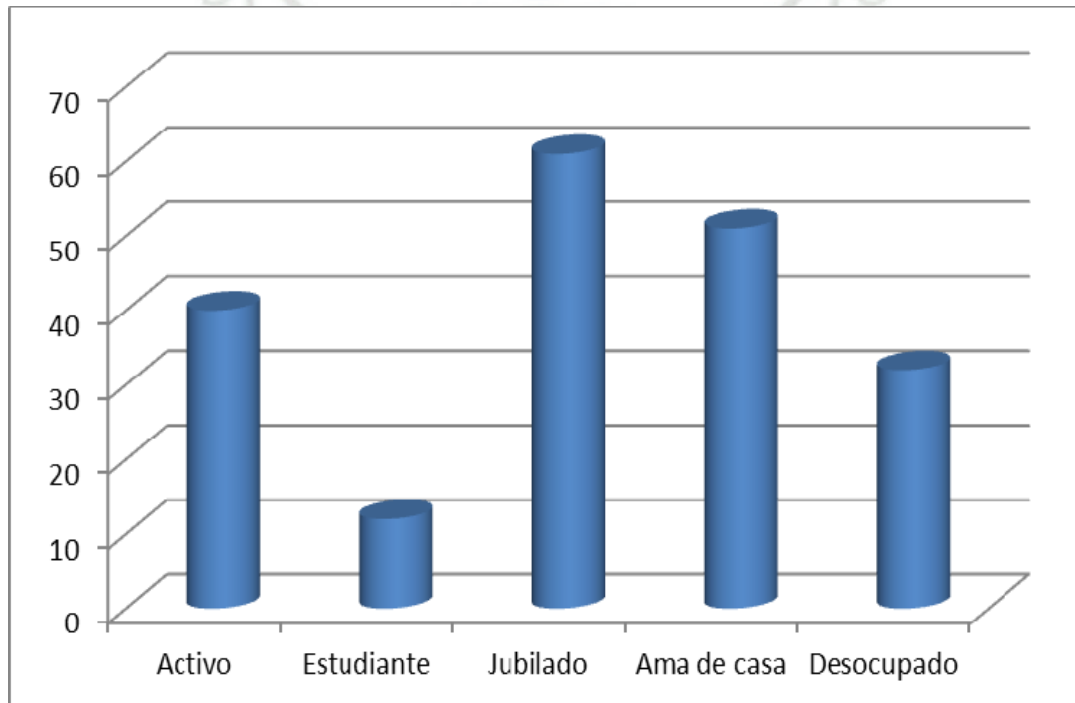
Fuente: elaboración propia a partir de entrevista en Hospital Goyeneche 2013.

En la tabla N°4, observamos que el mayor porcentaje corresponde a población jubilada (31.1%), mientras que los estudiantes fueron la minoría, llegando a un 6.1%.

**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

GRAFICO 4

OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES



**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

TABLA 5

GRADO DE INSTRUCCIÓN

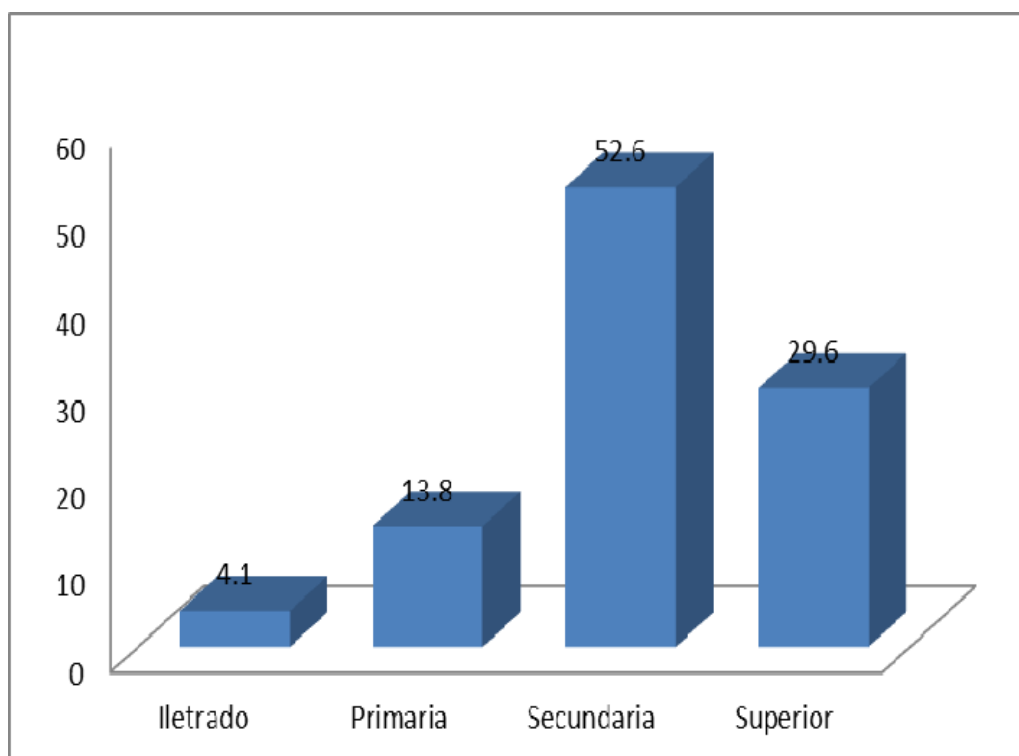
Grado de instrucción	N°	%
Iletrado	8	4.1
Primaria	27	13.8
Secundaria	103	52.6
Superior	58	29.6
Total	196	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de entrevista en Hospital Goyeneche 2013.

En la tabla N° 5, observamos que más de la mitad de los pacientes tienen grado de instrucción secundaria (52.6%), otro dato interesante es que solamente el 4.1% es iletrada.

**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

GRÁFICA 5



**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

TABLA 6

NIVELES DE DEPRESIÓN

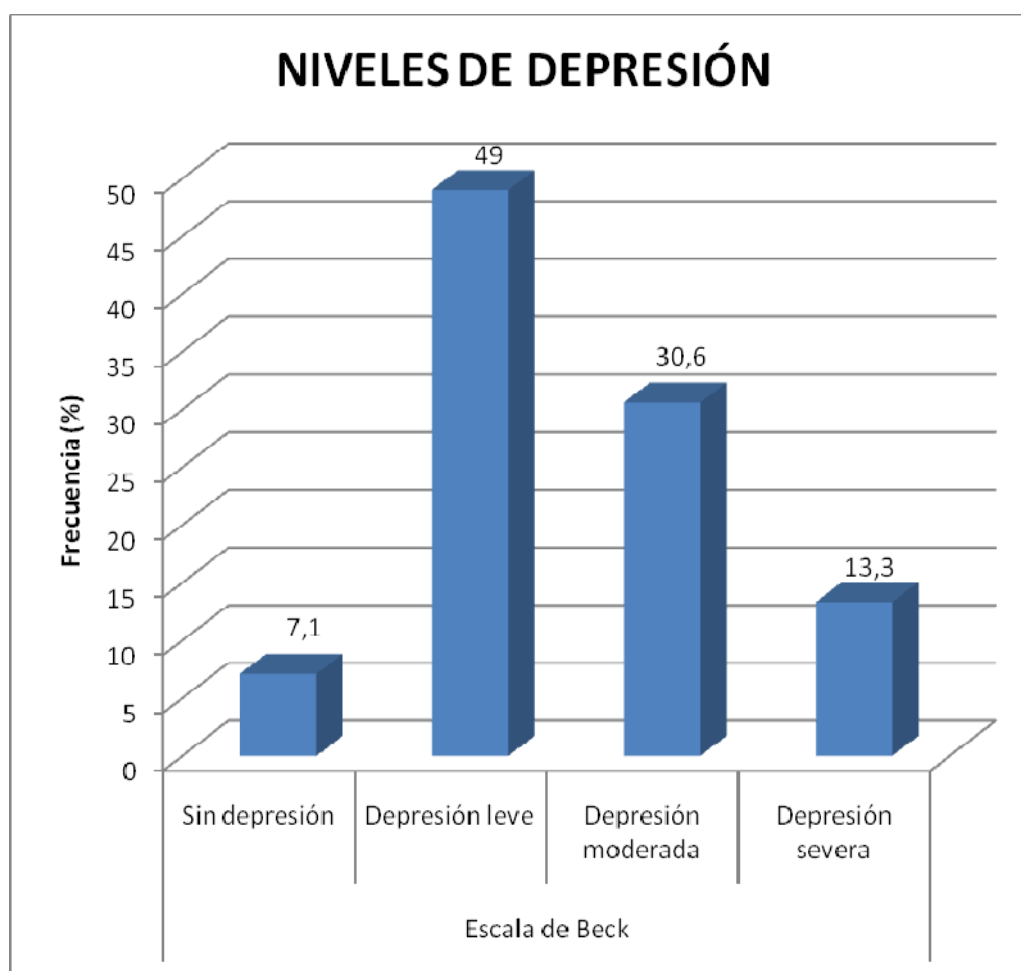
Escala de Beck	N°	%
Sin depresión	14	7.1
Depresión leve	96	49.0
Depresión moderada	60	30.6
Depresión severa	26	13.3
Total	196	100.0

Fuente: elaboración propia a partir de Inventario de depresión de Beck.

En la tabla N° 6 podemos observar que, de acuerdo con el inventario de depresión de Beck, casi la mitad de los pacientes (49.0%) tienen síntomas compatibles con depresión leve, mientras que la minoría (7.1%) no evidenció depresión. Un hallazgo importante que nos muestra la presente tabla, es que el 92.9% de la población presenta algún nivel de depresión.

**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

GRÁFICA 6



"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"

TABLA 7

ESCALA DE BECK (PUNTAJE) SEGÚN CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

CARACTERÍSTICAS	Escala de Beck (Puntaje)		P
	Media Aritmética	Desviación Estándar	
EDAD			
Menos de 30	15.80	5.52	0.000 (P < 0.05) S.S.
De 30 a 39	13.72	5.52	
De 40 a 49	19.84	9.88	
De 50 a 59	23.28	10.96	
De 60 a 69	24.10	11.45	
De 70 a 79	22.25	13.85	
GRADO DE INSTRUCCIÓN			
Iletrado	18.75	4.16	0.873 (P ≥ 0.05) N.S.
Primaria	21.59	12.59	
Secundaria	19.99	10.01	
Superior	20.55	10.96	
Total	196		

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista en Hospital Goyeneche 2013 e Inventario de Depresión de Beck.

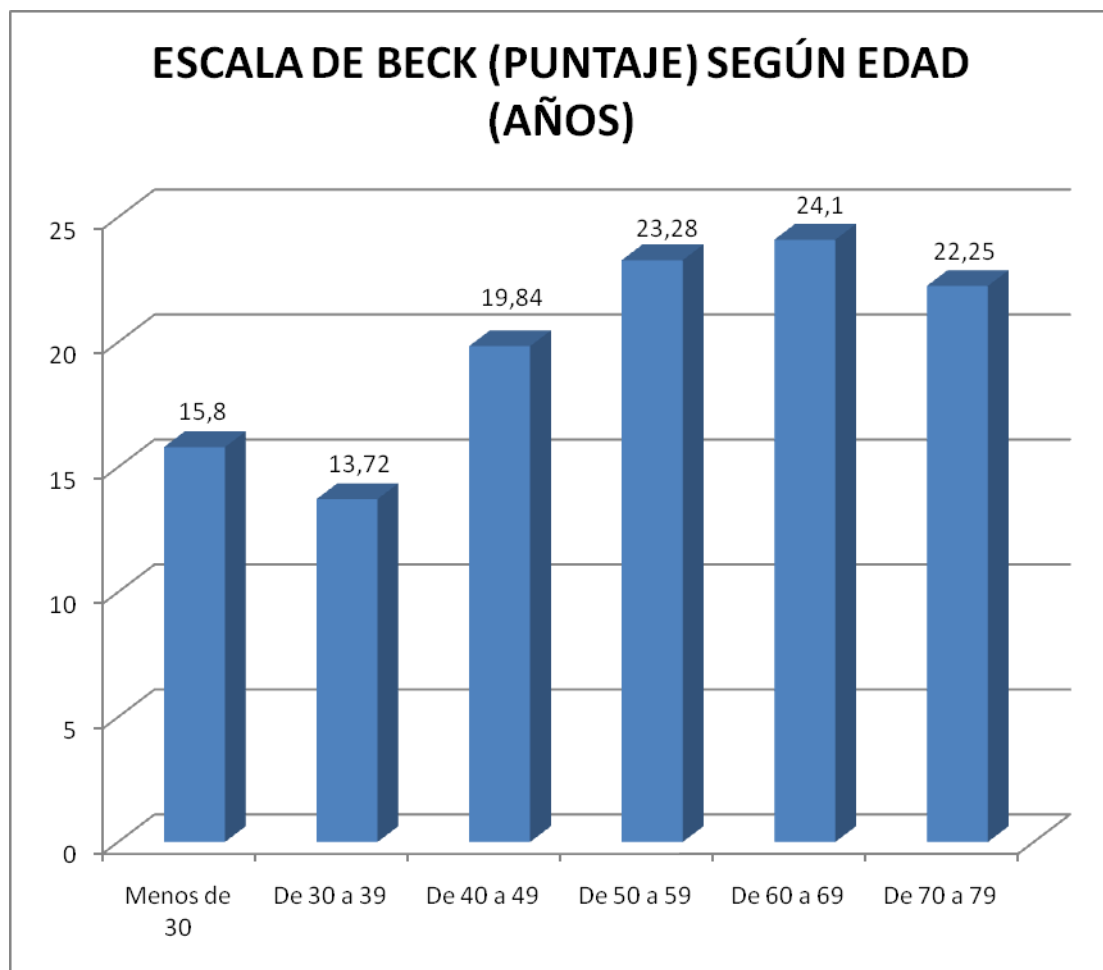
En la tabla N° 7 apreciamos que conforme la edad del paciente crece, los niveles de depresión, según el inventario de Beck, se incrementan; puesto que los que tienen menor edad presentan niveles leves mientras los de mayor edad, sus niveles de depresión son moderados. Estadísticamente, las diferencias son significativas, por tanto podemos afirmar que la edad se relaciona con los niveles de depresión en los pacientes.

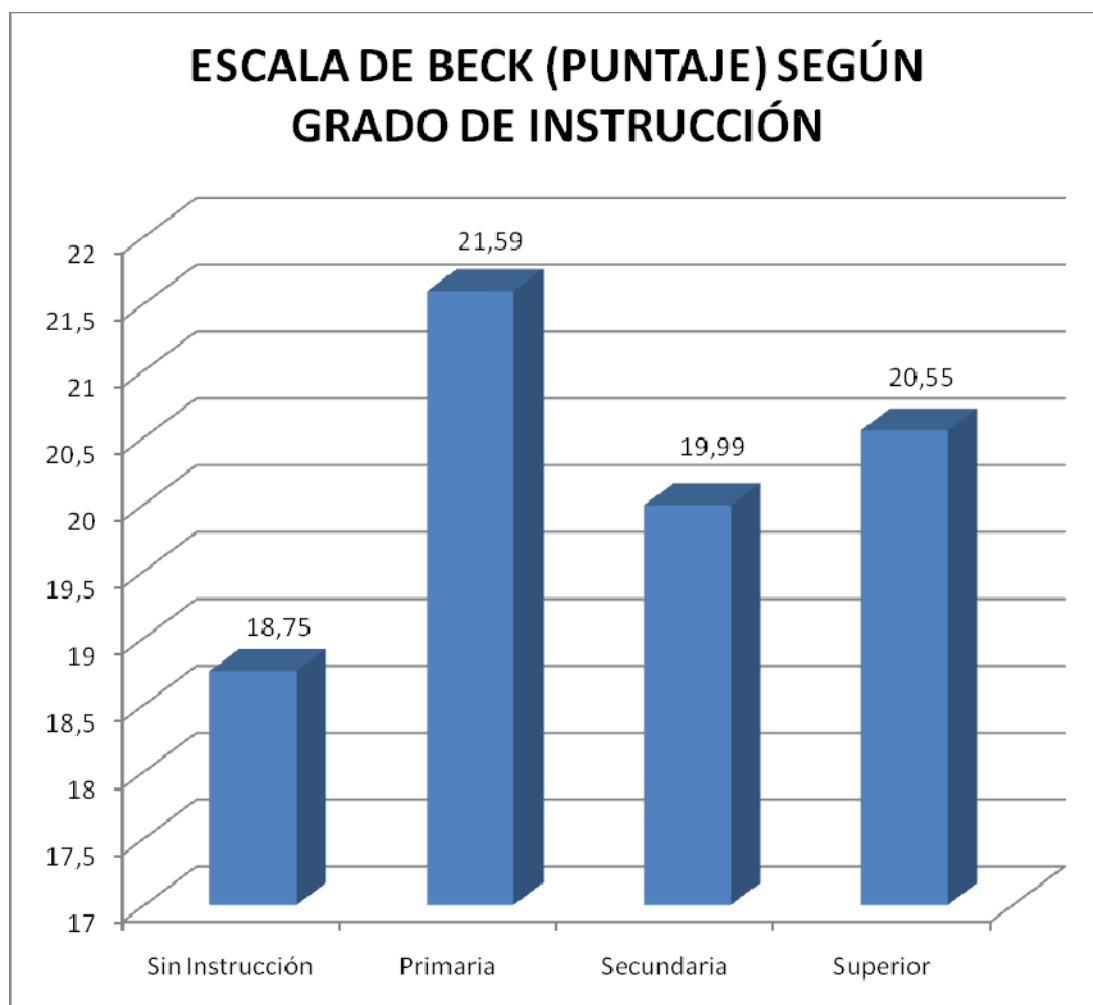
Respecto al grado de instrucción, la tabla nos muestra que la depresión fue moderada para los pacientes con primaria, secundaria y superior; en tanto para los iletrados la depresión fue leve. Estadísticamente, las diferencias no son significativas, por tanto el grado de instrucción no tiene relación con la depresión.



**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

GRÁFICA 7





**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

TABLA 8

NIVELES DE DEPRESIÓN SEGÚN SEXO

Niveles	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	N°	%	N°	%
Sin depresión	4	3.7	10	11.2
Depresión leve	59	55.1	37	41.6
Depresión moderada	22	20.6	38	42.7
Depresión severa	22	20.6	4	4.5
Total	107	100.0	89	100.0

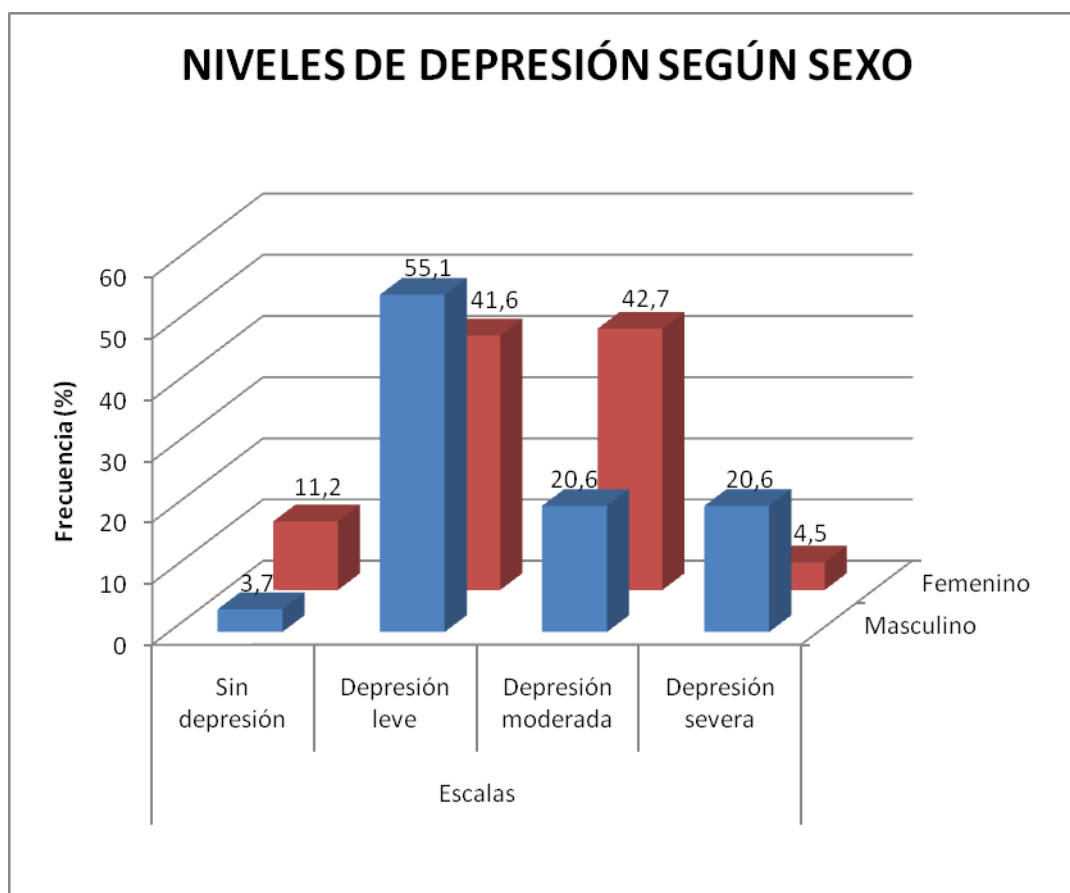
$P = 0.000 (P < 0.05) S.S.$

Fuente: elaboración propia a partir de entrevista en Hospital Goyeneche 2013 e Inventario de Depresión de Beck.

En la tabla N°8, observamos que el sexo femenino es el que predomina la depresión moderada (42.7%) sin embargo apreciamos que en el sexo masculino los síntomas compatibles con depresión severa es mayor que en el femenino (20.6% y 4.5% respectivamente). Estas diferencias son estadísticamente significativas, es decir, el sexo tiene relación con los niveles de depresión.

**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

GRÁFICA 8



"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"

TABLA 9

NIVEL DE DEPRESIÓN E IDIOMA

Niveles	IDIOMA					
	Español		Quechua		Aymara	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin depresión	11	6.9	0	0.0	3	18.6
Depresión leve	68	43.1	17	77.3	11	68.9
Depresión moderada	53	33.5	5	22.7	2	12.5
Depresión severa	26	16.5	0	0.0	0	0.0
Total	158	100.0	22	100.0	16	100.0

$P = 0.003 (P < 0.05) S.S.$

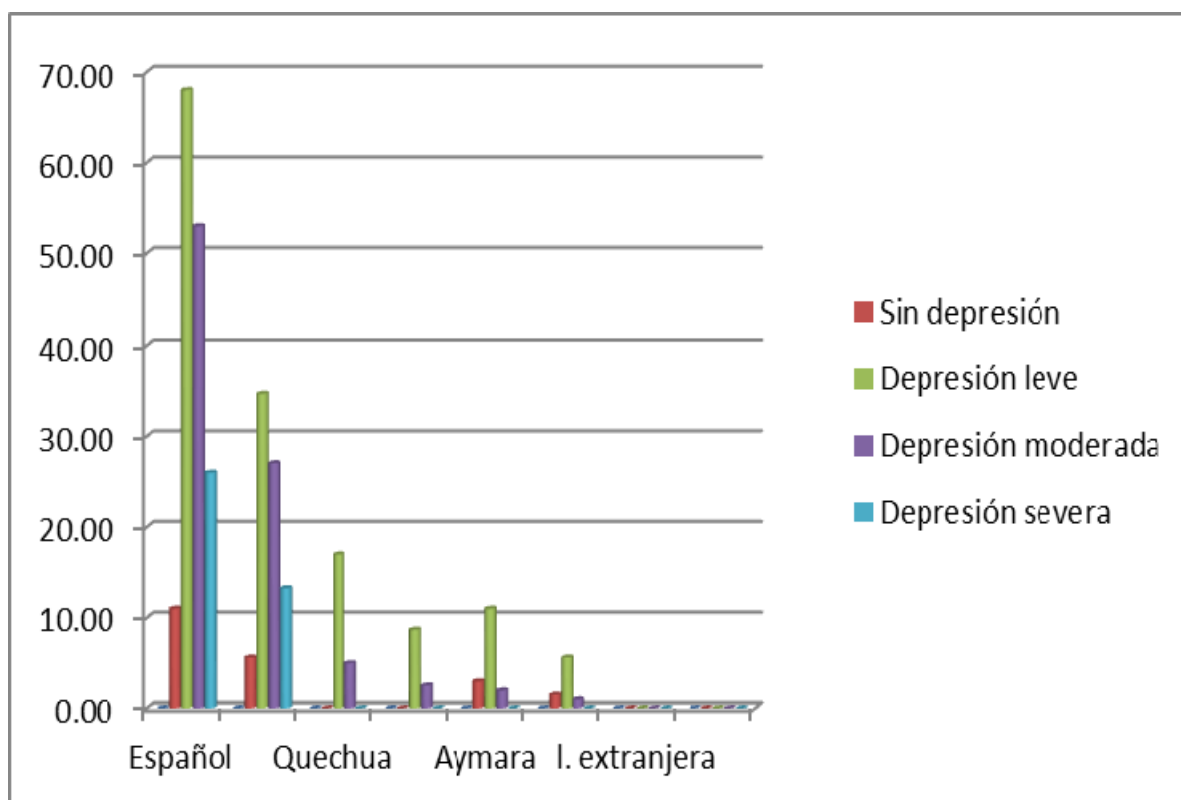
Fuente: elaboración propia a partir de entrevista en Hospital Goyeneche 2013 e Inventario de Depresión de Beck.

En la tabla N° 9, podemos apreciar que los pacientes que hablan español, el 16.5% de ellos presentaron síntomas compatibles con depresión severa, mientras que los quechua y aymara hablantes, ninguno llegó a este nivel de depresión. Estas diferencias son estadísticamente significativas, es decir, el idioma tiene relación con los niveles de depresión.

**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

GRAFICO 9

NIVEL DE DEPRESIÓN E IDIOMA



"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"

TABLA 10

NIVEL DE DEPRESIÓN Y PROCEDENCIA

Niveles	Procedencia											
	Arequipa		Cusco		Puno		Juliaca		Tacna		Moquegua	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin depresión	5	4.9	3	10.7	28	71.8	3	23.1	2	20.0	2	50.0
Depresión leve	43	42.2	16	57.1	5	12.9	7	53.8	3	30.0	1	25.0
Depresión moderada	38	37.3	6	21.5	4	10.2	3	23.1	5	50.0	1	25.0
Depresión severa	16	15.6	3	10.7	2	5.1	0	0.0	0	0.00	0	0.00
Total	102	100.00	28	100.00	39	100.00	13	100.00	10	100.00	4	100.00

$P = 0.169$ ($P \geq 0.05$) N.S.

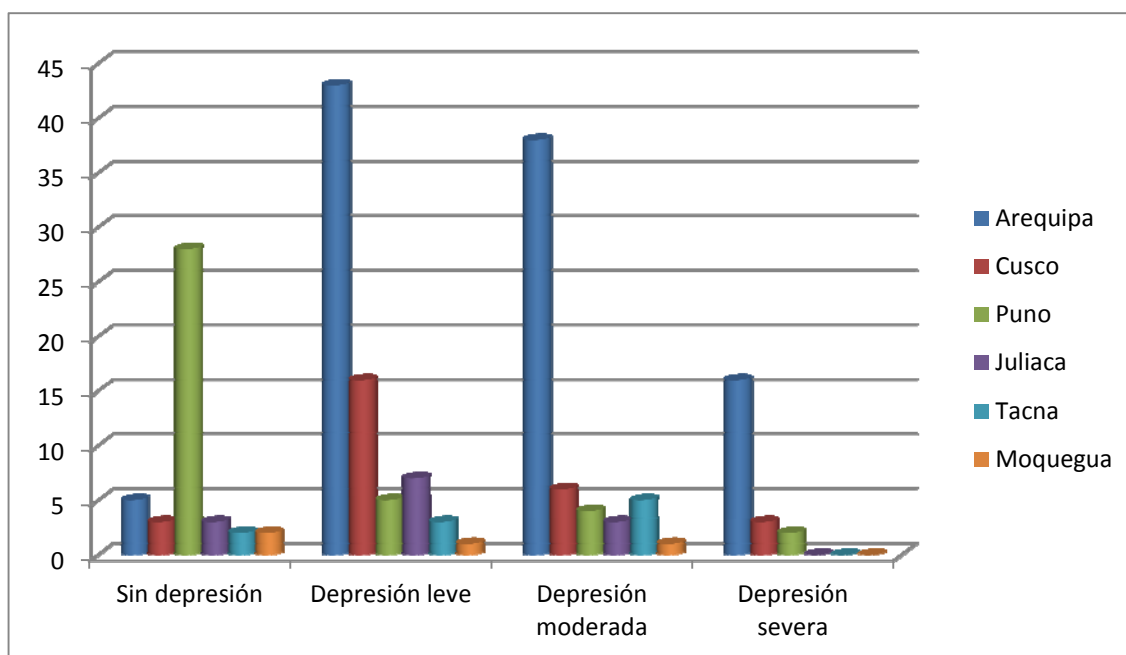
Fuente: elaboración propia a partir de entrevista en Hospital Goyeneche 2013 e Inventario de Depresión de Beck.

En la tabla N° 10, apreciamos que la depresión leve se presenta con mayor frecuencia en aquellos pacientes procedentes de Arequipa, Juliaca y Cusco (42.2%, 57.1% y 53.8% respectivamente), en tanto la depresión moderada se evidenció en aquellos que proceden de Tacna (50.0%); así mismo los que proceden tanto de Puno como de Moquegua no presentan depresión (71.8% y 50.0% respectivamente). Estadísticamente, no existen diferencias significativas, por tanto, la procedencia no tiene relación con los niveles de depresión.

**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

GRAFICO 10

NIVEL DE DEPRESIÓN Y PROCEDENCIA



"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"

TABLA 11

NIVEL DE DEPRESIÓN Y ESTADO CIVIL

Niveles	Estado civil							
	Soltero		Casado		Viudo		Divorciado	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin depresión	3	8.8	11	16.9	4	10.5	6	10.1
Depresión leve	5	14.7	23	35.3	5	13.2	13	22.1
Depresión moderada	17	50.0	21	32.3	27	71.1	28	47.5
Depresión severa	9	26.5	10	15.5	2	5.2	12	20.3
Total	34	100.0	65	100.0	38	100.0	59	100.0

$P = 0.191$ ($P \geq 0.05$) N.S.

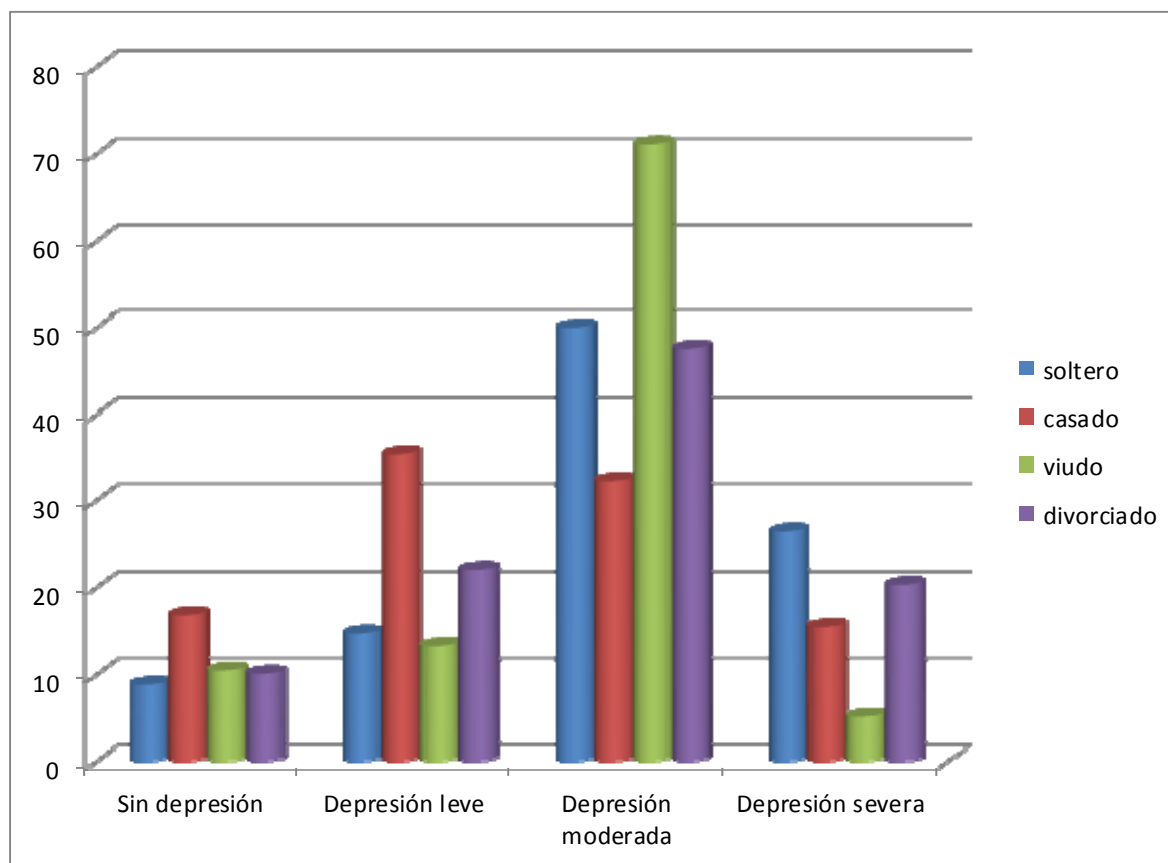
Fuente: elaboración propia a partir de entrevista en Hospital Goyeneche 2013 e Inventario de Depresión de Beck.

En la tabla N° 11 observamos que el mayor porcentaje de solteros, viudos y divorciados (50.0%, 71.1% y 47.5% respectivamente) presentan síntomas compatibles con depresión moderada; en tanto los casados presentan depresión leve (35.3%). Según la prueba estadística, no existen diferencias significativas, por tanto el estado civil no tiene relación con los niveles de depresión.

**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENECHES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

GRAFICO 11

NIVEL DE DEPRESIÓN Y ESTADO CIVIL



"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"

TABLA 12

NIVEL DE DEPRESIÓN Y OCUPACIÓN

Niveles	Ocupación									
	Activo		Estudiante		Jubilado		Ama de casa		Desocupado	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin depresión	2	5.0	2	16.6	5	8.3	2	3.9	3	9.4
Depresión leve	19	47.5	4	33.4	33	54.1	22	43.2	13	40.6
Depresión moderada	6	15.0	3	25.0	21	34.4	15	29.4	11	34.4
Depresión severa	13	32.5	3	25.0	2	3.2	12	23.5	5	15.6
Total	40	100.0	12	100.0	61	100.0	51	100.0	32	100.0

$P = 0.042 (P < 0.05) S.S.$

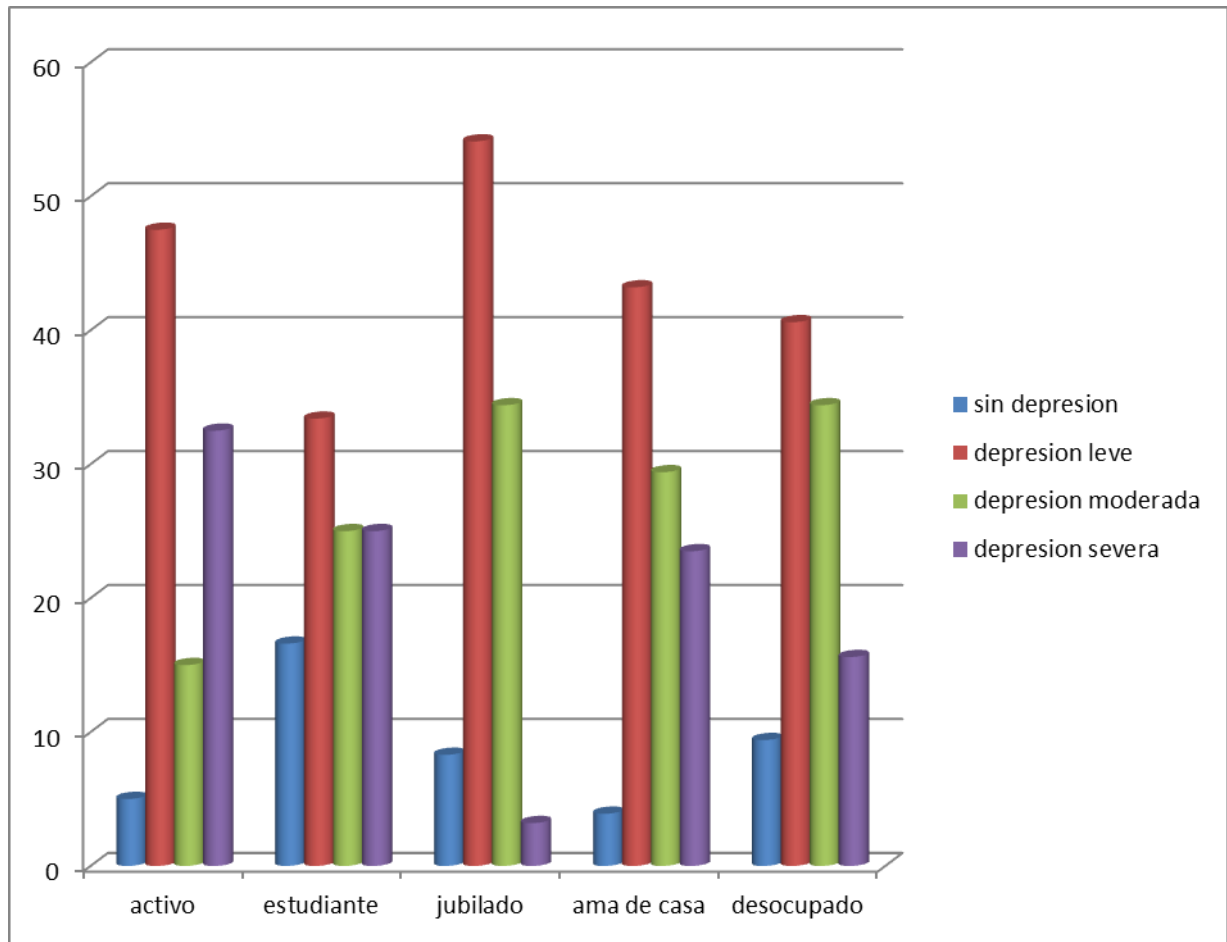
Fuente: elaboración propia a partir de entrevista en Hospital Goyeneche 2013 e Inventario de Depresión de Beck.

En la tabla N° 12, se observa que aquellos pacientes con algún tipo de actividad ocupacional, casi la tercera parte de ellos (32.5%) presentaron síntomas compatibles con depresión severa; en contraste con los pacientes que tuvieron otras ocupaciones. Según la prueba estadística, las diferencias encontradas son significativas, por lo tanto podemos afirmar que la ocupación tiene relación con los niveles de depresión.

"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"

GRAFICO 12

NIVEL DE DEPRESIÓN Y OCUPACIÓN



"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"

TABLA 13

TIPO DE CÁNCER

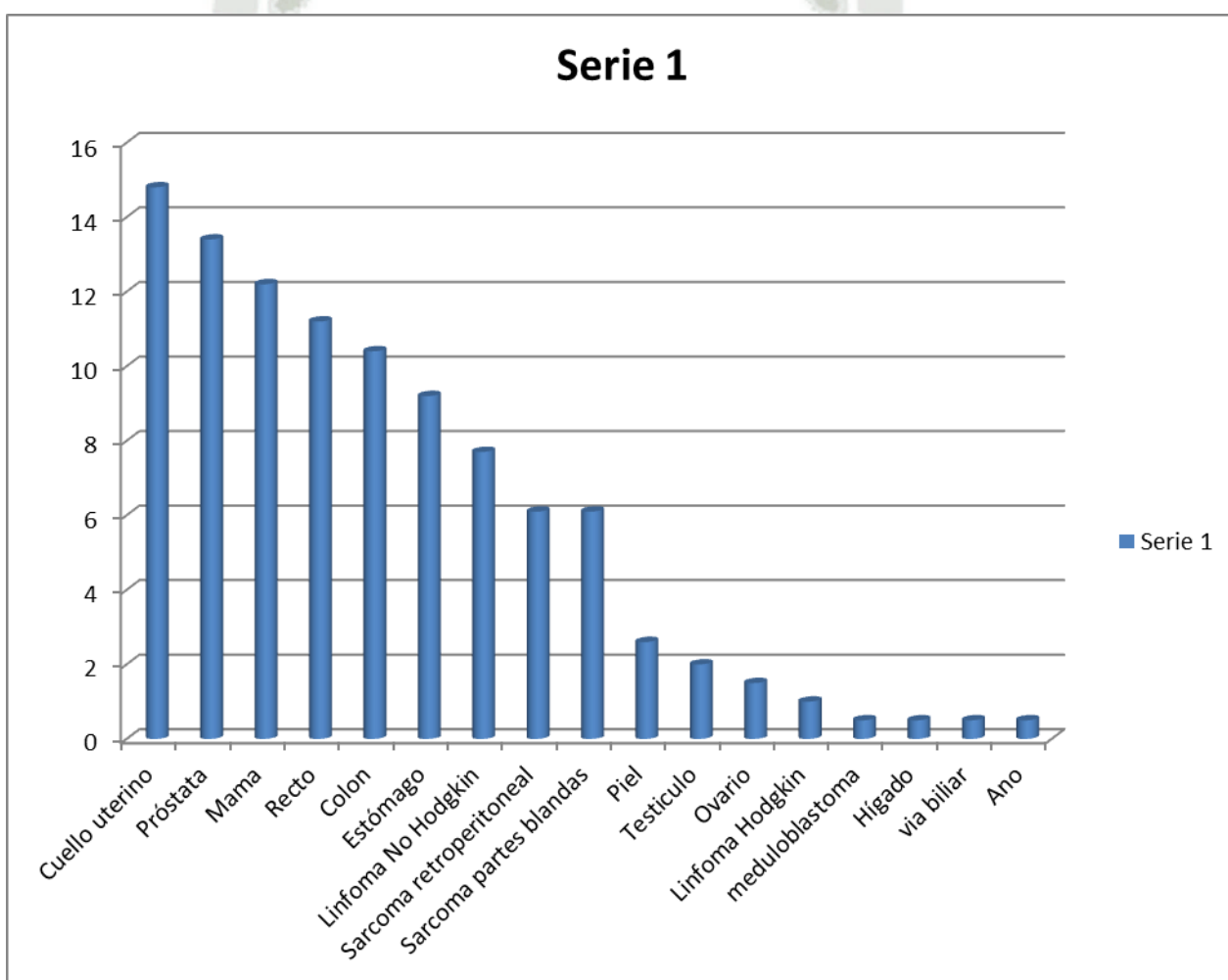
Tipo de Cáncer	Nº	%
Cuello uterino	29	14.8
Próstata	26	13.4
Mama	24	12.2
Recto	22	11.2
Colon	20	10.4
Estómago	18	9.2
Linfoma No Hodgkin	15	7.7
Hígado	1	0.5
Linfoma Hodgkin	2	1.0
Sarcoma retroperitoneal	12	6.1
Sarcoma partes blandas	12	6.1
Testículo	4	2.0
Ovario	3	1.5
Piel	5	2.6
Meduloblastoma	1	0.5
Vía biliar	1	0.5
Ano	1	0.5
Total	196	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de las Historias Clínicas del Hospital Goyeneche 2013.

En cuanto a los tipos de cáncer, el más frecuente hallado fue el de cuello uterino (14.8%), seguido por el de próstata (13.4%), el de mama (12.2%), recto (11.2%) y de colon (10.4%). Los menos frecuentes fueron al hígado, vía biliar, ano y el meduloblastoma (todos con 0.5% de prevalencia).

**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENECHES DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

GRÁFICA 13



**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

TABLA 14

TRATAMIENTO DEL CÁNCER

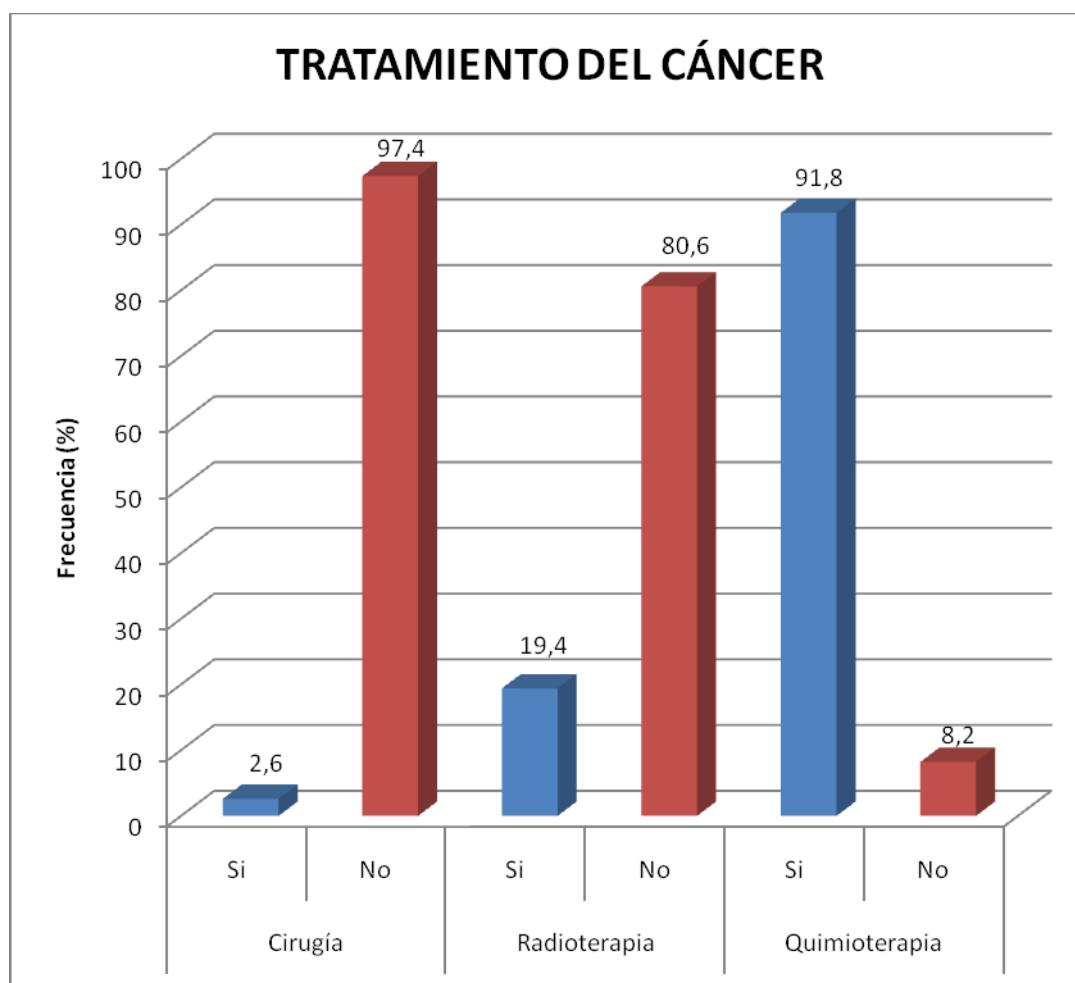
Tratamiento	N°	%
Cirugía		
Si	5	2.6
No	191	97.4
Radioterapia		
Si	38	19.4
No	158	80.6
Quimioterapia		
Si	180	91.8
No	16	8.2
Total	196	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de historias clínicas Hospital Goyeneche 2013.

En la tabla N° 14 se aprecia que el manejo global de la patología neoplásica estuvo enfocada primordialmente a la quimioterapia (91.8%), en segundo lugar está la radioterapia, el cual es mucho menos frecuente (19.4%), y finalmente el tratamiento quirúrgico (2.6%).

**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

GRÁFICA 14



**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

TABLA 15

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

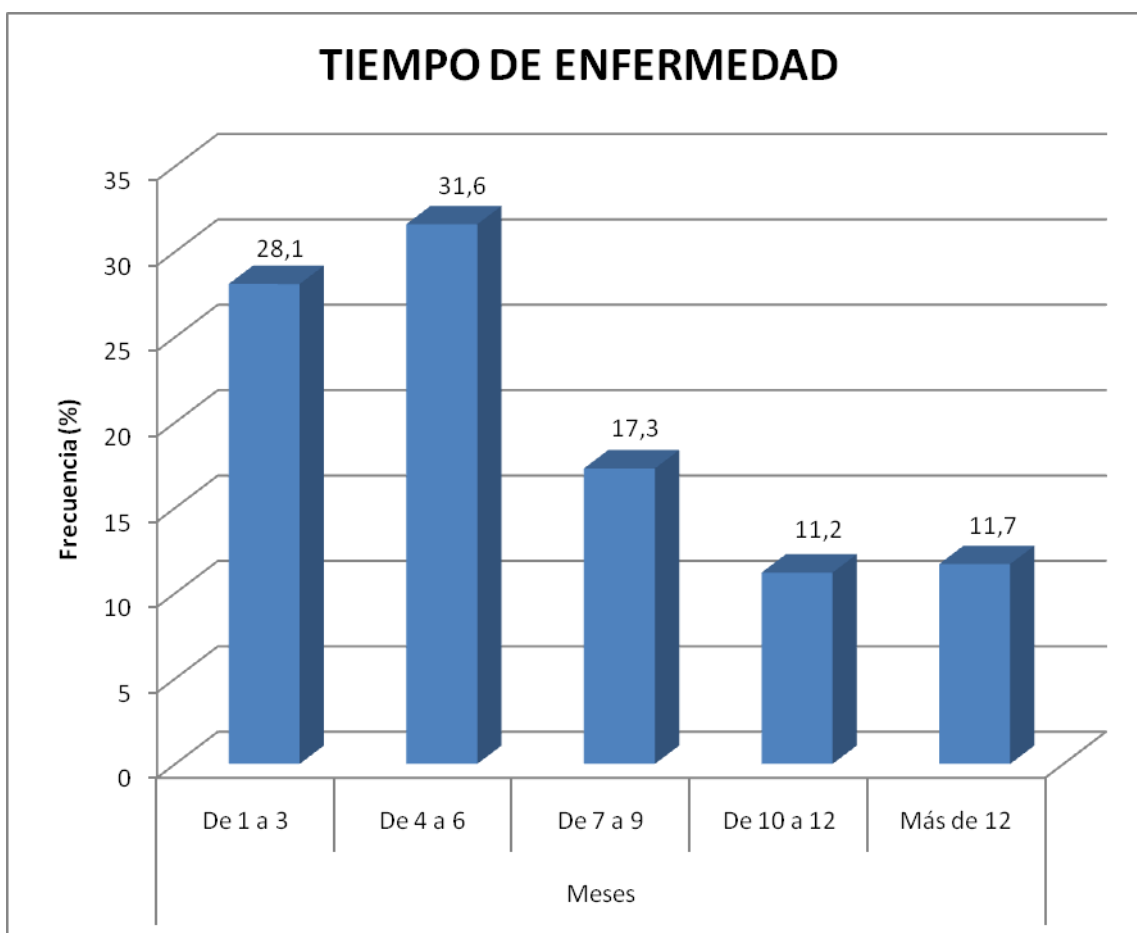
Tiempo de diagnóstico de cáncer (meses)	N°	%
De 1 a 3	55	28.1
De 4 a 6	62	31.6
De 7 a 9	34	17.3
De 10 a 12	22	11.3
Más de 12	23	11.7
Total	196	100.0

Fuente: Elaboración propia a partir de historias clínicas Hospital Goyeneche 2013.

En la tabla N° 15, observamos que el tiempo de diagnóstico de cáncer es muy variable; así tenemos pacientes con un tiempo de diagnóstico de cáncer desde 1 y hasta 60 meses; en forma agrupada observamos que en mayores porcentajes el tiempo de diagnóstico de cáncer fue entre 1 a 3 y 4 a 6 meses (28.1% y 31.6% respectivamente), es decir que más de la mitad tiene un tiempo de diagnóstico de cáncer menor a medio año; el resto tiene un tiempo de diagnóstico de cáncer mayor a 7 meses.

**"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y
EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"**

GRÁFICA 15





DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En el 2005, la Organización Panamericana de la Salud registra que en países de América Latina y el Caribe se reportaron 480 000 personas que murieron a consecuencia del cáncer, siendo el Perú uno de los países con las tasas más elevadas.

Para JUVER ²⁵ el dolor y la depresión son síntomas importantes en pacientes con cáncer, la depresión compromete de forma importante la calidad de vida de los pacientes, debiendo ser diagnosticada y tratada rápidamente. Definiendo precozmente el nivel de depresión según las diferentes características propias de cada paciente, ya que los resultados en este estudio han demostrado que la edad, el sexo, el idioma y la ocupación tienen relación con los niveles de depresión.

En nuestra población, se vio que la mayoría de los pacientes fueron varones, siendo el rango de edad más frecuente entre los 40 a 59 años de edad. Se observa además que la edad de los varones son mayores entre los 50 a 69 años, mientras que en las mujeres de 30 a 49 años de edad. MAQUE ²⁷ en el 2005 encontró predominancia de varones entre las edades de 60 a 80 años, estos resultados son similares con los nuestros en el que además evidenciamos que a mayor edad el nivel de depresión se incrementa.

MCDANIEL ¹⁴ refiere que el nivel de depresión se hace mayor al relacionarla con una edad media más avanzada.

Con respecto vemos el nivel que predomina en mujeres es la depresión moderada (42.7%) sin embargo apreciamos que en el sexo masculino los síntomas compatibles con depresión severa es mayor que en el femenino (20.6% y 4.5% respectivamente).

Más de la mitad de nuestra población fueron de procedencia arequipeña, con idioma español y educación secundaria; así mismo el mayor porcentaje correspondieron a personas casadas. SUCLLA ²⁸, encontró hace un año, predominancia de población

masculina, sin pareja y con instrucción secundaria. Vemos que la predominancia de la población masculina y el grado de instrucción se mantiene, ya que la diferencia del estudio es de solo un año, en el mismo hospital; sin embargo RODRÍGUEZ VEGA ²⁶ registra predominancia de pacientes casados (68.7%) al igual que nuestro estudio, cifra que corresponde actualmente al porcentaje de la población que de acuerdo a su edad tienen una pareja. Sin embargo el nivel de depresión alcanzado en este grupo es menor a comparación de los otros estados civiles. Aun así este dato debiera orientarnos a que pudieran presentarse problemas en la relación de pareja, aunque en realidad son pocos los pacientes que manifiestan tener problemas sexuales, es aconsejable entonces incluir en las sesiones a la pareja, y de esta forma el doliente sentirá mayor percepción de apoyo. Respecto a la educación, este estudio reporta al igual que el nuestro, que los pacientes con cáncer en general alcanzaron una mediana educación, mayoritariamente el grado de instrucción secundaria, lo que traduce que actualmente las oportunidades de acceso a la educación están mejorando, y que de alguna manera pueden comprender mejor su diagnóstico, adaptarse a las exigencias que tendrán, como la carga emocional, fatiga, estrés y depresión; siempre que el médico tratante exponga con términos sencillos el diagnóstico y tratamiento.

La mayoría de pacientes con cáncer son jubilados (31.1%), Sin embargo se evidencia que la población económicamente activa es aquella que muestra con mayor frecuencia (32.5%) síntomas de depresión severa. Esto puede deberse a que sumado al estrés provocado por el diagnóstico del cáncer, estos pacientes acarrean un estrés laboral.

De acuerdo con la escala del Inventario de Beck para la depresión, tenemos que el 92.9% tiene algún síntoma compatible con depresión. MAQUE ²⁷ comprobó que existe una alta frecuencia de síntomas depresivos en pacientes con patología oncológica en el Hospital Goyeneche; incluso el autor utiliza dos cuestionarios distintos para su

evaluación: la escala de Hamilton y la escala de Yesavage, en el que predomina el nivel moderado, sin embargo en nuestro estudio se observa que casi la mitad de la población estudiada (49%) presenta síntomas compatibles con depresión leve, aun así la puntuación media para este cuestionario fue de 20.33 puntos, lo que equivale a depresión moderada.

RODRIGUEZ VEGA²⁶ encontró en el 2002 solamente un 15,7% de pacientes con depresión, cabe resaltar que este estudio se realizó en Europa, donde probablemente los continuos chequeos médicos preparen a la población para este tipo de diagnósticos.

En cuanto a los tipos de cáncer, observamos que la distribución de esta es muy variada, tenemos así que los más frecuentes hallados fueron el de Cuello Uterino, Próstata, mama y colon; mientras que los menos frecuentes fueron el de Hígado, Vía Biliar, Ano y Meduloblastoma. Según reporte del 2005 en el MINSA las atenciones fueron más para cáncer de mama (10.5%), cuello uterino (10.3%) y estómago (6.5%). Algo distinto a la realidad de Es Salud que reporta en el 2004 como más frecuentes al cáncer de mama (26.6%), próstata (14.5%) y colon (7.8%), seguidos por el de cuello uterino, linfoma y estómago.

En cuanto al tiempo de diagnóstico de cáncer es muy variable; así tenemos pacientes con un tiempo de diagnóstico entre 1 mes y hasta los 60 meses; en forma agrupada observamos que el mayor porcentaje tiene un tiempo de diagnóstico menor a los 6 meses, lo cual puede deberse a que hace 8 años, el diagnóstico de cáncer era más tardío y consecuentemente su tratamiento era menos prometedor.

Según el tipo de tratamiento que reciben los pacientes con cáncer, nuestros resultados son similares con RODRÍGUEZ VEGA²⁶ estos en su mayoría recibieron quimioterapia.



CONCLUSIONES

Primera: Las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital III Goyeneche corresponden a varones (54.6%), con una edad promedio entre 40 a 59 años de edad (49%); más de la mitad fueron de procedencia arequipeña, con idioma español y con educación secundaria; así mismo predominaron los casados y jubilados.

Segunda: El grado de depresión hallada en la población fue principalmente compatible con niveles leves (49%); sin embargo casi la totalidad (92.9%) evidenció algún nivel de depresión.

Tercera: Los resultados han demostrado que la edad , rangos de edad entre 50 y 69 años presentan mayor nivel de depresión; el sexo , los varones tienden a deprimirse con mayor frecuencia (96.3%) alcanzando niveles de depresión severa de 20.6% en comparación con las mujeres que llegan a este nivel en tan solo 4.5% ; el idioma, aquellos con lengua española el 16.5% presentaron depresión severa mientras que ningún quechua y aymara hablante llegó a este nivel ; y la ocupación, personas económicamente activas presentan en un 32.5% síntomas de depresión , tienen relación con los niveles de depresión; en tanto el grado de instrucción, la procedencia y el estado civil no muestran relación alguna con la depresión en pacientes oncológicos.

Cuarta: Los cánceres más prevalentes fueron de Cuello Uterino y de Próstata. Así mismo el tratamiento de primera opción fue la quimioterapia. Finalmente, en la mayoría de casos el tiempo de diagnóstico fue menor a los 6 meses.

RECOMENDACIONES

Los hallazgos encontrados en esta investigación llevan a hacer las siguientes recomendaciones:

Primera. Al servicio de Psiquiatría del hospital Goyeneche, establecer una red de atención psicológica integral, que de manera coordinada integre a los servicios de Oncología y Psiquiatría, pudiendo ser esta última, parte del tratamiento regular del paciente oncológico desde su diagnóstico, incluyendo un programa de manejo de la depresión, puesto que esta se va instalando progresivamente a medida que se avanza en el tiempo de enfermedad. Por este motivo es necesario que exista una colaboración entre el personal experto en estas cuestiones (los psicólogos) con el equipo sanitario (médicos y enfermeros)

Segunda. La depresión no es un problema solo del paciente sino también del entorno; por lo tanto sugerimos al departamento de Oncología la necesidad de diseñar intervenciones terapéuticas que incluyan de forma sistemática una evaluación del paciente y su entorno familiar, para así facilitar la comunicación entre el paciente y su familia y de esta manera el doliente sentirá mayor percepción de apoyo.

Tercera. Al Hospital Goyeneche sugerimos implementar un tratamiento multidisciplinario para el paciente oncológico como programas de auto ayuda y terapias grupales para los pacientes asociado a la colaboración de un equipo de diferentes profesionales, donde se incluya una evaluación de la calidad de vida en todas las áreas para así mejorar el trato y cuidado del enfermo que padece cáncer.

Cuarta. A la Universidad Católica de Santa María sugerimos fomentar la formación de grupos estudiantiles, los cuales enfoquen su línea de investigación al apoyo social de los pacientes oncológicos.





ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad	Años
Sexo	<input type="checkbox"/>	Masculino
	<input type="checkbox"/>	Femenino
Estado Civil	<input type="checkbox"/>	Soltero
		Casado
		Viudo
		Divorciado
Procedencia	<input type="checkbox"/>	Arequipa
	<input type="checkbox"/>	Sur del País (Puno, Cuzco, Tacna, Juliaca, Moquegua)
Idioma	<input type="checkbox"/>	Español
	<input type="checkbox"/>	Quechua o aymara
Ocupación	<input type="checkbox"/>	Activo
	<input type="checkbox"/>	Estudiante
	<input type="checkbox"/>	Jubilado
	<input type="checkbox"/>	Ama de casa
	<input type="checkbox"/>	Desocupado
Grado de instrucción	<input type="checkbox"/>	Iltrado
	<input type="checkbox"/>	Primaria
	<input type="checkbox"/>	Secundaria
	<input type="checkbox"/>	Superior
Tipo de cáncer	<input type="checkbox"/>	Ca de Cuello Uterino
	<input type="checkbox"/>	Ca de mama
	<input type="checkbox"/>	Ca de pulmón
	<input type="checkbox"/>	Ca de piel
	<input type="checkbox"/>	Ca de próstata
	<input type="checkbox"/>	Ca de colon
	<input type="checkbox"/>	Ca de hígado
	<input type="checkbox"/>	Ca de estómago
	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Hodgkin
	<input type="checkbox"/>	Linfomas no Hodgkin
	<input type="checkbox"/>	Otros.....
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
Tiempo de enfermedad desde que se logró el diagnóstico	<input type="checkbox"/>	< 1mes
	<input type="checkbox"/>	1 a 6 meses
	<input type="checkbox"/>	6 a 12 meses
	<input type="checkbox"/>	1 a 2 años
	<input type="checkbox"/>	>2 años
Tratamiento	<input type="checkbox"/>	Radioterapia.....
	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia.....
	<input type="checkbox"/>	Quirúrgico.....

ANEXO 2

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

La universidad Católica de Santa María se encuentra llevando a cabo un estudio, para lo cual solicitamos su participación, ninguno de sus datos personales será registrado y su participación es voluntaria. Por favor complete la siguiente encuesta, teniendo en cuenta que sus resultados ayudaran a formular sugerencias al equipo de tratamiento.

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento tan desanimado cuando miro al futuro.
- 1. Me siento desanimado cuando miro al futuro.
- 2. Siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

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

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.
1. Siento que quizás este siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

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

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal

0. No creo tener peor aspecto que antes
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud
1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

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

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE TESIS:

"RELACION ENTRE LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013"

AREQUIPA - PERÚ

2013

I. PREAMBULO

El cáncer es un padecimiento grave y complejo que ocasiona un gran impacto físico, psicológico y social en las personas que lo padecen, así como en el entorno familiar y social.

En el paciente la emoción que despierta el diagnóstico de cáncer, es de desconcierto, nerviosismo, ansiedad, inquietud, distracción, atención disminuida y sumergida en sus procesos interiores, cuando no, en el peor de los casos, la negación total de la enfermedad como defensa psicológica; finalmente el Yo del paciente se paraliza, no oponiendo resistencia al curso de la enfermedad, agravando su situación.

Aunque la depresión es una enfermedad, que afecta aproximadamente al 10% de la población general, en los pacientes con cáncer se ha detectado hasta en un 25%, incluso para ciertos tipos de cáncer, como el de páncreas, la tasa alcanza 50% de los pacientes, considerándose inclusive, un pródromo de la enfermedad.

Los datos epidemiológicos en diversas investigaciones muestran que el 40-50% de todos los pacientes diagnosticados de cáncer desarrollan algún tipo de malestar psicosocial durante el transcurso de su enfermedad oncológica y alrededor del 30% requieren apoyo profesional.

Por otra parte; el paciente oncológico sufre muchas pérdidas como: roles, trabajo, esquema corporal, etc. Por ello, algunos autores consideran que una parte importante de los síntomas depresivos, en el paciente oncológico responden a un trastorno de estrés agudo o estrés postraumático.

Durante mis prácticas pre profesionales he observado empíricamente que los pacientes oncológicos, si bien presentan claros síntomas de depresión, la severidad con que se

manifiestan dichos síntomas son muy variables y puede corresponder al tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico y/o identificación de la enfermedad.

Si consideramos a la depresión como un trastorno de adaptación en el paciente oncológico es muy probable que las circunstancias del diagnóstico propongan diferentes niveles de depresión y jueguen un papel preponderante; por lo que me interesa conocer la evolución de los síntomas depresivos en los pacientes con cáncer en función al diagnóstico oncológico.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

"Relación entre las características socio demográficas en pacientes con el diagnóstico de cáncer y el nivel de depresión en pacientes oncológicos atendidos en el hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, 2013"

1.2. Descripción del problema

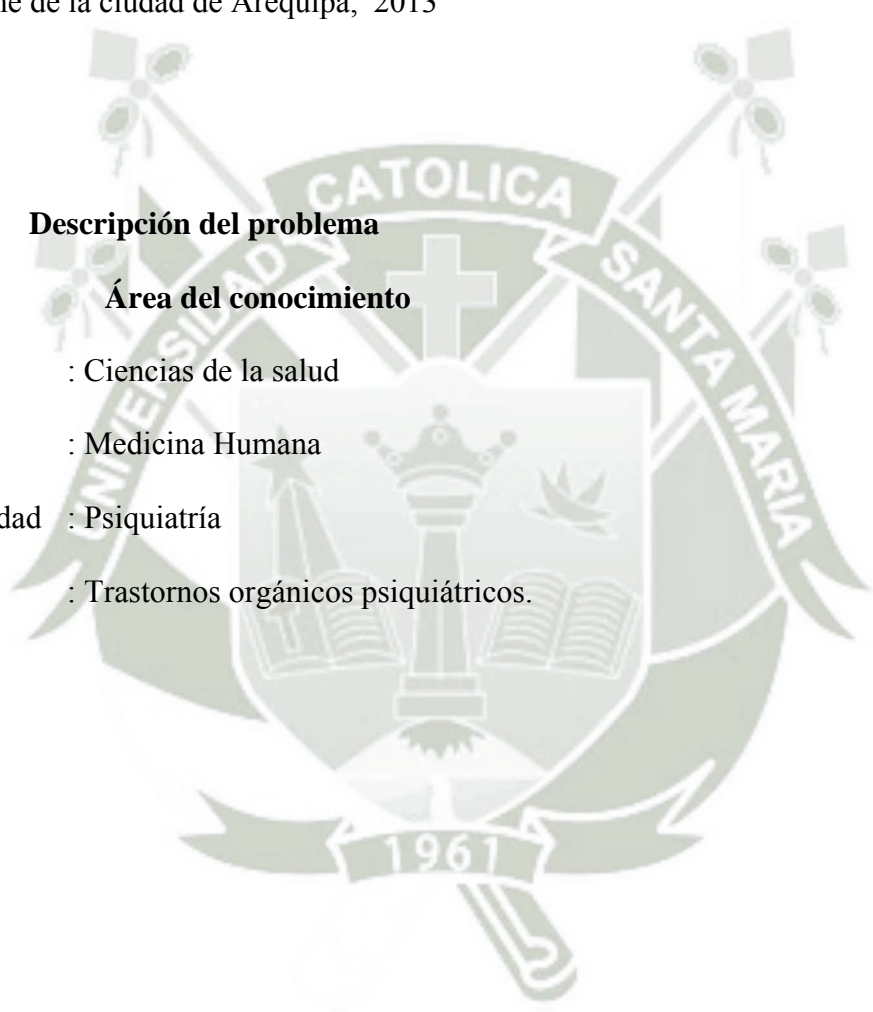
a. Área del conocimiento

Campo : Ciencias de la salud

Área : Medicina Humana

Especialidad : Psiquiatría

Línea : Trastornos orgánicos psiquiátricos.



b. Análisis u operacionalización de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	Indicador	Valor	Tipo de variable
DIAGNÓSTICO DE CÁNCER	Diagnóstico de cáncer	Si/No	Numérica continua
VARIABLE DEPENDIENTE	Indicador	Valor	Tipo de variable
NIVELES DE DEPRESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Según resultados de Inventario de Depresión de Beck. 	<ul style="list-style-type: none"> altibajos que se consideran normales: 5-9 puntos Depresión leve: 10-18 puntos Depresión moderada: 19-29 puntos Depresión severa : 30 a 63 puntos 	Categoría Ordinal
VARIABLE INTERVINIENTE	Indicador	valor	Tipo de variable
EDAD	Fecha de nacimiento	Años	De razón
SEXO	Caracteres Sexuales Secundarios	<ul style="list-style-type: none"> Masculino Femenino 	Nominal
PROCEDENCIA	Lugar de Nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> Arequipa Sur del País (Puno, Cuzco, Tacna) 	Nominal
ESTADO CIVIL	Situación Conyugal	<ul style="list-style-type: none"> Soltero Casado Viudo 	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> • Divorciado 	
IDIOMA	Lengua Materna	<ul style="list-style-type: none"> • Español • Quechua • Aymara 	Nominal
OCUPACION	Actividad Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Activo • Estudiante • Jubilado • Ama de casa • Desocupado 	Nominal
NIVEL DE INSTRUCCION	Años de estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Ilustrado • Primaria • Secundaria • Superior 	Ordinal
TIPO DE TRATAMIENTO QUE RECIBE	Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Radioterapia • Quimioterapia • Quirúrgica 	Nominal
TIEMPO DE ENFERMEDAD(DESDE QUE SE HIZO EL DIAGNOSTICO)	Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • 1 a 3 mes • 4 a 6 meses • 7 a 9 meses • 10-12 meses • 12 meses a más 	De intervalo
TIPO DE CANCER	Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Ca de Cuello Uterino • Ca de mama • Ca de pulmón • Ca de piel 	Nominal

		<ul style="list-style-type: none"> • Ca de próstata • Ca de colon • Ca de esófago • Ca de hígado • Ca de estómago • Ca recto • Enfermedad de Hodgkin • Linfoma no Hodgkin • Otros 	
--	--	--	--

c. Interrogantes básicas

I. ¿Cuáles son las características sociodemográficas en los pacientes con diagnóstico de cáncer del Hospital Goyeneche de Arequipa?

II. ¿Cuáles son los niveles de depresión en los pacientes con diagnóstico de cáncer según el Inventario de Beck?

III. ¿Existe relación entre las características sociodemográficas en pacientes con el diagnóstico de cáncer con los niveles de depresión del Hospital Goyeneche de Arequipa?

IV. ¿Cuál es el tipo de cáncer más frecuente, el tratamiento de primera opción y el tiempo de diagnóstico en pacientes con el diagnóstico de cáncer del Hospital Goyeneche de Arequipa?

d. Tipo de Investigación

Observacional, transversal y analítico.

e. *Nivel de investigación*

Descriptivo: Relacional

1.3. Justificación

La originalidad de este trabajo se basa en que existen estudios previos; que nos hablan de la alta frecuencia de depresión en los pacientes con cáncer, pero ninguno que plantee una aproximación con la finalidad de descubrir el grado de depresión alcanzado por pacientes cuya enfermedad es la misma; entonces es probable que existan cofactores como el estrés agudo y estrés postraumático en este grupo particular de pacientes; además de los factores sociodemográficos ajenos a cada uno.

Siendo una línea poco desarrollada en nuestro medio, tanto la práctica institucional como la privada se enfrentan a diferentes retos en el manejo de estos pacientes, es por esto que este estudio posee relevancia científica ya que nos permitirá identificar las características relacionadas con cada paciente para así poder tener un enfoque multidisciplinario.

Además teniendo en cuenta que las personas con diagnóstico de cáncer poseen una alta probabilidad de presentar un episodio depresivo, este estudio ayudará a orientar la terapia complementaria en salud mental en este tipo de pacientes y a valorar la respuesta a la misma teniendo gran utilidad práctica debido que mediante este trabajo me permitirá entender y guiar al paciente en sobre llevar una calidad de vida adecuada frente al padecimiento que presenta.

El estudio se podría realizar de manera adecuada y factible ya que se cuenta con la accesibilidad y buena disposición para la colaboración con la investigación, en el

Hospital Goyeneche donde me encuentro realizando mi internado de pregrado. Los datos serán obtenidos de manera directa por encuesta con apoyo del personal médico y asistencial.

Por la conveniencia del investigador y la concordancia del tema con las políticas de investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santa María este trabajo cuenta con importancia académica y profesional.



2. Marco Conceptual

2.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

2.5.1. Depresión:

La depresión es un estado en la que el paciente tiene frecuentes pensamientos de derrota, se encuentra en un estado de ánimo abatido sin causa aparente. A pesar de que tiene lo que se podría llamar "todo en la vida", en el sentido de que no tiene razones para sentirse mal anímicamente, pero a pesar de esto se sigue sintiendo mal, es decir presenta distorsiones cognitivas basadas en un conjunto de pensamientos negativos respecto a la visión del individuo de sí mismo, del mundo y del futuro.²⁴

2.5.2. Cáncer:

El cáncer o enfermedad neoplásica está definido como el crecimiento anormal del tejido celular en cualquier parte del organismo, que puede invadir, según la característica de los tejidos vecinos, partes específicas del cuerpo humano a través de los vasos linfáticos o los sanguíneos. (Bonfiglio y Stoler, 1993; Talavera y Tori, 1991).

2.2. DEPRESIÓN

2.2.1 Conceptualización

La depresión (del latín *depressus*, que significa "abatido", "derribado") es un trastorno emocional que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.¹

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida. Aunque ése es el núcleo principal de síntomas, la depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico es clínico, aunque debe diferenciarse de cuadros de expresión parecida, como los trastornos de ansiedad.² La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades lúdicas habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el estrés y sentimientos (derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento paterno educativo.

La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio.³ Las diferentes escuelas psiquiátricas han propuesto varios tratamientos para la depresión: la bio-psiquiatría, a través de un enfoque farmacológico, avalado por los éxitos de las últimas generaciones de antidepresivos, la escuela psicoanalítica a través de procedimientos psicodinámicos, o la terapia cognitivo-conductual, a través de propuestas conductuales y cognitivas.³

2.2.2 Epidemiología

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, para trastorno depresivo mayor, y una incidencia anual del 1 al 2 por mil. ¹

Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre, y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general. ²

2.2.3 Etiología

No existe una sola causa para la depresión. La depresión puede estar causada por uno o varios factores. Algunas personas tienen mayor probabilidad de tener depresión que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición:

- **Herencia:** Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no

tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales. ⁴

- **Factores Bioquímicos:** Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Durante los episodios depresivos, existe a nivel cerebral un proceso de desbalance entre la liberación y respuesta a una serie de neurotransmisores, entre los cuales destaca la serotonina, la noradrenalina, la dopamina, la SRIF, las neurotensinas, el FGDC, el GABA, el glutamato, CRF, ACTH, y el polipéptido CRF-TRH.⁵

Se sabe que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

- **Situaciones estresantes:** Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.⁶

- **Estacionalidad - Trastorno afectivo estacional (SAD):** Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.⁷
- **Personalidad:** Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.⁸

2.2.4. Fisiopatología

2.2.4.1. Hipótesis de las aminas biógenas

Entre estas sustancias, la noradrenalina y la serotonina son los dos neurotransmisores más implicados en la fisiopatología de los trastornos del ánimo.

Esta teoría postula cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina-serotonina). La teoría de las catecolaminas postula un déficit absoluto o relativo de norepinefrina, en sinapsis específicas cerebrales y que en la manía habría un exceso de ella. Es así que la noradrenalina (NA) y su metabolito el 3 metoxi 4 hidroxifenilglicol (MHPG) se encuentran en niveles bajos en el LCR de pacientes deprimidos.⁹

-

Se observa que los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores de la MAO ejercen su efecto al incrementar el contenido de noradrenalina en los sitios receptores adrenérgicos centrales del sistema límbico y el hipotálamo, que los fármacos productores de depresión (como Reserpina) agotan las aminas biógenas en estos sitios, planteó la teoría de que las depresiones que ocurren de manera natural podrían relacionarse con una deficiencia de estas últimas.¹⁰

Así mismo en cuanto a la dopamina (DA), su actividad dopaminérgica podría estar disminuida en la depresión: su metabolito el ácido homovanílico (HVA) en el LCR puede estar disminuido o normal.

La serotonina (5-HT) tiene su metabolito que es el ácido 5 hidroxindolacético (5HIAA); el cual se encuentra disminuido en el LCR en pacientes deprimidos.¹¹

Algunos postulan que los niveles de aminas en la sinapsis dependen de la actividad de receptores pre-sinápticos inhibidores (alfa-2); la hipersensibilidad de dichos receptores reduciría los niveles de noradrenalina y por lo tanto el cambio bioquímico sería secundario al estado patológico de los receptores; los anti depresivos, producirían una desensibilización específica de los receptores alfa-2. y con ello se suspendería la retroalimentación negativa sobre la liberación y aumentaría la concentración sináptica de catecolaminas.

Las hipótesis más recientes postulan cambios en la neurona post-sináptica, especialmente en los mecanismos de transducción (la proteína G) y de mensajeros secundarios y terciarios.¹²

2.2.4.2. Hipótesis neuroendocrina

Estas anormalidades son importantes por tres razones. En primer lugar, algunos de los desórdenes de la función endocrina son seguidos por desórdenes afectivos. En segundo lugar, las anormalidades endocrinas encontradas en los desórdenes depresivos sugieren la posibilidad de un desorden de los centros hipotalámicos. En tercer lugar, los cambios endocrinos son regulados por mecanismos hipotalámicos los cuales a su vez son controlados por el sistema mono-aminérgico.¹³

Los trastornos depresivos mayores parecen estar asociados a anomalías de la función neuroendocrina. Ciertos síntomas del síndrome clínico (trastornos del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito, de la actividad autonómica) sugieren disfunción hipotalámicas. Además las mono-aminas regulan las células endocrinas hipotalámicas. La investigación ha demostrado anomalías endocrinas en las depresiones más severas, especialmente en el cortisol, la hormona del crecimiento y la hormona liberadora de la tirotrófina.

En cuanto al eje adrenal la relación entre la hipersecreción de cortisol y la depresión es una de las observaciones más antiguas,

El test de supresión de la dexametasona (TSD), permite estudiar el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS). Normalmente a la administración de dexametasona se produce una supresión de la excreción de cortisol, pero en el 45% de los pacientes con depresión de causa endógenos se aprecia un aumento de los niveles de cortisol. Se pensó que sería de utilidad diagnóstica, no fue este el caso debido a que en muchos pacientes con otras patologías psiquiátricas también se obtiene un resultado positivo. Según Deuschle 1997 concluye que el incremento de la actividad del eje

hipotálamo- hipófisis- suprarrenal (HHS) en deprimidos; está relacionado con la gran liberación hormonal.¹⁴

El eje tiroideo, en la depresión: la función tiroidea es normal; sin embargo hay evidencias que pequeñas dosis de T3 aceleraría la respuesta a los antidepresivos. La respuesta de la hormona estimulante de tiroides (TSH) a la hormona liberadora de tirotropina (TRH) en pacientes deprimidos está alterada. A nivel diagnóstico este test es limitado igual que el TSD.

La respuesta de la hormona de crecimiento (HC) a la estimulación con insulina esta alterada en pacientes deprimidos.

2.2.4.3. Hipótesis neuroanatómica

La depresión implica una patología del sistema límbico, ganglios basales e hipotálamo. Así una disfunción del hipotálamo en base a alteraciones del sueño, apetito, impulso sexual, son observados en los pacientes deprimidos.¹³

2.2.4.4. Hipótesis neuroinmune

La depresión y el sistema inmunitario, puede relacionarse con los trastornos y síntomas depresivos que acompañan a las situaciones vitales estresantes.¹³

2.2.5. Clasificación¹⁶

2.2.5.1. Clasificación de los trastornos del estado de ánimo

1) EPISODIOS AFECTIVOS

a) Episodio Depresivo Mayor

- b) Episodio Maníaco
- c) Episodio Hipomaniaco
- d) Episodio Mixto

2) TRASTORNOS DEPRESIVOS

- a) Trastorno Depresivo Mayor
- b) Trastorno Distímico
- c) Trastorno Depresivo no Especificado

3) TRASTORNOS BIPOLARES

- a) Trastorno Bipolar I
- b) Trastorno Bipolar II
- c) Trastorno Ciclotímico
- d) Trastorno Bipolar no Especificado

4) TRASTORNOS BASADOS EN LA ETIOLOGÍA

- a) Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
- b) Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

2.2.5.2 TRANSTORNOS DEPRESIVOS

a) Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante

Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son: ¹⁷

- **Criterio A:** La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas: ¹⁷
 - Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días
 - Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales
 - Disminución o aumento del peso o del apetito
 - Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño)
 - Enlentecimiento o agitación psicomotriz
 - Astenia (sensación de debilidad física)
 - Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
 - Disminución de la capacidad intelectual
 - Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas

- **Criterio B:** No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizo-afectivos o trastornos esquizofrénicos. ¹⁷

- **Criterio C:** El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.¹⁷
- **Criterio D:** Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.¹⁷
- **Criterio E:** No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.¹⁷

b) Trastorno distímico¹⁸

Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:

- **Criterio A:** Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.
- **Criterio B:** Deben aparecer dos o más de estos síntomas:
 - Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación)
 - Insomnio o hipersomnio
 - Astenia
 - Baja autoestima
 - Pérdida de la capacidad de concentración
 - Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza
- **Criterio C:** Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

- **Criterio D:** No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.
- **Criterio E:** No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.
- **Criterio F:** No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas.
- **Criterio G:** No hay criterios de enfermedades orgánicas.
- **Criterio H:** Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

c) Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo) ¹⁹

Por trastorno adaptativo o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

d) Trastorno depresivo no especificado¹⁷

Se denomina trastorno depresivo no especificado a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.

2.2.5.3 Situaciones particulares**a) La depresión en las mujeres¹⁸**

La depresión se da en la mujer con una frecuencia que es casi el doble de la del varón. Factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer.

En particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la pre-menopausia y la menopausia. Las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona), debido a una existencia de menores niveles de estrógenos, parecen desempeñar por tanto un cierto papel en la etiopatogenia de la depresión.

Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) demostró que las mujeres que presentaban predisposición a padecer el síndrome premenstrual (SPM) grave se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo, de la depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales a través de un tratamiento farmacológico. Si ese tratamiento se interrumpe, las hormonas se reactivan

y, al poco tiempo, los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal de las hormonas no les produce ningún efecto.

La depresión posparto es un trastorno depresivo que puede afectar a las mujeres después del nacimiento de un hijo. Está ampliamente considerada como tratable. Los estudios muestran entre un 5 y un 25 por ciento de prevalencia, pero las diferencias metodológicas de esos estudios hacen que la verdadera tasa de prevalencia no esté clara.

b) La depresión en los varones¹⁷

Aunque la prevalencia global es inferior entre los varones, la tasa de suicidio consumado en ellos es cuatro veces más alta que en las mujeres. Sin embargo, los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años.

La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Algunos estudios indican que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria en ambos sexos. Sin embargo, sólo en el varón se eleva la tasa de mortalidad debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.

c) La depresión en la vejez¹⁷

El inicio clínico de la depresión en el anciano puede cursar con una pobre alteración del estado de ánimo. Incluso puede aparecer enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, alteraciones de la memoria, insomnio, síntomas

somáticos, ansiedad. Puede simular un cuadro de demencia senil, hablándose entonces de pseudo-demencia depresiva.

Cuando un anciano se deprime, a veces su depresión se considera erróneamente un aspecto natural de esa etapa de la vida. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata, provoca un sufrimiento innecesario para el anciano y para su familia. Cuando la persona de edad avanzada acude con el médico, puede describir únicamente síntomas físicos. Esto ocurre porque el anciano puede mostrarse reacio a hablar de su desesperanza y tristeza. La persona anciana puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo.

Las depresiones subyacentes en los ancianos son cada vez más identificadas y tratadas por los profesionales de la salud. Los profesionales van reconociendo que los síntomas depresivos en los ancianos se pueden pasar por alto fácilmente. También los profesionales detectan mejor los síntomas depresivos que se deben a efectos secundarios de medicamentos que el anciano está tomando, o debido a una enfermedad física concomitante. Si se elabora el diagnóstico de depresión, el tratamiento con medicamentos o psicoterapia ayuda a que la persona deprimida recupere su capacidad para tener una vida feliz y satisfactoria. La investigación científica reciente indica que la psicoterapia breve (terapia a través de charlas que ayudan a la persona en sus relaciones cotidianas, y ayudan a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión) es efectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión en personas mayores.

2.2.6 Diagnostico¹⁸

El diagnóstico de la depresión es clínico. Deben descartarse, en primer lugar, causas orgánicas, medicamentosas o tóxicas compatibles con un cuadro similar al de un trastorno depresivo, pero es en último término la entrevista clínica la que ofrece los datos necesarios para el diagnóstico, cuando se cumplen los criterios establecidos más arriba.

Una buena evaluación diagnóstica debe incluir una historia médica completa. Existen también varios cuestionarios estandarizados que pueden ayudar a discriminar si existe o no un trastorno depresivo: como la Escala de Depresión de Yesavage, la Escala de Depresión de Zung, el Inventario de Depresión de Beck, el Test de Depresión de Goldberg o el Test de Depresión de Hamilton. Algún estudio ha evaluado incluso la eficacia de dos simples preguntas para un diagnóstico rápido de elevada fiabilidad.

2.2.7 Tratamiento¹⁸

Independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de trastorno depresivo, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se considera adecuada la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como reinstaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos. La psicoterapia sola es efectiva en algunas personas con formas más leves de depresión. Las personas con depresión moderada o severa más a menudo mejoran con antidepresivos. La mayoría obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida, incluyendo la depresión. El psiquiatra puede recetar medicamentos y una de las diversas formas de psicoterapia que han mostrado ser efectivas para la depresión, o ambos, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la gravedad de los síntomas.

2.2.7.1 Farmacológico¹⁸

El tratamiento con antidepresivos es el único que ha demostrado una evidencia significativa de efectividad en depresiones mayores (graves) y en depresiones psicóticas (solos o en combinación con psicoterapia). En el caso de depresiones leves o moderadas, los antidepresivos parecen ser eficaces, pero también lo son algunas propuestas de tratamiento psicoterápico (solo o con antidepresivos).

No se han evidenciado diferencias entre la eficacia de los diferentes tipos de antidepresivos, cuyas principales diferencias estriban más en el tipo de efectos secundarios que pueden provocar. En general, los pacientes presentan mejor tolerancia a los modernos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina que los clásicos antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos.

La decisión de emplear uno u otro se basa en criterios como la buena respuesta a un fármaco determinado en episodios previos o en familiares de primer grado, la tolerancia

a los posibles efectos secundarios, las interacciones posibles con el tratamiento habitual del paciente, el precio o la existencia de alguna contraindicación relativa, por la presencia de otra enfermedad.

Hay que tener en cuenta que el efecto antidepresivo tarda unas dos semanas en aparecer, aumentando progresivamente hasta su pico de máxima eficacia en torno a los dos meses.

Los principales grupos de fármacos antidepresivos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la re captación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa (IMAO), aunque se están incorporando nuevos grupos como los inhibidores selectivos de la re captación de serotonina y noradrenalina (como la venlafaxina) o los inhibidores selectivos de la re captación de noradrenalina (reboxetina). En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados.

El tratamiento con antidepresivos debe mantenerse durante seis a doce meses, para evitar el riesgo de recaídas, aunque el efecto completo puede conseguirse al mes del inicio del tratamiento. Hay que tener en cuenta que la causa más frecuente de respuesta terapéutica débil es una mala cumplimentación del tratamiento indicado (abandonos, olvidos, etc.). En torno al 25 por ciento de los pacientes abandonan el tratamiento en el primer mes, un 44 por ciento en el primer trimestre, y un 60 por ciento de los pacientes dentro de los seis meses iniciales.

2.2.7.2 Psicoterapia¹⁹

Muchas formas de psicoterapia, incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles para los pacientes deprimidos. Las terapias "de conversación" ayudan a los pacientes a analizar sus problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal con el terapeuta. Algunas veces estas pláticas se combinan con "tareas para hacer en casa" entre una sesión y otra. Los profesionales de la psicoterapia que utilizan una terapia "de comportamiento" procuran ayudar a que el paciente encuentre la forma de obtener más satisfacción a través de sus propias acciones. También guían al paciente para que abandone patrones de conducta que contribuyen a su depresión o que son consecuencia de su depresión.

Estudios de investigación han comprobado que dos tipos de psicoterapia a corto plazo son muy útiles para algunas formas de depresión. Se trata de la terapia interpersonal y de la terapia cognitivo-conductual. Los terapeutas interpersonales se concentran en los problemas en las relaciones con los otros que causan y agravan la depresión. Los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a cambiar los estilos negativos de pensamiento y comportamiento que se asocian con la depresión.

Las terapias dinámicas o "de insight", que se usan en ocasiones para tratar personas deprimidas, apuntan a ayudar al paciente a resolver sus conflictos. Estas terapias a menudo se reservan para casos en que los síntomas depresivos han mejorado bastante. Para obtener mejores resultados, los cuadros depresivos severos (en especial los que son recurrentes) por lo general requieren medicamentos o terapia electroconvulsiva (TEC), esta última en condiciones especiales, al lado de una psicoterapia, o antes de ella.

2.2.7.3 Psicoterapias psicodinámicas breves²⁰

La psicoterapia psicoanalítica elabora estrategias de afloramiento del yo intrapsíquico, oculto en el inconsciente del paciente, y origen de la sintomatología. El trastorno depresivo se expresaría como resultado de la pugna entre los mecanismos de defensa del paciente y sus impulsos. Las técnicas de psicoterapia psicodinámica breve pretenden investigar y alumbrar esos conflictos para su resolución en la esfera consciente, a través de un número limitado de sesiones.

2.2.7.4 Psicoterapia interpersonal²⁰

En este caso, el psicoterapeuta analiza los síntomas en cuanto surgen desde una perspectiva de comportamientos elaborados por el paciente a través de sus relaciones interpersonales.

2.2.7.5 Terapia cognitiva y terapia cognitivo-conductual²¹

Esta modalidad intenta modificar pautas de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, sin profundizar en el análisis de la intrapsique. Entre otros recursos, se apoya sobre todo en técnicas de relajación, de adquisición de habilidades sociales y de afirmación de la asertividad.

2.3. PSICOONCOLOGIA

2.3.1 Conceptualización²³

La Psico-oncología une los esfuerzos de distintas disciplinas (médicas, psicológicas y sociales) para ofrecer un tratamiento comprensivo a los enfermos oncológicos, tomando como marco de referencia el modelo bio-psico-social de la salud y la enfermedad. Si

bien es una disciplina de reciente desarrollo, ha tenido una amplia difusión tanto a nivel de investigación como de práctica profesional.

El impacto que produce la palabra cáncer sobre el enfermo y su entorno familiar-social es enorme. Este impacto puede llegar a ocasionar graves trastornos psicológicos, emotivos, afectivos, que son en ocasiones tan importantes como la enfermedad que los ha producido. Por este motivo es necesario que exista una colaboración entre el personal experto en estas cuestiones (los psicólogos) con el equipo sanitario (médicos y enfermeros)”

El cáncer aún es visto por muchos como una enfermedad con pocas posibilidades de curación o con ninguna, y por ello su diagnóstico produce un impacto emocional mayor que cualquier otro diagnóstico.

A la hora de evaluar las posibilidades de remisión del cáncer se tiende a pensar que éstas dependen exclusivamente del tipo de cáncer diagnosticado. Pero en la práctica clínica los resultados no siempre cumplen las predicciones. No hay dos cánceres iguales y por tanto que se comporten del mismo modo y de esto es importante que sea consciente el paciente.

La salud empieza a entenderse como resultado de la interacción entre lo físico, ambiental y psíquico, y cada vez son más los profesionales que admiten el papel que las emociones y actitudes juegan en la curación del cáncer. Es un hecho demostrado la interconexión entre los procesos mentales y el funcionamiento de nuestro organismo, por ello en la curación tan importante es un tratamiento dirigido a sanar el cuerpo como a procurar mantener un equilibrio psicológico.

Las emociones y actitudes negativas al enfrentarse a la enfermedad, pueden ser más dañinas que ésta porque pueden interferir en el tratamiento.

Hay que intentar hacer comprender al paciente que para enfrentarse al cáncer, es necesario que el cerebro registre emociones positivas y así aumentar las habilidades inmunológicas para luchar contra el cáncer y, que por tanto, la sanación no es exclusiva de la medicina, sino que el propio enfermo juega un papel fundamental en ella.

2.3.2. Estrategias de afrontamiento del paciente oncológico²⁴

Por otra parte, las reacciones emocionales despertadas por el conocimiento de un diagnóstico de cáncer y las estrategias de afrontamiento adoptadas ante el mismo, se han relacionado con el ajuste psicológico de los enfermos e incluso con la mayor o menor supervivencia. En este sentido son ya clásicos los cinco tipos de estrategias de afrontamiento, señalados por Moorey y Greer, que pueden adoptar los pacientes de cáncer ante su diagnóstico: espíritu de lucha, negación, fatalismo o aceptación estoica, indefensión o desesperanza, y preocupación ansiosa. Estas estrategias de afrontamiento determinan la valoración subjetiva del diagnóstico, la percepción de control y el nivel de adaptación del sujeto.

Si el diagnóstico de cáncer es tomado subjetivamente por el paciente como un “desafío”, es decir, como un reto personal que uno debe superar y vencer, el paciente considerará que, en cierta medida, la situación de enfermedad está bajo su control personal, por lo que el espíritu de lucha aparece como la estrategia más probable. Si por el contrario el diagnóstico de cáncer se percibe como una “amenaza” (algo que supone un riesgo para la propia salud tanto física como psíquica), se pueden desarrollar distintas estrategias de afrontamientos:

2.3.2.1. O bien se puede negar dicho daño, en el sentido de que el paciente rechaza admitir la realidad tal como es, encubriéndola con la mentira de que la enfermedad que padece no es realmente cáncer o es un “cáncer benigno” (Negación), o bien,

2.3.2.2. El paciente acepta pasivamente dicha amenaza, considerando que por sí mismo no puede ejercer ningún control sobre ella, que depende de los demás, resignándose a su suerte (Fatalismo), o bien

2.3.2.3. Desarrolla un estado de ansiedad y preocupación ante una situación que percibe como fuertemente amenazadora (Preocupación ansiosa). Por otro lado, el paciente puede percibir un diagnóstico de cáncer como una “pérdida” del estado de bienestar o de “algo” que nunca se va a volver a recuperar, en este caso se suele dar una auténtica sensación de desesperanza y desamparo (Indefensión) que se acompaña de un pensamiento negativo acerca del pronóstico de la enfermedad. Según Moorey y Greer, las dos estrategias de afrontamiento que predicen un buen pronóstico a nivel de adaptación psicosocial son el espíritu de lucha y la negación.

Las estrategias de afrontamiento ante un diagnóstico de cáncer se han evidenciado predictores importantes no sólo del ajuste psicosocial de los enfermos de cáncer a lo largo del proceso de su enfermedad, sino también del tiempo de supervivencia. Así, en diversos estudios de seguimiento con pacientes de cáncer de mama (Greer) se ha encontrado una supervivencia significativamente mayor, a los 5, 10 y 15 años, en las pacientes que presentaban espíritu de lucha y negación que en las de los grupos restantes.

Aunque las muestras de estos trabajos eran muy pequeñas, sus resultados complementan y son coherentes con los ofrecidos desde las investigaciones que, como hemos visto

anteriormente, han relacionado la personalidad con el tiempo de supervivencia en pacientes oncológicos.

2.4. DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO²⁵

2.4.1. Aspectos generales

El diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad genera frecuentemente un malestar emocional (distress) importante, ya que suele afectar al paciente globalmente, tanto a nivel físico, como psíquico y social.

Por ello la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones ansiosas y depresivas. Aproximadamente un 50% de los pacientes oncológicos presentarán algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la enfermedad; frecuentemente un trastorno adaptativo con ánimo depresivo. Muchos de estos trastornos no se tratan porque no son diagnosticados, ya que suelen considerarse reacciones “normales” a la enfermedad o bien porque se considera que los síntomas observados pueden ser debidos no sólo a la propia depresión sino también al cáncer y los tratamientos oncológicos.

La depresión clínica o trastorno depresivo mayor es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un periodo al menos de 2 semanas de duración durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. La prevalencia de depresión mayor en pacientes con cáncer se estima entre el 5% y el 8%.

2.4.2. EPIDEMIOLOGÍA²⁶

Para algunos autores la depresión en pacientes con cáncer es tres veces superior que en la población general, y dos veces mayor que en personas internadas por otros problemas clínicos. Numerosos son los factores de riesgo para padecer depresión, pues está relacionada tanto con factores personales como con factores del tratamiento y la enfermedad.

Es de suma importancia detectar y tratar psicoterapéuticamente y psicofarmacológicamente los cuadros depresivos en estos pacientes, ya que no sólo modifican su calidad de vida desde un punto de vista subjetivo, sino que también pueden cambiar el curso y evolución de la enfermedad por las connotaciones que tiene la depresión sobre el sistema inmunológico. Además, puede producir un desequilibrio en el sistema inmunológico, que favorece las infecciones sobre agregadas en los pacientes con cáncer.

Muchos pacientes con cáncer describen síntomas somáticos y neurovegetativos como anorexia, disfunciones sexuales, fatiga, hipersomnias, sueño alterado, que pueden estar relacionados con un cuadro depresivo, con la evolución clínica de la enfermedad, con el tratamiento o con todos estos factores.

Para un paciente con cáncer es posible satisfacer los criterios para depresión con sólo la suma de síntomas somáticos, aun cuando estén ausentes o presentes los disturbios del humor en un grado leve.

Westein et al. Comprobaron en una muestra de pacientes con cáncer de cabeza y cuello que la mayoría de las variables del diagnóstico de depresión podía ser explicada por sus

deficientes estados nutricionales. Además, Breitbrat manifestó que la depresión está muy relacionada con el dolor que padecen; por lo que plantea la necesidad de reevaluar a aquellos pacientes diagnosticados con depresión mayor y que concomitantemente estaban padeciendo un episodio de dolor, cuando se logra el control del síntoma.

La confusión diagnóstica entre depresión y enfermedad médica puede tener dos tipos de implicancias para el paciente. En primer lugar, el diagnóstico de depresión en pacientes no deprimidos puede llevar a ejercer una presión inadecuada para la consulta psicológica y psiquiátrica y la no debida atención al origen físico o medicamentoso de los síntomas.

En segundo lugar, en el paciente que está realmente deprimido y cuyos síntomas se atribuyen a causas físicas o al tratamiento no se solicita la interconsulta con salud mental.

Ambas circunstancias cambian la calidad de vida del paciente y el proceso de su enfermedad, lo cual tiene consecuencias desfavorables para su evolución.

Para algunos autores la incidencia de depresión en el paciente con cáncer es del 13%. En un estudio de la Universidad de Bispebjerg, Copenhague (1994), con escala de Hamilton arrojó una incidencia del 40%.

En otro estudio de la Universidad de Ferrara, Italia (1989), que también utilizó la escala de Hamilton, en un grupo de 196 pacientes se detectó que 38,26% tenía un cuadro compatible con depresión cuando se utilizaba un punto límite de 17, pero con un punto límite de 21 el cuadro depresivo aparecía en 23,97%. En el Servicio de Psicopatología del Hospital de Oncología María Curie (1997) se administró la escala de Hamilton en el

marco de una investigación sobre calidad de vida a 51 pacientes en la primera etapa de su tratamiento (recientemente se les había suministrado el diagnóstico y aún no habían iniciado terapéutica alguna) y se tomaron como puntos límites 14 a 29 para depresión leve, de 30 a 34 para depresión moderada y 35 a 75 para depresión grave. Con este puntaje, el 41% arrojó un estado depresivo. Es preciso ser sumamente asertivo en el diagnóstico de depresión.

En función de los comentarios anteriores, se puede suponer que si bien el trastorno depresivo es relevante en la población con cáncer, también no deja de ser cierto que muchas veces los resultados de las investigaciones en las cuales se utilizan escalas de depresión como la de Beck y Hamilton se encuentran inflados, debido a los trastornos somáticos del sueño y la alimentación que presentan estos pacientes, que no necesariamente están asociados con depresión.

Esto no invalida que el paciente presente un trastorno de su estado de ánimo; pero éste puede estar enmarcado en reacciones de adaptación frente a la enfermedad que son pasibles de abordajes psicoterapéuticos sin la necesidad de la utilización de psicofármacos.

Es pertinente resaltar, según lo expuesto, la importancia del equipo interdisciplinario y la preparación que debe tener no sólo el oncólogo, sino también el psiquiatra y el psicólogo, para realizar un correcto diagnóstico y abordaje del paciente.

2.4.3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS²⁷

El sistema diagnóstico más utilizado es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Este sistema está basado en el supuesto de que la

depresión es un síndrome bien diferenciado y caracterizado por un grupo de síntomas, con unos niveles mínimos de severidad y duración, y que se halla asociado a un deterioro funcional, laboral y social. La presencia de síntomas somáticos, como anorexia, astenia, pérdida de peso, insomnio, enlentecimiento psicomotor o pérdida de interés sexual, es básica para el diagnóstico de depresión en pacientes sin otra enfermedad, pero sin embargo estos indicadores tienen poca utilidad diagnóstica en los pacientes oncológicos ya que son comunes a la enfermedad neoplásica y a la depresión. Dadas las dificultades de reconocimiento clínico de la depresión en estos pacientes, Endicott propone una serie de criterios sustitutivos de los síntomas somáticos del DSM-IV por síntomas cognitivos de tipo afectivo.

2.4.4. FACTORES DE RIESGO²⁵

Junto al evento estresante que supone un diagnóstico de cáncer, y los efectos colaterales de la evolución de la enfermedad y del tratamiento, existen otros factores de riesgo que son específicos a las circunstancias del paciente oncológico. De manera resumida lo exponemos a continuación:

- Sexo: Mayor porcentaje en mujeres (aproximadamente 2 veces más que en hombres).
- Edad: Más común en jóvenes.
- Antecedentes de depresión y del estado de ánimo.
- Antecedentes de consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, etc.).
- Bajo apoyo social.
- Incapacidad física o funcional.
- Presencia de dolor y cansancio.

- Estar en tratamiento (activo o paliativo).
- Pérdidas recientes
- Distress existencial, pérdida de significado.

2.4.5. DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER²⁹

Debido a lo común que resulta la falta de reconocimiento y el sub-tratamiento de la depresión en los pacientes de cáncer, pueden emplearse instrumentos que lleven a una evaluación más completa. Entre los que se encuentran físicamente enfermos, no ha podido demostrarse que los instrumentos utilizados para medir la depresión, sean más útiles clínicamente que una entrevista y un examen detallado del estado mental

Sin embargo en la práctica cotidiana requerimos de herramientas clínicas útiles para clasificación como: El inventario de depresión de Beck, la Escala de Hospital para Ansiedad y Depresión, el Inventario sobre la Angustia Psicológica, y la escala de depresión de Edimburgo.

Es importante validar los instrumentos de detección en poblaciones con cáncer y utilizarlos en combinación con las entrevistas estructuradas de diagnóstico.²⁸

Se pueden utilizar otros instrumentos breves de evaluación de la depresión. Con tal de ayudar al paciente a distinguir las reacciones normales de ansiedad de la depresión, la evaluación debe incluir discusiones sobre los síntomas comunes que experimentan los pacientes de cáncer. La depresión debe ser reevaluada con el transcurso del tiempo.¹Debido al aumento en el riesgo de desarrollar trastornos del ajuste y depresión mayor en los pacientes de cáncer, se recomienda un tamizaje sistemático, con aumento de la vigilancia del paciente cuando suben los grados de tensión (por ejemplo, cuando se

recibe el diagnóstico, durante las recaídas y evolución de la enfermedad). Los factores generales de riesgo en la depresión han sido anotados en una lista anterior.²Otros factores de riesgo pueden relacionarse con poblaciones específicas; por ejemplo, pacientes de cáncer de la cabeza y el cuello y mujeres en alto riesgo de desarrollar cáncer del mama.

2.4.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las enfermedades médicas que pueden producir síntomas depresivos:

- Trastornos endocrinos: Hipo/hipertiroidismo, Hipoparatiroidismo, Diabetes Mellitus, Enfermedad de Cushing, Enfermedad de Addison^{1,2,3}
- Trastornos neurológicos: Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, Esclerosis, Alzheimer, Enfermedades cerebrovasculares, Demencia.^{4,5,6}
- Trastornos metabólicos: Hipomagnesemia, Hipocalcemia/hipercalcemia, Uremia, Enfermedad de Wilson, Deficiencias de ácido fólico, Anemia.^{9,10,12}
- Enfermedades infecciosas: Mononucleosis, Hepatitis, Sífilis, Tuberculosis VIH, Encefalitis, Virus de Epstein-Barr, Neumonía.^{15,16}
- Otras enfermedades: Lupus eritematoso, Artritis reumatoide, Hipertensión, Alcoholismo.^{17,16,18.}

Asimismo, existen otras condiciones médicas que pueden manifestarse asociadas a la presencia de sintomatología depresiva en el paciente con enfermedad neoplásica:

- Dolor no controlado.
- Disfunciones metabólicas: hipercalcemia, alteración del sodio y del potasio, anemia, déficit de vitamina B12.

- Farmacológicas: esteroides, interferón, reserpina, barbitúricos, propanolol, algunos antibióticos, algunos agentes quimioterápicos (vincristina, vinblastina, asparaginasa, metotrexateintratecal, interleukina, anfotericina B., tamoxifeno).
- Neoplasias indirectamente.

2.5. LA PSICONEUROINMUNOLOGÍA

La psiconeuroinmunología es la rama de la medicina centrada en el estudio de la conexión entre nuestras emociones o pensamientos y la actividad del sistema nervioso inmunitario.²²

Se ha descubierto que las emociones negativas inducen la disminución de las defensas y las positivas favorecen su incremento.

Seyle (1956): pionero en el estudio de la influencia del estrés en la salud. Demostró que la ansiedad recurrente repercute negativamente en la salud y en su recuperación. Comprobó que cuando se sometía a las ratas de laboratorio a situaciones de estrés crónico, los linfocitos T (células del sistema inmunológico) sufrían una depresión, con lo que la posibilidad de enfermar se incrementaba.²³

Glaser&Glaser(11) compararon la actividad del sistema inmunológico de los estudiantes durante los exámenes finales y un mes antes de éstos. Se observó que en época de exámenes las células NK (células Killer o asesinas), cuyo objetivo es defendernos de las células tumorales, sufrían una disminución por el miedo o estrés ante el examen final.

En resumen, el estrés emocional influye:

- En la función de las células NK

- Altera la actividad de los linfocitos T cooperadores (estimulan la producción de anticuerpos)
- Altera la actividad de los linfocitos T superiores (encargados de frenar el proceso de producción de anticuerpos).
- Inhibe la producción de interferón (proteínas que estimulan el sistema inmunológico).

En el mismo estudio de Glaser&Glaser se concluyó que la práctica de relajación durante los exámenes se correlacionaba con un aumento de los niveles de los linfocitos T.

Levi (1982, 1983), comprobó cómo un grupo de treinta pacientes de cáncer en remisión, con los que había practicado la relajación y les había invitado a participar en una terapia cognitiva, se producía un aumento de la actividad de las células NK.

La relajación, visualización y la terapia cognitiva, junto con los tratamientos oncológicos son de utilidad ya que muchas veces nuestra respuesta al estrés y las consecuentes alteraciones psicológicas dependen, casi siempre, de la interpretación inadecuada de los acontecimientos de la vida cotidiana.

Vivir la enfermedad como una situación de amenaza de la cual va a ser difícil o imposible escapar y que nos va a generar grandes sufrimientos, puede ser poco beneficioso si tenemos en cuenta que esos pensamientos producen ansiedad la cual perjudica la actividad del sistema inmunológico.

3. Análisis de Antecedentes Investigativos

3.1. INTERNACIONALES

3.1.2. JUVER, Jeane Pereira da Silva Jeane Pereira da Silva. Depresión en pacientes con dolor en el cáncer avanzado. Rev. Bras. Anesthesiol., 2008; 58. Depresión en pacientes con dolor en el cáncer avanzado. ²⁵

Justificación y objetivos: La observación de la importancia de los síntomas emocionales en el contexto del binomio salud-enfermedad y los esfuerzos para la divulgación de la Medicina Paliativa, motivaron la realización de este artículo. El objetivo de esta revisión de la literatura fue proponer una reflexión sobre el diagnóstico de depresión en pacientes con cáncer avanzado que presentan cuadros de dolor con base en los conceptos y definiciones ya existentes. Contenido: El dolor y la depresión son síntomas prevalentes en pacientes con cáncer. Considerando los diversos puntos de intersección de las enfermedades físicas y mentales, a veces el diagnóstico de depresión en pacientes con cáncer y dolor se hace difícil. Ese dato tiene una gran importancia a causa de que la depresión compromete de forma importante la calidad de vida de los pacientes, debiendo ser diagnosticada y tratada rápidamente. Conclusiones: Después de la revisión de la literatura algunas preguntas quedaron sin una respuesta adecuada.

3.1.3. RODRÍGUEZ VEGA, B Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. Eur. J. Psychiat., 2002 ²⁶

Objetivos: Determinar la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de 534 pacientes oncológicos españoles y 371 cuidadores familiares. Método: Se utilizó un cuestionario sociodemográfico así como la Escala de Ansiedad y Depresión

Hospitalaria (HADS) con el fin de evaluar la presencia e intensidad de estos síntomas. Resultados: Se observó que el 15,7% de los pacientes dieron positivo en la sub-escala de ansiedad, incluida dentro de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), al utilizar un punto de corte mayor o igual a 11 y el 14,6% lo hicieron en la sub-escala de depresión. En cuanto a los cuidadores familiares, el 36,4% de ellos obtuvieron altas puntuaciones en la sub-escala de ansiedad y el 9,2% lo hicieron en la sub-escala de depresión. Conclusiones: Nuestros resultados confirman la alta prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en ambos grupos y por lo tanto, la necesidad de diseñar intervenciones terapéuticas que incluyan de forma sistemática una evaluación familiar para contribuir a que los pacientes y sus familias puedan hacer frente a este tipo de problemas.

3.2. LOCALES

3.2.1. MAQUE ACOSTA, A. Depresión en pacientes oncológicos que acuden al consultorio externo de oncología del Hospital Goyeneche, Diciembre 2005. ²⁷

- Depresión en pacientes oncológicos que acuden al consultorio externo de oncología del Hospital Goyeneche, Diciembre 2005.
- Objetivos: Determinar la frecuencia de síntomas depresivos y niveles de depresión en pacientes con padecimientos oncológicos del Hospital Goyeneche.
- Método: Observacional, descriptivo y transversal, los resultados obtenidos fueron analizados haciendo uso de estadística descriptiva, mediante la distribución de frecuencias absolutas y relativas . Se encuestó a 115 pacientes, siguiendo los criterios de selección, utilizando como instrumento la escala de Yesavage y escala de Hamilton.

- Conclusiones: Comprobaron que existe una alta frecuencia de síntomas depresivos en pacientes con patología oncológica en el Hospital Goyeneche, en el que predomina el nivel moderado para la escala de Yesavage.

3.2.2. SUCLLA ALARCON, J. Relación entre el diagnóstico de cáncer y el nivel de depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa 2011²⁸

Objetivos: Determinar la frecuencia de síntomas depresivos y niveles de depresión en pacientes con padecimientos oncológicos del Hospital Goyeneche.

Método: Observacional, descriptivo y transversal, los resultados obtenidos fueron analizados haciendo uso de estadística descriptiva, mediante la distribución de frecuencias absolutas y relativas. Se encuestó a 54 pacientes

Conclusiones: Comprobaron que existe una alta frecuencia de síntomas depresivos en pacientes con patología oncológica en el Hospital Goyeneche, que el tiempo medio entre el diagnóstico de la enfermedad neoplásica y el momento de la entrevista es de 7.3 meses. Aquellos pacientes con mayor tiempo diagnóstico de cáncer tienen síntomas que describen mayores niveles de depresión. Además refiere que el nivel de instrucción no presenta un factor significativo para la presencia o no de depresión.

Objetivos

3.3. Objetivo general

- Determinar la relación entre las características sociodemográficas y los niveles de depresión, en los pacientes con diagnóstico de cáncer del Hospital Goyeneche de Arequipa 2013.

3.4. Objetivos específicos

- 1) Identificar las características sociodemográficas (edad, grado de instrucción, sexo, procedencia, estado civil, ocupación e idioma) en pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos en el servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa.
- 2) Determinar los niveles de depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos en el servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa.
- 3) Relacionar las características sociodemográficas con los niveles de depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos en el servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa.
- 4) Establecer el tipo de cáncer, el tratamiento recibido y el tiempo de diagnóstico en pacientes atendidos en el servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa.

4. Hipótesis

Dado que en los pacientes oncológicos se evidencian síntomas de episodios depresivos, es probable que los niveles de depresión tengan relación con algunas características sociodemográficas.

4. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

1.1. **Técnicas:** La técnica de recolección de datos incluye la encuesta y entrevista.

1.2. Instrumentos:

- Ficha de Recolección de datos
- Historia Clínica
- Inventario de depresión de Beck

Inventario de depresión de Beck

El cuestionario evalúa el grado de depresión que puede tener una persona. Se compone de 21 grupos de frases. Dentro de cada grupo escoge una sola respuesta; aquella que mejor define cómo se ha sentido en la última semana, incluyendo hoy.

A cada frase le corresponde una puntuación (el número anotado al principio de cada frase). Se anota en un papel la puntuación correspondiente a la frase que ha elegido y luego suma la puntuación total.

Resultados

5 - 9 Existencia de altibajos que se consideran normales.

10 - 18 Depresión leve.

19 - 29 Depresión moderada.

30 - 63 Depresión severa.

Si se obtienen puntuaciones inferiores a 4 existe la posibilidad de que se esté negando la existencia de una depresión o fingiendo estar bien. Se trata de una puntuación que está por debajo de la obtenida por personas normales, no deprimidas.

Las puntuaciones por encima de 40 son más altas que las que suelen obtener incluso las personas con depresión severa. Indica una posible exageración de la depresión o la posibilidad de que exista algún trastorno de personalidad, como trastorno histriónico o límite. No obstante, aún es posible que existan niveles significativos de depresión.

1.3. Materiales de Verificación

- Material de escritorio
- PC
- Impresora

2. Campo de Verificación

2.1. Ubicación espacial

El Hospital Goyeneche se encuentra ubicado en La Av. Goyeneche S/N, distrito de Arequipa; capital del Departamento de Arequipa – Perú.

2.2. Ubicación temporal

Se trata de una investigación coyuntural, debido a que los datos se obtendrán de la entrevista y encuesta a realizar a los pacientes que acudan a partir del 1ro de enero al 28 de febrero 2013.

2.3. Unidades de estudio

Pacientes con diagnóstico de cáncer.

2.3.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes con diagnóstico definitivo de por lo menos 1 mes.

2.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes con limitaciones neurológicas congénitas o adquiridas.
- Pacientes con cualquier trastorno mental, alcoholismo o drogadicción.
- Pacientes con trastornos del desarrollo del lenguaje.
- Pacientes que por el estado avanzado de su enfermedad no pudieron responder a la entrevista.
- Pacientes con idioma distinto al español que no les permita entender o responder la encuesta y que no cuenten con familiares que nos faciliten su traducción.

- Pacientes que no procedan del sur del país

2.4. Población

Todos los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche.

2.5. Estrategia de Recolección de Datos

2.5.1. Organización

Planteamiento y permiso del Director del Hospital Goyeneche; haciéndole llegar los alcances del presente estudio.

Solicitud formal para revisión y aprobación del presente proyecto de tesis a la Facultad de Medicina de la UCSM, contando con el proyecto de tesis.

Se identificará a los pacientes oncológicos del Hospital mediante el registro de atención del Servicio de Oncología; se procederá a identificar el tiempo que el paciente tiene el diagnóstico definitivo de cáncer, para luego proceder a obtener información acerca de la enfermedad; luego se realizará la entrevista a los respectivos pacientes, esta se hará después de terminada su atención por consulta externa de oncología; teniendo cuenta que el llenado del Inventario de depresión de Beck sea en forma confidencial y anónima.

2.6. Recursos

2.6.1. Recursos humanos

- El autor.
- Tutor.
- Recolector de datos.

2.6.2. Recursos Físicos

- Fichas de recolección de datos
- Computadora
- Papel

2.6.3. Recursos financieros

- Autofinanciado por el Autor

2.7. Validación de instrumentos

2.7.1. Fiabilidad del inventario de depresión de Beck

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$ pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

2.7.2. Validez del inventario de depresión de Beck

Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS)

En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6).

Muestra también una buena sensibilidad al cambio, similar o algo inferior a la del HDRS, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos², tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas

Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte ≥ 13). Anteriormente se había estudiado en distintos grupos de pacientes con criterios médicos dispares en cuanto al punto de corte, por lo que los resultados no eran homogéneos.

2.8. Criterios para el manejo de los resultados

2.8.1. A nivel de recolección

Se realizará la documentación de los registros clínicos (historias y reportes del servicio de oncología); luego procederemos a realizar anotaciones relacionadas a los objetivos del estudio; también registraremos los calificativos del inventario de depresión de Beck; de esta manera todos los datos consignados en la ficha de recolección serán transcritas a una matriz de datos.

2.8.2. A nivel de sistematización

La información obtenida se procesará por medio del programa de Microsoft Office Excel 2007 y el paquete estadístico EPI – INFO versión 6.0.

2.8.3. A nivel de estudio de datos

3. Para las variables categóricas: Los resultados se presentarán en cuadros estadísticos de frecuencias absolutas (N°) y relativas (porcentajes categorizados). Para las variables numéricas: Se utilizará la media aritmética y la desviación estándar. La influencia del edad, sexo, lugar de procedencia,

ocupación, grado de instrucción, idioma y estado civil con los niveles de depresión se harán a través de las pruebas estadísticas de Chi Cuadrado de Pearson (para variables cualitativas) y Análisis de Varianza (ANOVA) (para variables cuantitativas), ambas con un margen de error menor al 5%.



CRONOGRAMA DE TRABAJO

Secuencia de Actividades de acuerdo al cronograma de Gantt.

TIEMPO	NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO 2013				FEBRERO 2013				
	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012	2012
ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Búsqueda de información	X	X	X	X													
Elaboración del proyecto			X	X	X	X											
Presentación del proyecto							X	X	X	X							
Recolección de datos									X	X	X	X	X				
Análisis e interpretación											X	X	X	X			
Elaboración de Informe final														X	X	X	

6. BIBLIOGRAFÍA BASICA

BIBLIOGRAFÍA

1. Harold I. Kaplan. Sinopsis de Psiquiatría. Editorial: Waverly Hispánica. N° Edición: 9ª. Madrid. 2011
2. Toro G., Ricardo J. Fundamentos de medicina: psiquiatría. Medellín, Co: CIB. 2004.
3. Alonso Fernández F. La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Calabria: Labor; 2010.
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. 4th rev. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2011.
5. Bas, Barthe, E.: Cáncer, enfrentarse al reto. Barcelona. Ed. Robinbook, 2008.
6. Beck SL, Schwartz AL, Towsley G, Dudley W, Barsevick A. Psychometric Evaluation of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Cancer Patients. J Pain Symptom Manage 2010; 27 (2): 140-8.
7. Belderrain L. Bioética y cáncer. En: Sala V, editora. Psico-Socio-Oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer. Buenos Aires: Data Vision, Biblioteca Médica Digital; 2009.

8. Edwards BC, Lambert MJ, Moran PW et al. A meta-analytic comparison of the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for depression as measures of treatment outcome. *Br J ClinPsychol* 2000; 23: 93-99.
9. Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer*. 2004; 53: 2243-8.
10. Fernández Corcuera, P, Dolz, M, Rojo, JE. Uso de psicofármacos en el enfermo oncológico. En: Gil F, editor. *Manual de Psico-Oncología*. Madrid: Nova Sidonia 2000; p. 75-91.
11. Glaser & Glaser. Stress and Immunity: Age Enhances the Risks. *Current Directions in Psychological Science*. 2002; 10 (1): 18 – 21
12. Greer, S. (1994). Psycho-oncology: Its aims, achievements and future task. *Psychooncology*, 3, 87-101.
13. Hollenstein MF, Gil F, Maté J, Porta J. Síntomas psiquiátricos: Ansiedad. En: Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A, editores. *Manual control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. Madrid: Arán, 2004; p.188-92.
14. MacDaniel, Musselman, Porter, Reed, Nemeroff. Depresión en pacientes con cáncer, Biología y tratamiento. *ARCH* 2005.
15. Martinsen EW, Friis S, Hoffart A. Assessment of depression: comparison between Beck Depression Inventory and subscales of Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *ActaPsychiatrScand* 2005; 92: 460-463

16. Moorey y Greer, J. *Cáncer avanzado: control de síntomas*. Madrid: Laboratorios Delagrangue. 2008
17. Moorey, S., & Greer, S. *Psychological Therapy for Patients with Cancer. A New Approach*. London: Heinemann Medical Books. 2010.
18. Sala V, Miramont A. *Insomnio y cáncer*. En: Sala V, editora. *Psico-socio-oncología. Abordaje integral del paciente con cáncer*. Buenos Aires: Data Visión, Biblioteca Médica Digital; 2010.
19. Seyle (1956):. *Depresión y cáncer. Una apreciación psiconeuroinmunoendocrinológica de los cuadros depresivos en pacientes con cáncer*. *Rev de ClínPsic* 2011; 7(3): 209-18.
20. Solomon, G.F. *Psiconeuroinmunología: sinopsis de su historia, evidencia y consecuencias*. Interpsiquis 2011
21. Hopwood,P and Thatcher N. *preliminary experience with quality of life evaluation on patients with lung cancer*, *Oncology*,1990,4:158-162
22. Wellisch DK, LindbergNM: *A psychological profile of depressed and nondepressed women at high risk for breast cancer*. *Psychosomatics* 42 (4): 330-6, 2010 Jul-Aug.
23. William B, Jaramillo JR, Chochinov HM. *Palliative and terminal care*. In: Holland J, editor. *Psycho- oncology*. New York: OxfordUniversity Press; 2009.
24. Spencer SM, Carver SC, Price AA. *Psycosocial and social factors in adaptation*. In: Holland J, editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press; 2010.

25. Juver, Jeane Pereira da Silva. Depresión en pacientes con dolor en el cáncer avanzado. Rev. Bras. Anesthesiol., 2010; 58, (3): 287-298, disponible en <http://www.rbaonline.com.br/files/espanol/mai08166.pdf>
26. Rodríguez Vega, B. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. Eur. J. Psychiat., 2002; 16 (1): 27-38, disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v16n1/original3.pdf>
27. Maque Acosta, A. Depresión en pacientes oncológicos que acuden al consultorio externo de oncología del Hospital Goyeneche, Diciembre 2005.
28. Suella Alarcon, J. Relación entre el diagnóstico y el nivel de depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa 2011

