

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



Comparación del Estado Depresivo en mujeres diagnosticadas de Cáncer de Cuello Uterino y de Mama. Hospital Goyeneche, Arequipa, Julio - Diciembre 2016

Tesis realizada por Bachiller:

SARA YULIANA ZÚÑIGA MARÍN

Para obtener el Título Profesional de Médico
Cirujano

Asesor:

DR. GONZALO MENDOZA DEL SOLAR

Arequipa - Perú

2017

AGRADECIMIENTO

En primer lugar agradezco a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud y paciencia para poder lograr mis objetivos, así mismo por haberme puesto cada una de las personas que fortalecieron con ejemplos mi persona y mis conocimientos.

En segundo lugar agradezco a mi padre Benjamin, madre Josefa, hermanos Kimberly y Benyamin por sus consejos, sus valores y haber sido mi apoyo incondicional durante mis 7 años de carrera.

En tercer lugar agradezco a Rodrigo, quien me incentivo a continuar siempre y a luchar por mis sueños día a día.

En cuarto lugar agradezco la realización de mi Tesis al Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche y en especial a mi asesor Dr. Mendoza del Solar quien demuestra a diario su pasión por la docencia, el servicio y el cuidado del paciente y por su paciencia durante el desarrollo de esta tesis.

DEDICATORIA

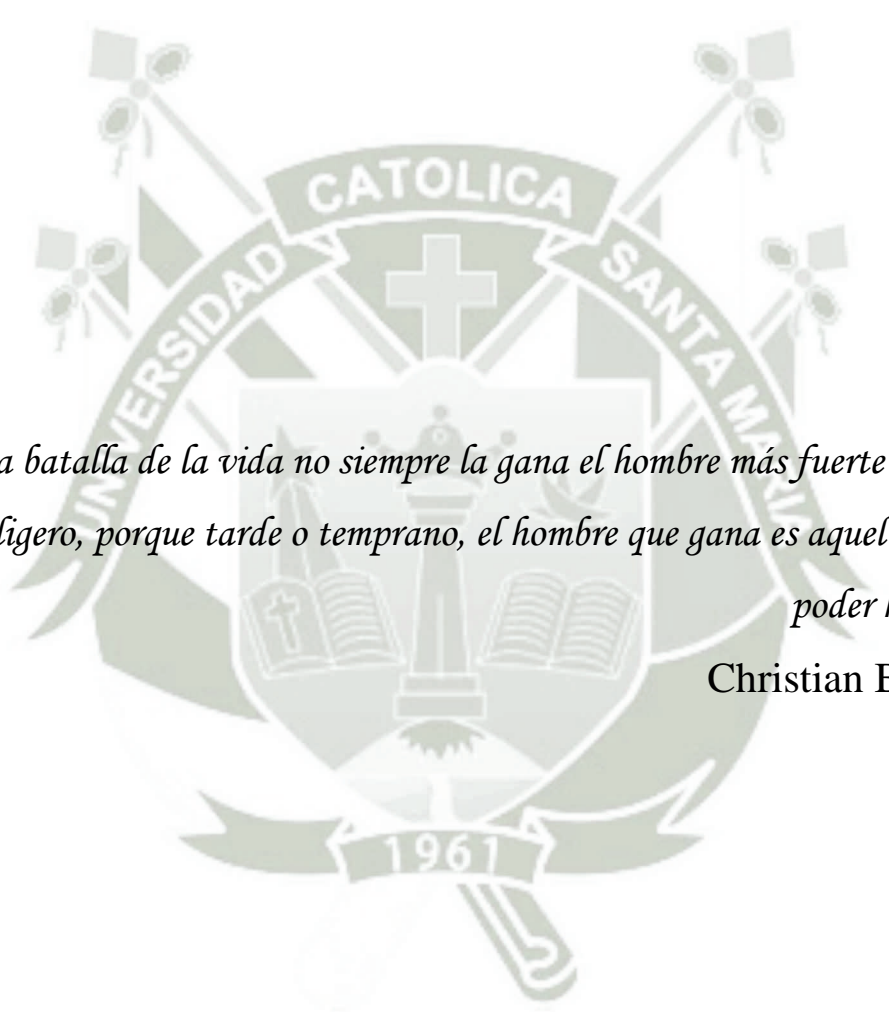
A mis padres Benjamin y Josefa, gracias por su apoyo incondicional y su infinito amor, por enseñar que con constancia y perseverancia se logran nuestras metas y por hacerme crecer como persona cada día.

A mi hermana Kimberly, gracias por siempre estar a mi lado y confiar en mi por impulsarme cada día a continuar con la alegría que representas.

A mi hermano Benyamin, gracias por tu apoyo, cariño y estar en los momentos más importantes de mi vida.

A mi sobrino Piero, gracias por traerme alegría a mi vida.

A Rodrigo, gracias por tus palabras, por creer en mí, por tu amor y por demostrar que cuento contigo en todo momento.



“La batalla de la vida no siempre la gana el hombre más fuerte o el más ligero, porque tarde o temprano, el hombre que gana es aquel que cree poder hacerlo”.

Christian Barnard

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	8
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	31
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	52
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	53
Anexo 2. Escala de Depresión de Hamilton	54
Anexo 3: Consetimiento Informado	57
Anexo 4 Matriz de sistematización de información	58
Anexo 5 Proyecto de investigación	62

RESUMEN

Antecedentes: La depresión puede ser un trastorno que complica patologías neoplásicas frecuentes en nuestro medio.

Objetivo: Establecer diferencias en la frecuencia y severidad del estado depresivo en mujeres con cáncer de cuello uterino y de mama en el Hospital Goyeneche, Arequipa.

Métodos: Encuesta a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y de cuello que cumplieron criterios de selección, aplicando la escala de depresión de Hamilton de 17 ítems. Se comparan resultados mediante prueba chi cuadrado.

Resultados: Se evaluó una muestra de 47 pacientes con cáncer de cuello uterino y 44 pacientes con cáncer de mama que cumplieron los criterios de selección. La edad de las pacientes con cáncer de cuello uterino fue de 46.74 ± 6.94 años y la de las mujeres con cáncer de mama fue 53.07 ± 4.44 años ($p < 0.05$). La instrucción en el primer grupo fue primaria en 44.68%, secundaria en 42.55% y superior en 12.77%, mientras que en el cáncer de mama predominó la instrucción primaria (77.27%) con 22.73% de educación secundaria ($p < 0.05$). El tiempo de enfermedad en las pacientes, que fue de 9.23 ± 6.03 meses en casos con cáncer de cuello uterino y de 19.36 ± 28.57 meses en pacientes con cáncer de mama ($p < 0.05$). El estadio clínico de las pacientes con cáncer de cuello uterino fue el estadio I, mientras que en el cáncer de mama predominó el estadio II, aunque 50% en este grupo desconocía este dato, y 36.17% en el grupo con cáncer de cuello ($p > 0.05$). El 95.45% de casos con cáncer de mama fue sometido a cirugía y 44.68% en el cáncer de cuello ($p < 0.05$); más pacientes con cáncer de mama recibieron quimioterapia (88.64%) que en el cáncer de cuello (38.30%; $p < 0.05$). la radioterapia se aplicó en forma similar (57.45% en el cáncer de cuello, 72.73% en cáncer de mama; $p > 0.05$). Al considerar los niveles de depresión clínicamente significativa (severa o muy severa), el 23.40% de pacientes con cáncer de cuello presentaron depresión, comparada con 20.45% de pacientes con cáncer de mama ($p > 0.05$).

Conclusiones: El cáncer de cuello uterino y de mama son las principales causas de mortalidad por cáncer en nuestro medio y se acompañan de depresión clínicamente significativa en proporciones similares.

PALABRAS CLAVE: cáncer de cuello uterino – cáncer de mama – depresión.

ABSTRACT

Background: Depression may be a disorder that complicates frequent neoplastic pathologies in our setting.

Objective: to establish differences in the frequency and severity of the depressive state in women with cervical cancer and breast cancer in Goyeneche Hospital, Arequipa.

Methods: A survey of women with a diagnosis of breast and cervical cancer who met selection criteria using the Hamilton depression scale of 17 items. Results are compared by chi-square test.

Results: A sample of 47 patients with cervical cancer and 44 patients with breast cancer who met the selection criteria were evaluated. The age of patients with cervical cancer was 46.74 ± 6.94 years and that of women with breast cancer was 53.07 ± 4.44 years ($p < 0.05$). The instruction in the first group was primary in 44.68%, secondary in 42.55% and superior in 12.77%, whereas in primary breast cancer predominated primary education (77.27%) with 22.73% secondary education ($p < 0.05$). The time of disease in the patients, which was 9.23 ± 6.03 months in cases with neck cancer and 19.36 ± 28.57 months in patients with breast cancer ($p < 0.05$). The clinical stage of cervical cancer patients was stage I, whereas stage II predominated in stage II cancer, although 50% in this group was unaware of this, and 36.17% in the group with cervical cancer ($p > 0.05$). 95.45% of cases with breast cancer underwent surgery and 44.68% in neck cancer ($p < 0.05$); More patients with breast cancer received chemotherapy (88.64%) than in neck cancer (38.30%, $p < 0.05$). Radiotherapy was similarly applied (57.45% in cervical cancer, 72.73% in breast cancer, $p < 0.05$). When considering levels of clinically significant depression (severe or very severe), 23.40% of patients with cervical cancer presented with depression, compared with 20.45% of patients with breast cancer ($p > 0.05$).

Conclusions: Cervical and breast cancer are the main causes of cancer mortality in our country and are accompanied by clinically significant depression in similar proportions.

KEYWORDS: cervical cancer - breast cancer - depression.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una condición que se presenta con frecuencia como una respuesta a una situación de pérdida, real, anticipada o irreal. En el cáncer ginecológico, en especial el cáncer de mama y de cuello uterino, además del cáncer de ovario, la mujer se ve sometida a una pérdida real de los atributos que representan una gran parte de su femineidad, como son la alteración de su imagen corporal con la amputación mamaria, o con la pérdida en la capacidad de concebir al perder la integridad del útero.

Sin embargo, a pesar de ser el cáncer de cérvix y de mama los principales causantes de muerte por cáncer femenino en nuestro país, su comportamiento es muy diferente, tanto desde el punto de vista oncológico como clínico y quirúrgico; ambos son susceptibles de detección temprana, lo que limitaría lo radical del manejo quirúrgico, pero en ambos el diagnóstico suele ser tardío. Mientras en el cáncer de mama la más frecuente cirugía suele ser la mastectomía, que afecta definitivamente la autopercepción de la imagen corporal, en el cáncer de cuello uterino existe una menor afectación de la figura femenina, incluso cabe la posibilidad de un tratamiento quirúrgico conservador con la posibilidad de conservar el útero para poder concebir, por lo que es de esperarse que las expectativas de las pacientes acerca de la modificación de su femineidad sean diferentes.

Aun cuando la depresión puede verse influida por la pérdida de función de los órganos afectados, pérdida del rol en la familia, de la función sexual, y otros, se esperaría que el impacto negativo del cáncer sea diferente.

Por tal motivo planteamos el presente estudio, que permitirá identificar si alguno de los grupos de mujeres con cáncer tiene mayor predisposición a sufrir de una depresión más severa que requiera estrategias de intervención diferenciadas según el tipo de neoplasia ginecológica.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que el cáncer de mama y cuello uterino se acompañan de depresión clínicamente significativa en proporciones similares.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta y la entrevista.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y en el inventario de depresión de Hamilton (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el segundo semestre del año 2016.

2.3. **Unidades de estudio:** Mujeres diagnosticadas de cáncer de cuello uterino y de mama en el Hospital Goyeneche, Arequipa.

Población: Todas las mujeres diagnosticadas de cáncer de cuello uterino y de mama en el Hospital Goyeneche.

Muestra: No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra ya que se estudió a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

2.4. Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

- Mujer con cáncer de mama o de cérvix sometida a tratamiento oncológico
- Edades comprendidas entre 18 y 65 años
- Participación voluntaria en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que no sepan leer ni escribir
- Mujeres quechuahablantes exclusivas
- Pacientes previamente diagnosticados de trastorno psicótico
- Presencia de un acontecimiento vital estresante en los últimos 30 días.
- Cuestionarios incompletos o mal llenados

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio clínico.

4. **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio observacional, prospectivo y de corte transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se realizaron coordinaciones con la Dirección del Hospital y con la Jefatura del servicio de Oncología para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se entrevistó a todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama o de cérvix que hayan sido diagnosticadas para solicitar su participación voluntaria, verificando que cumplieran los criterios de selección. Se empleó la Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS), la cual consta de 17 ítems heteroaplicados que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

La Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) consta de 17 ítems heteroaplicados (contestadas por el paciente y reformuladas por el entrevistador) que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. Los ítems 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10 y 11 van de 0 hasta 4; los ítems 4, 5, 6, 12, 13, 14 y 16 que van de 0 hasta 3 y los ítems 15 y 17 van desde 0 hasta 2 puntos ¹.

El marco de referencia temporal es el de los últimos días. Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación.

La escala proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro; el puntaje total es 52, de este puntaje se la categoriza de la siguiente manera:

¹ Sadock V y cols. Op. Cit.

- 0 a 7 No Depresión
- 8 a 14 Depresión leve
- Moderadamente deprimido 15-24.
- Gravemente deprimido más 25.

Fiabilidad: La prueba muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó mediante el cálculo del chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.



**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla 1

Distribución de pacientes con cáncer según tipo de neoplasia

Grupo	N°	%
Ca. Cérvix	47	51.65%
Ca. Mama	44	48.35%
Total	91	100.00%

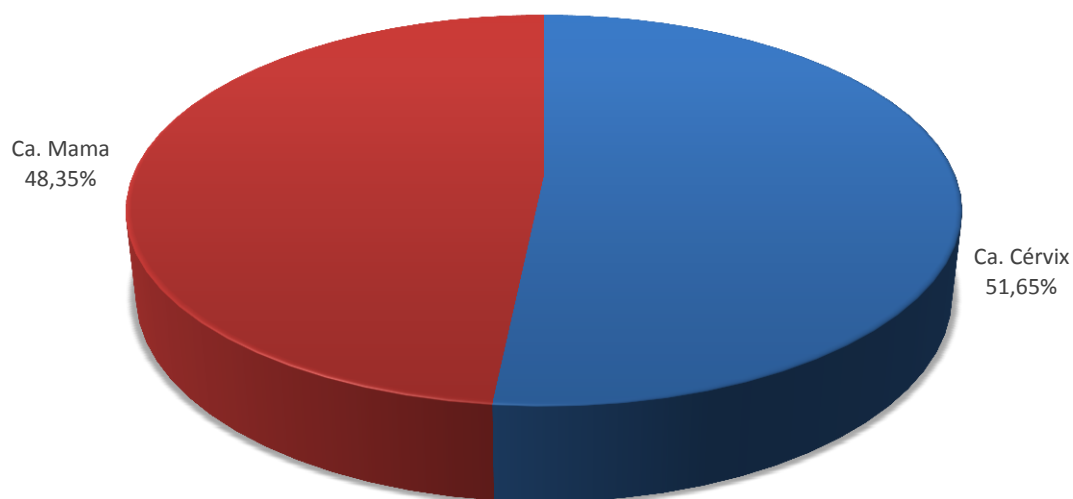
Fuente: Matriz de datos

En la tabla N° 1 se evaluó un total de 91 pacientes que cumplen con criterios de selección de los cuales se observa una muestra de 47 pacientes con cáncer de cuello uterino y 44 pacientes con cáncer de mama.

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Gráfico 1

Distribución de pacientes con cáncer según tipo de neoplasia



**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla 2

Distribución de pacientes según edad y tipo de cáncer

Edad	Ca. Cérvix		Ca. Mama	
	N°	%	N°	%
35-39 a	10	21.28%	0	0.00%
40-44 a	9	19.15%	1	2.27%
45-49 a	12	25.53%	9	20.45%
50-54 a	10	21.28%	16	36.36%
55-59 a	3	6.38%	15	34.09%
60-64 a	3	6.38%	3	6.82%
Total	47	100.00%	44	100.00%

$\chi^2 = 26.14$

G. libertad = 5

$p < 0.01$

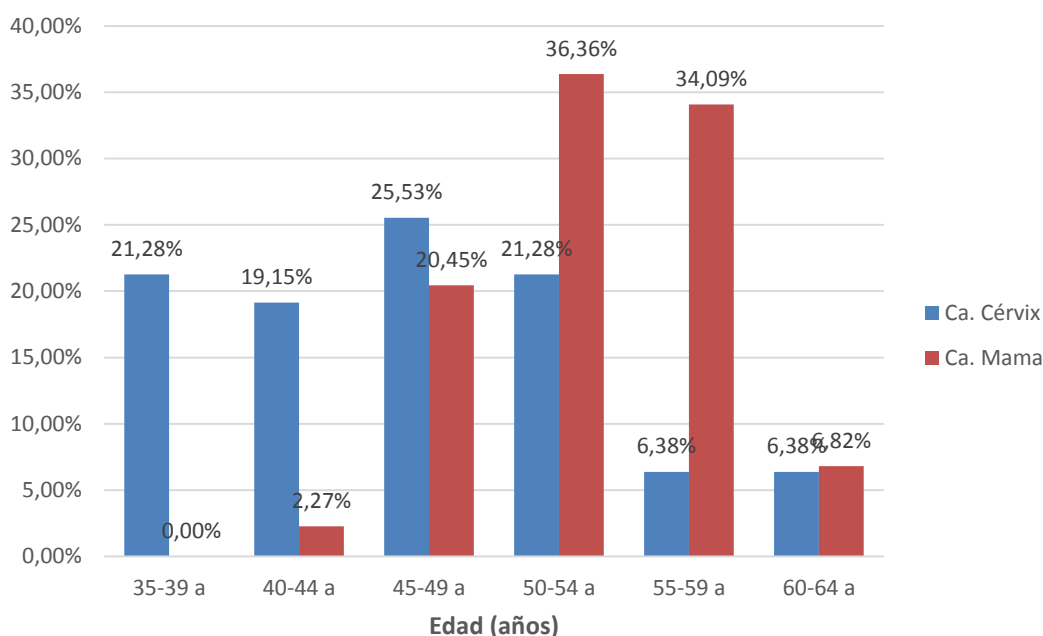
Fuente: Matriz de datos

En la tabla N° 2, se muestra a las pacientes según su edad y el tipo de cáncer, con un rango de edad entre 35 y 64 años. En el cáncer de cuello uterino siendo el rango con mayor porcentaje 45-49 años (25.53%) seguido el rango de 35-39 años (21.28%) y 50-54 años (21.28%). En el cáncer de mama el rango de mayor porcentaje es 50-54 años (36.36%) seguido por el rango de 55-59 años (34.09%).

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Gráfico 2

Distribución de pacientes según edad y tipo de cáncer



Edad promedio \pm D. estándar

- Ca. Cérvix: 46.74 \pm 6.94 años
- Ca. Mama: 53.07 \pm 4.44 años

Prueba t = 5.14

G. libertad = 89

p < 0.01

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla 3

Distribución de pacientes según estado civil y tipo de cáncer

E. civil	Ca. Cérvix		Ca. Mama	
	N°	%	N°	%
Soltera	1	2.13%	1	2.27%
Conviviente	26	55.32%	9	20.45%
Casada	20	42.55%	34	77.27%
Total	47	100.00%	44	100.00%

$\chi^2 = 11.80$ G. libertad = 2 $p < 0.01$

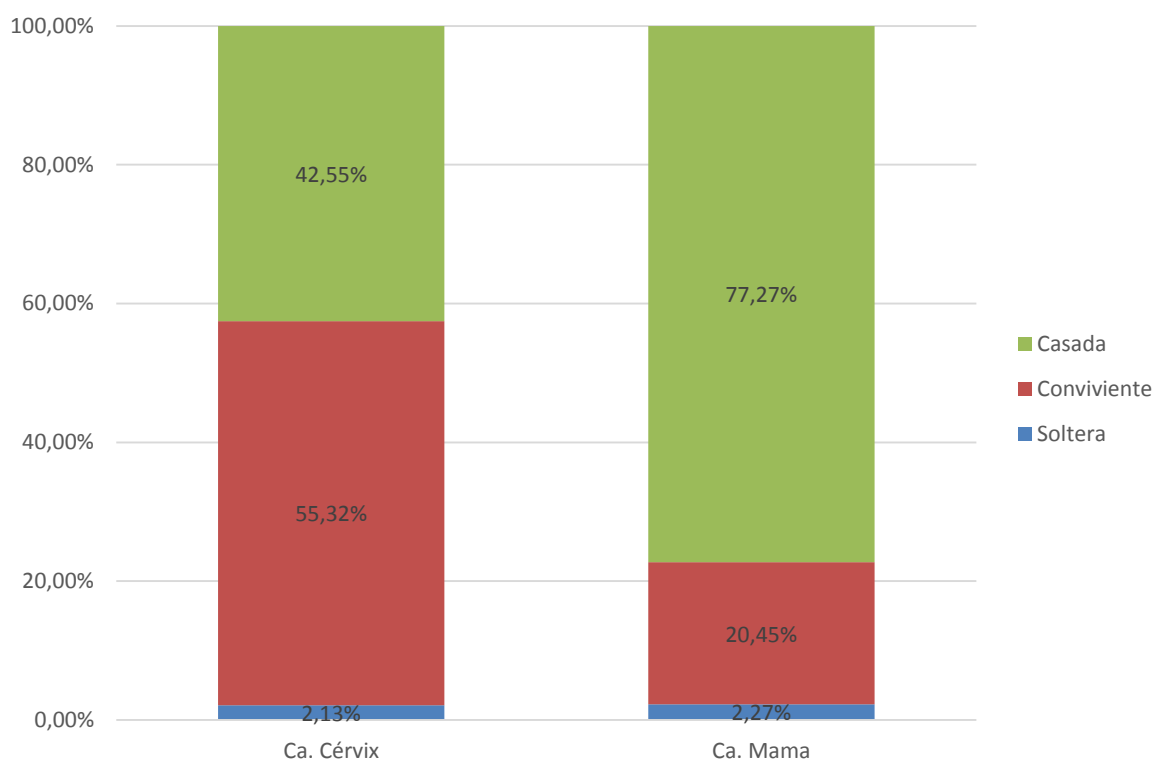
Fuente: matriz de datos

En la tabla N°3, muestra el estado civil de las pacientes con cáncer, aquellas con cáncer de cuello uterino fueron predominantemente convivientes (55.32%), mientras que el 77.27% de mujeres con cáncer de mama fueron casadas.

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Gráfico 3

Distribución de pacientes según estado civil y tipo de cáncer



*Fuente propia

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla 4

Distribución de pacientes según paridad y tipo de cáncer

Paridad	Ca. Cérvix		Ca. Mama	
	N°	%	N°	%
Nulípara	1	2.13%	1	2.27%
Primípara	5	10.64%	5	11.36%
Múltipara	41	87.23%	38	86.36%
Total	47	100.00%	44	100.00%

Chi² = 0.02 G. libertad = 2 p = 0.99

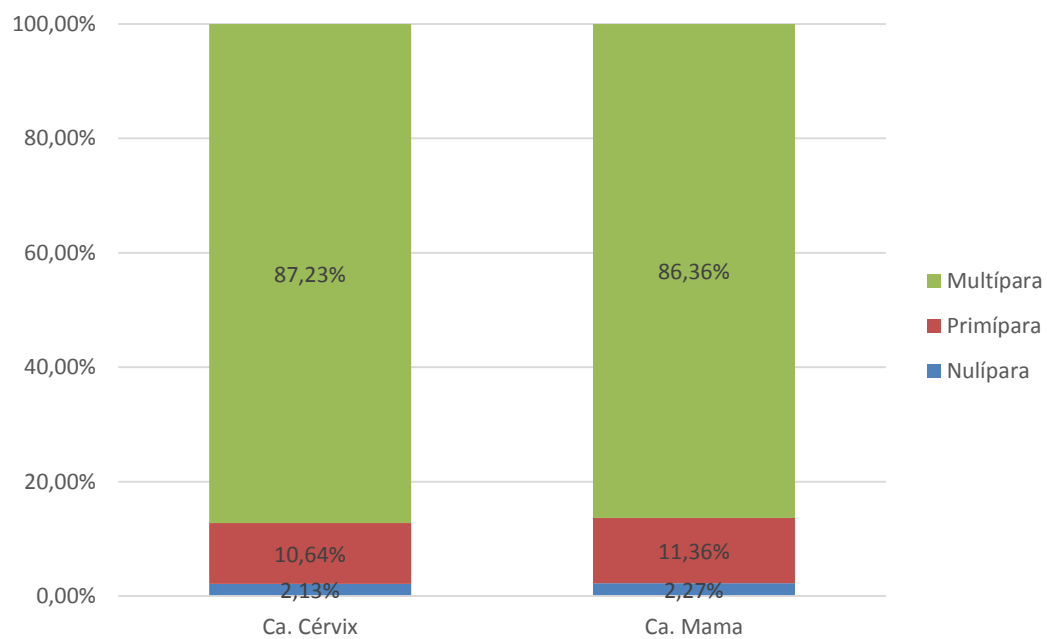
Fuente: Matriz de datos

En la tabla N°4, se muestra la paridad de las pacientes con cáncer, en ambos grupos predominó la condición de multiparidad (87.23%) en el cáncer de cérvix y 86.36% en el cáncer de mama.

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Gráfico 4

Distribución de pacientes según paridad y tipo de cáncer



*Fuente propia

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla 5

Distribución de pacientes según ocupación y tipo de cáncer

Ocupación	Ca. Cérvix		Ca. Mama	
	N°	%	N°	%
Su casa	22	46.81%	34	77.27%
Independiente	18	38.30%	9	20.45%
Obrera	1	2.13%	1	2.27%
Empleada	6	12.77%	0	0.00%
Total	47	100.00%	44	100.00%

Chi² = 11.49 G. libertad = 3 p = 0.01

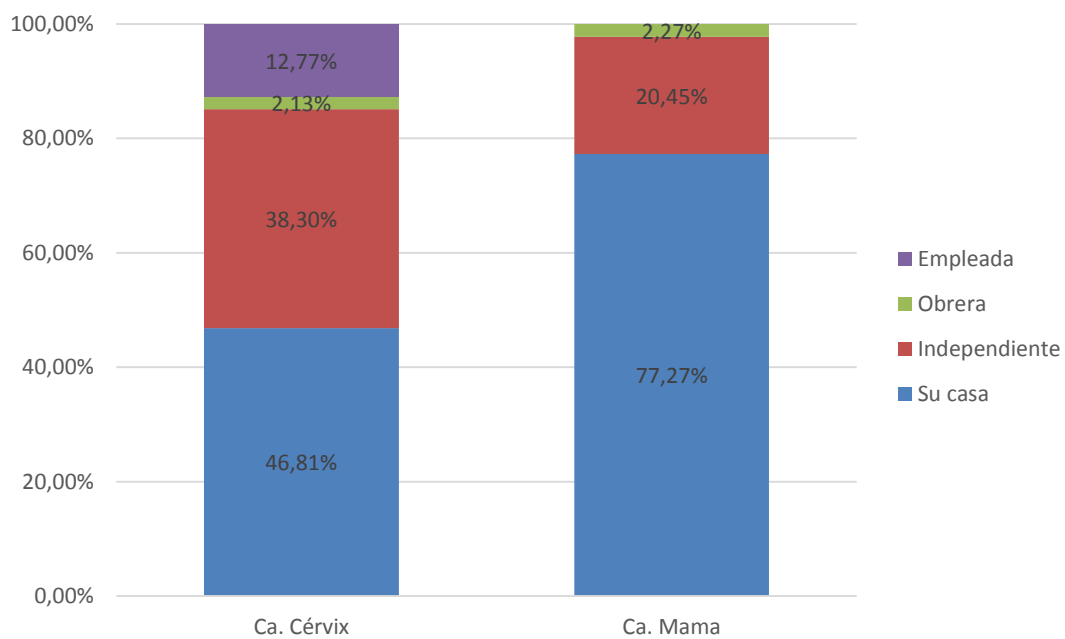
Fuente: Matriz de datos

En la tabla N°5, se muestran la ocupación de las pacientes según el tipo de cáncer; el 46.81% de casos con cáncer de cuello uterino se ocuparon en labores del hogar, comparado con 77.27% entre aquellas con cáncer de mama, y el 12.27% de caso con cáncer cervical fueron empleadas, y ninguna en el otro grupo; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$).

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Gráfico 5

Distribución de pacientes según ocupación y tipo de cáncer



*Fuente propia

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla 6

**Distribución de pacientes según grado de instrucción y tipo de
cáncer**

Instrucción	Ca. Cérvix		Ca. Mama	
	N°	%	N°	%
Primaria	21	44.68%	34	77.27%
Secundaria	20	42.55%	10	22.73%
Superior	6	12.77%	0	0.00%
Total	47	100.00%	44	100.00%

Chi² = 12.32 G. libertad = 2 p < 0.01

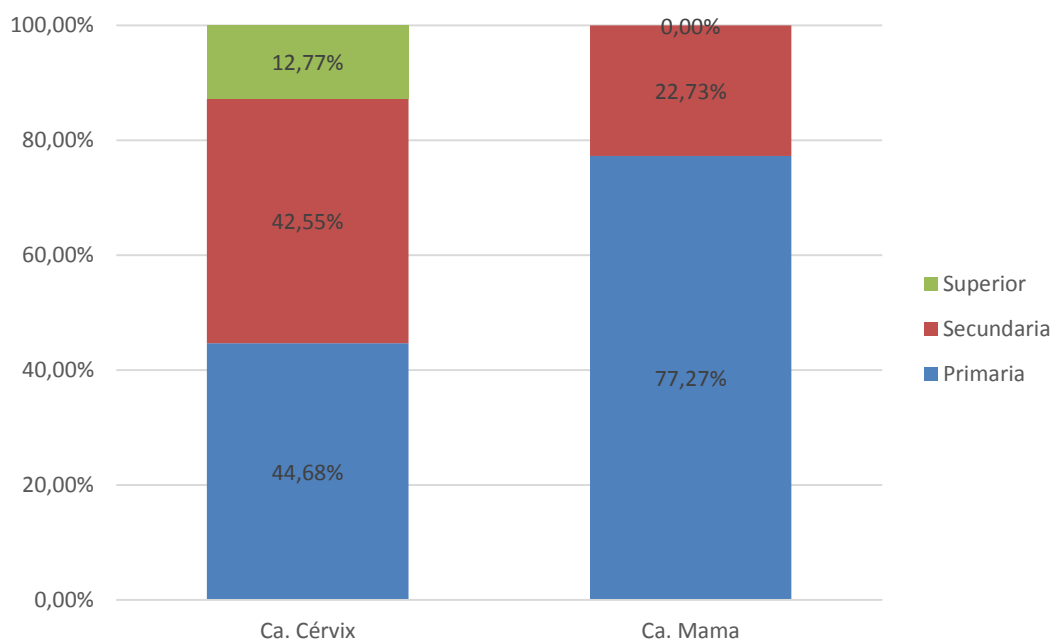
Fuente: Matriz de datos

En la tabla N°5, muestran el grado de instrucción según el tipo de cáncer donde la instrucción en el primer grupo fue primaria en 44.68%, secundaria en 42.55% y superior en 12.77%, mientras que en el cáncer de mama predominó la instrucción primaria (77.27%) con 22.73% de educación secundaria y sin casos con educación superior, diferencia estadísticamente significativa (p < 0.05)

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Gráfico 6

**Distribución de pacientes según grado de instrucción y tipo de
cáncer**



*Fuente propia

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla 7

**Distribución de pacientes según tiempo de enfermedad y tipo de
cáncer**

T. enferm	Ca. Cérvix		Ca. Mama	
	N°	%	N°	%
≤ 6 meses	15	31.91%	5	11.36%
7-12 meses	25	53.19%	20	45.45%
1-2 años	6	12.77%	15	34.09%
3-5 años	1	2.13%	2	4.55%
6-10 años	0	0.00%	1	2.27%
> 10 años	0	0.00%	1	2.27%
Total	47	100.00%	44	100.00%

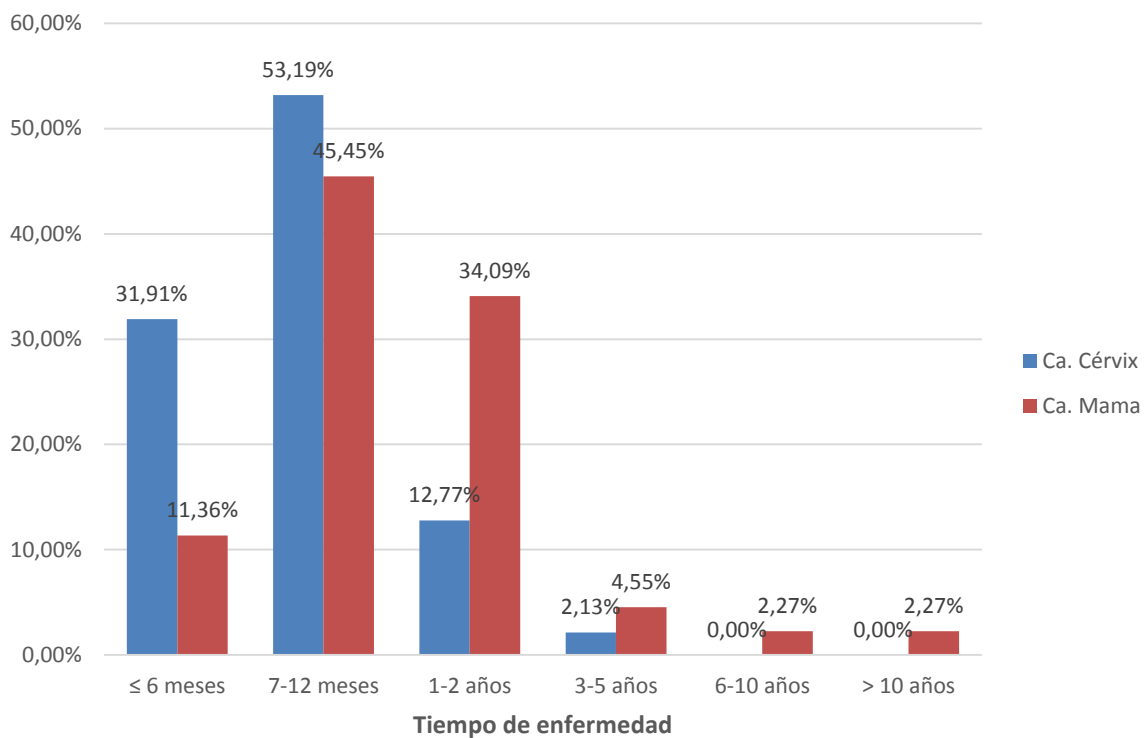
$\chi^2 = 11.66$ G. libertad = 5 p = 0.04

Fuente: Matriz de datos

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Gráfico 7

**Distribución de pacientes según tiempo de enfermedad y tipo de
cáncer**



*Fuente propia

Tiempo de enfermedad ± D. estándar

- Ca. Cérvix = 9.23 ± 6.03 meses
- Ca. Mama = 19.36 ± 28.57 meses

Prueba t = 2.38

G. libertad = 89

p = 0.02

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENCHE,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla 8

Distribución de pacientes según estadio clínico y tipo de cáncer

Estadio	Ca. Cérvix		Ca. Mama	
	N°	%	N°	%
I	12	25.53%	7	15.91%
II	10	21.28%	10	22.73%
III	8	17.02%	4	9.09%
IV	0	0.00%	1	2.27%
No refiere	17	36.17%	22	50.00%
Total	47	100.00%	44	100.00%

$\chi^2 = 4.20$

G. libertad = 4

p = 0.38

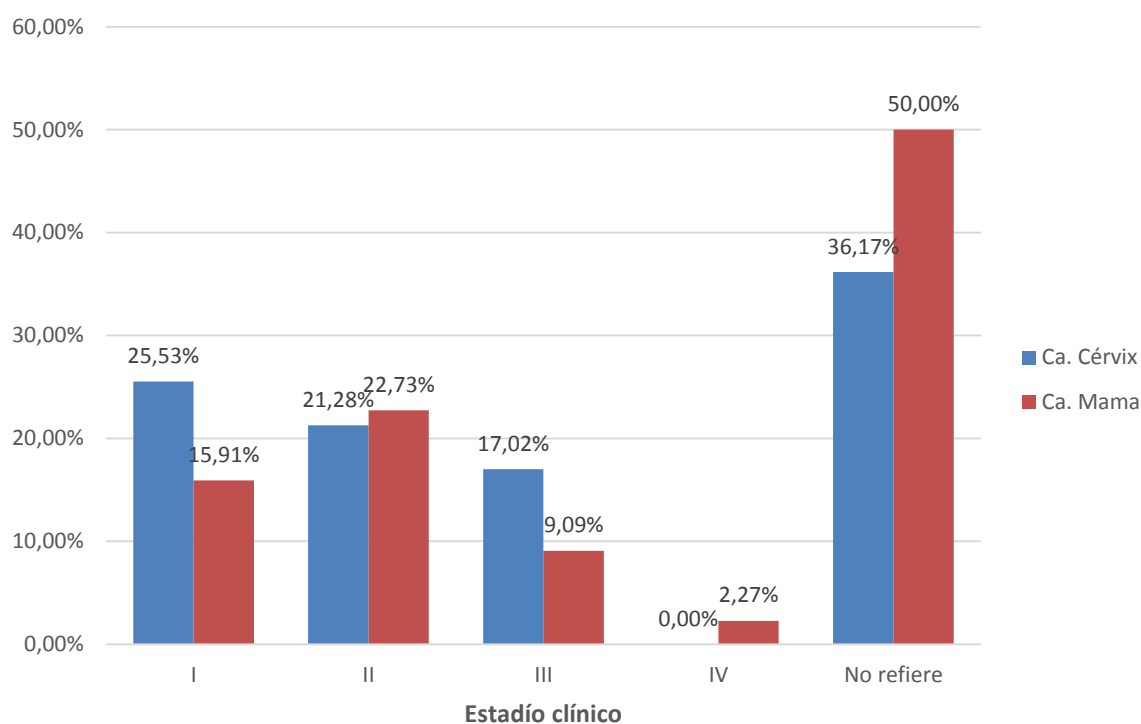
Fuente: Matriz de datos

En la tabla N°8, se muestra el estadio clínico según el tipo de cáncer, en las pacientes con cáncer de cuello uterino predomina el no refiere (36.17%), seguido del estadio I (25.53%) mientras que en las pacientes con cáncer de mama, el no refiere predomina con 50%, seguido de estadio II (22.73%), y las diferencias encontradas no fueron significativas ($p > 0.05$).

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Gráfico 8

Distribución de pacientes según estadio clínico y tipo de cáncer



*Fuente propia

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla 9

**Distribución de pacientes según forma de tratamiento y tipo de
cáncer**

Tratamiento	Ca. Cérvix		Ca. Mama		Chi ²	p
	N°	%	N°	%		
Cirugía	21	44.68%	42	95.45%	27.50	0.00
Quimioterapia	18	38.30%	39	88.64%	24.61	0.00
Radioterapia	27	57.45%	32	72.73%	2.33	0.13
Braquiterapia	7	14.89%	0	0.00%	7.10	0.01

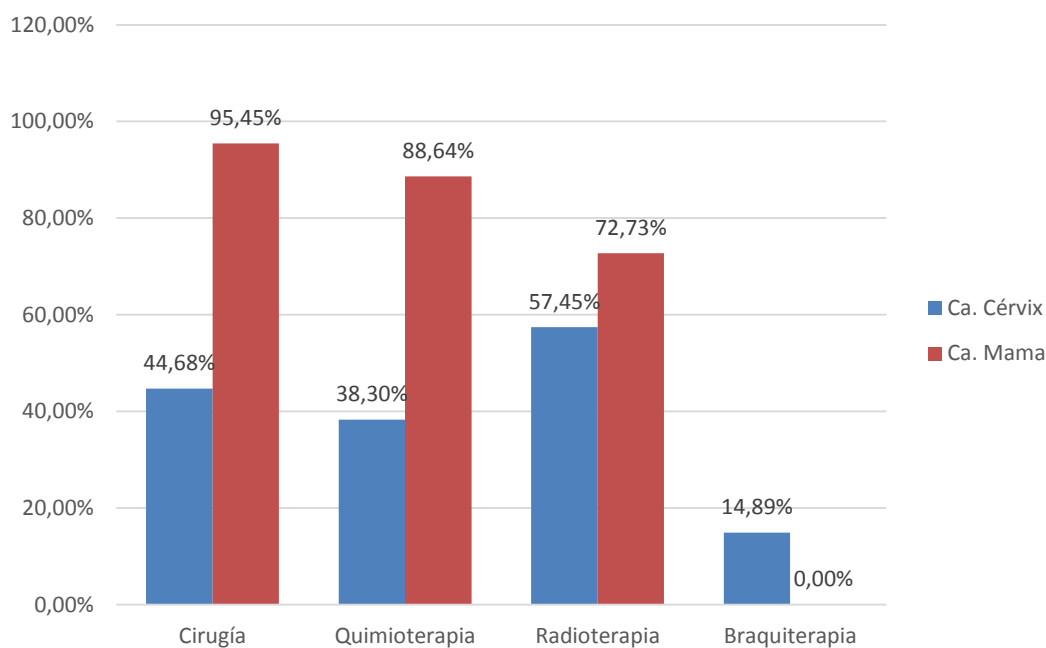
Fuente: Matriz de datos

En la tabla N° 9, muestra la distribución según el tratamiento y el tipo de cáncer, el 95.45% de casos de cáncer de mama fueron sometidos a cirugía y en el caso de cáncer de cuello uterino el 44.68%; de similar manera en la quimioterapia los pacientes con cáncer de mama fueron 88.64% que en el cáncer de cuello uterino (38.30%). En la radioterapia los pacientes con cáncer de mama recibieron 72.73% mientras que las pacientes con cáncer de cuello uterino fue 57.45%. Y en caso de braquiterapia solo se aplicó en pacientes con cáncer de cuello uterino (14.89%).

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Gráfico 9

**Distribución de pacientes según forma de tratamiento y tipo de
cáncer**



*Fuente propia

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER
DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA,
JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla 10

Tipo de cirugía realizada en las pacientes con cáncer

		N°	%
Ca. Cérvix	Histerectomía	11	52.38%
	Conización	9	42.86%
	No refiere	1	4.76%
Ca. Mama	Mastectomía	38	90.48%
	Tumorectomía	1	2.56%
	No refiere	3	9.38%

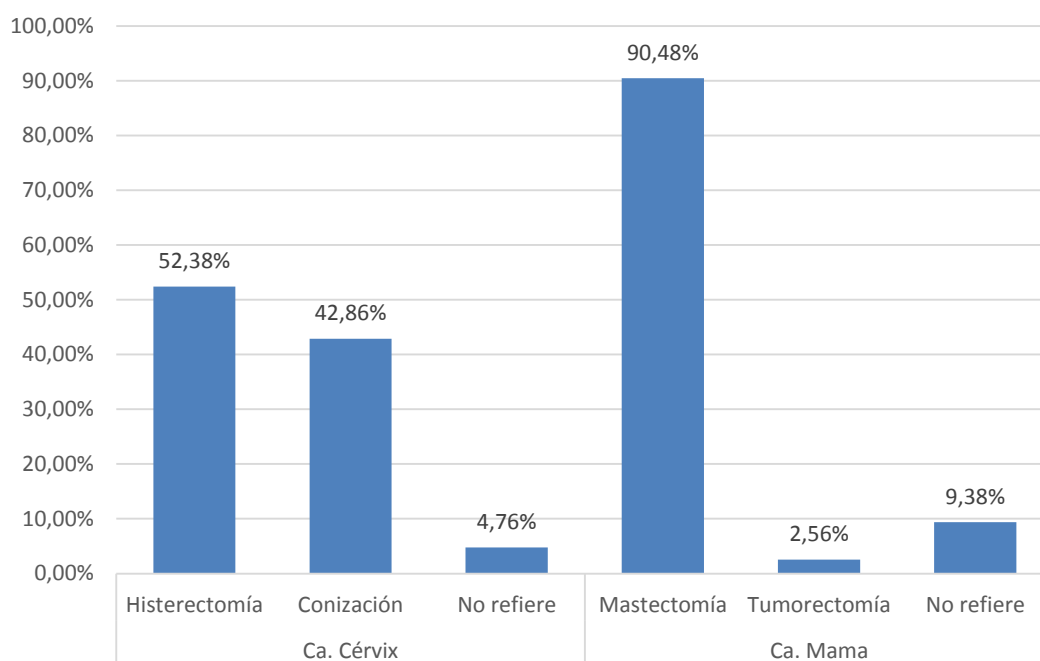
Fuente: Matriz de datos

En la tabla N° 10, muestra el tipo de cirugía realizada según el tipo de cáncer, la cirugía con más frecuencia en el cáncer de cuello uterino fue histerectomía (52.38%), en el cáncer de mama el 90.48% se sometió a mastectomía.

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Gráfico 10

Tipo de cirugía realizada en las pacientes con cáncer



*Fuente propia

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla 11

**Distribución de pacientes según presencia y severidad de depresión
según tipo de cáncer**

		Ca. Cérvix		Ca. Mama	
		N°	%	N°	%
Sin depresión	No depresión	1	2.13%	2	4.55%
	D. leve	18	38.30%	16	36.36%
	D. moderada	17	36.17%	17	38.64%
Con depresión	D. severa	6	12.77%	7	15.91%
	D. muy severa	5	10.64%	2	4.55%
Total		47	100.00%	44	100.00%

$\chi^2 = 0.12$ G. libertad = 1 $p = 0.73$

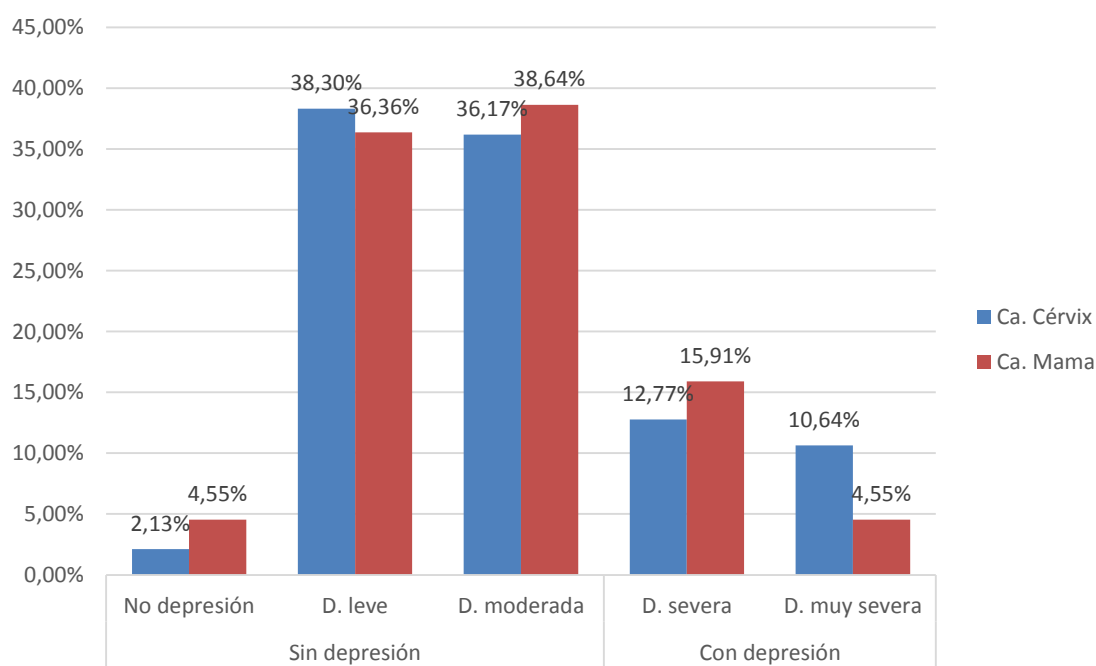
Fuente: Matriz de datos

En la tabla N° 11, se muestra la presencia y severidad de depresión según el tipo del cáncer, en el grupo de cáncer de cuello uterino predomina una depresión leve (38.30%) seguida de depresión moderada (36.17%). En las pacientes con cáncer de mama predomina la depresión moderada (38.64%) seguida de depresión leve (36.36%).

**COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y DE MAMA. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Gráfico 11

**Distribución de pacientes según presencia y severidad de depresión
según tipo de cáncer**



*Fuente propia

**COMPARACIÓN DE LA EDAD Y EL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES
DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA. HOSPITAL GOYENCHE,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla N° 12

**Distribución de pacientes según edad y severidad de depresión para pacientes
con cáncer de mama**

NIVEL DEPRESIVO DE CÁNCER DE MAMA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Sin depresión	35	38,5	79,5
	D. severa	7	7,7	15,9
	D. muy severa	2	2,2	4,5
	Total	44	48,4	100,0
Perdidos	Sistema	47	51,6	
Total		91	100,0	

Fuente: Matriz de datos

Correlaciones

		Edad	Nivel dep
Edad	Correlación de Pearson	1	-,017
	Sig. (bilateral)		,912
	N	44	44

Fuente: Matriz de datos

Según el valor de Sig. (bilateral) que es mayor a 0.05 indica que no hay una relación entre la variable de edad y la generación de una depresión en las personas que sufren la enfermedad de cáncer de mama.

**COMPARACIÓN DE LA EDAD Y EL ESTADO DEPRESIVO EN MUJERES
DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE CÉRVIX. HOSPITAL GOYENECHÉ,
AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla N° 13

**Distribución de pacientes según edad y severidad de depresión para pacientes
con cáncer de cérvix**

NIVEL DEPRESIVO DE CÁNCER DE CERVIX

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Sin depresión	36	39,6	76,6
	D. severa	6	6,6	12,8
	D. muy severa	5	5,5	10,6
	Total	47	51,6	100,0
Perdidos	Sistema	44	48,4	
Total		91	100,0	

Fuente: Matriz de datos

Correlaciones

		Edad	Nivel dep.
Edad	Correlación de Pearson	1	-,014
	Sig. (bilateral)		,927
	N	47	47

Fuente: Matriz de datos

Según el valor de Sig. (Bilateral) que es mayor a 0.05 indica que no hay una relación entre la variable de edad y la generación de una depresión en las personas que sufren la enfermedad de cáncer de cérvix.

**COMPARACIÓN DEL ESTADIO DE LA ENFERMEDAD Y EL ESTADO
DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA.
HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla N^a 14

**Distribución de pacientes según estadio de enfermedad y severidad de
depresión para pacientes con cáncer de mama**

ESTADIO DE CÁNCER DE MAMA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	22	24,2	50,0	50,0
	1	7	7,7	15,9	65,9
	2	10	11,0	22,7	88,6
	3	4	4,4	9,1	97,7
	4	1	1,1	2,3	100,0
	Total	44	48,4	100,0	
Perdidos	Sistemas	47	51,6		
	Total	91	100,0		

Fuente: Matriz de datos

Correlaciones

		Nivel dep.	Estadio
Nivel dep.	Correlación de Pearson	1	-,293
	Sig. (bilateral)		,053
	N	44	44

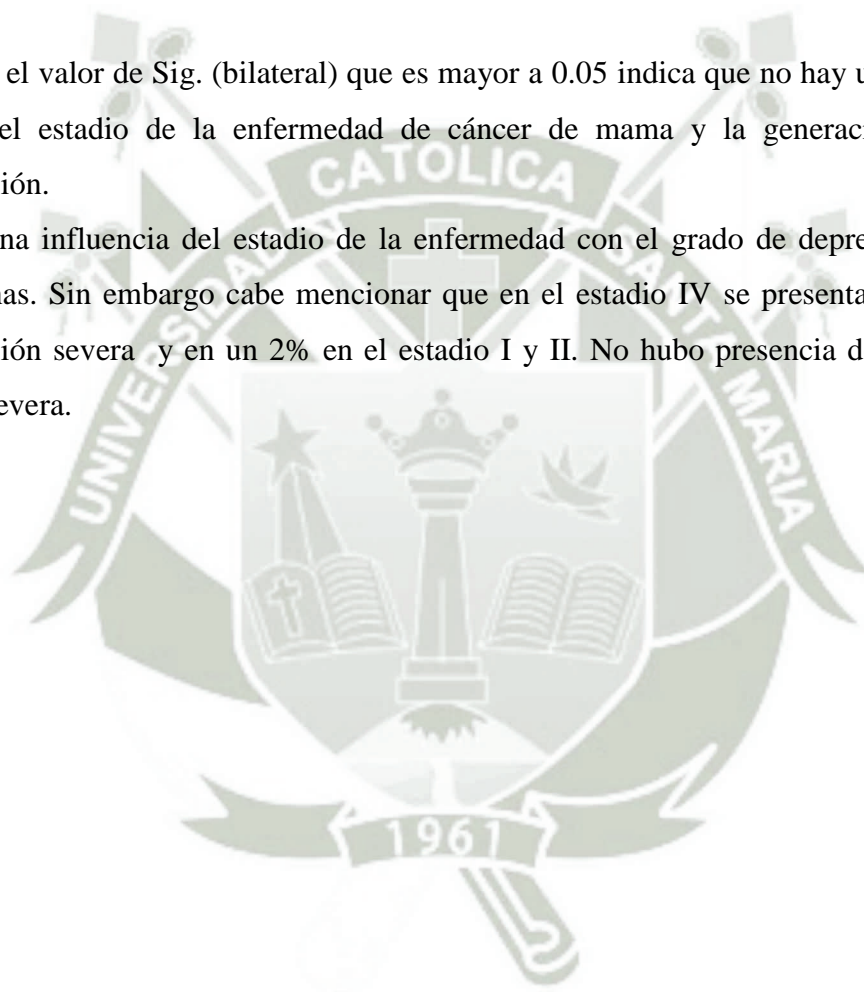
Fuente: Matriz de datos

Estadio	Sin depresión	Porcentaje	Severa	Porcentaje	Muy severa	Porcentaje	TOTAL	Porcentaje
I	6	14%	1	2%	0	0%	7	16%
II	9	20%	1	2%	0	0%	10	23%
III	4	9%	0	0%	0	0%	4	9%
IV	4	9%	5	11%	0	0%	4	9%
No refiere	15	34%	2	5%	2	5%	19	43%
							44	100.00%

Fuente: Matriz de datos

Según el valor de Sig. (bilateral) que es mayor a 0.05 indica que no hay una relación entre el estadio de la enfermedad de cáncer de mama y la generación de una depresión.

Hay una influencia del estadio de la enfermedad con el grado de depresión de las personas. Sin embargo cabe mencionar que en el estadio IV se presenta el 11% de depresión severa y en un 2% en el estadio I y II. No hubo presencia de depresión muy severa.



**COMPARACIÓN DEL ESTADIO DE LA ENFERMEDAD Y EL ESTADO
DEPRESIVO EN MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE CÉRVIX.
HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla N° 15

**Distribución de pacientes según estadio de enfermedad y severidad de
depresión para pacientes con cáncer de cérvix**

NIVEL DE DEPRESIÓN CÉRVIX

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	Sin depresión	36	39,6	76,6
	D. severa	6	6,6	12,8
	D. muy severa	5	5,5	10,6
	Total	47	51,6	100,0
Perdidos	Sistema	44	48,4	
Total		91	100,0	

Fuente: Matriz de datos

Correlaciones

		Estadio	Nivel dep.
Estadio	Correlación de Pearson	1	,494**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	47	47

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Fuente: Matriz de datos

Estadio	Sin depresión	Porcentaje	Severa	Porcentaje	Muy severa	Porcentaje	TOTAL	Porcentaje
I	11	23%	1	2.13%	0	0.00%	12	25.53%
II	7	15%	2	4.26%	1	2.13%	10	21.28%
III	3	6%	1	2.13%	4	8.51%	8	17.02%
No refiere	15	32%	2	4.26%	0	0.00%	17	36.17%
							47	100.00%

Fuente: Matriz de datos

Según el valor de Sig. (bilateral) que es menor a 0.05 indica que si hay una relación entre el estadio de la enfermedad y la generación de una depresión en las personas que sufren la enfermedad de cáncer de cérvix.

Según el coeficiente de correlación de Pearson hay una mínima influencia del estadio de la enfermedad en el grado de depresión la que es de mayor grado a un mayor estadio.

Del estadio I un 2.13% presentan una depresión severa y 0% muy severa, del estadio II un 4.26% presentan una depresión severa y un 2.13% muy severa, y en el estadio III un 2.13% tienen una depresión severa y un 8.51% muy severa.

**COMPARACIÓN DEL TRATAMIENTO Y EL ESTADO DEPRESIVO EN
MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA. HOSPITAL
GOYENECHÉ, AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla N^o 16

**Distribución de pacientes según tratamiento y severidad de depresión para
pacientes con cáncer de mama**

CIRUGIA DE MAMA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SIN trat.	2	2,2	9,1	9,1
	CON	20	22,0	90,9	100,0
	Total	22	24,2	100,0	
Perdidos	Sistema	69	75,8		
Total		91	100,0		

Fuente: Matriz de datos

RADIOTERAPIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SIN trat.	7	7,7	31,8	31,8
	CON	15	16,5	68,2	100,0
	Total	22	24,2	100,0	
Perdidos	Sistema	69	75,8		
Total		91	100,0		

Fuente: Matriz de datos

QUIMIOTERAPIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SIN trat.	1	1,1	4,5	4,5
	CON	21	23,1	95,5	100,0
	Total	22	24,2	100,0	
Perdidos	Sistema	69	75,8		
Total		91	100,0		

Fuente: Matriz de datos

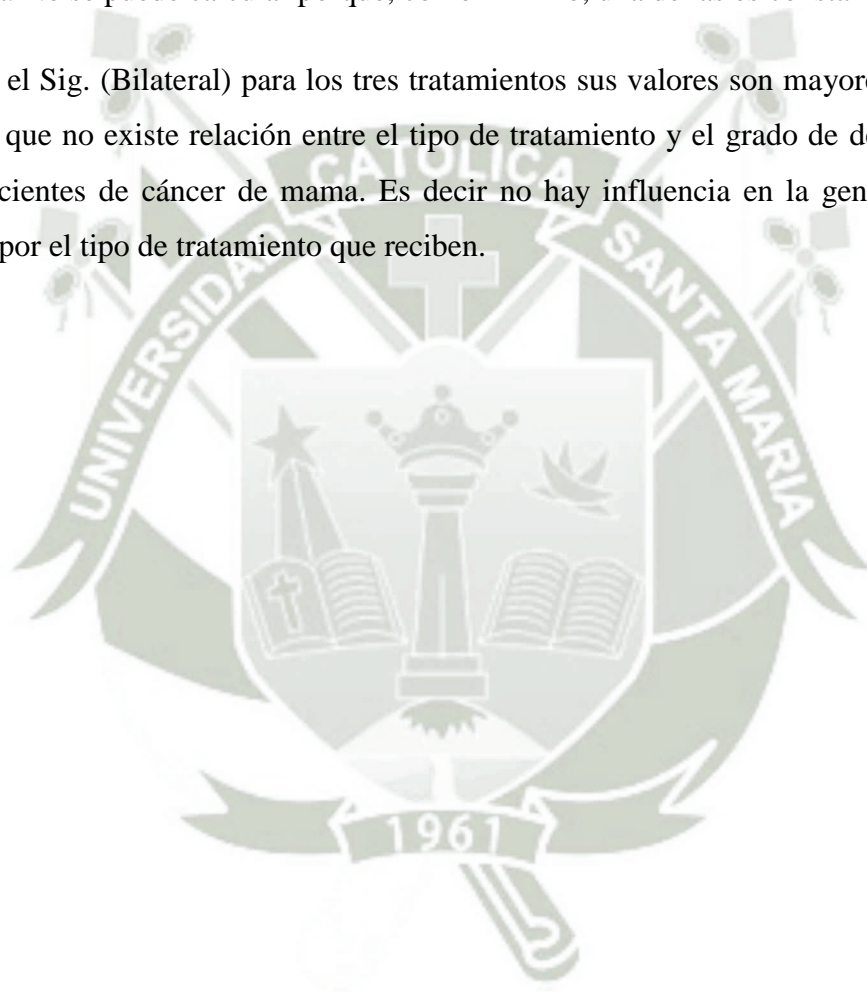
		Nivel dep	Cirugía	Quimioterapia	Radioterapia
Nivel dep.	Correlación de Pearson	1	,241	-,166	,074
	Sig. (bilateral)		,281	,460	,743
	N	44	22	22	22

Fuente: Matriz de datos

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

a. No se puede calcular porque, como mínimo, una de las es constante.

Según el Sig. (Bilateral) para los tres tratamientos sus valores son mayores que 0.05 por lo que no existe relación entre el tipo de tratamiento y el grado de depresión en los pacientes de cáncer de mama. Es decir no hay influencia en la generación del estrés por el tipo de tratamiento que reciben.



**COMPARACIÓN DEL TRATAMIENTO Y EL ESTADO DEPRESIVO EN
MUJERES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE CÉRVIX. HOSPITAL
GOYENECHÉ, AREQUIPA, JULIO -DICIEMBRE 2016**

Tabla N^o 17

**Correlación de pacientes según tratamiento y severidad de depresión para
pacientes con cáncer de cérvix**

NIVEL DE DEPRESIÓN EN CÁNCER DE CÉRVIX

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin depresión	36	39,6	76,6	76,6
	D. severa	6	6,6	12,8	89,4
	D. muy severa	5	5,5	10,6	100,0
	Total	47	51,6	100,0	
Perdidos	Sistema	44	48,4		
Total		91	100,0		

Fuente: Matriz de datos

CIRUGIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SIN tratam.	18	19,8	78,3	78,3
	CON	5	5,5	21,7	100,0
	Total	23	25,3	100,0	
Perdidos	Sistema	68	74,7		
Total		91	100,0		

Fuente: Matriz de datos

QUIMIOTERAPIA

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SIN tratam.	11	12,1	47,8	47,8
	CON	12	13,2	52,2	100,0
	Total	23	25,3	100,0	
Perdidos	Sistema	68	74,7		
Total		91	100,0		

RADIOTERAPIA

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido SIN tratat.	9	9,9	40,9	40,9
Válido CON	13	14,3	59,1	100,0
Total	22	24,2	100,0	
Perdidos Sistema	69	75,8		
Total	91	100,0		

Fuente: Matriz de datos

CORRELACIONES

	Nivel dep.	Cirugía	Quimioterap.	Radioterap.	Braqui Terap.
Correlación de Pearson	1	-,293	,019	-,200	,132
Nivel. dep Sig. (bilateral)		,175	,933	,373	,547
N	47	23	23	22	23

Fuente: Matriz de datos

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Según el Sig. (Bilateral) para los cuatro tratamientos sus valores son mayores que 0.05 por lo que no existe relación entre el tipo de tratamiento y el grado de depresión en los pacientes de cáncer de cérvix. Es decir no hay influencia en la generación del estrés por el tipo de tratamiento que reciben.

CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para establecer diferencias en la frecuencia y severidad del estado depresivo en mujeres diagnosticada de cáncer de cuello uterino y de mama en el Hospital Goyeneche, Arequipa durante julio-diciembre del 2016. Se realizó la presente investigación para lograr identificar la depresión y el grado de severidad en las pacientes con cáncer de mama y cuello uterino para poder desarrollar medidas destinadas a mejorar la calidad de vida con intervenciones específicas y oportunas.

Para tal fin se realizó una encuesta y entrevista a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y de cuello que cumplieron criterios de selección, aplicando la escala de depresión de Hamilton de 17 ítems. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se comparan grupos mediante prueba chi cuadrado.

Se evaluó una muestra de 47 pacientes con cáncer de cuello uterino y 44 pacientes con cáncer de mama que cumplieron los criterios de selección (**Tabla y Gráfico 1**).

Sánchez AP, realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Para ello utilizaron la escala de Hamilton en 130 mujeres, de las cuales presentaron nivel de depresión de 50% grave, 42% moderada, 8% ausente. Este estudio no es similar

en cuanto al nivel de depresión tal vez sea por el nivel de conocimiento de la enfermedad, pero es similar en cuanto a la frecuencia de depresión que sufren.

Aguilar FS, realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III y IV en 70 mujeres donde el nivel de depresión en mujeres en las mujeres con grado II es grave en 47.2%, moderado 40%, ausente 1.4% y en un grado IV es grave en 5.9%, moderada 2.9% ausente 2.9%.

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra a las pacientes según edad y tipo de cáncer. La edad de las pacientes con cáncer de cuello uterino fue de 46.74 ± 6.94 años y la de las mujeres con cáncer de mama fue 53.07 ± 4.44 años, siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$).

La **Tabla y Gráfico 3** muestran el estado civil de las pacientes con cáncer; aquellas con cáncer de cuello uterino fueron predominantemente convivientes (55.32%), mientras que el 77.27% de mujeres con cáncer de mama fueron casadas ($p < 0.05$). En ambos grupos predominó la condición de multiparidad (87.23% en el cáncer de cérvix, 86.36% en el cáncer de mama; $p > 0.05$) como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 4**.

La **Tabla y Gráfico 5** muestran la ocupación de las pacientes según tipo de cáncer; el 46.81% de casos con cáncer de cuello uterino se ocuparon en labores del hogar, comparado con 77.27% entre aquellas con cáncer de mama, y el 12.27% de caso con cáncer cervical fueron empleadas, y ninguna en el otro grupo; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$). La instrucción en el primer grupo fue primaria en 44.68%, secundaria en 42.55% y superior en 12.77%, mientras que en el

cáncer de mama predominó la instrucción primaria (77.27%) con 22.73% de educación secundaria y sin casos con educación superior, diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$; **Tabla y Gráfico 6**).

En la **Tabla y Gráfico 7** se muestra el tiempo de enfermedad en las pacientes, que fue de 9.23 ± 6.03 meses en casos con cáncer de cuello uterino y de 19.36 ± 28.57 meses en pacientes con cáncer de mama, diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

El estadio clínico de las pacientes con cáncer de cuello uterino que el estadio I, mientras que en el cáncer de mama predominó el estadio II, aunque 50% en este grupo desconocía este dato, y 36.17% en el grupo con cáncer de cuello uterino, y las diferencias encontradas no fueron significativas ($p > 0.05$) como se observa en la **Tabla y Gráfico 8**.

Se observaron diferencias en el tratamiento realizado en ambos grupos (**Tabla y Gráfico 9**); el 95.45% de casos con cáncer de mama fue sometido a cirugía y 44.68% en el cáncer de cuello uterino ($p < 0.05$); de manera similar más pacientes con cáncer de mama recibieron quimioterapia (88.64%) que en el cáncer de cuello uterino (38.30%; $p < 0.05$). la radioterapia se aplicó en forma similar (57.45% en el cáncer de cuello, 72.73% en cáncer de mama; $p > 0.05$), y obviamente la braquiterapia sólo se aplicó en el cáncer de cuello uterino. La cirugía realizada con más frecuencia en el cáncer de cuello uterino fue la histerectomía (52.38%) seguida de conización (42.86%); en el cáncer de mama el 90.48% se sometió a mastectomía y 2.56% a tumorectomía con drenaje (**Tabla y Gráfico 10**).

En la **Tabla y Gráfico 11** se muestra la presencia y severidad de depresión en los pacientes con cáncer; al considerar los niveles de depresión clínicamente significativa en pacientes con cáncer (severa o muy severa), el 23.40% de pacientes con cáncer de cuello uterino presentaron depresión, comparada con 20.45% de pacientes con cáncer de mama; las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

Vidal M, Santiago J, López C, realizaron un estudio con el objetivo de encontrar la presencia de trastorno depresivo su relación con el estadio de la enfermedad el tipo de tratamiento realizado, utilizando el instrumento de la escala de depresión de Zung donde en 75 pacientes con cáncer de mama 80% presentaba depresión moderada y leve, 11% evidencio depresión severa.

El diagnóstico oportuno de depresión en pacientes con cáncer de mama y cuello uterino es importante para brindarle al paciente apoyo psicológico como tratamiento psiquiátrico en caso que lo necesite para que su calidad de vida sea la correcta y pueda sobrellevar su enfermedad de fondo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

- Primera.** Se encontró depresión clínicamente significativamente en 23.40% de mujeres diagnosticadas de cáncer de cuello uterino en el Hospital Goyeneche, Arequipa durante julio-diciembre del 2016.
- Segunda.** Se encontró depresión clínicamente significativamente en 20.45% de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en el Hospital Goyeneche, Arequipa durante julio-diciembre del 2016.
- Tercera.-** No se encontraron diferencias significativas en la frecuencia y severidad del estado depresivo entre mujeres diagnosticada de cáncer de cuello uterino o de mama en el Hospital Goyeneche, Arequipa durante julio-diciembre del 2016.
- Cuarta.-** Las mujeres diagnosticadas de cáncer de cuello uterino son más jóvenes y con mejor nivel de instrucción que las mujeres con cáncer de mama, que en cambio tuvieron mayor tiempo de enfermedad y recibieron más cirugía y quimioterapia en el Hospital Goyeneche y su relación con la depresión.

RECOMENDACIONES

- 1) Al Hospital Goyeneche para que pueda acrecentar las campañas preventivas promocionales en los pacientes oncológicos especialmente ginecológicos.
- 2) Al Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche que trabaje conjuntamente con el departamento de psicología y psiquiatría para poder brindarle consejería y tratamiento oportuno para que las pacientes pueden tener calidad de vida y puedan sobrellevar el tratamiento de su patología de fondo.
- 3) A la Universidad Católica de Santa María a seguir realizando estudios en pacientes oncológicos de los distintos hospitales para ayudar a recabar estadística para que las autoridades tomen medidas preventivas en ellos.
- 4) A la familia de los pacientes que se encuentre atenta a cambios de su vida cotidiana, como disminución del tiempo que dedicaban a realizar actividades, el no poder dormir cada noche, la sensibilidad al llanto entre otros, para que alerten a su médico y pueda recibir el tratamiento oportunamente.

BIBLIOGRAFÍA

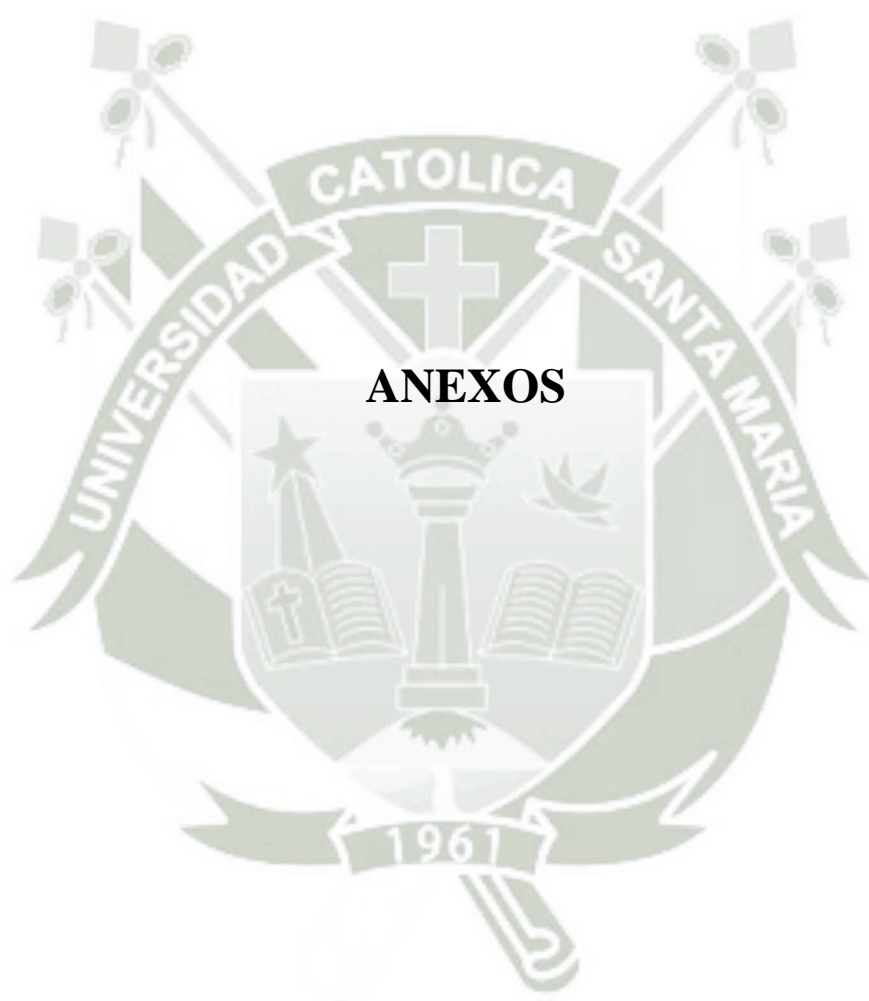
- 1) American Psychiatric Association. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Médica Panamericana, 2014; 155-188
- 2) Pousa V, Miguelez A, Hernández M, González MA, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. Revista Colombiana de Cancerología, 2015; 19(3):166–172
- 3) Elit L, Reade CJ. Recomendaciones para la Atención de Seguimiento a Sobrevivientes de Cáncer Ginecológico. Obstet Gynecol 2015;126:1207-14
- 4) Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. CA Cancer J Clin 2015;65:5–29.
- 5) Zola P, Fuso L, Mazzola S, Gadducci A, Landoni F, Maggino T, et al. Follow-up strategies in gynecological oncology: searching appropriateness. Int J Gynecol Cancer 2007;17:1186–93.
- 6) Pirl WF, Greer JA, Traeger L, Jackson V, Lennes IT, Gallagher ER, et al. Depression and survival in metastatic non-small-cell lung cancer: effects of early palliative care. J Clin Oncol 2012;30:1310–5.
- 7) Rettenmaier NB, Rettenmaier CR, Wojciechowski T, Abaid LN, Brown JV III, Micha JP, et al. The utility and cost of routine follow-up procedures in the surveillance of ovarian and primary peritoneal carcinoma: a 16-year institutional review. Br J Cancer 2010;103:1657–62.

- 8) Tjalma WA, van Dam PA, Makar AP, Cruickshank DJ. The clinical value and the cost-effectiveness of follow-up in endometrial cancer patients. *Int J Gynecol Cancer* 2004;14:931–7.
- 9) Gonzalez Bosquet J, Magrina JF, Gaffey TA, Hernandez JL, Webb MJ, Cliby WA, et al. Long-term survival and disease recurrence in patients with primary squamous cell carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 2005;97:828–33.
- 10) Elit L, Fyles AW, Devries MC, Oliver TK, Fung-Kee-Fung M; Gynecology Cancer Disease Site Group. Follow-up for women after treatment for cervical cancer: a systematic review. *Gynecol Oncol* 2009;114:528–35
- 11) Rimel BJ, Ferda A, Erwin J, Dewdney SB, Seamon L, Gao F, et al. Cervicovaginal cytology in the detection of recurrence after cervical cancer treatment. *Obstet Gynecol* 2011;118:548–53
- 12) Lozano-Ascencio R, Gómez-Dantés H, Lewis S, Torres-Sánchez L, López-Carrillo L. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Salud pública Méx*,2009;51(suppl.2):s147-s156.
- 13) Sadock V, Sadock J. “Kaplan and Sadock Sinopsis de Psiquiatría” Editorial Wolters and Klumers, 10ma edición,USA, año 2009.
- 14) APA: American Psychiatric Association APA. 2015. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- 15) Córdova PM. Calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital

- Goyeneche, Arequipa 2014. Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2014.
- 16) Pérez MAR. Análisis de sobrevida al cáncer de mama en mujeres menores de 40 años. Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2001-2010. Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2012.
- 17) Sánchez AP. Reacciones emocionales en mujeres con cáncer de cuello uterino. Tesis para optar el título de licenciado en Psicología Clínica. Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú. 2015
- 18) Calva JB, Castro MG. Nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012. Tesis para optar el título de licenciadas en Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Antenor Orrego, Trujillo 2015.
- 19) Aguilar FS, Quinde Y. Niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - 2013. Tesis para optar el título de licenciadas en Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Antenor Orrego, Trujillo 2015.
- 20) Sánchez T. Efectos psíquicos de las mastectomía (preventiva y terapéutica). Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama. Papeles del psicólogo, 2015; 36(1):62-73
- 21) García-Torres F, Alós FJ. El psicoticismo después del cáncer de mama. Avances en psicología clínica, 2013. ISBN: 978-84-695-6987-0. Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Garcia-Torres/publication/261249610_El_Psicoticismo_despus_del_cncer_de_mama/links/0a85e533acd018fa02000000.pdf





Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Grupo de estudio: Cáncer de cérvix Cáncer de mama

Edad: _____ años

Estado civil: Soltera casada Conviviente separada
 Viuda

Paridad: Nulipara Primípara Multípara

Ocupación: Su casa empleada Obrera Independiente
 Jubilada

Instrucción. Iletrada Primaria secundaria Técnica Superior

Características del cáncer

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico: _____ meses

Estadio clínico: Estadio I Estadio II Estadio III Estadio IV

Tratamientos: Cirugía Quimioterapia Radioterapia Braquiterapia
 Inmunoterapia

Tipo de cirugía realizada: _____

Observaciones:

.....

.....

Anexo 2. Escala de Depresión de Hamilton (17 ítems)

(El marco de referencia temporal es el momento de la entrevista, excepto para los ítems del sueño, que se refieren a los dos días previos. Se suma la puntuación de todos los ítems para obtener la puntuación global. Proporciona una puntuación de la gravedad del cuadro)

ítem	Criterios de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados. 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Idea de suicidio	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. 3. Ideas o amenazas de suicidio. 4. Intentos de suicidio.
4. Insomnio precoz	0. Ausente. 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio	0. Ausente. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la

	<p>noche.</p> <p>2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).</p>
6. Insomnio tardío	<p>0. Ausente.</p> <p>1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.</p> <p>2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.</p>
7. Problemas en el trabajo y actividades	<p>0. Ausentes.</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.</p>
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)	<p>0. Palabra y pensamiento normales.</p> <p>1. Ligero retraso en el diálogo.</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo.</p> <p>3. Diálogo difícil.</p> <p>4. Torpeza absoluta.</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna.</p> <p>1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, labios, tira de los cabellos, etc.</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas.</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle.</p>
11. Ansiedad somática	<p>Signos somáticos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones. • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias. • Respiratorios: hiperventilación, suspiros. • Frecuencia urinaria. • Sudoración. <p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligera.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Moderada. 3. Grave. 4. Incapacitante.
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno. 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.
13. Síntomas somáticos generales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno. 1. Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía. 2. Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.
14. Síntomas genitales	<p>Síntomas como pérdida de la libido y trastornos menstruales</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Ausentes. 1. Débiles. 2. Graves. 3. Incapacitantes.
15. Hipocondría	<ol style="list-style-type: none"> 0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas.
16. Pérdida de peso (completar sólo A o B)	<p>A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida según el enfermo. <p>B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio). 1. Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio). 2. Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).
17. Insight (conciencia de enfermedad)	<ol style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega estar enfermo.

Anexo 3. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es preveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la misma así como el rol que desempeñan.

La presente investigación es conducida por Sara Zúñiga Marin, interna de medicina de la facultad de Medicina Humana en la Universidad Católica Santa María

Proyecto: **“COMPARACIÓN DEL ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE MAMA Y CANCER DE CUELLO UTERINO, HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA, JULIO-DICIEMBRE 2016”**

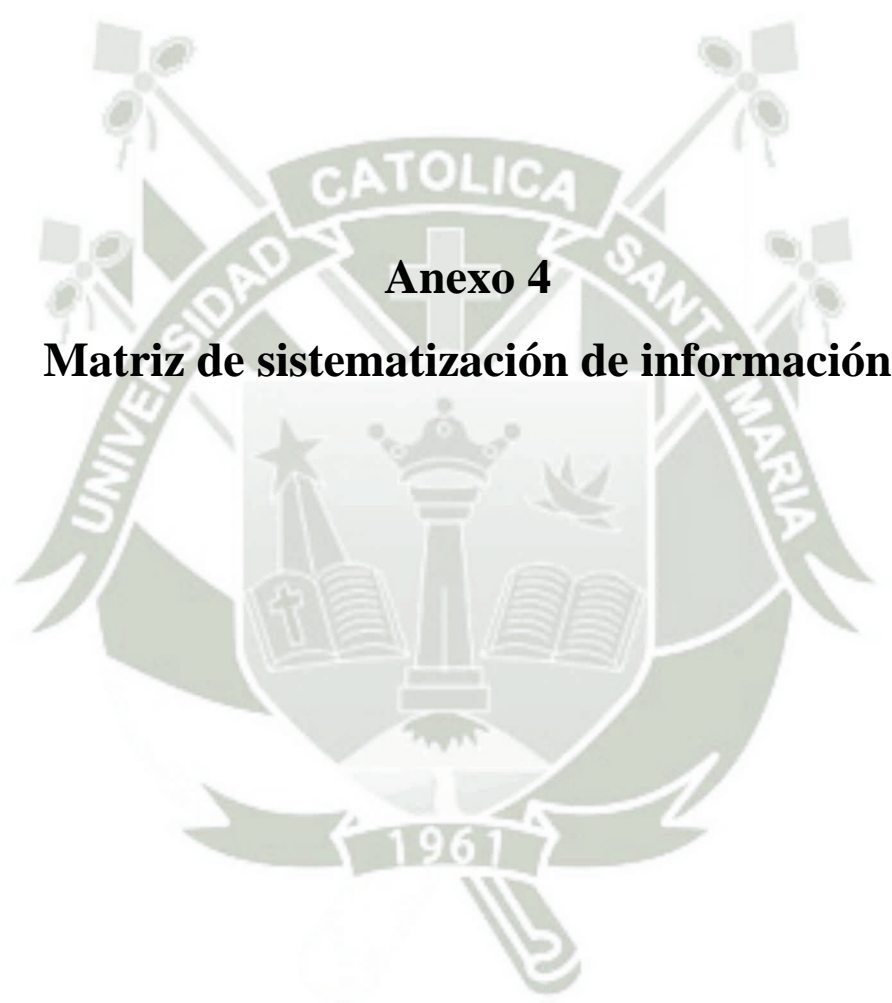
Yo....., acepto participar en el estudio colaborando en la recogida de datos que realizare llenando el cuestionario que me proporcionen.

La persona que realiza el estudio garantiza que en todo momento la información recogida a los participantes será confidencial y sus datos serán entregados de forma anónima.

Después de ser debidamente informado, deseo libremente participar y me comprometo a colaborar en todo lo anteriormente expuesto pudiendo interrumpir mi colaboración en cualquier momento.

Arequipa,....., de....., de.....

Firma del paciente



Nº FICHA	GRUPO DE ESTUDIO	EDAD	ESTADO CIVIL	PARIDAD	OCUPACION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	TIEMPO DEL DIAGNOSTICO	ESTADIO CLINICO
1	Ca. Cérvix	62	casada	multípara	su casa	primaria	36 meses	III
2	Ca. Mama	56	soltera	nulípara	independiente	primaria	15 años	IV
3	Ca. Mama	52	conviviente	multípara	su casa	primaria	7 años	III
4	Ca. Mama	56	casada	multípara	su casa	secundaria	6meses	I
5	Ca. Cérvix	62	soltera	nulípara	Obrera	secundaria	2 meses	no refiere
6	Ca. Cérvix	54	conviviente	multípara	su casa	primaria	15 meses	no refiere
7	Ca. Cérvix	53	casada	multípara	independiente	primaria	5 meses	no refiere
8	Ca. Mama	56	casada	multípara	su casa	secundaria	7 meses	no refiere
9	Ca. Mama	48	conviviente	multípara	su casa	secundaria	5 meses	no refiere
10	Ca. Cérvix	45	conviviente	multípara	independiente	primaria	4 meses	no refiere
11	Ca. Cérvix	50	conviviente	multípara	independiente	primaria	7 meses	no refiere
12	Ca. Mama	62	casada	multípara	independiente	primaria	12 meses	no refiere
13	Ca. Cérvix	56	casada	multípara	su casa	primaria	4 meses	II
14	Ca. Mama	44	conviviente	primípara	su casa	primaria	6 meses	III
15	Ca. Mama	56	casada	multípara	su casa	primaria	8 meses	no refiere
16	Ca. Mama	52	conviviente	multípara	su casa	primaria	14 meses	no refiere
17	Ca. Cérvix	51	casada	multípara	su casa	primaria	12 meses	II
18	Ca. Cérvix	48	conviviente	multípara	independiente	primaria	7 meses	I
19	Ca. Mama	47	casada	multípara	su casa	primaria	8 meses	no refiere
20	Ca. Mama	46	conviviente	primípara	su casa	primaria	7 meses	III
21	Ca. Mama	50	casada	multípara	su casa	primaria	4 meses	no refiere
22	Ca. Mama	48	conviviente	multípara	independiente	primaria	7 meses	no refiere
23	Ca. Cérvix	36	conviviente	multípara	su casa	secundaria	7 meses	III
24	Ca. Cérvix	50	casada	multípara	su casa	primaria	1 mes	II
25	Ca. Mama	60	casada	multípara	independiente	primaria	12 meses	no refiere
26	Ca. Mama	52	casada	primípara	independiente	primaria	15 meses	no refiere
27	Ca. Mama	56	casada	multípara	su casa	secundaria	12 meses	no refiere
28	Ca. Cérvix	44	conviviente	multípara	su casa	primaria	10 mese	III
29	Ca. Mama	51	casada	multípara	Obrera	primaria	13 meses	no refiere
30	Ca. Cérvix	38	conviviente	multípara	su casa	secundaria	15 meses	III
31	Ca. Cérvix	41	conviviente	multípara	su casa	secundaria	12 meses	no refiere
32	Ca. Mama	53	casada	multípara	su casa	primaria	10 meses	II
33	Ca. Mama	49	conviviente	multípara	su casa	secundaria	5 meses	II
34	Ca. Mama	57	casada	multípara	independiente	primaria	7 meses	I
35	Ca. Cérvix	39	conviviente	multípara	su casa	secundaria	5 meses	III
36	Ca. Cérvix	45	casada	multípara	independiente	secundaria	6 meses	no refiere
37	Ca. Cérvix	42	conviviente	multípara	independiente	superior incompleto	3 meses	no refiere
38	Ca. Cérvix	47	casada	multípara	su casa	primaria	8 meses	no refiere
39	Ca. Mama	55	casada	multípara	su casa	primaria	11 meses	II
40	Ca. Mama	58	casada	multípara	su casa	primaria	5 años	no refiere

41	Ca. Cérvix	62	casada	multípara	su casa	primaria	12 meses	no refiere
42	Ca. Cérvix	54	casada	multípara	su casa	primaria	10 meses	no refiere
43	Ca. Cérvix	50	casada	multípara	independiente	primaria	8 meses	I
44	Ca. Mama	48	conviviente	primípara	su casa	secundaria	18 meses	II
45	Ca. Mama	52	casada	multípara	su casa	primaria	12 meses	no refiere
46	Ca. Mama	46	conviviente	multípara	su casa	secundaria	8 meses	III
47	Ca. Mama	51	casada	multípara	su casa	secundaria incompleta	15 meses	II
48	Ca. Mama	54	casada	multípara	su casa	primaria	7 meses	no refiere
49	Ca. Cérvix	36	conviviente	multípara	independiente	secundaria	3 meses	I
50	Ca. Cérvix	49	conviviente	multípara	su casa	secundaria	8 meses	I
51	Ca. Cérvix	38	conviviente	multípara	independiente	secundaria incompleta	9 meses	III
52	Ca. Mama	50	casada	multípara	independiente	primaria	14 meses	no refiere
53	Ca. Cérvix	43	conviviente	multípara	su casa	primaria	5 meses	II
54	Ca. Mama	59	casada	multípara	su casa	primaria	24 meses	no refiere
55	Ca. Cérvix	46	conviviente	multípara	independiente	secundaria incompleta	12 meses	I
56	Ca. Cérvix	39	conviviente	primípara	Empleada	secundaria incompleta	10 meses	I
57	Ca. Mama	45	casada	multípara	independiente	secundaria incompleta	18 meses	II
58	Ca. Mama	54	casada	multípara	su casa	primaria	24 meses	II
59	Ca. Mama	59	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	36 meses	I
60	Ca. Cérvix	48	conviviente	multípara	independiente	primaria	7 meses	I
61	Ca. Cérvix	41	conviviente	multípara	independiente	secundaria	5 meses	II
62	Ca. Cérvix	45	casada	multípara	independiente	secundaria	8 meses	II
63	Ca. Cérvix	39	conviviente	primípara	Empleada	secundaria incompleta	10 meses	II
64	Ca. Cérvix	43	casada	multípara	independiente	superior	18 meses	I
65	Ca. Mama	56	casada	multípara	su casa	primaria	12 meses	I
66	Ca. Mama	54	casada	multípara	su casa	primaria	18 meses	I
67	Ca. Cérvix	58	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	15 meses	I
68	Ca. Cérvix	37	conviviente	primípara	Empleada	secundaria incompleta	10 meses	III
69	Ca. Cérvix	44	conviviente	multípara	Empleada	secundaria incompleta	7 meses	I
70	Ca. Cérvix	48	casada	multípara	independiente	superior	9 meses	II
71	Ca. Mama	55	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	12 meses	II
72	Ca. Mama	59	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	24 meses	I
73	Ca. Mama	54	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	15 meses	I
74	Ca. Mama	56	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	12 meses	II
75	Ca. Cérvix	45	conviviente	multípara	independiente	secundaria	9 meses	no refiere
76	Ca. Cérvix	39	conviviente	primípara	Empleada	secundaria	5 meses	III

						incompleta		
77	Ca. Cérvix	56	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	24 meses	II
78	Ca. Mama	47	casada	multípara	independiente	secundaria	8 meses	no refiere
79	Ca. Cérvix	43	conviviente	multípara	independiente	superior	5 meses	no refiere
80	Ca. Cérvix	50	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	18 meses	no refiere
81	Ca. Cérvix	52	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	12 meses	no refiere
82	Ca. Cérvix	50	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	10 meses	no refiere
83	Ca. Cérvix	48	casada	multípara	su casa	secundaria incompleta	5 meses	II
84	Ca. Cérvix	38	conviviente	primípara	Empleada	superior	7 meses	I
85	Ca. Mama	55	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	12 meses	no refiere
86	Ca. Mama	60	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	24 meses	no refiere
87	Ca. Mama	52	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	18 meses	no refiere
88	Ca. Cérvix	44	conviviente	multípara	independiente	secundaria	9 meses	I
89	Ca. Mama	51	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	12 meses	no refiere
90	Ca. Cérvix	49	casada	multípara	su casa	superior	5 meses	no refiere
91	Ca. Mama	54	casada	multípara	su casa	primaria incompleta	16 meses	II





Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“Comparación del estado depresivo en mujeres
diagnosticadas de cáncer de cuello uterino y de mama.
Hospital Goyeneche, Arequipa, Julio –Diciembre 2016”**

**Proyecto de investigación presentado por:
SARA YULIANA ZÚÑIGA MARÍN
Para Obtener el Título de Médico-
Cirujano.**

**Arequipa - Perú
2016**

I. PREÁMBULO

La depresión es una condición que se presenta con frecuencia como una respuesta a una situación de pérdida, real, anticipada o irreal. En el cáncer ginecológico, en especial el cáncer de mama y de cuello uterino, además del cáncer de ovario, la mujer se ve sometida a una pérdida real de los atributos que representan una gran parte de su femineidad, como son la alteración de su imagen corporal con la amputación mamaria, o con la pérdida en la capacidad de concebir al perder la integridad del útero.

Sin embargo, a pesar de ser el cáncer de cérvix y de mama los principales causantes de muerte por cáncer femenino en nuestro país, su comportamiento es muy diferente, tanto desde el punto de vista oncológico como clínico y quirúrgico; ambos son susceptibles de detección temprana, lo que limitaría lo radical del manejo quirúrgico, pero en ambos el diagnóstico suele ser tardío. Mientras en el cáncer de mama la regla suele ser la mastectomía, que afecta definitivamente la autopercepción de la imagen corporal, en el cáncer de cuello uterino existe una menor afectación de la figura femenina, incluso cabe la posibilidad de un tratamiento quirúrgico conservador con la posibilidad de conservar el útero para poder concebir, por lo que es de esperarse que las expectativas de las pacientes acerca de la modificación de su femineidad sean diferentes.

Aun cuando la depresión puede verse influida por la pérdida de función de los órganos afectados, pérdida del rol en la familia, de la función sexual, y otros, se esperaría que el impacto negativo del cáncer sea diferente.

Por tal motivo planteamos el presente estudio, que permitirá identificar si alguno de los grupos de mujeres con cáncer tiene mayor predisposición a sufrir de una depresión más severa que requiera estrategias de intervención diferenciadas según el tipo de neoplasia ginecológica.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

- **Enunciado del Problema**

¿Existen diferencias en la frecuencia y severidad del estado depresivo en mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino y de mama en el Hospital Goyeneche, Arequipa durante julio-diciembre del 2016?

- **Descripción del Problema**

a) **Área del conocimiento**

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Depresión – cáncer ginecológico

b) **Operacionalización de Variables**

Variable	Indicador	Valores o categorías	Tipo de variable
<i>Variable independiente</i>			

Tipo de cáncer	Diagnóstico clínico	Cáncer de cérvix/ Cáncer de mama	Nominal
----------------	---------------------	-------------------------------------	---------

Variable dependiente

Depresión	Test de Depresión de Hamilton	Sin depresión (< 19) Con depresión (≥ 19)	Nominal
-----------	----------------------------------	---	---------

Variables intervinientes

Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
------	---------------------	------	----------

Estado civil	Unión civil	Soltera, conviviente, casada, separada, viuda	Nominal
--------------	-------------	---	---------

Paridad	Número de hijos	Nulípara, primípara, multípara	Ordinal
---------	-----------------	-----------------------------------	---------

Ocupación	Grupo ocupacional	Su casa, empleada, obrera, independiente, jubilada	Nominal
-----------	-------------------	---	---------

Instrucción	Último año aprobado	Iletrada, primaria, secundaria, superior	Ordinal
-------------	------------------------	---	---------

Estadio del cáncer	Tipificación clínica	Estadio I a IV	Ordinal
-----------------------	----------------------	----------------	---------

Tratamiento adyuvante	Tratamiento adicional a la cirugía	Quimioterapia, radioterapia, braquiterapia, inmunoterapia	Nominal
--------------------------	---------------------------------------	--	---------

Tiempo transcurrido desde el diagnostico	Fecha de diagnóstico	Meses	De razón
---	----------------------	-------	----------

Modalidad quirúrgica	Tipo de cirugía	<u>Mama</u> : mastectomía parcial, mastectomía total, mastectomía radical	Nominal
-------------------------	-----------------	--	---------

Cérvix: Conización,
Histerectomía
parcial, histerectomía
más ooforectomía

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia de depresión en mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino en el Hospital Goyeneche, Arequipa durante julio-diciembre del 2016?
2. ¿Cuál es la frecuencia de depresión en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en el Hospital Goyeneche, Arequipa durante julio-diciembre del 2016?
3. ¿Cuál es la frecuencia y severidad de la depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino y cáncer de mama en el Hospital Goyoneche, Arequipa durante julio-diciembre 2016?
4. ¿Cuáles son las características sociodemográficas y oncológicas de las mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino y de mama en el Hospital Goyeneche y su relación con la depresión?

d) **Nivel de investigación:** Se trata de un estudio clínico.

e) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio observacional, prospectivo y transversal.

- **Justificación del problema**
 - **Originalidad:** Aunque existen estudios que han demostrado la presencia de depresión en pacientes con enfermedades neoplásicas, no hemos encontrado estudios que realicen comparaciones del estado depresivo según el tipo de cáncer tratado diagnosticado
 - **Relevancia científica:** Se establece la relación de la forma de tratamiento en el cáncer ginecológico sobre la salud mental.
 - **Relevancia práctica:** permitirá identificar la severidad de la depresión en un grupo determinado de mujeres con cáncer, para poder desarrollar medidas destinadas a mejorar la calidad de vida con intervenciones específicas.
 - **Relevancia social:** Se beneficiará a un grupo importante de la población femenina, que puede sufrir de trastornos depresivos con mayor frecuencia con el tratamiento oncológico
 - **Contemporaneidad:** La depresión es un problema creciente, así como el cáncer ginecológico constituye la principal causa de muerte por cáncer en mujeres en edad fértil en nuestro país.
 - **Factibilidad:** Por tratarse de un diseño prospectivo en el que se cuenta con una población accesible, y además se cuenta con instrumentos validados.
 - **Motivación personal:** Por realizar una investigación en el área de la salud mental y la ginecología oncológica.
 - **Contribución académica:** por la generación de nuevos conocimientos en el campo de la medicina

- **Políticas de investigación:** por desarrollar del proyecto en el área de pregrado en medicina.

2. MARCO CONCEPTUAL

- **Cáncer ginecológico en el Perú**

En el Perú, el cáncer ginecológico (de cérvix y de mama) es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres en edad fértil.

En los próximos años, se espera que aumente la cantidad de sobrevivientes de cáncer ginecológico. Esto se debe en parte a una mayor incidencia de condiciones ginecológicas de malignidad a medida que la población envejece. La detección temprana y los tratamientos mejorados darán lugar a una mayor supervivencia. Las mujeres que han terminado su tratamiento contra el cáncer y que están libres de la enfermedad entran a una fase de atención de seguimiento. Esta atención puede ser proporcionada por ginecólogos oncólogos, ginecólogos generales, o especialistas en atención primaria, dependiendo de las prácticas locales y del área geográfica. Los componentes clave del seguimiento incluyen historia clínica y examen físico completos. Se debe hacer uso juicioso de las pruebas adecuadas para la detección de recurrencia de la enfermedad, valoración y manejo de síntomas relacionados con la terapia y prestación de apoyo psicosocial. La atención a la mujer sana y la detección continua de otras condiciones de malignidad siguen siendo un componente importante de la atención a la salud que no debe pasarse por alto.

2.1. Cáncer Uterino

El cáncer uterino afectará a 54,870 mujeres en los Estados Unidos en 2015, y 10,170 mujeres morirán por su enfermedad. La supervivencia está relacionada con la etapa, siendo las tasas de supervivencia a 5 años de 96% para enfermedad local, 67%

para enfermedad regional, y 16% para enfermedad distante. Dado que el cáncer uterino es uno de los tipos de cáncer ginecológico más común y la mayoría de las mujeres se presentan con la enfermedad en etapa temprana (lo que significa que es probable que sobrevivan a su enfermedad), el volumen de pacientes a seguir después del tratamiento para el cáncer uterino es alto.

El seguimiento debe centrarse en los sitios de recurrencia potencial. Las mujeres con cáncer de endometrio en etapas I-II tienen recurrencia más comúnmente en el ápice vaginal. Las recurrencias en la cúpula vaginal son las únicas con un alto índice de recuperación; las recurrencias distantes habitualmente no son curables. El índice general de supervivencia a 5 años después de la recurrencia es de 68% para recurrencia vaginal, 29% para recurrencia pélvica no vaginal, y 8% para recurrencia distante.

Por tanto, las evaluaciones de seguimiento deben contener una historia clínica (de síntomas como el sangrado vaginal) y un examen físico que incluya inspección vaginal y palpación de la vagina mediante un examen pélvico digital y pélvico rectal. La citología de rutina detecta recurrencias asintomáticas en menos de 4% de las veces. Las investigaciones radiológicas de rutina, como la detección por tomografía computarizada (TC), se asocian a índices similares de baja detección. Aunque la prueba CA125 es más útil, identificando recurrencia hasta en 15% de las pacientes asintomáticas, no se asoció a una supervivencia más prolongada. Por tanto, la citología vaginal, los exámenes radiológicos, y la prueba CA125 no se recomiendan en mujeres asintomáticas.

La duración del seguimiento se ve influenciada por el momento en que se presenta la enfermedad recurrente. Las recurrencias por lo general suceden dentro de

los primeros 3 años después del diagnóstico. La mediana de tiempo hasta la recurrencia es de 14.8 meses, con un 51% de recurrencias que ocurren dentro del término de 1 año, 92% en 2 años, y 95% en 3 años. Por tanto, el seguimiento con el fin de detectar recurrencia es más importante en los primeros 3 años. La frecuencia del seguimiento se basa en la probabilidad de enfermedad recurrente a través del tiempo. El riesgo de recurrencia para las pacientes con cáncer de endometrio etapa I, grado 1 es de 1-3%; de manera que estas mujeres pueden recibir seguimiento con menos frecuencia. La Sociedad de Oncología Ginecológica (SGO, por sus siglas en inglés) recomienda que las mujeres con grado 1-2, etapa I de cáncer endometrial reciban seguimiento cada 6 meses durante 1 año, con historia y examen físico, incluyendo un examen pélvico (con espéculo, bimanual y pélvico rectal). Si no hay evidencia de recurrencia, las evaluaciones deben ser anuales a partir de entonces. La asesoría para lograr un peso saludable y mejorar la salud cardiovascular es importante en esta población.

El riesgo de recurrencia es mayor para aquellas pacientes con enfermedad en etapa más avanzada, de grado más alto, o con subtipos epiteliales histológicos agresivos o sarcomas: a estas mujeres se les debe dar seguimiento con más frecuencia. La SGO recomienda hacerlo cada 3 meses durante los años 1-2, cada 6 meses para los años 2-5, y evaluaciones anuales que incluyan examen pélvico en lo sucesivo. Las pacientes deben ser informadas de los síntomas de recurrencia (como sangrado vaginal), y tener acceso oportuno a su oncólogo si se diagnostica recurrencia (como en la biopsia de una masa vaginal). Las mujeres con antecedentes familiares de cánceres asociados al síndrome de Lynch o aquellas que tienen una puntuación alta en el cuestionario breve de antecedentes familiares, o tienen

deficiencia de desajuste de la proteína de reparación en la tinción inmunohistoquímica deben ser referidas para asesoría genética. En cada visita se las debe evaluar para detectar síntomas significativos de depresión y ansiedad y ofrecerles apoyo y asesoría psicosocial si es necesario.

2..2. Cáncer Ovárico

El cáncer ovárico afectará a 21,290 mujeres en los Estados Unidos durante el año 2015, y 14,180 morirán por su enfermedad. El riesgo de desarrollar cáncer de ovario a la edad de 75 años es de 0.5-1.6% (1/70). El tratamiento habitual incluye cirugía de estadificación para la enfermedad en etapa temprana o citorreducción y quimioterapia adyuvante para la enfermedad en etapa avanzada. El ochenta por ciento de las mujeres responden con esta estrategia; sin embargo, debido a que la mayoría de las pacientes se presentan con enfermedad avanzada, finalmente el cáncer regresa, y menos del 1% de las personas con enfermedad avanzada se curan.

El objetivo del seguimiento es identificar la enfermedad recurrente y hacer frente a las complicaciones relacionadas con el tratamiento. Debido a que la recurrencia es altamente probable en la mayoría de las mujeres, el seguimiento se centra en evaluar los síntomas e identificar signos de recurrencia.

El contenido de la evaluación de seguimiento se basa en aquellas estrategias que proporcionan un beneficio sintomático o de supervivencia. Los valores séricos de CA125 en serie son beneficiosos durante el tratamiento para evaluar si la quimioterapia está funcionando.

No se recomienda el uso rutinario de imagenología durante el seguimiento. Los estudios tales como la ultrasonografía, la tomografía computarizada, y la tomografía computarizada por emisión de positrones no han demostrado mejorar la supervivencia de las pacientes en el seguimiento del cáncer ovárico. El papel de las imágenes de rutina se definirá mejor basándose en la contribución de la cirugía secundaria al mejoramiento de la supervivencia.

Las evaluaciones de seguimiento deben incluir un análisis sobre el objetivo del seguimiento (incluyendo la falta de evidencia para realizar pruebas de análisis de rutina en sangre de CA125 y estudios radiológicos) y la importancia de la asesoría genética y pruebas para el estado BRCA en mujeres con cáncer seroso de ovario de alto grado (o síndrome de Lynch para las mujeres con histología de células endometrioides o claras). El conocimiento del estado BRCA de la paciente influirá para decidir si se realizan pruebas a las familiares en primer grado, y ofrecerá oportunidades de reducción de riesgo para las familiares que sean portadoras de la mutación. También influirá en el acceso de la propia paciente a agentes nuevos (por ejemplo, inhibidores de poli ADP-ribosa polimerasa). Las mujeres deben ser informadas sobre los síntomas de recurrencia (tales como dolor abdominal, inflamación, cambios en los hábitos intestinales o vesicales, o saciedad temprana). Si se presentan estos síntomas o se identifican anomalías en el examen, se deben realizar los estudios apropiados (tales como tomografía computarizada abdominopélvica, CA125). Si se identifica una recurrencia, las mujeres deben tener acceso oportuno a su oncólogo para analizar las opciones de tratamiento.

La frecuencia del seguimiento fue descrita más recientemente por la SGO. Se recomienda que las mujeres con cáncer de ovario sean evaluadas con historia y

examen físico, incluyendo un examen bimanual y pélvico rectal cada 3 meses durante los primeros 2 años, cada 4 meses para el año 3, y cada 6 meses durante los años 4 y 5. A partir de entonces deben realizarse evaluaciones anuales.

Las mujeres deben ser evaluadas en cada visita en búsqueda de síntomas significativos de depresión y ansiedad, y ofrecerles apoyo y asesoramiento psicosocial si fuera necesario. Para las mujeres con tumores de ovario de bajo potencial maligno (limítrofes), hay poca evidencia sobre frecuencia de seguimiento. Las mujeres que se someten a cirugía complementaria podrían recibir seguimiento como aquellas con enfermedad invasiva. A las pacientes con cirugía con preservación de la fertilidad y tumores de bajo potencial maligno se les podría dar seguimiento con evaluación de ultrasonido del ovario restante con o sin marcadores tumorales cada 6 meses. Para aquellas con tumores de células germinales, el seguimiento es como se describe para la enfermedad invasiva y debe incluir evaluación del marcador tumoral que estaba elevado en el momento de la presentación (como α -fetoproteína, L-lactato deshidrogenasa, gonadotropina coriónica humana β). Las mujeres con tumores de células germinales tienen tendencia a tener recurrencia dentro de los primeros 2 años de haber finalizado el tratamiento, y las recurrencias tardías son poco frecuentes.

2.3. Cáncer Cervical

Durante el año 2015, en Estados Unidos se diagnosticará cáncer cervical a aproximadamente 12,900 mujeres. Según la base de datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales, 68% de estas mujeres sobrevivirá al menos 5 años. La mayoría de las mujeres se presenta con enfermedad en etapa

temprana. Estas mujeres se curarán ya sea sólo con cirugía o con una combinación de cirugía y radiación para los factores de alto riesgo (márgenes quirúrgicos positivos, enfermedad extendida al parametrio, metástasis de ganglios linfáticos). En la mayoría de los casos, aún las mujeres con enfermedad en etapa más avanzada se curan con el uso de una combinación de quimioterapia y radioterapia.

En aquellas pacientes que tienen recurrencia, ésta se presenta más a menudo dentro de los primeros 2-3 años después de la finalización del tratamiento. Aproximadamente 74% de las mujeres son sintomáticas en el momento de la recidiva (el rango reportado en los estudios es de 46-87%).²⁷ La pelvis es el sitio más común de recurrencia. La recidiva pélvica puede ser curable con radioterapia y quimioterapia concomitante si la paciente inicialmente había sido tratada sólo con cirugía. Las recurrencias pélvicas centrales (recurrencia de la enfermedad en la parte superior de la vagina o dentro del cuello uterino) pueden ser curables con exenteración pélvica, independientemente del tratamiento previo con radiación. Sin embargo, el cáncer de cuello uterino recurrente con metástasis distante como en pulmón, huesos o metástasis peritoneales no es curable.

La evaluación de seguimiento debe abarcar historia clínica y un examen físico que incluya examen vaginal con espéculo, bimanual, y pélvico rectal. Se debe tomar biopsia de cualquier anomalía cervical o vaginal visible. La detección con citología (prueba de Papanicolaou) o la prueba del virus del papiloma humano se debe hacer no más de una vez al año. En pacientes que han recibido radioterapia, las anomalías de bajo grado en los resultados de la prueba de Papanicolaou (tales como células escamosas atípicas de significación indeterminada) son comunes y no representan recurrencia ni enfermedad preinvasiva en ausencia de una lesión visible.

Sólo se debe referir a la paciente a colposcopia si hay una lesión de alto grado en las pruebas de Papanicolaou.

Las mujeres deben recibir información y apoyo en relación a dejar de fumar. Además, se deben detectar síntomas significativos de depresión y ansiedad y ofrecer apoyo psicosocial en cada visita, así como proporcionar orientación sobre los síntomas sugestivos de recurrencia tales como sangrado vaginal, dolor pélvico, o cambios significativos en la función intestinal o vesical. El uso de la imagenología o de las pruebas de laboratorio se reserva para cualquier anomalía identificada en la historia clínica o el examen físico.

A falta de evidencia de alta calidad para respaldar la frecuencia del seguimiento, se han extraído las siguientes recomendaciones de los lineamientos publicados: se debe realizar una evaluación en pacientes de bajo riesgo (por ejemplo, tratadas quirúrgicamente) cada 6 meses durante 2 años; se recomienda la atención a la mujer sana, incluyendo un examen pélvico una vez al año de ahí en adelante. En las pacientes de riesgo más alto (por ejemplo, aquellas que recibieron tratamiento multimodal como la quimiorradiación), el seguimiento debe ser cada 3 meses por 2 años, cada 6 meses por 3-5 años, y a partir de entonces, anualmente.

2.4. Cáncer Vulvar

En los Estados Unidos, el cáncer vulvar afectará a 5,150 mujeres en 2015. Ha habido un aumento en la incidencia en un promedio de 0.5% anual en los últimos 10 años. La supervivencia general aproximada de 5 años para pacientes con diagnóstico de cáncer vulvar es de 70%.

El seguimiento a largo plazo para las pacientes con cáncer vulvar se ha defendido sobre todo porque la mitad de todas las pacientes que tienen una recurrencia local (vulvar) de la enfermedad se pueden curar con terapia adicional (generalmente con cirugía o radiación con o sin quimioterapia). La mayoría de las pacientes con recurrencia en la ingle, pelvis, o sitios distantes morirán por la enfermedad a pesar de los intentos de terapia de último recurso. Las recidivas son más frecuentes en los primeros 2 años de seguimiento; sin embargo, en poco más de un tercio de las pacientes se produce recurrencia 5 años o más después del diagnóstico, por lo que un criterio racional para el seguimiento es incierto.

No hay estudios aleatorios o prospectivos que evalúen la efectividad del seguimiento de las pacientes con cáncer vulvar en la mejoría de la supervivencia o la calidad de vida. La mayoría de las pacientes presentan síntomas en el momento de la recidiva que incluyen sangrado, comezón, irritación, o una protuberancia palpable.

Las visitas de seguimiento deben abarcar historia clínica y un examen físico (incluyendo examen pélvico y un examen cuidadoso de la región de la ingle). Se debe realizar examen cervical de acuerdo a los lineamientos habituales, detectar síntomas significativos de depresión y ansiedad, y ofrecer apoyo psicosocial en cada visita. El apoyo para dejar de fumar es también un componente importante de la atención de seguimiento para las mujeres con cáncer vulvar. Las mujeres deben ser informadas de los síntomas sugestivos de recidiva que les deben hacer recurrir a atención médica (descritos anteriormente). Los estudios de imagenología o de laboratorio sólo se deben solicitar por cuestiones identificadas en la historia clínica o el examen físico, y se debe tomar biopsia de cualquier lesión de apariencia anormal en la vulva o la ingle. El uso rutinario de las pruebas de imagen (como la radiografía

de tórax, TC, o tomografía por emisión de positrones) tiene como objetivo la identificación de enfermedad distante asintomática; sin embargo, el pronóstico de las mujeres con recurrencia distante es malo, por lo que es poco probable que la imagenología conduzca a mejoras en la supervivencia.

2..5. Cáncer Vaginal

El cáncer vaginal es poco común y se diagnosticará un estimado de 4,070 mujeres en los Estados Unidos en 2015. Como resultado de lo poco común del diagnóstico, muchas recomendaciones sobre el tratamiento y seguimiento de las mujeres con cáncer vaginal son extrapoladas de sitios de la enfermedad tales como el cuello uterino y la vulva. Las pacientes con cáncer vaginal están siendo tratadas cada vez más con quimiorradiación, en lugar de sólo radiación, y, como resultado de ello, la supervivencia de las pacientes con este cáncer parece estar aumentando.

No hay estudios publicados que comparen dos o más métodos de seguimiento para las mujeres con cáncer vaginal, lo cual significa que no se pueden emitir conclusiones firmes a partir de la literatura acerca de la frecuencia del seguimiento. Recomendamos que las pacientes tratadas por la enfermedad de bajo riesgo (por ejemplo, sólo cirugía) sean evaluadas cada 6 meses durante 2 años y luego anualmente. En las pacientes con enfermedad de etapa más alta o en aquellas que han recibido tratamiento multimodal, el seguimiento debe ocurrir cada 3 meses por 2 años, cada 6 meses para los años 3-5, y cada año de ahí en adelante.

El contenido de la evaluación debe abarcar historia clínica y examen físico (incluyendo examen de la ingle, examen con espéculo, bimanual, y pélvico rectal). Se debe tomar biopsia de cualquier lesión visible anormal. El examen vaginal con

citología (prueba de Papanicolaou) o la prueba del virus del papiloma humano se debe hacer no más de una vez al año, y se debe tener precaución al interpretar anomalías de bajo grado tales como células escamosas atípicas de significación indeterminada en pacientes con tratamiento previo con radiación (como se explica en la sección de cuello uterino). Dejar de fumar es importante para estas mujeres. Las pacientes deben ser informadas sobre los síntomas que sugieren recurrencia, incluyendo sangrado vaginal, dolor pélvico o abdominal, cambios en los hábitos vesicales o intestinales o una protuberancia palpable. Se debe realizar detección de síntomas significativos de depresión o ansiedad y necesidad de apoyo psicosocial en cada visita. Los estudios de imagen y laboratorio sólo deben realizarse de acuerdo a los hallazgos en la historia clínica y el examen físico. Estas recomendaciones no aplican para pacientes con melanoma vaginal, porque los oncólogos especializados en melanoma deben dirigir la atención de estas pacientes dado que el panorama del tratamiento del melanoma cambia rápidamente.

2.6. Cáncer de mama.

En el mundo, alrededor de 1% de la carga de la enfermedad en las mujeres se vincula con esta causa y varía de 3.2% en los países ricos a 0.4% en los pobres. En América Latina, los años de vida saludable (AVISA) perdidos debidos al cáncer de mama ascienden a 615 000, lo cual representa 1.4% del total de AVISA por todas las causas y una tasa de 221 por 100 000 mujeres. De ese total, 91% corresponde a años perdidos por muerte prematura y 9% a años vividos con discapacidad. En contraste, en Estados Unidos y Canadá se pierden 673 000 AVISA (3% del total y una tasa de 410 por 100 000 mujeres), pero 71% se debe a muertes prematuras y 29% a

discapacidad. El riesgo de perder un año por muerte prematura por cáncer de mama es 1.4 veces mayor para las mujeres de Norteamérica; cuando se refiere a años de vida con discapacidad, el riesgo es 6.3 veces mayor.

El notable aumento de la supervivencia de las mujeres que padecen cáncer de mama y habitan en el norte del continente explica estas diferencias. Los resultados del estudio mundial de supervivencia a cinco años de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama varían de 84% en Norteamérica a menos de 65% en Brasil y Eslovaquia. Los países europeos que participaron en el estudio poseen una supervivencia de 70 a 79%. En fecha reciente, la información disponible ubica el tema del cáncer de mama en la agenda de salud pública, no obstante que la tendencia creciente en su morbilidad, tanto en países ricos como en los de recursos bajos y medios, se ha reconocido desde hace 25 años.

- **Depresión en pacientes con cáncer**

La depresión es una entidad que afecta a una proporción del 15-25% de los pacientes con cáncer. A pesar de su elevada incidencia, es un trastorno habitualmente infradiagnosticado y que no recibe tratamiento adecuado. Este hecho conduce a una mala calidad de vida, una inadecuada adherencia al tratamiento y una menor tasa de supervivencia en esta población médica. Existe evidencia sobre la eficacia de abordajes tanto farmacológicos como psicoterapéuticos en pacientes oncológicos con depresión.

- **Estado Depresivo**

La presencia de una o más condiciones médicas crónicas eleva la prevalencia reciente de depresión (en los últimos 6 meses) y en la prevalencia de toda la vida, de 5.8% a 9.4% y de 8.9% a 12.9%, respectivamente.

De acuerdo con los criterios de la Asociación Psiquiátrica Americana consignados en su quinta versión del manual diagnóstico y estadístico DSM- V, un episodio depresivo mayor (DM) se diagnostica cuando el paciente presenta un cambio respecto a su nivel de funcionamiento previo, que dure, por lo menos, 2 semanas, en las cuales el paciente perciba bien sea un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de la capacidad para experimentar el placer; y por lo menos cinco síntomas de un grupo de nueve, que incluyen el estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días; una marcada disminución o la pérdida del interés o el placer en la mayoría de las actividades la mayor parte del día; una pérdida o aumento importante del peso corporal sin hacer dieta, o pérdida o aumento del apetito casi cada día; insomnio o hipersomnia; fatiga o pérdida de energía casi cada día; agitación o enlentecimiento psicomotores; Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión y pensamientos recurrentes de muerte incluyendo la ideación suicida.

La depresión no es igual para todo el mundo y pueden existir diferentes intensidades de cuadros depresivos. Se han desarrollado diferentes escalas para medir los síntomas depresivos, siendo la más conocidas las de Hamilton y Beck.

- **La depresión mayor en pacientes oncológicos**

Muchas personas que reciben el diagnóstico de cáncer experimentan algún tipo de malestar emocional, que se considera normal, ante un evento catastrófico; la respuesta emocional frente al diagnóstico se presenta en tres fases así: una inicial, en la que las personas reaccionan con incredulidad o rechazo y desesperación; sigue una de disforia, en la que están ansiosas y presentan un estado de ánimo depresivo, anorexia, insomnio, irritabilidad, concentración deficiente y alteración de las actividades cotidianas; y por último, una de adaptación en la que los individuos se ajustan a la nueva información, confrontan aspectos que se les presentan, tienen razones para estar optimistas y reanudan sus actividades cotidianas.

Los indicadores de una adaptación exitosa incluyen el involucramiento activo y continuo en las actividades cotidianas, la habilidad para minimizar algunas alteraciones en los roles vitales y la capacidad para regular el malestar emocional. Los síntomas de malestar psicológico pueden desaparecer al cabo de unas semanas con el apoyo de la familia, los amigos y el equipo médico. Sin embargo, algunos pacientes continúan experimentando altos niveles de depresión y ansiedad que persisten por semanas o meses; esta persistencia no es adaptativa y con frecuencia requiere tratamiento psicológico.

Por esto es importante que se evalúe a la persona para identificar la presencia de un trastorno psicológico, ya que aumenta la mortalidad, la falta de adhesión al tratamiento, los costos sanitarios por hospitalizaciones prolongadas, la interacción de las medicaciones prescritas para los dos trastornos, la influencias bioquímicas de los estados de ánimo en el sistema inmune y la incapacidad laboral. Sin embargo, los trastornos depresivos en pacientes con patologías médicas son poco diagnosticados o

ignorados, no son tratados y rara vez se someten a tratamiento adecuado, lo que es objeto de complicaciones como el suicidio.

2..1. Factores de riesgo de depresión en población oncológica

La presencia de depresión mayor se asocia con el incremento de la experimentación de síntomas, reducción de la calidad de vida y pobres resultados médicos. Se considera que los pacientes en cuidado primario pueden experimentar ansiedad y depresión debido a las secuelas fisiológicas de las enfermedades o sus tratamientos, respuesta psicológica ante la enfermedad, presencia de otras condiciones médicas, número total de síntomas físicos, trastornos relacionados con el abuso de sustancias, uso de múltiple fármacos, privación sensorial, pérdida de funcionamiento físico, aislamiento, dependencia de otros, cambios en los estilos de vida, estigma, autoadministración de tareas, amenazas a la dignidad y a la autoestima, estrés, autovaloración pobre del estado de salud, perturbaciones de las transiciones vitales y disminución de recursos.

Las tasas de prevalencia de depresión varían y parecen afectar entre el 9% al 58% de las personas diagnosticadas con cáncer, variabilidad debida a la falta de estandarización en diferentes variables. Una variedad de factores influye en la adaptación como los derivados del cáncer, del paciente y de la sociedad, la etapa del ciclo vital y el curso clínico del cáncer. Se pueden clasificar en factores derivados del paciente, la enfermedad, la interacción paciente-enfermedad y el ambiente que influyen en el proceso de adaptación a la enfermedad oncológica.

- a) **Las características de los pacientes** se refieren a variables sociodemográficas como edad, género, estado civil y clase social. A pesar de

la evidencia de que los trastornos de ansiedad y depresión son muy prevalentes en la población general en el rango de mediana edad, los resultados de pacientes oncológicos son contradictorios. En efecto, algunos estudios no muestran relación entre edad y morbilidad psicológica, pero, en los que se observa dicho efecto, los pacientes mayores parecen encontrarse mejor. Estos resultados podrían explicarse porque estos pacientes experimentan menos malestar existencial y pocas dificultades, en comparación con los jóvenes, quienes, al enfrentarse ante una eventualidad médica, pueden encontrar más dificultades en el afrontamiento de las limitaciones prácticas derivadas de la enfermedad y el tratamiento.

Respecto a las tasas de morbilidad psicológica, teniendo en cuenta el género, se encuentran contradicciones en los estudios: en algunos estudios las tasas son iguales para hombres y mujeres, y, en otros, son más altas entre las mujeres. Si se comparan áreas específicas de ajuste se puede observar que las mujeres experimentan más dificultades con respecto a la imagen corporal y problemas emocionales, en contraposición con los hombres que informan dificultades prácticas con los síntomas físicos o el deterioro en su funcionamiento. Las limitaciones de estos estudios se deben principalmente a la inclusión de pacientes cuyos diagnósticos son dependientes del género como el cáncer de mama o de testículo, por lo que se requiere investigación con grupos donde esta variable se mezcle.

Si se analiza el estado civil, los estudios en pacientes con cáncer muestran poca relación entre éste y morbilidad psicológica, en contraposición a la evidencia suministrada por estudios con población general, en los cuales los

síntomas depresivos son más comunes entre divorciados o separados, que en los solteros o los casados. La posible explicación del fenómeno en el escenario oncológico radica en que probablemente es más importante la calidad de las relaciones interpersonales que el estado civil. También son de anotar los resultados contradictorios de los estudios con pacientes oncológicos en cuanto a la relación entre clase social y morbilidad psicológica; el estrato socioeconómico se relaciona con la incidencia, estilos de afrontamiento, recurrencia, sobrevida y tasas de mortalidad en los pacientes con cáncer.

Dentro de los factores del paciente, también deben considerarse factores psicológicos previos como personalidad, autoestima e historia psicológica. Junto a lo anterior, se incluyen los tratamientos psiquiátricos preexistentes y los trastornos mentales comórbidos, el abuso de sustancias, las experiencias previas de enfermedad y las pérdidas significativas recientes. Los pocos estudios con pacientes oncológicos que analizan la relación entre personalidad (neuroticismo) y depresión, muestran resultados similares en cuanto a niveles altos de neuroticismo y posterior desarrollo de depresión. Por otro lado, los escasos estudios que evalúan el papel de la autoestima como predictor de ajuste psicológico han encontrado que la autoestima alta se relaciona con niveles bajos de síntomas depresivos y niveles altos de bienestar. Con respecto a la historia psicológica previa, se ha encontrado que las personas que sufrieron depresión o ansiedad en el pasado, tuvieron una mayor probabilidad de volver a experimentarlas ante un estresor mayor como el cáncer.

b) **Los factores asociados a la enfermedad y el tratamiento** se refieren a las variables que describen la enfermedad, tratamiento y procesos relacionados, resultado de los estresores situacionales. Se considera que las personas con cáncer son vulnerables a la depresión porque su organismo experimenta alteraciones metabólicas y endocrinas a raíz de la enfermedad y el tratamiento que es debilitante, lo que modifica las respuestas inmune y de dolor.

Existe una fuerte relación entre estado físico y morbilidad psicológica, ya que los niveles altos de esta se observan en los pacientes más enfermos, en los que tienen puntajes bajos en ejecución y en los que presentan síntomas no placenteros persistente tales como dolor. En la fase terminal de la enfermedad, por ejemplo, los pacientes muestran múltiples síntomas físicos y psicológicos que les causan sufrimiento a ellos y sus familias, y que dificultan el diagnóstico de un trastorno psicológico.

Los estudios que han intentado evidenciar morbilidad psicológica por grupo de enfermedad muestran hallazgos contradictorios, ya que muchos han fracasado en su intento de vincularla con el tipo de cáncer y otros reportan tipos de cáncer altamente asociados como el orofaríngeo, pancreático, mama y pulmón.

Dentro del tratamiento, la cirugía se asocia con impacto en imagen corporal, aislamiento, problemas psicosexuales y dificultades en el funcionamiento social. Por esto, el temor y el duelo son respuestas probables ya que la cirugía y otros tratamientos para el cáncer son drásticos y pueden provocar reacciones de pérdida. Los pacientes con medicación psicotrópica por algún diagnóstico psiquiátrico previo, son vulnerables a la exacerbación los

síntomas asociados al trastorno diagnosticado (esquizofrenia, depresión mayor, trastornos de ansiedad, enfermedad maníaco-depresiva), por lo que el psiquiatra evita suspender la medicación en el período de tiempo cercano a la cirugía. Después de la cirugía se presenta depresión cuando los resultados de la misma son desfavorables, por lo que el período postoperatorio es de recuperación del procedimiento y de confrontación y adaptación a la pérdida y a la posible muerte. Además, se pueden presentar reacciones emocionales relacionadas con el sitio de la cirugía (lengua, laringe, cara, mamas, genitales, colon) y la pérdida de funcionalidad.

La quimioterapia, terapia hormonal, inmunoterapia y la radioterapia se consideran como procedimientos invasivos que perturban la vida de los pacientes y les recuerda constantemente que tienen cáncer. Junto a esto, la inmunoterapia, basada en el uso de citoquinas, y la quimioterapia pueden inducir síntomas depresivos en los pacientes que están sometidos a estos tratamientos. Además, en estos tratamientos es usual que las personas tengan una serie de síntomas que causan malestar tales como fatiga, náuseas, vómitos y dolor. Estos síntomas pueden abarcar desde los moderados hasta los severos en cuanto al funcionamiento cotidiano del paciente, imagen corporal, relaciones familiares, relaciones sexuales y malestar psicológico general.

En cuanto a los efectos neuropsiquiátricos secundarios de las drogas anti-cáncer, se puede afirmar que los síntomas como delirio, confusión, concentración deficiente, depresión, alucinaciones, desorientación, somnolencia, irritabilidad, agitación, deterioro de la memoria y alteraciones de la cognición son el resultado de disfunciones cerebrales y cerebelosas, de

la toxicidad en el sistema nervioso central o incluso de encefalopatías. Al terminar el tratamiento es posible que los síntomas puedan explicarse mejor por la carencia de enfermedad mensurable, menos contacto con los proveedores de cuidado de salud y la persistencia de síntomas que pueden manifestarse en ansiedad, depresión, tristeza, malestar emocional general, aumento del temor de recurrencia e incertidumbre.

Entre las variables de la enfermedad y el tratamiento también es importante analizar el problema de la discapacidad. Este término se define como alguna restricción o carencia de habilidad para realizar alguna actividad de la manera o dentro del rango que se consideró normal para un ser humano. Los pacientes oncológicos pueden experimentar discapacidades en diversas ocasiones en el curso clínico de la enfermedad. Las limitaciones para la adaptación psicosocial pueden ser el resultado de diversos tipos de alteraciones funcionales causadas por la enfermedad en sí misma, por los tratamientos del cáncer y/o por sus efectos secundarios. También pueden ser el resultado de la fatiga, la anorexia o caquexia, linfedema, deficiencias neuropsicológicas y otros síntomas relacionados. Algunos síntomas pueden ser agudos pero de corta duración como la náusea y la alopecia, otros pueden ser crónicos como las disfunciones sexuales o los problemas de memoria, y otros de duración variable como la fatiga. Esos síntomas pueden afectar la habilidad del paciente para permanecer activo e involucrarse en la vida diaria, y en algún momento del curso clínico pueden deteriorar la adaptación psicosocial.

c) Se ha encontrado una **interacción entre el paciente y los recursos** con los que cuenta para afrontar la enfermedad y ajustarse a la misma. Este es el concepto de afrontamiento, compuesto por los estilos y estrategias: los primeros se refieren a las características disposicionales, estables y duraderas (rasgo), que un individuo muestra en diferentes situaciones; las segundas se refieren a una gran variedad de respuestas cognitivas, conductuales e instrumentales (estado) diseñadas para resolver problemas específicos y así aliviar estresores específicos, mediante los cuales se intenta modificar la situación y disminuir la percepción de amenaza (centrada en el problema) o regular la respuesta emocional provocada por dicha amenaza (centrada en la emoción).

Numerosos estudios sugieren que el estilo de afrontamiento puede contribuir a la etiología o resultado físico del cáncer. Sin embargo, no hay acuerdo en cuanto al papel del afrontamiento en los pacientes oncológicos. Confrontación, redefinición del problema y cumplimiento con la asesoría médica son las respuestas que los estudios asocian con una mejor adaptación psicológica. Por el contrario, las respuestas con menor efectividad son las que incluyen intentar olvidar el problema, la aceptación estoica, la reducción de la tensión mediante el cigarrillo y el alcohol, la distracción, el retiro social y la culpabilización de sí mismo y de los demás. Sin embargo, también se demuestra que, en las fases agudas del diagnóstico y de la enfermedad, la negación o distracción pueden disminuir la ansiedad. A largo plazo, la tendencia a controlar emociones, ver el futuro sin esperanza, verse a sí mismo incapaz de realizar cambios que le permitan manejar la situación y adoptar la

aproximación de indefensión o fatalismo puede incrementar el riesgo de morbilidad psicológica.

- d) Los **factores del ambiente** se refieren a las estructuras sociales relacionadas con la persona y de las cuales puede recibir soporte social. Los efectos positivos del soporte social se explican de dos maneras: incremento en emociones, cogniciones y conductas positivas y amortiguamiento indirecto de los estresores vitales asociados con el cáncer. El soporte social debe analizarse de dos formas: el soporte estructural o la red social de personas con quienes el paciente tiene contacto regular y las funciones del soporte que incluyen las dimensiones emocional, informacional y la asistencia instrumental específica.

El apoyo social inadecuado es un factor de riesgo para la morbilidad psicológica en una variedad de ambientes. Los aspectos del soporte social que son de particular importancia para los pacientes oncológicos son tres: primero, las incertidumbres y temores experimentados por los pacientes oncológicos son el resultado probable de una elevada necesidad de soporte emocional, de la oportunidad de discutir sentimientos y recibir información; segundo, la naturaleza aterradora y estigmatizante de la enfermedad les dificulta la obtención de apoyo adecuado a los que experimentan problemas; y tercero, el tipo de apoyo que necesita la persona es diferente porque la enfermedad, y el tratamiento, es un proceso dinámico. Parece ser que el soporte social en pacientes oncológicos no tiene un impacto sobre el funcionamiento social, pero influye en la percepción de bienestar. Respecto

de las demandas propias del cáncer y de sus tratamientos, debe agregarse que el malestar psicológico puede deteriorar el apoyo social al desgastarlo si se convierte en una crisis crónica, y que las personas que brindan apoyo pueden responder disminuyendo su ayuda.

Por último, debe considerarse el contexto vital y dentro de éste, los esquemas relacionados con la salud y la etapa del desarrollo. Los esquemas se refieren a las representaciones sociales de la enfermedad que tiene el paciente en contraposición al conocimiento del médico, las cuales pueden diferir en cuanto a la consecución de objetivos. La etapa de desarrollo se refiere a la fase del ciclo vital en la que se encuentra la persona y que se relaciona con los objetivos y las tareas biológicas, personales y sociales.

- **Tratamiento de la depresión en personas con cáncer**

Los tratamientos para la depresión pueden dividirse en biológicos y psicológicos. Los tratamientos biológicos que se usan de manera preferencial son la medicación y la terapia electroconvulsiva. Las medicaciones antidepresivas se pueden clasificar en tres clases: antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina e inhibidores de las monoaminooxidasas. El tratamiento de la depresión con esta medicación es efectivo en casos de depresión cuya severidad vaya de moderada a severa; el conjunto de síntomas que predicen una respuesta favorable a los antidepresivos son disminución del apetito, insomnio, ataque agudo, historia familiar de depresión y una historia personal de respuesta a los antidepresivos o terapia electroconvulsiva.

Los antidepresivos tricíclicos han mostrado ser eficaces en el tratamiento de la depresión. Como todas las medicinas, tienen efectos secundarios, tales como taquicardia, hipotensión postural y sedación. El uso de estos medicamentos con pacientes suicidas conlleva serios riesgos debido a la toxicidad neurológica y cardiovascular.

El uso de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina están indicados para los mismos casos en los que se utilizan los antidepresivos tricíclicos. Se prefiere para tratar la depresión debido a su efectividad comparable a los tricíclicos pero con efectos secundarios reducidos. Los efectos secundarios comunes de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina son gastrointestinales y sexuales incluyendo náusea, diarrea y disfunción sexual. También se han reportado disminución del apetito, nerviosismo y temblores.

Los inhibidores de las monoaminoxidasas son indicados en general en los casos de depresión atípica que no responde adecuadamente a los tricíclicos y a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. La categoría de depresión atípica incluye depresión no melancólica, depresión con ansiedad, sensibilidad al rechazo, dolor crónico o síntomas vegetativos invertidos como aumento del apetito e hipersomnio. Mientras se supone que los tricíclicos y los inhibidores de la recaptación de la serotonina alteran el funcionamiento de la neurotransmisión al inhibir la recaptación de aminas dentro de la hendidura presináptica, los inhibidores de las monoaminoxidasas actúan a través de la inhibición de la monoaminoxidasa o enzima que provoca una degradación o pérdida de la efectividad de los neurotransmisores catecolamina y serotonina. Entre los efectos secundarios de los inhibidores de las monoaminoxidasas se encuentran jaquecas, boca seca, insomnio,

constipación, sedación, visión borrosa y náusea. Son de interés particular las interacciones potenciales no placenteras y aún fatales entre estos inhibidores con alimentos que contienen altos niveles de tiramina. Al ingerir inhibidores de las monoaminooxidasas, se deben evitar quesos añejados, vinos tintos, salsa de soya, pescado ahumado y otros alimentos que contengan la sustancia ya referida.

El tratamiento farmacológico de los síntomas severos de depresión en cáncer se indica en personas que cumplen los criterios de episodios depresivos mayores, ya que se ha comprobado su eficacia en estos casos. Se debe considerar la toxicidad y seguridad de los medicamentos antidepresivos, dado que los tratamientos para el cáncer (quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia) pueden debilitar al paciente y dejarlo en estado vulnerable. Un perfil de seguridad no favorable para antidepresivos tricíclicos puede evitar su uso en personas con cáncer.

La terapia electroconvulsiva se considera generalmente como un último recurso de tratamiento, utilizado en personas que requieren hospitalización por la severidad de la depresión o que no responden adecuadamente a medicaciones antidepresivas. Esta terapia es considerada primaria cuando se necesita una respuesta rápida al tratamiento, cuando el riesgo de la medicación es grande en comparación con la terapia electroconvulsiva, cuando hay una historia de respuesta pobre a la medicación o historia de respuesta positiva a la terapia electroconvulsiva o cuando la persona prefiere este tratamiento a otros. Ha mostrado especial efectividad cuando la depresión está acompañada por psicosis o retardo psicomotor marcado y estupor depresivo. Aunque el mecanismo a través del cual la terapia electroconvulsiva alcanza los efectos antidepresivos no se conoce muy bien, se sabe que la inducción de un ataque de gran mal es esencial para su éxito; una posible explicación es que la

liberación de norepinefrina y dopamina durante el ataque lleve a un mejoramiento general del funcionamiento del sistema de aminas.

Los tratamientos psicológicos para la depresión que se utiliza generalmente la terapia cognitiva, la terapia cognitivo-conductual y conductual. La terapia cognitiva de Beck para la depresión asume que las personas deprimidas frecuentemente mantienen un pensamiento negativo que al ponerse al escrutinio será encontrado erróneo. Los terapeutas en terapia cognitiva enseñan a los pacientes a atender sus pensamientos, algunos de los cuales son distorsionados. Luego, enseñan a las personas formas efectivas que les permitan reconsiderar sus pensamientos, mediante preguntas que permitan verificar la validez de dichos pensamientos..

La decisión de tratar a un paciente por depresión en el escenario de cuidado primario, mediante una terapia psicológica, no se toma siempre sobre la base de criterios diagnósticos rígidos, sino sobre el juicio de severidad y duración de los síntomas que experimenta la persona y la probabilidad de una recuperación espontánea en un ambiente de apoyo. Los objetivos del tratamiento psicológico en cáncer son reducir el dolor emocional y mejorar el ánimo, la capacidad de afrontamiento, la autoestima, el sentido de control y la solución de problemas. A menudo, los pacientes con cáncer son remitidos en momentos de crisis de la enfermedad como recurrencia, comienzo de un nuevo tratamiento, fracaso del tratamiento actual o cuando los pacientes se perciben a ellos mismos como terminales. La referencia es a menudo una emergencia y los pacientes en crisis aceptan de buena gana una intervención; un modelo de intervención útil es la combinación de aspectos educacionales y técnicas cognitivas, junto con el suministro

de apoyo emocional y social brindado por la familia, amigos, grupo religioso y “pacientes veteranos”.

Entre los tratamientos disponibles para estos pacientes se encuentran la psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, hipnoterapia, psicoeducación multimedia, entrenamiento de relajación y retroalimentación, grupos de autoayuda, terapia cognitiva, terapia de apoyo, entrenamiento en solución de problemas y en habilidades sociales. Varios estudios han evaluado la eficacia de las intervenciones de soporte psicosocial en pacientes deprimidos, encontrándose que no solamente son más efectivos en el afrontamiento sino que incrementan el tiempo de supervivencia. Los estudios indican que una intervención psicosocial adecuada no solamente incrementa la calidad de vida del paciente con cáncer, sino también la extienden.

La última opción de tratamiento de la depresión es la combinación de la farmacoterapia con la psicoterapia. Las razones que se argumentan para hacerlo son los potenciales beneficios evidenciados en aumento de la respuesta al tratamiento, mejoramiento de la calidad de vida, reducción de las tasas de recaída/recurrencia y facilitación de dosis bajas de medicación junto con el aumento de la adherencia al tratamiento. La combinación de los tratamientos puede hacerse de tres maneras: concurrente (psicoterapia más farmacoterapia), secuencial (adicionar otro tratamiento para quienes no responden o responden parcialmente al tratamiento en la fase aguda de tratamiento) y mezclado (cambiar a psicoterapia para la fase de mantenimiento del tratamiento después de la respuesta a la farmacoterapia en la fase aguda). Como ya se indicó, el manejo óptimo de los síntomas depresivos en personas con cáncer se realiza cuando se combina la psicoterapia de apoyo, las técnicas cognitivo-conductuales y la medicación antidepresiva.

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

- **Autor:** Córdova PM.

Título: Calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014.

Fuente: Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2013.

Resumen: Se realizó un estudio prospectivo, transversal, analítico durante los meses de junio y julio 2014 en mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino. Se estudió una muestra por conveniencia de 73 mujeres, a las que se aplicó La Necuesta de Calidad de Vida para el Cáncer QLQ-C30 y para el cáncer de cuello uterino QLQ-CX24, además de datos demográficos. Se tuvo información adecuada de 67 paciente. Declararon que tenían regular calidad de vida, con mayor deterioro del nivel emocional, manteniéndose en buenas condiciones el aspecto social. Además se asoció negativamente a síntomas como la fatiga y el dolor, y además síntomas relacionados a la actividad sexual. Se encontraron notables asociaciones entre una mejor calidad y el tipo histológico (adenocarcinoma) y la ocupación (fuera de casa).

- **Autor:** Pérez MAR.

Título: Análisis de sobrevida al cáncer de mama en mujeres menores de 40 años. Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2001-2010.

Fuente: Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2012.

Resumen: Se hizo una revisión retrospectiva de historias clínicas de un total de 45 casos en 10 años. Se encontró que al finalizar el periodo de estudio el 42,22% de mujeres sobrevivió libre de enfermedad, 15,56% sufrió recaída, y 6,67% de casos fallecieron por cáncer de mama. El 8,89% de mujeres con tenían hijos, en 26,67% no dieron de lactar; el 6,67% tenía antecedente familiar de cáncer de mama. El 64,44% presentó sobrepeso u obesidad. En 71,11% de casos el tumor fue un carcinoma ductal, en 11,11% un carcinoma lobulillar. La mayoría fueron tumores moderadamente diferenciados (64,44%) o indiferenciados (28,89%). El estadio clínico predominante fue el III B en 37,78%. El 82,22% de mujeres se sometió a cirugía (mastectomía radical modificada en 53,33%). En 77,78% se indicó radioterapia y en 82,22% también quimioterapia. La sobrevida a los 6 meses fue del 90%, a los 2 años se aproximó a 84% y a los 5 años alcanzó el 67%.

A nivel nacional

- **Autor:** Sánchez AP.

Título: Reacciones emocionales en mujeres con cáncer de cuello uterino.

Fuente: Tesis para optar el título de licenciado en Psicología Clínica. Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú. 2015

Resumen: En la presente investigación se exploraron las reacciones emocionales en un grupo de 7 mujeres con cáncer de cuello uterino, con un rango de edad entre 34 y 49 años, que fueron pacientes de un centro de prevención de cáncer de Lima Metropolitana. Para dicho propósito se creó y utilizó una entrevista semi estructurada de 6 preguntas abiertas y dirigidas a explorar dichas reacciones emocionales. Se identificaron tres momentos principales a lo largo del proceso de enfermedad: el pre diagnóstico, el diagnóstico y el post diagnóstico. Se encontró que las mujeres experimentaron más reacciones emocionales frente al diagnóstico, sin embargo algunas de estas reacciones persistieron en momentos posteriores, dentro de los cuales estuvieron los tratamientos y la etapa de remisión del cáncer. Algunas de las reacciones encontradas fueron la depresión, el miedo, la preocupación, la vergüenza, el shock emocional, entre otras. Además, se hallaron otros aspectos importantes relacionados con el proceso de enfermedad como algunas reacciones conductuales, cognitivas y sociales, así como el autocuidado, el afrontamiento, el soporte, la motivación, el sistema de salud y la percepción que tuvieron las participantes del cáncer a raíz de haberlo vivido.

- **Autor:** Calva JB, Castro MG.

Título: Nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012.

Fuente: Tesis para optar el título de licenciadas en Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Antenor Orrego, Trujillo 2015.

Resumen: Con el objetivo de determinar el nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012; se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, en 130 mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Se utilizó el test de depresión y ansiedad de Hamilton y test de autoestima de Rosenberg. El nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 50%, moderada 42%, ausente 8%. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 56%, moderada 35%, ausente 9% y el nivel de autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es bajo 69%, mediano en 29%, alto 2%. Es necesario realizar una implementación adecuada de la estrategia sanitaria de las enfermedades no transmisibles: cáncer desde el primer nivel de atención que permita el manejo integral y multidisciplinario del paciente con cáncer.

- **Autor:** Aguilar FS, Quinde Y.

Título: Niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - 2013.

Fuente: Tesis para optar el título de licenciadas en Obstetricia. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Antenor Orrego, Trujillo 2015.

Resumen: Con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas- 2013; se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, en 70 mujeres con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Se utilizó el test de ansiedad y depresión de Hamilton. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III es ausente 2, 9%, leve 34, 3%, grave un 51, 4%. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV es ausente 1, 4%, moderada 2, 9%, grave un 7, 1%. El nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III es grave un 47, 2%, moderada 40%, ausente 1, 4%. El nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV es grave un 5, 9%, moderada 2, 9%, ausente 2, 9%. Es necesario realizar una implementación adecuada de la estrategia sanitaria de cáncer desde el primer nivel de atención que permita el adecuado manejo integral y oportuno del paciente con cáncer.

A nivel internacional

- **Autor:** Sánchez T.

Título: Efectos psíquicos de las mastectomía (preventiva y terapéutica).

Cambios en la percepción de las mujeres con cáncer de mama.

Fuente: Papeles del psicólogo, 2015; 36(1):62-73

Resumen: ¿Qué sentido puede tener escribir un trabajo más -dada la abundante literatura específica sobre ello-, que analice las consecuencias de la mastectomía en mujeres que o bien han sido diagnosticadas previamente de un cáncer de mama o bien tienen un fundado temor genético a desarrollarlo en un futuro indeterminado a tenor de los antecedentes familiares que poseen? Repasaremos algunos trabajos destacados sobre el impacto en el psiquismo de la mastectomía (sea ésta como forma de prevención secundaria frente al cáncer o sea profiláctica) en comparación con la llamada cirugía conservadora (lumpectomía, tumorectomía), a fin de valorar el consenso o el disenso entre los investigadores. Nuestra hipótesis de trabajo es que se ha producido en las pacientes con cáncer de mama un cambio de tendencia en su perspectiva de la mastectomía coincidente con el cambio de siglo (y milenio), tal vez debido a la generalización de la cirugía reconstructiva mamaria tras la resección, lo que mitiga el alcance traumático (imaginario, simbólico y físico) de la amputación sin reconstrucción.

- **Autor:** García-Torres F, Alós FJ.

Título: El psicoticismo después del cáncer de mama.

Fuente: Avances en psicología clínica, 2013. ISBN: 978-84-695-6987-0.

Resumen: El cáncer de mama puede producir cambios en la Personalidad de las pacientes que lo han superado. En este estudio intentamos encontrar estas alteraciones en 25 supervivientes al cáncer de mama, comparadas con un grupo control con el mismo número de participantes, aplicando el Cuestionario de Personalidad de Eysenck-Revisado (EPQ-R). Los resultados muestran que las supervivientes tienen puntuaciones más bajas en extraversión, y más altas en neuroticismo, psicoticismo y sinceridad/conformidad, que el grupo control, y además en psicoticismo las diferencias fueron significativas, explicando el 35% de la variabilidad entre los grupos. Por otro lado, la edad de las supervivientes mostraba correlaciones significativas y positivas con la sinceridad/conformidad, pero no con el resto de dimensiones de personalidad. Posteriormente, evaluamos si el tipo de tratamiento médico (mastectomía, quimioterapia y radioterapia) al que habían sido sometidas las pacientes podía predecir los cambios observados en la personalidad. Los resultados que obtuvimos de los análisis de regresión lineal realizados no pueden respaldar que el tipo de tratamiento tenga capacidad predictiva sobre las dimensiones evaluadas. A partir de estos datos concluimos que el cáncer de mama provoca cambios en la personalidad en las supervivientes, especialmente en psicoticismo, y dichos cambios deben explicarse teniendo en cuenta más variables que el tipo de tratamiento recibido. Estos resultados pueden ayudar a una mejor comprensión de los efectos que tiene el cáncer de mama sobre la personalidad de las personas que lo han

padecido, y para diseñar intervenciones destinadas a incrementar el ajuste psicológico de este grupo de pacientes.



Objetivos.

- **General**

Establecer diferencias en la frecuencia y severidad del estado depresivo en mujeres diagnosticada de cáncer de cuello uterino y de mama en el Hospital Goyeneche, Arequipa durante julio-diciembre del 2016.

- **Específicos**

- 1) Conocer la frecuencia de depresión en mujeres diagnosticadas de cáncer de cuello uterino en el Hospital Goyeneche, Arequipa durante julio-diciembre del 2016.
- 2) Conocer la frecuencia de depresión en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en el Hospital Goyeneche, Arequipa durante julio-diciembre del 2016.
- 3) Comparar la frecuencia y severidad de depresión en mujeres con cáncer de mama y cáncer de cuello uterino en el Hospital Goyeneche, Arequipa durante julio-diciembre del 2016.
- 4) Describir las características sociodemográficas de las mujeres diagnosticadas de cáncer de cuello uterino y de mama en el Hospital Goyeneche, Arequipa durante julio-diciembre del 2016.

4. Hipótesis

Dado el tratamiento del cáncer ginecológico de mama y de cuello uterino afectan de manera diferente la forma cómo se percibe una mujer además de la afectación anatómica y funcional, es probable que existan diferencias en la frecuencia y severidad del estado depresivo en mujeres diagnosticadas de cáncer de cuello uterino y de mama.

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta y la entrevista.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) y en el inventario de depresión de Hamilton (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural durante el segundo semestre del año 2016.

2.3. Unidades de estudio: Mujeres diagnosticadas de cáncer de cuello uterino y de mama en el Hospital Goyeneche, Arequipa.

2.4. Población: Todas las mujeres diagnosticadas de cáncer de cuello uterino y de mama en el Hospital Goyeneche

Muestra: No se calculará un tamaño de muestra ya que se espera considerar a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

Criterios de selección:

♦ **Criterios de Inclusión**

- Mujer con cáncer de mama o de cérvix sometida a tratamiento oncológico
- Edades comprendidas entre 18 y 65 años
- Participación voluntaria en el estudio.

♦ **Criterios de Exclusión**

- Pacientes que no sepan leer ni escribir
- Mujeres quechuahablantes exclusivas
- Pacientes previamente diagnosticados de trastorno psicótico
- Presencia de un acontecimiento vital estresante en los últimos 30 días.
- Cuestionarios incompletos o mal llenados

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán coordinaciones con la Dirección del Hospital y con la Jefatura del servicio de Oncología para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se entrevistará a todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama o de cérvix que hayan sido diagnosticadas durante el 2016 para solicitar su participación voluntaria, verificando que cumplan los criterios de selección. Se empleará la Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS), la cual consta de 17 ítems heteroaplicados que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora
- Asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

La Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS) consta de 17 ítems heteroaplicados (contestadas por el paciente y reformuladas por el entrevistador) que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. Los ítems 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10 y 11 van de 0 hasta 4; los ítems 4, 5, 6, 12, 13, 14 y 16 que van de 0 hasta 3 y los ítems 15 y 17 van desde 0 hasta 2 puntos ².

El marco de referencia temporal es el de los últimos días. Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación.

La escala proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro; el puntaje total es 52, de este puntaje se la categoriza de la siguiente manera:

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

Fiabilidad: La prueba muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

3.4. Criterios para manejo de resultados

² Sadock V y cols. Op. Cit.

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2013).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará mediante el cálculo del chi cuadrado. Para el

análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.

III. Cronograma de Trabajo

Actividades	Junio				Jul-Ago				Enero				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. Elección del tema	■	■											
2. Revisión bibliográfica			■	■									
3. Aprobación del proyecto					■	■							
4. Ejecución							■	■					
5. Análisis e interpretación									■				
6. Informe final										■			

Fecha de inicio: 01 de Junio 2016

Fecha probable de término: 15 de enero 2017