

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DEL SUR - AREQUIPA - 2017

Tesis presentada por Bachiller:

DIANA ERIKA LISSETTE DÁVILA RIEGA

**Para obtener el Título Profesional de
Médico Cirujano**

Asesor: Juan Manuel Zevallos Rodríguez

Arequipa - Perú

2017

DEDICATORIA

A mis padres, que me enseñaron que con dedicación y esfuerzo se logran vencer los obstáculos en la vida; obstáculos que nos impiden lograr nuestras metas y objetivos deseados; para así poder ser una persona mejor.

Les agradezco tanto, porque sé por todo lo que hemos pasado estos siete años de estudio; sé de los sacrificios que hemos tenido que hacer por el bien de la familia.

Les agradezco porque a pesar de la distancia siempre estuvieron apoyándome y haciéndome sentir su presencia, quizás no física, pero sí espiritual.

A mi hermana, quien siempre estuvo junto a mí, siendo un gran apoyo.

Tú, me enseñaste que todo se puede y que no hay que darnos por vencidos.

Gracias a ustedes, mi familia, por estar siempre presente en mi vida; y es por ustedes que hoy soy quien soy.

Los amo.

EPÍGRAFE

APRENDÍ

Que un tropezón no es caída...

Que todo en la vida vuelve...

Que no hay mal que por bien no venga...

Que con voluntad y esfuerzo,

Todo resulta más fácil...

Que lo más valioso del mundo,

Es la familia y amigos de verdad...

Que no se llora a quien no te valora...

Que por más tropezón, caída u obstáculo,

O barrera que se interponga en el camino,

El objetivo es levantar la cabeza y

SEGUIR ADELANTE!

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II. RESULTADOS	11
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	42
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	63
Anexo 1 Proyecto de investigación	64
Anexo 2 Matriz de sistematización de información	135

RESUMEN

El cáncer en estado terminal puede acompañarse de mayor frecuencia de depresión y de ideación suicida; por eso, se pretende determinar las características clínico-epidemiológicas y la frecuencia de depresión y riesgo de suicidio en pacientes con cáncer terminal en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur de Arequipa en el año 2017.

Utilizando una muestra de 100 pacientes, aplicando encuestas con la escala de depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) y la Escala de Ideación suicida (SSI). Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se asocian resultados con prueba Chi cuadrado.

Encontrando que, el 38% de casos con cáncer fueron varones y el 62% mujeres, de los cuales el 28% de casos tuvieron de 60 a 69 años. El 31% de casos tiene menos de un año de enfermedad y 31% tiene un año. 14% con dos años de enfermedad y 24% de tres a más años de enfermedad.

Predominó el cáncer de pulmón (17%), el de mama (12%), y el de ovario y de colon-recto (11% cada caso).

Se encontró que 60% de casos tienen depresión, y se determinó que, 35% de casos fue leve, en 9% moderada, en 16% severa, y el 62% de casos tuvo ideación suicida. No se encontró influencia significativa de la edad, sexo, tiempo de enfermedad, o tipo de cáncer en la presencia de depresión o de riesgo de suicidio en los pacientes con cáncer terminal ($p > 0.05$), pero la ideación suicida aumentó de 32.50% en casos sin depresión, a 74.29% entre pacientes con depresión leve, 88.89% en casos con depresión moderada, y a 93.75% en pacientes con depresión severa.

Concluyendo que, la frecuencia de depresión y de ideación suicida es elevada entre pacientes con cáncer terminal, y esta última se incrementa con los niveles mayores de depresión.

PALABRAS CLAVE: depresión – ideación suicida – cáncer terminal.

ABSTRACT

End stage cancer may be accompanied by a greater frequency of depression and suicidal ideation; therefore, it is intended to determine the clinical-epidemiological characteristics and the frequency of depression and suicide risk in patients with terminal cancer at the Regional Institute of Neoplastic Diseases of South Arequipa in 2017.

Using a sample of 100 patients was surveyed using the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and the Suicidal Ideation Scale (SSI). Results are shown by descriptive statistics and results are associated with chi square test.

Finding that, 38% of cases with cancer were male and 62% female, with ages ranging from 60 to 69 years in 28% of cases. 31% of cases have less than one year of illness and 31% have one year, with 14% with two years of illness and 24% from three to more years of illness. Lung cancer (17%), breast cancer (12%) and ovary and colon-rectal cancer predominated (11% each case). It was found that 60% of cases have depression, which in 35% of cases was mild, 9% moderate and 16% severe, and 62% of cases had suicidal ideation. There was no significant influence of age, sex, disease time, or cancer type in the presence of depression or suicide risk in patients with terminal cancer ($p > 0.05$), but suicidal ideation increased from 32.50% in Cases without depression, 74.29% among patients with mild depression, 88.89% in cases with moderate depression, and 93.75% in patients with severe depression.

Concluding that, the frequency of depression and suicidal ideation is high among patients with terminal cancer, and the latter increases with higher levels of depression.

KEYWORDS: depression - suicidal ideation - terminal cancer.

INTRODUCCIÓN

“El Perú, desde hace tres décadas, ha sufrido un proceso de transición demográfica-epidemiológica hacia las enfermedades crónicas, variando la incidencia de ciertos grupos de causas de muertes; observándose, la disminución en la importancia relativa de las enfermedades transmisibles y afecciones originadas en el período perinatal; lo cual es producto de las mejoras en el sistema de salud y los adelantos en la medicina y farmacología, que impactan positivamente sobre todo en la mortalidad infantil. Por otro lado, ocurre un incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas (causadas por tumores y ciertas enfermedades del sistema circulatorio), las mismas que se asocian a los cambios en la estructura por edad influenciada por el envejecimiento de la población”.¹

Por lo tanto, la enfermedad oncológica en el Perú ha ido aumentando considerablemente con el paso de los años; debiéndose, en la actualidad al gran aumento de la expectativa de vida de la población peruana, que en promedio alcanza los 74 años de vida. Por lo cual, se ha generado un alto grado de morbi-mortalidad en la población, debido al pobre acceso y al elevado costo que representa la atención en salud en el Perú; además, que en un 75% de los casos los pacientes son diagnosticados tardíamente y con posible diseminación generalizada del cáncer, determinando en ellos un pronóstico muy desalentador y que, quizá la única opción de tratamiento sea la terapia paliativa, esperando solo brindarle al paciente una muerte digna, libre de dolor y sufrimiento.

El cáncer muy frecuentemente se asocia al desarrollo de una morbilidad psicológica; ya que, esta enfermedad genera síntomas invalidantes y desagradables en los pacientes, favoreciendo la aparición de síntomas, los cuales pueden ser confundidos

con los síntomas propios de la enfermedad o los producidos por el tratamiento aplicado. Sin embargo, el personal de salud, íntimamente relacionado con los pacientes oncológicos debe prestar mucha atención a estos síntomas, manifestaciones y cambios que se dan en el comportamiento de los pacientes, cambios en el sentido que le dan a su vida, interfiriendo de esta manera en la relación con las personas, con las cuales se relacionan cotidianamente.

La morbilidad psicológica más asociada al cáncer es la depresión, representando uno de los problemas emocionales que con más frecuencia se desarrolla en los pacientes con cáncer en estado terminal.

Los pacientes día a día luchan contra la muerte, generándose en ellos sentimientos de miedo, tristeza, angustia, desamparo y soledad. Soledad, porque los pacientes se aíslan; además, que son conscientes que su enfermedad no solo les afecta a ellos, sino también a su familia.

Todos los sentimientos que se generan en los pacientes con cáncer, no solo por los síntomas físicos como el gran dolor que manifiestan, sobre todo cuando se encuentran en un estado terminal de su enfermedad; sino también, por los síntomas psíquicos que en ellos se desarrollan, los cuales los llevan en la mayoría de los casos a desarrollar ideas autolesivas o autolíticas.

Si la depresión que presentan los pacientes con cáncer, que puede variar en grados de intensidad, se asocia al desarrollo de ideas suicidas generan un factor de mal pronóstico en los pacientes; ya que dicha asociación, conllevaría no solo al desarrollo de ideas, sino al riesgo de intento de suicidio e incluso a un suicidio consumado.

CAPÍTULO I.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de recolección de datos, mediante encuesta y entrevista semi-estructurada.

Instrumentos: Se utilizó el instrumento de Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) para evaluar la existencia y el grado de depresión presente en los pacientes con cáncer en estado terminal. Se escogió dicho instrumento por ser una escala heteroaplicada, diseñada para evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido; además, por estar validado y ser ampliamente utilizado en múltiples trabajos de investigación.

Se utilizó la versión creada en 1967, que consta de 21 ítems, cada uno se valora de 0 a 4, eligiendo el paciente la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta, ya sea en el momento actual y/o los días o semana previa la entrevista; obteniéndose posteriormente una puntuación total de la escala como resultado de la suma de la puntuación asignada a cada uno de los ítems.

En esta escala según la suma total de los puntos obtenidos se valora así:

- 0 – 14 Normal.
- 15 – 28 Leve.
- 29 – 41 Moderado.
- 42 – 63 Severo.
- 64 ó > Muy severo.

La descripción de todos los ítems de esta escala se describen en el Anexo 1.

Para evaluar la existencia de riesgo suicida se utilizó el instrumento de Escala de Ideación suicida (SSI), es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck en 1979; es una de las más utilizadas, con validez de criterio y confiabilidad bien demostrada. Utilizada para poder cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de intensidad con que alguien pensó o está pensando suicidarse.

La escala utilizada consta de 20 ítems que debe ser puntuada por el entrevistador en el transcurso de una entrevista semi-estructurada; siendo el último ítem no contabilizado en la puntuación total por tener un valor meramente descriptivo.

Cada ítem se valora de 0 a 2 según refleje las características de la ideación suicida, teniendo como puntuación total de escala, la suma de los valores obtenidos en los 19 primeros ítems.

El rango de puntuación total es de 0 a 38; si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de intentar suicidarse” y (5) “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista. En caso contrario, se sigue aplicando. Una puntuación mayor o igual que 1 es considerada como indicador de riesgo suicida, y mientras más elevado es el puntaje, más elevado es el riesgo de suicidio.

La descripción de todos los ítems de esta escala se describen en el Anexo 1.

Previamente a la aplicación de los instrumentos detallados, se empleó de una ficha de recolección de datos, con el cual se realizaron unas preguntas que hacen referencia a datos personales del entrevistado como su edad, sexo, tiempo de enfermedad y tipo de cáncer.

Materiales:

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

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en las instalaciones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN-SUR), ubicado en el departamento de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural en el periodo de Diciembre del año 2016 hasta Febrero del año 2017.

2.3. **Unidades de estudio:** Las unidades de estudio estuvieron conformadas por pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre un rango de 18 a 80 años y con diagnóstico confirmado de cáncer en estado terminal, atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Población: Todos los pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre un rango de 18 a 80 años y que tengan el diagnóstico confirmado de cáncer en estado terminal, atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Muestra: Se contó con una muestra de 100 pacientes en un tiempo de dos meses aproximadamente, durante el cual se entrevistó a pacientes que posean el diagnóstico de cáncer en estado terminal y que aceptaron ingresar al estudio con previo consentimiento informado.

Además los integrantes de la muestra cumplieron los criterios de selección.

2.4. **Criterios de selección:**

- **Criterios de Inclusión**

- Pacientes de 18 a 80 años
- Pacientes de ambos sexos
- Pacientes con diagnóstico definitivo de cáncer en estado terminal

- **Criterios de Exclusión**

- Pacientes que no deseen participar del estudio
- Pacientes con diagnóstico de cáncer en estado no terminal
- Pacientes con alguna patología física o psicológica que le impida responder adecuadamente la entrevista

3. **Tipo de investigación:** El presente trabajo de investigación, se trata de un estudio de campo.

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

5. **Estrategia de Recolección de datos**

5.1. **Organización**

El autor, previamente interesado acerca del tema en desarrollo, realizó el proyecto de tesis; el cual, fue aprobado luego de enviarse una solicitud formal para la revisión y aprobación de dicho proyecto de tesis a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María. Posterior a ello, se realizó la organización necesaria con las autoridades respectivas; y al contar así, con su aprobación, se acudió a las instalaciones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur para

solicitar el permiso necesario para acudir a sus instalaciones, haciéndole llegar una carta de presentación dada por el Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María; además de los alcances del presente estudio.

Finalmente, se procedió a recolectar los datos necesarios para la realización del presente proyecto; para lo cual se hizo uso de las historias clínicas y de la entrevista con los pacientes seleccionados que cumplieran con los criterios de selección, empleándose los respectivos instrumentos validados para depresión y suicidio; además del cuestionario para obtener los datos personales del paciente.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en una base de datos, para su posterior análisis e interpretación.

5.2. Validación de los instrumentos

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva y Cordero. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

La escala de ideación suicida es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Se han realizado estudios en nuestro país, llevados a cabo por el MINSA para crear una guía práctica de conducta suicida. La Escala de Ideación Suicida de Beck (ISS) fue diseñada para

cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de auto-destructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros (Beck y cols. 1979). La ISS consta de 20 ítems; siendo, los 19 primeros reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semi-estructurada y el ítem 20 no considerado para la puntuación total por ser descriptivo. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse.

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 del 1 al 367 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 una hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con 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 con la prueba Chi cuadrado, con un valor de significancia de $p < 0.05$. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.





CAPÍTULO II.
RESULTADOS

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Tabla 1

Distribución de pacientes con cáncer según edad y sexo

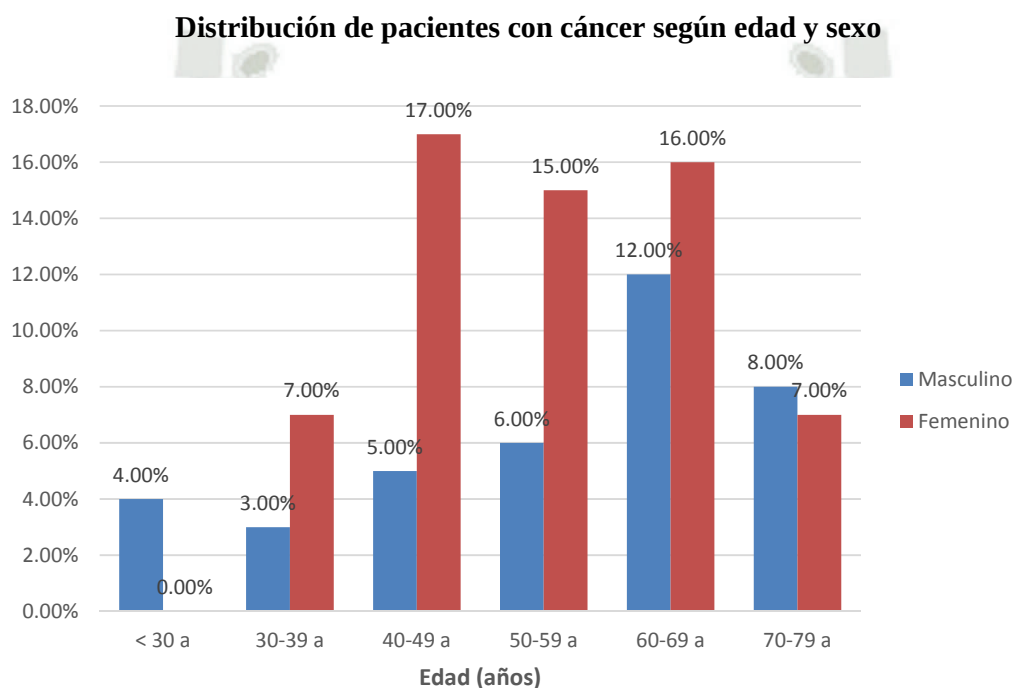
Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 30 a	4	4.00%	0	0.00%	4	4.00%
30-39 a	3	3.00%	7	7.00%	10	10.00%
40-49 a	5	5.00%	17	17.00%	22	22.00%
50-59 a	6	6.00%	15	15.00%	21	21.00%
60-69 a	12	12.00%	16	16.00%	28	28.00%
70-79 a	8	8.00%	7	7.00%	15	15.00%
Total	38	38.00%	62	62.00%	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra que el 38% de casos con cáncer fueron del sexo masculino y 62% del sexo femenino. En cuanto a la edad, se aprecia que el rango de edad más frecuente estuvo entre 60 a 69 y 40 a 49 años, con un porcentaje de 28% y 22% respectivamente; así mismo, el menor porcentaje correspondió a aquellos con edades menores a 30 años. La edad promedio de los varones fue de 56.63 ± 16.88 años y para las mujeres de 54.77 ± 12.39 años.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

Edad promedio $\pm$ D. estándar (mín – máx)

- Masculino: 56.63 $\pm$ 16.88 años (19 – 78 años)
- Femenino: 54.77 $\pm$ 12.39 años (31 – 79 años)

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Tabla 2

Distribución de pacientes con cáncer según tiempo de enfermedad

	Nº	%
1-3 meses	9	9.00%
4-6 meses	12	12.00%
7-11 meses	10	10.00%
1 año	31	31.00%
2 años	14	14.00%
3 años	11	11.00%
4-6 años	10	10.00%
> 6 años	3	3.00%
Total	100	100.00%

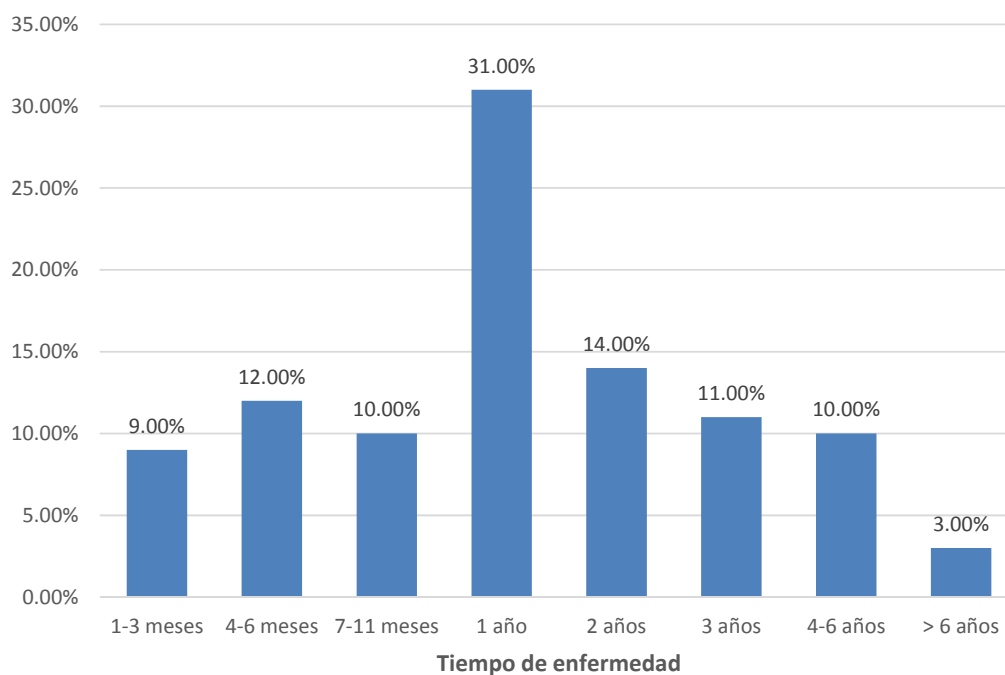
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

La **Tabla y Gráfico 2**, se aprecia que el 31% de los pacientes tiene menos de un año de enfermedad y el 31% tiene un año, un 14% con dos años de enfermedad y 24% de tres a más años de edad. Siendo, el mínimo porcentaje los pacientes con más de 6 años de enfermedad con un 3%.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Gráfico 2

Distribución de pacientes con cáncer según tiempo de enfermedad



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Tabla 3

Distribución de pacientes con cáncer según tipo de cáncer

	N°	%
Pulmón	17	17.00%
Mama	12	12.00%
Ovario	11	11.00%
Colon-Recto	11	11.00%
Gástrico	9	9.00%
Linfoma No Hodgkin	9	9.00%
Vesícula biliar	7	7.00%
Piel	6	6.00%
Testículo	6	6.00%
Cérvix	3	3.00%
Próstata	2	2.00%
Sarcoma p. blandas	2	2.00%
Vejiga	2	2.00%
Duodeno	1	1.00%
Otros	2	2.00%
Total	100	100.00%

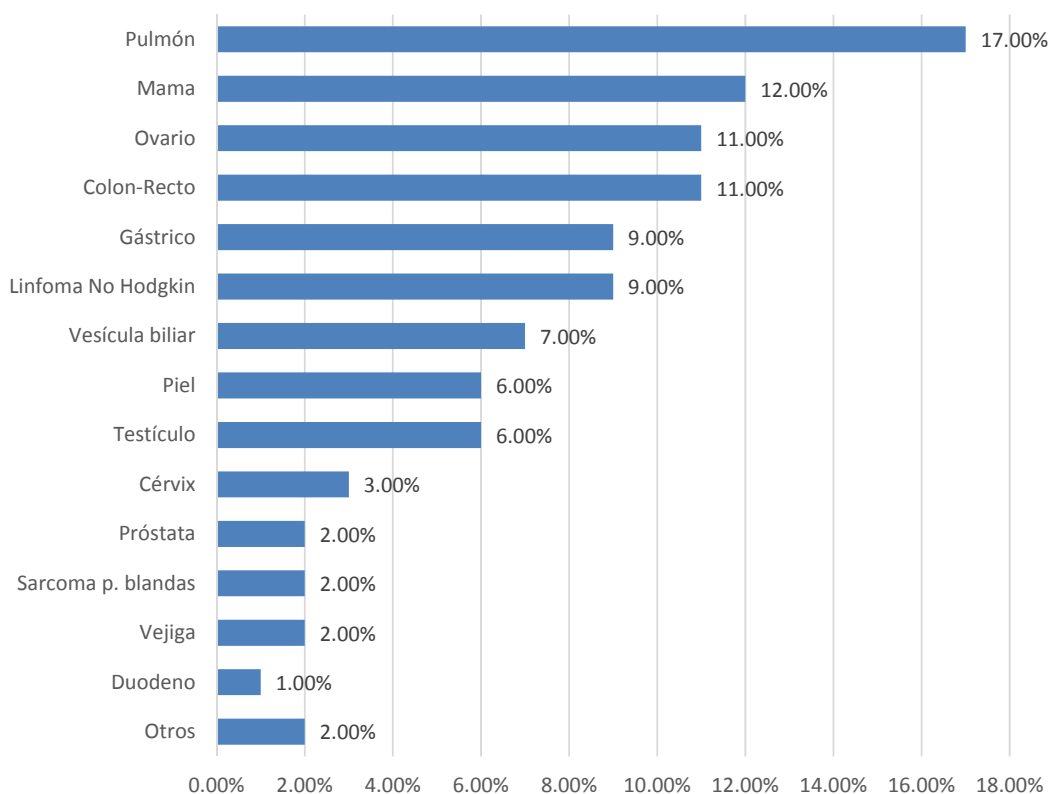
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

El tipo de cáncer que afecta a los pacientes se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**; donde, se observa que predominó el cáncer de pulmón en un 17%, el de mama en un 12%, y el de ovario y de colon-recto en un 11% cada caso; seguido del cáncer gástrico y el linfoma no-Hodgkin en un 9% cada uno; entre otros. Siendo, el menos frecuente el cáncer de duodeno representado con un 1% del total de casos.

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL IREN SUR - AREQUIPA – 2017”

Gráfico 3

Distribución de pacientes con cáncer según tipo de cáncer



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Tabla 4

Distribución de pacientes con cáncer según nivel de depresión

	N°	%
Normal	40	40.00%
Leve	35	35.00%
Moderado	9	9.00%
Severo	16	16.00%
Total	100	100.00%

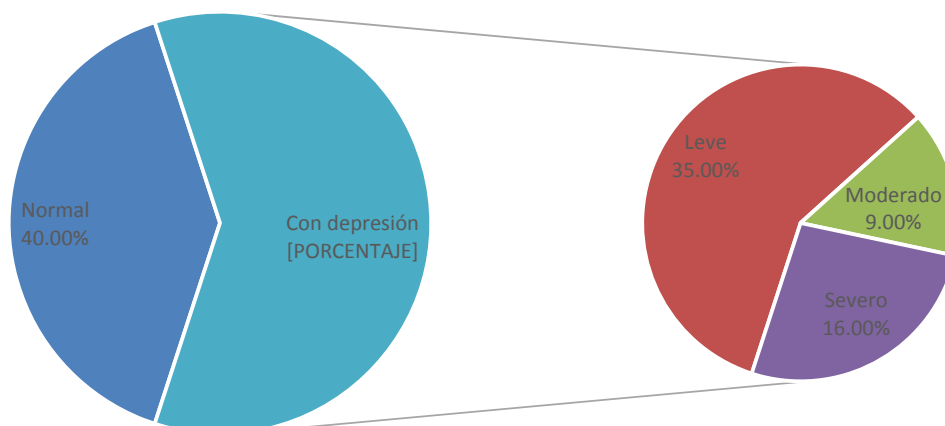
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

En la **Tabla y Gráfico 4**, nos muestra el nivel de depresión que se encontró al aplicar la prueba de depresión de Hamilton, donde se evidencia que el 60% de casos tienen depresión, que en 35% de casos fue leve, en 9% moderada y en 16% severa; y en un 40% de los casos al aplicar la prueba el resultado fue normal.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Gráfico 4

Distribución de pacientes con cáncer según nivel de depresión



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Tabla 5

Distribución de pacientes con cáncer según ideación suicida

	Nº	%
Sin ideación	38	38.00%
Leve	54	54.00%
Moderada	7	7.00%
Severa	1	1.00%
Total	100	100.00%

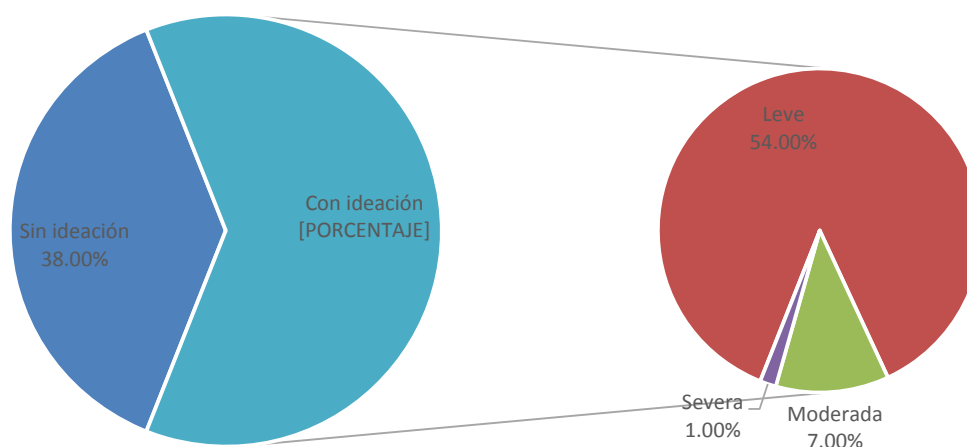
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

La **Tabla y Gráfico 5**, muestra los resultados obtenidos posterior a la aplicación del test de ideación suicida en los pacientes con cáncer; donde se puede observar que el 62% de casos tuvo ideación suicida; si se gradúa la intensidad del puntaje alcanzado, el 54% tuvo un nivel leve, 7% moderado y 1% una severa ideación suicida. En el 38% de los casos fueron pacientes sin ideación suicida.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Gráfico 5

Distribución de pacientes con cáncer según ideación suicida



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO
TERMINAL EN EL IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Tabla 6

Relación de la edad de los pacientes con cáncer con la depresión

Edad	Total	Normal		Leve		Moderado		Severo	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 30 a	4	2	50.00%	1	25.00%	0	0.00%	1	25.00%
30-39 a	10	5	50.00%	1	10.00%	1	10.00%	3	30.00%
40-49 a	22	8	36.36%	9	40.91%	2	9.09%	3	13.64%
50-59 a	21	12	57.14%	6	28.57%	2	9.52%	1	4.76%
60-69 a	28	8	28.57%	9	32.14%	4	14.29%	7	25.00%
70-79 a	15	5	33.33%	9	60.00%	0	0.00%	1	6.67%
Total	100	40	40.00%	35	35.00%	9	9.00%	16	16.00%

$\chi^2 = 16.15$

G. libertad = 15

$p = 0.37$ (no estadísticamente significativo)

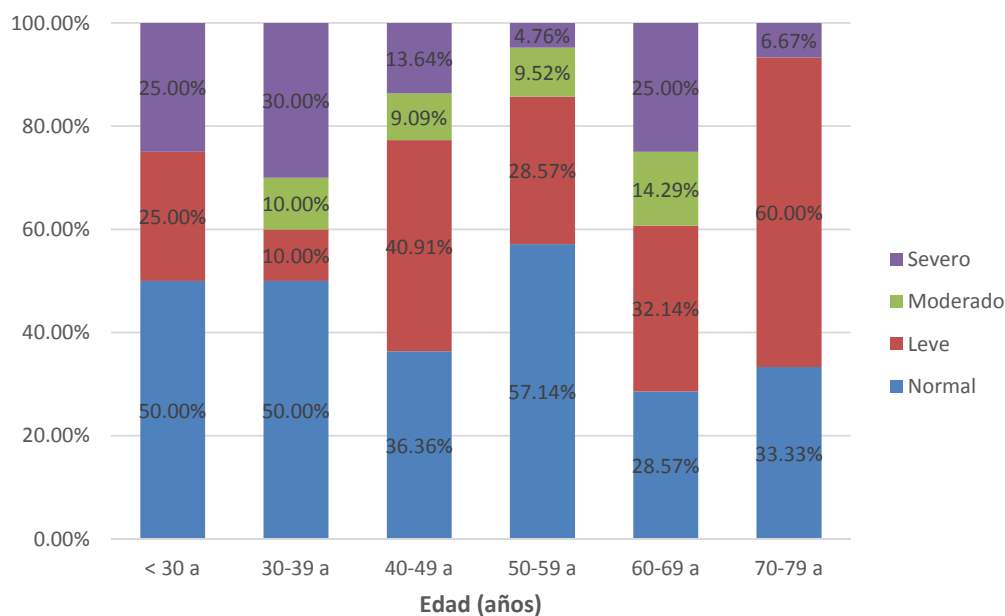
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

En la **Tabla y Gráfico 6**, se muestra la relación de la edad con la presencia de depresión entre pacientes con cáncer. La depresión fue severa en proporciones elevadas en los menores de 30 años (25%), entre los 30 y 39 años (30%) y entre los 60 y 69 años (25%), aunque no se encontraron diferencias en la severidad de depresión en los diversos grupos de edad ($p > 0.05$).

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL IREN SUR - AREQUIPA – 2017”

Gráfico 6

Relación de la edad de los pacientes con cáncer con la depresión



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO

TERMINAL EN EL IREN SUR - AREQUIPA – 2017”

Tabla 7
Relación del sexo de los pacientes con cáncer con la depresión

Sexo	Total	Normal		Leve		Moderado		Severo		
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Masculino	38	17	44.74%	12	31.5	8%	5	13.16%	4	10.53%
Femenino	62	23	37.10%	23	37.1	0%	4	6.45%	12	19.35%
Total	100	40	40.00%	35	35.0	0%	9	9.00%	16	16.00%

$\chi^2 = 2.87$

G. libertad = 3

p = 0.41 (no estadísticamente significativo)

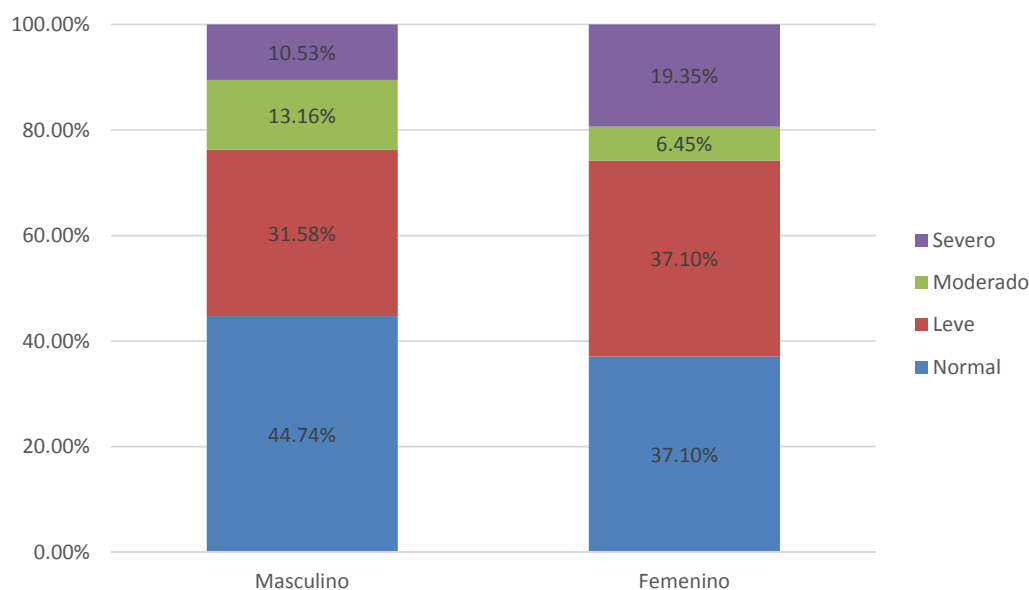
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

En la **Tabla y Gráfico 7**, se muestra la relación del sexo con la presencia de depresión en los pacientes con cáncer, donde se puede observar que hubo depresión en un 60% ; siendo, leve en un 35%, moderada en un 9% y severa en un 16% para ambos sexos. En el caso del sexo masculino, se evidencia que la mayoría de ellos con un 31.58% padeció depresión leve y la minoría con un 10.53 % depresión severa; y en el caso del sexo femenino el 37.10% como mayoría padeció depresión leve y el 6.45% depresión moderada como minoría. No se pudo evidenciar relación con el género, ya que los niveles de depresión fueron similares entre los dos grupos ($p > 0.05$).

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL IREN SUR - AREQUIPA – 2017”

Gráfico 7

Relación del sexo de los pacientes con cáncer con la depresión



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO

TERMINAL EN EL IREN SUR - AREQUIPA – 2017”

Tabla 8
Relación del tiempo de enfermedad de los pacientes con cáncer con la depresión

T. enf	Total	Normal		Leve		Moderado		Severo	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1-3 meses	9	2	22.22%	5	55.56%	0	0.00%	2	22.22%
4-6 meses	12	6	50.00%	4	33.33%	1	8.33%	1	8.33%
7-11 meses	10	3	30.00%	3	30.00%	3	30.00%	1	10.00%
1 año	31	14	45.16%	9	29.03%	4	12.90%	4	12.90%
2 años	14	6	42.86%	8	57.14%	0	0.00%	0	0.00%
3 años	11	4	36.36%	2	18.18%	0	0.00%	5	45.45%
4-6 años	10	5	50.00%	3	30.00%	1	10.00%	1	10.00%
> 6 años	3	0	0.00%	1	33.33%	0	0.00%	2	66.67%
Total	100	40	40.00%	35	35.00%	9	9.00%	16	16.00%

$\chi^2 = 30.47$

G. libertad = 21

p = 0.08 (no estadísticamente significativo)

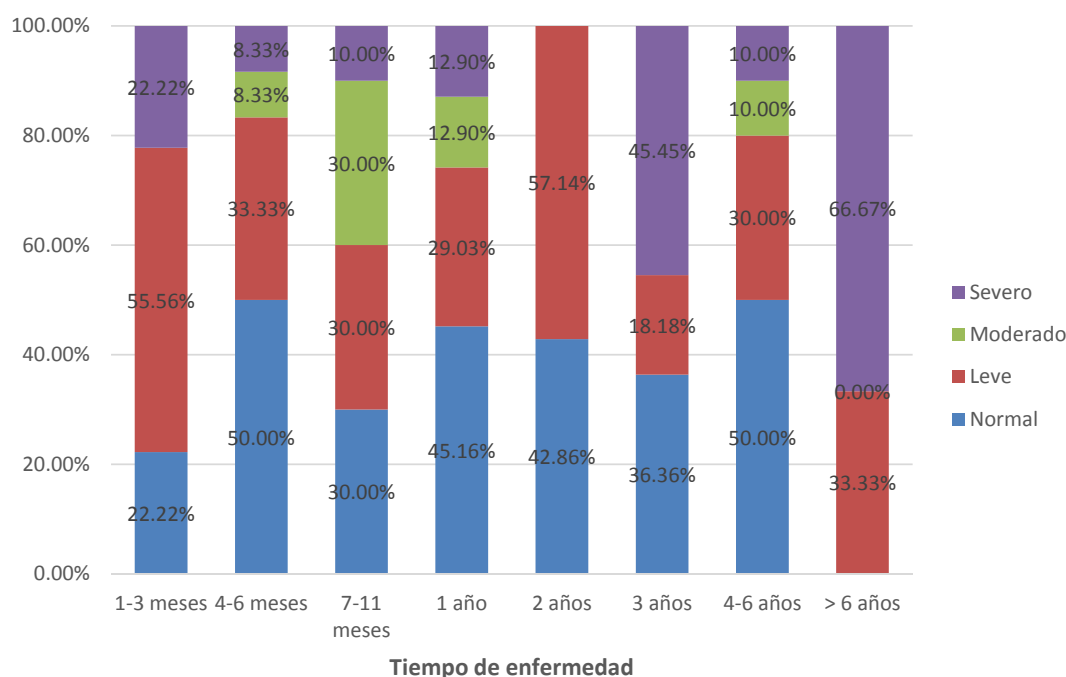
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

La **Tabla y Gráfico 8**, muestra la relación del tiempo de enfermedad y la severidad de depresión en pacientes con cáncer. La depresión fue más severa en 66.67% de pacientes con más de 6 años de enfermedad, y en 45.45% de casos con 3 años de padecimiento, en cambio fue severa en menor proporción con menores tiempos de enfermedad; las diferencias tampoco fueron significativas ($p > 0.05$).

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL IREN SUR - AREQUIPA – 2017”

Gráfico 8

Relación del tiempo de enfermedad de los pacientes con cáncer con la depresión



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO

TERMINAL EN EL IREN SUR - AREQUIPA – 2017”

Tabla 9

Relación del tipo de cáncer de los pacientes con la depresión

Tipo	Total	Normal		Leve		Moderado		Severo	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pulmón	17	3	17.65%	9	52.94%	1	5.88%	4	23.53%
Mama	12	5	41.67%	2	16.67%	1	8.33%	4	33.33%
Ovario	11	5	45.45%	5	45.45%	0	0.00%	1	9.09%
Colon-Recto	11	6	54.55%	5	45.45%	0	0.00%	0	0.00%
Gástrico	9	5	55.56%	3	33.33%	1	11.11%	0	0.00%
Linfoma No Hodgkin	9	2	22.22%	3	33.33%	1	11.11%	3	33.33%
Vesícula biliar	7	3	42.86%	1	14.29%	2	28.57%	1	14.29%
Piel	6	2	33.33%	1	16.67%	1	16.67%	2	33.33%
Testículo	6	4	66.67%	0	0.00%	1	16.67%	1	16.67%
Cérvix	3	2	66.67%	1	33.33%	0	0.00%	0	0.00%
Próstata	2	1	50.00%	0	0.00%	1	50.00%	0	0.00%
Sarcoma p. blandas	2	0	0.00%	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
Vejiga	2	0	0.00%	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
Duodeno	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Otros	2	1	50.00%	1	50.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	100	40	40.00%	35	35.00%	9	9.00%	16	16.00%

Chi² = 43.09

G. libertad = 42

p = 0.42 (no estadísticamente significativo)

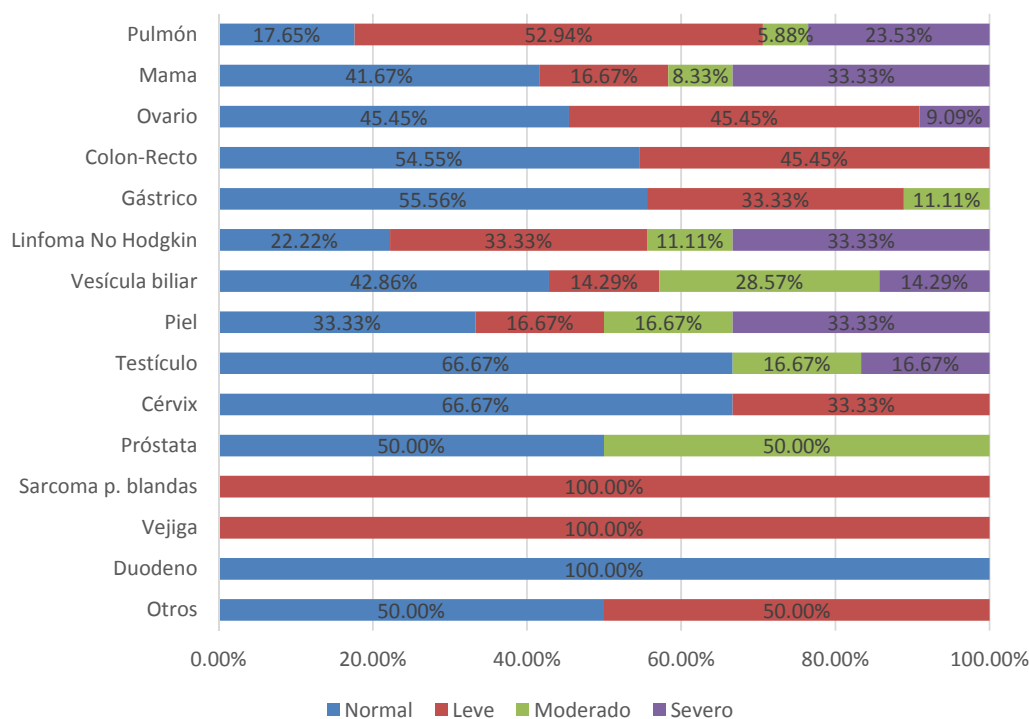
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

En la **Tabla y Gráfico 9**, se muestra la frecuencia y severidad de depresión en los distintos tipos de cáncer; el nivel fue más severo en el cáncer de mama y de piel (33% de casos), y en 23.53% de pacientes con cáncer de pulmón, mientras que en los otros casos predominó la depresión leve o la falta de la misma, aunque las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$).

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL IREN SUR - AREQUIPA – 2017”

Gráfico 9

Relación del tipo de cáncer de los pacientes con la depresión



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Tabla 10

Relación de la edad de los pacientes con cáncer con la ideación suicida

Edad	Total	Sin ideación		Con ideación	
		N°	%	N°	%
< 30 a	4	0	0.00%	4	100.00%
30-39 a	10	5	50.00%	5	50.00%
40-49 a	22	8	36.36%	14	63.64%
50-59 a	21	11	52.38%	10	47.62%
60-69 a	28	12	42.86%	16	57.14%
70-79 a	15	2	13.33%	13	86.67%
Total	100	38	38.00%	62	62.00%

Chi² = 9.09

G. libertad = 5

p = 0.11 (no estadísticamente
significativo)

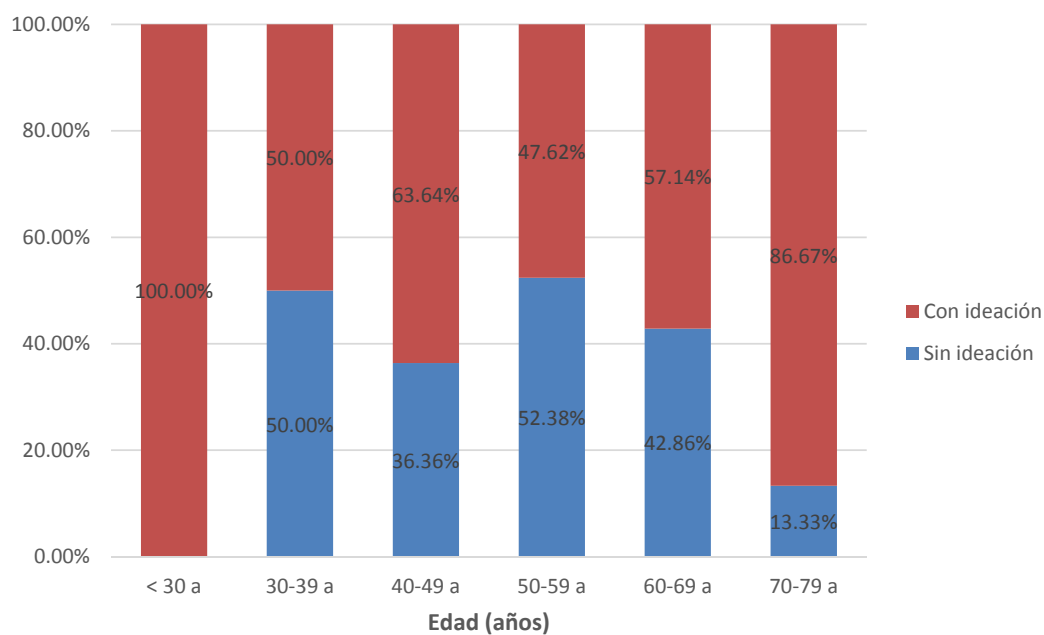
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

En la **Tabla y Gráfico 10**, se aprecia la relación de la ideación suicida con la edad en pacientes con cáncer; esta se encontró en todos los pacientes menores de 30 años (100%), y en 86.67% de pacientes de 70 a 79 años, siendo semejante entre los diferentes grupos de edad ($p > 0.05$).

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Gráfico 10

Relación de la edad de los pacientes con cáncer con la ideación suicida



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Tabla 11

Relación del sexo de los pacientes con cáncer con la ideación suicida

Sexo	Total	Sin ideación		Con ideación	
		Nº	%	Nº	%
Masculino	38	13	34.21%	25	65.79%
Femenino	62	25	40.32%	37	59.68%
Total	100	38	38.00%	62	62.00%

$\chi^2 = 0.37$ G. libertad = 1 $p = 0.43$ (no estadísticamente significativo)

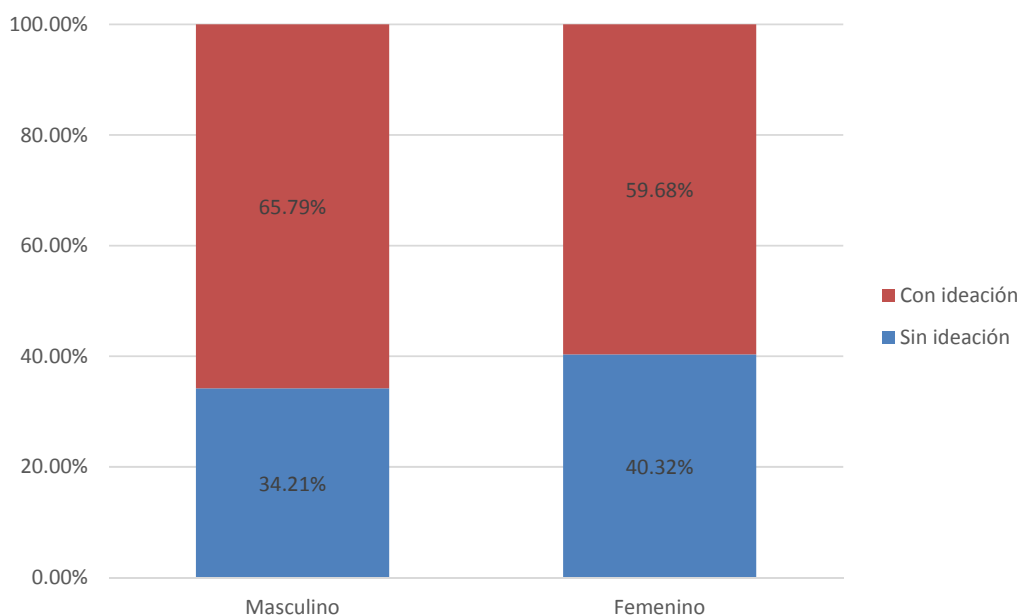
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

En la **Tabla y Gráfico 11**, se parecía la relación de la ideación suicida con el sexo de los pacientes con cáncer; donde, se encontró presente en un 65.79% de varones y en un 59.68% de mujeres, también sin diferencias significativas ($p > 0,05$).

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Gráfico 11

Relación del sexo de los pacientes con cáncer con la ideación suicida



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Tabla 12

**Relación del tiempo de enfermedad de los pacientes con cáncer con la ideación
suicida**

T. enf	Total	Sin ideación		Con ideación	
		Nº	%	Nº	%
1-3 meses	9	2	22.22%	7	77.78%
4-6 meses	12	7	58.33%	5	41.67%
7-11 meses	10	2	20.00%	8	80.00%
1 año	31	13	41.94%	18	58.06%
2 años	14	7	50.00%	7	50.00%
3 años	11	4	36.36%	7	63.64%
4-6 años	10	3	30.00%	7	70.00%
> 6 años	3	0	0.00%	3	100.00%
Total	100	38	38.00%	62	62.00%

Chi² = 7.61 G. libertad = 7 p = 0.37 (no estadísticamente significativo)

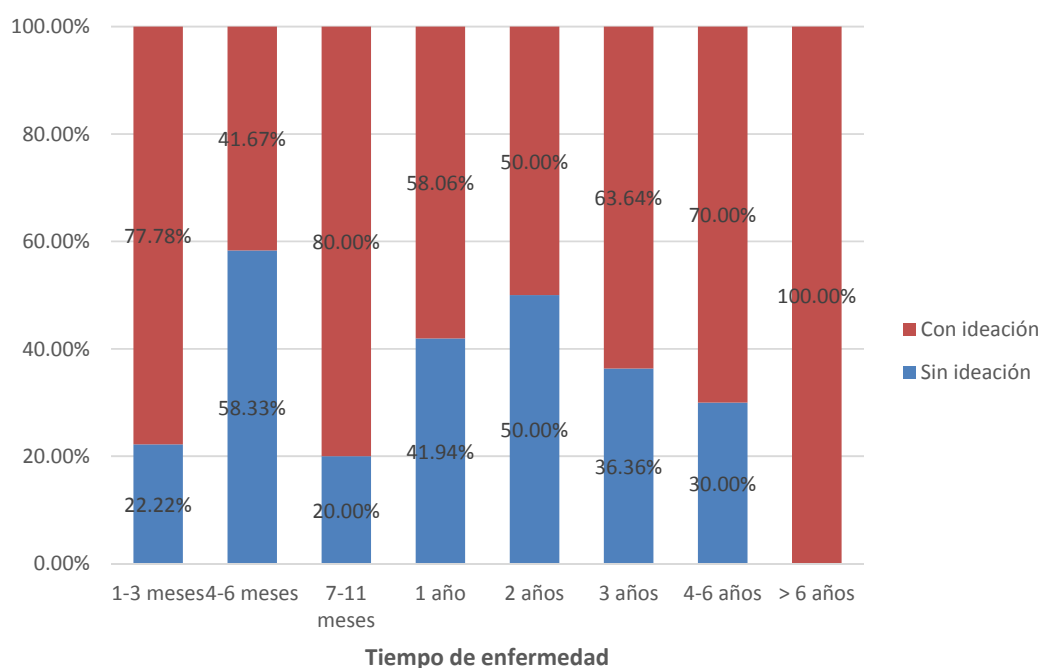
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

En la **Tabla y Gráfico 12**, se muestra la ideación suicida relacionada con el tiempo de enfermedad de los pacientes con cáncer; se identificó esta ideación en forma similar en todos los grupos de tiempo de enfermedad, pasando de 77.78% en los que tienen de 1 a 3 meses, hasta en 100% de los que tienen más de 6 años de enfermedad, siendo las diferencias no significativas ($p > 0.05$).

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Gráfico 12

**Relación del tiempo de enfermedad de los pacientes con cáncer con la ideación
suicida**



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Tabla 13

Relación del tipo de cáncer de los pacientes con la ideación suicida

Tipo	Total	Sin ideación		Con ideación	
		Nº	%	Nº	%
Pulmón	17	5	29.41%	12	70.59%
Mama	12	6	50.00%	6	50.00%
Ovario	11	4	36.36%	7	63.64%
Colon-Recto	11	7	63.64%	4	36.36%
Gástrico	9	3	33.33%	6	66.67%
Linf. No Hodgkin	9	2	22.22%	7	77.78%
Vesícula biliar	7	3	42.86%	4	57.14%
Piel	6	3	50.00%	3	50.00%
Testículo	6	1	16.67%	5	83.33%
Cérvix	3	2	66.67%	1	33.33%
Próstata	2	1	50.00%	1	50.00%
Sarcoma p. bl.	2	0	0.00%	2	100.00%
Vejiga	2	0	0.00%	2	100.00%
Duodeno	1	1	100.00%	0	0.00%
Otros	2	0	0.00%	2	100.00%
Total	100	38	38.00%	62	62.00%

Chi² = 13.45

G. libertad = 14

p = 0.49 (no estadísticamente

significativo)

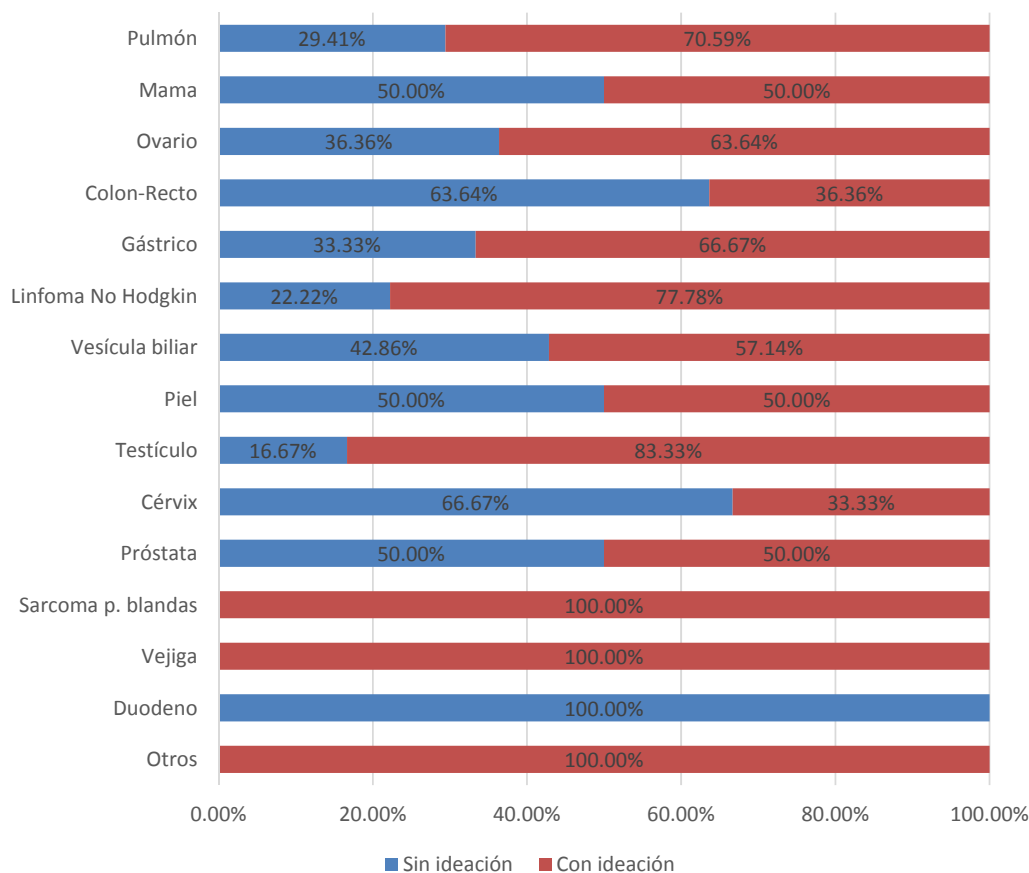
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

En la **Tabla y Gráfico 13**, se aprecia la relación entre el tipo de cáncer con la ideación suicida, encontrándose esta en cifras de 70.59% en casos con cáncer de pulmón, en 77.78% de casos con linfoma no Hodgkin, o en todos los pacientes con sarcoma de partes blandas, cáncer de vejiga u otros tipos. Sin embargo, no se encontró diferencias significativas en los pacientes con cáncer ($P>0.05$).

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL IREN SUR - AREQUIPA – 2017”

Gráfico 13

Relación del tipo de cáncer de los pacientes con la ideación suicida



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Tabla 14

Relación de características clínico-epidemiológicas con depresión y suicidio

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS		DEPRESIÓN				IDEACIÓN SUICIDA	
		N	L	M	S	NO	SI
EDAD	<30 a	50.0%	25.0%	0.0%	25.0%	0.0%	100.0%
	30-39 a	50.0%	10.0%	10.0%	30.0%	50.0%	50.0%
	40-49 a	36.36%	40.91%	0.09%	13.64%	36.36%	63.64%
	50-59 a	57.14%	28.57%	9.52%	4.76%	52.38%	47.62%
	60-69 a	28.57%	32.14%	14.29%	25.0%	42.86%	57.14%
	70-79 a	33.33%	60.0%	0.0%	6.67%	13.33%	86.87%
SEXO	Masculino	44.74%	31.58%	13.16%	10.53%	34.21%	65.79%
	Femenino	37.10%	37.10%	6.45%	19.35%	40.32%	59.68%
TIEMPO DE ENFER.	1-3 m	22.22%	55.56%	0.0%	22.22%	22.22%	77.78%
	4-6 m	50.0%	33.33%	8.33%	8.33%	58.33%	41.67%
	7-11 m	30.0%	30.0%	30.0%	10.0%	20.0%	80.0%
	1 a	45.16%	29.03%	12.90%	12.9%	41.94%	58.06%
	2 a	42.86%	57.14%	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%
	3 a	36.36%	18.18%	0.0%	45.45%	36.36%	63.64%
	4-6 a	50.0%	30.0%	10.0%	10.0%	30.0%	70.0%
	>6 a	0.0%	33.33%	0.0%	66.67%	0.0%	100.0%
TIPO DE CÁNCER	Pulmón	17.65%	52.94%	5.88%	23.53%	29.41%	70.59%
	Mama	41.67%	16.67%	8.33%	33.33%	50.0%	50.0%
	Ovario	45.45%	45.45%	0.0%	9.09%	36.36%	63.64%
	Colon-recto	54.55%	45.45%	0.0%	0.0%	63.64%	36.36%
	Gástrico	55.56%	33.33%	11.11%	0.0%	33.33%	66.67%
	LNH	22.22%	33.33%	11.11%	33.33%	22.22%	77.78%
	Vesícula b.	42.86%	14.29%	28.57%	14.29%	42.86%	57.14%
	Piel	33.33%	16.67%	16.67%	33.33%	50.0%	50.0%
	Testículo	66.67%	0.0%	16.67%	16.67%	16.67%	83.33%
	Cérvix	66.67%	33.33%	0.0%	0.0%	66.67%	33.33%
	Próstata	50.0%	0.0%	50.0%	0.0%	50.0%	50.0%
	Sarcoma p bl.	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Vejiga	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Duodeno	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	Otros	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%
		50.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%

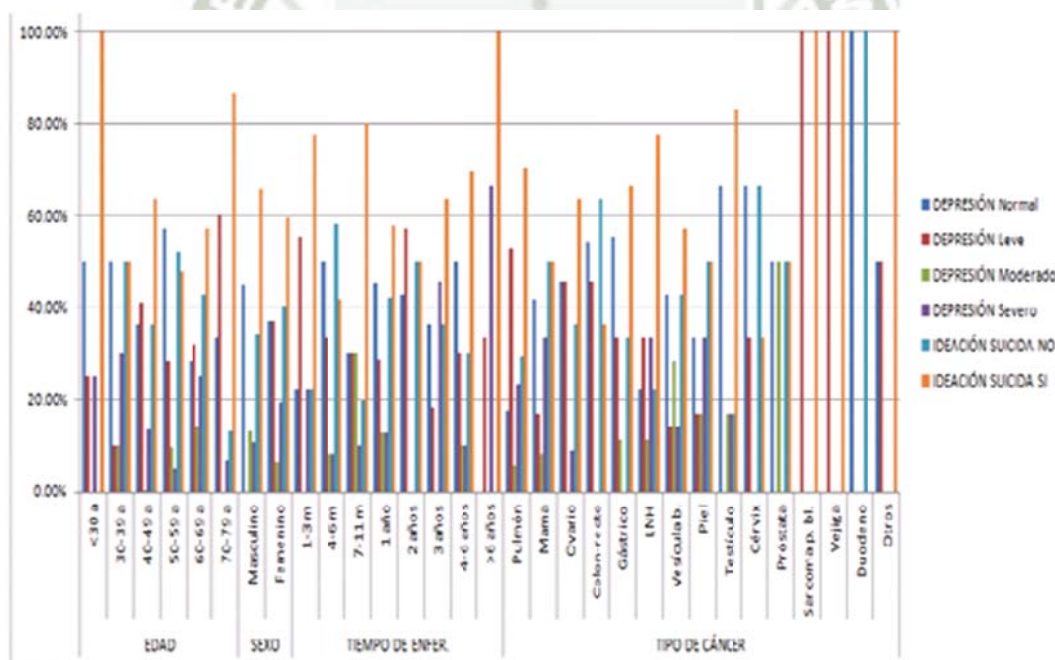
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

La **Tabla y Gráfico 14**, muestra que la depresión es más frecuentes en pacientes mujeres de 60-69 años, con más de 6 años de enfermedad, en cáncer de vejiga y sarcoma de partes blandas; y la ideación suicida, en varones menores de 30 años, con más de 6 años de enfermedad con cáncer de vejiga y sarcoma de partes blandas. Sin embargo, no se encuentra significancia estadística en dichas relaciones.

“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL IREN SUR - AREQUIPA – 2017”

Tabla 14

Relación de características clínico-epidemiológicas con depresión y suicidio



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Tabla 15

Relación de la depresión en la ideación suicida en los pacientes con cáncer

Depresión	Total	Sin ideación		Con ideación	
		Nº	%	Nº	%
Normal	40	27	67.50%	13	32.50%
Leve	35	9	25.71%	26	74.29%
Moderado	9	1	11.11%	8	88.89%
Severo	16	1	6.25%	15	93.75%
Total	100	38	38.00%	62	62.00%

Chi² = 26.63 G. libertad = 3 p < 0.01 (estadísticamente significativo)

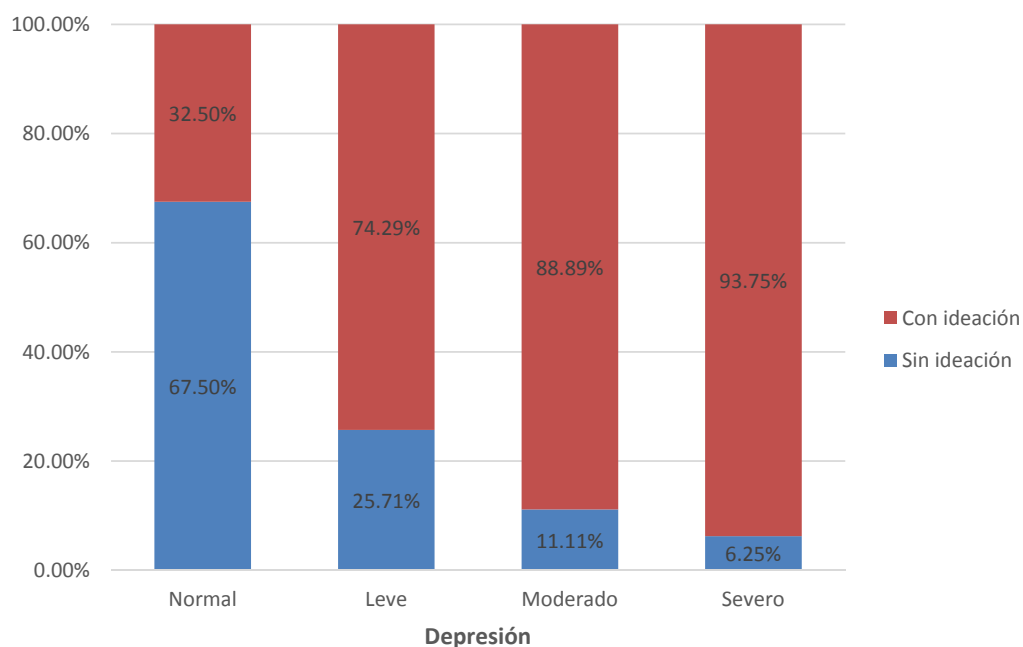
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

La **Tabla y Gráfico 15**, muestra que la ideación suicida sí está relacionada a la severidad de la depresión, puesto que pasa de 32.50% en aquellos sin depresión, a 74.29% entre pacientes con depresión leve, 88.89% en casos con depresión moderada, y a 93.75% en pacientes con depresión severa; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$).

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y
RIESGO DE SUICIDIO EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
IREN SUR - AREQUIPA – 2017”**

Gráfico 15

Relación de la depresión en la ideación suicida en los pacientes con cáncer



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevista realizada en el IREN-SUR.

CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para determinar las características clínico-epidemiológicas y la frecuencia de depresión y riesgo de suicidio en pacientes con cáncer en estado terminal en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur de Arequipa en el año 2017.

Para tal fin se encuestó a una muestra de 100 pacientes con diagnóstico de cáncer en estado terminal en el IREN-SUR, aplicando la escala de depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS) y la Escala de Ideación suicida de Beck (SSI). Mostrándose los resultados mediante estadística descriptiva y posteriormente asociándose los resultados mediante la prueba de Chi cuadrado.

La **Tabla y Gráfico 1**, muestra la distribución de pacientes con cáncer según edad y sexo; donde se encontró que predominó el sexo femenino con un 62% de casos a comparación del sexo masculino con un 38%. En cuanto a la edad, se observó que en la mayoría de casos con un 28% fueron pacientes de 60 a 69 años; siendo, la edad promedio de los varones de 56.63 ± 16.88 años y para las mujeres de 54.77 ± 12.39 años.

Lo cual es avalado por Maque², en su estudio sobre la depresión en los pacientes con cáncer atendidos por consultorio externo del Hospital Goyeneche en el año 2005, concuerda con el nuestro al decirnos que el sexo predominante fue el femenino con un 65.22% en relación al masculino con un 34.18%; presentando una edad promedio para ambos sexos de 52.34 años.

Lo que se explicaría, por los cambios que ha habido en los últimos años, por una transición demográfica con disminución de las tasas de fecundidad y disminución de la mortalidad con un mayor aumento de la esperanza de vida, que ha generado el aumento de la población adulta, esperándose para el año 2080 un considerable aumento de la población de 60 años a más; además, de una transición epidemiológica hacia las enfermedades crónicas y degenerativas como el cáncer. Una característica distintiva del envejecimiento es su especificidad de género; originándose una mortalidad diferencial según el sexo; ya que, a medida que se eleva la edad de una población se acrecienta la proporción de mujeres; por lo tanto, una mayor esperanza de vida para las mujeres³.

Sin embargo, Suella⁴, en su estudio sobre la relación entre el diagnóstico de cáncer y el nivel de depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa en el año 2011, nos dice que en su estudio el sexo masculino fue más frecuente con un 54.6% en comparación con el femenino con un 45.4%; siendo el rango de edad más frecuente el de 40 a 60 años.

Al igual que, Manchego⁵, en su estudio sobre la relación entre las características socio-demográficas en pacientes con el diagnóstico de cáncer y los niveles de depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa en el año 2013, encontró que el 54.6% correspondía a pacientes del sexo masculino y el 45.4% al sexo femenino, con un rango de edad de 40 a 59 años.

La **Tabla y Gráfico 2**, muestran el tiempo de enfermedad de los pacientes con cáncer; el 31% tiene menos de un año de enfermedad y 31% tiene un año, con 14% con dos años de enfermedad, 24% de tres a más años de enfermedad y en un 3% con más de 6 años de enfermedad. Lo que puede explicarse, a que nuestro estudio fue realizado en una institución donde generalmente se atienden pacientes con formato de referencia, los

cuales son ya evaluados previamente en otras instituciones, sin olvidar que el cáncer es una enfermedad crónica, silenciosa, que se manifiesta en las etapas avanzadas y que no es de diagnóstico rápido; por lo que, se ve con mayor frecuencia a partir del año de enfermedad; no obstante, se puede apreciar que es poco el porcentaje de casos que se ven después de los 3 años de enfermedad y más aún después de los 6 años; lo cual puede deberse, a que al tratarse de pacientes en etapas avanzadas de su enfermedad no tienen mayor sobrevida y fallecen antes de este límite de tiempo. Sin embargo, para Maque², es más frecuente un tiempo de enfermedad menor a 1 año con más de 80%.

El tipo de cáncer que afecta a los pacientes se muestra en la **Tabla y Gráfico 3**; predominó el cáncer de pulmón (17%), el de mama (12%), y el de ovario y de colon-recto (11% cada caso), seguido del cáncer gástrico y el linfoma no-Hodgkin (9% cada uno) entre otros. Lo cual es avalado por los resultados presentados por Suclla⁴, donde los tipos de cáncer más frecuentes son el de pulmón, seguido del de mama.

Según el Instituto Nacional del Cáncer (NIH), en 2016, se estimó que serían diagnosticados 1 685 210 casos nuevos de cáncer en Estados Unidos y 595 690 personas morirían por la enfermedad. Previéndose que los cánceres más comunes en el 2016 serán el cáncer de mama, seguido del cáncer de pulmón y bronquios, el cáncer de próstata, el cáncer de colon y recto, el cáncer de vejiga, el melanoma de piel, el linfoma no Hodgkin, el cáncer de tiroides, el cáncer de riñón y pelvis renal, la leucemia, el cáncer de endometrio y el cáncer de páncreas⁶. Lo cual no concuerda con nuestro estudio, debido a que la frecuencia de cáncer encontrado son en pacientes en estado avanzando de su enfermedad; es decir, estadio clínico IV, y no simplemente todo paciente con diagnóstico de cáncer.

Al aplicar la prueba de depresión de Hamilton, se encontró que 60% de casos tienen depresión, que en 35% de casos fue leve, en 9% moderada y en 16% severa, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 4**. En comparación Maque², quien en su estudio aplica dos escalas de depresión como son la Escala de Yesavage y la Escala de Hamilton, encontrando que el 89.57% (nivel moderado en 72.17%) y 88.70% (nivel leve en 42.61%) respectivamente. Tellarín⁷, en su estudio confirma que el 81% de los pacientes padece de depresión; siendo leve en un 42%, moderada en un 31% y severa en un 8%. Por lo que es muy importante el poder conocer el nivel de depresión por el que padecen estos pacientes; ya que indirectamente influyen en el transcurso y evolución de la enfermedad y adición al posible tratamiento al deteriorar la calidad de vida y el funcionamiento general de su cuerpo.

La **Tabla y Gráfico 5** muestra los resultados de la aplicación del test de ideación suicida; el 62% de casos tuvo ideación suicida; si se gradúa la intensidad del puntaje alcanzado, el 54% tuvo un nivel leve, 7% moderado y 1% una severa ideación suicida.

Leal y Sandoval, entrevistaron a 114 pacientes oncológicos, donde evaluaron la presencia de ideación suicida mediante la Escala de Ideación Suicida (SSI) y de Depresión de Beck, encontrando que la prevalencia de ideación suicida fue de 23.7%, con altos niveles de depresión y desesperanza; hallando una asociación estadísticamente significativa entre la depresión e ideación suicida⁸.

En un estudio realizado en Bogotá sobre las variables asociadas a riesgo de suicidio en pacientes con dolor crónico, se encontró una alta prevalencia de riesgo e ideación de suicidio en los pacientes, donde el 34% presentan riesgo de suicidio y el 25% contestaron afirmativamente a la pregunta sobre pensamientos de suicidio⁹. Lo que es comparable con los pacientes oncológicos, ya que el síntoma que presentan con

mayor frecuencia y les causa mayor agotamiento físico es el dolor, el cual incrementa conforme avanza su enfermedad, y muchas veces no es soportable a pesar del tratamiento analgésico.

En la **Tabla y Gráfico 6**, se muestra la relación de la edad con la presencia de depresión entre pacientes con cáncer; la depresión fue severa en proporciones elevadas en los menores de 30 años (25%), entre los 30 y 39 años (30%) y entre los 60 y 69 años (25%), aunque no se encontraron diferencias en la severidad de depresión en los diversos grupos de edad ($p > 0.05$). Tampoco hubo relación con el género, ya que los niveles de depresión fueron similares entre los dos grupos ($p > 0.05$; **Tabla y Gráfico 7**). En lo que concordamos con Maque² al no encontrar una diferencia significativa en cuanto a edad y sexo; sin embargo, menciona que la depresión es más frecuente dentro del rango de edad de 50 a 59 años, y es más frecuente en el sexo masculino. Tellería⁷, menciona no observar diferencias significativas en cuanto al género y la ocupación laboral. Sin embargo, la edad promedio fue en la adultez intermedia y con una mayor incidencia en las mujeres.

Esto puede deberse a que el simple hecho de padecer una enfermedad como el cáncer y más aún en una etapa avanzada, donde ya no existe la posibilidad de un tratamiento curativo; sino, sólo paliativo, tratando de aminorar los síntomas invalidantes de la enfermedad; no es significativa la edad que tenga el paciente para desarrollar una comorbilidad psicológica como la depresión; sea cual sea, la severidad de ésta.

La **Tabla y Gráfico 8** muestra la relación del tiempo de enfermedad y la severidad de depresión en pacientes con cáncer; la depresión fue más severa en 66.67% de pacientes con más de 6 años de enfermedad, y en 45.45% de casos con 3 años de padecimiento, en cambio fue severa en menor proporción con menores tiempos de

enfermedad; las diferencias tampoco fueron significativas ($p > 0.05$). Sin embargo, Tellería⁷, evidencia que a medida que aumenta el tiempo de enfermedad, aumenta el nivel de depresión, siendo la mayor proporción pacientes con más de un año de haber recibido el diagnóstico. No obstante, el nivel más severo de depresión se encuentra en paciente con poco tiempo de diagnóstico.

En la **Tabla y Gráfico 9** se muestra la frecuencia y severidad de depresión en los distintos tipos de cáncer; el nivel fue más severo en el cáncer de mama y de piel (33% de casos), y en 23.53% de pacientes con cáncer de pulmón, mientras que en los otros casos predominó la depresión leve o la falta de la misma, aunque las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$). Tellería, tampoco encuentra una relación significativa, observando que los pacientes con cáncer de pulmón son los que menos presentan depresión y quienes más tienden a deprimirse son quienes padecen de cáncer de cuello uterino⁷.

En la **Tabla y Gráfico 10** se aprecia la relación de la ideación suicida con la edad en pacientes con cáncer; esta se encontró en todos los pacientes menores de 30 años, y en 86.67% de pacientes de 70 a 79 años, siendo semejante entre los diferentes grupos de edad ($p > 0.05$). En cuanto al sexo, se encontró en 65.79% de varones y en 58.68% de mujeres, también sin diferencias significativas ($p > 0,05$; **Tabla y Gráfico 11**).

Sin embargo, pese a no encontrar una diferencia significativa en nuestro estudio en cuanto a edad y sexo con la ideación suicida, podemos observar que está asociada al sexo masculino y es mucho más frecuente en edades tempranas y avanzadas de la vida; en los adultos jóvenes debido al ver frustrado su futuro y sentir que ya no tienen una vida por delante, en los adultos mayores por sentir que ya tuvieron una vida plena y

larga; y en ambos casos por lo duro de su enfermedad y el remordimiento de ver a sus familiares sufrir, sabiendo al final el desenlace será el mismo, la muerte.

Borges y Orozco, encontró en su estudio una predominancia del sexo femenino respecto al masculino en cuanto a la ideación suicida¹⁰; al igual que, Ovalle y Santana, quienes señalaron que hubo un pre dominio del sexo femenino, 25 pacientes que representan el 71.4%, sobre el sexo masculino, 10 pacientes que representan el 28.6%. En el estudio realizado también hubo un predominio en el grupo de edad de 15-24 años¹¹. Argumentando que la conducta suicida se presenta de manera diferente en hombres y en mujeres por las características de los roles de género, es decir, por factores biológicos inherentes al sexo, por los patrones de formación influidos por su parte por elementos contextuales caracterizados culturalmente y por factores sociales.

En la **Tabla y Gráfico 12** se muestra la ideación suicida relacionada con el tiempo de enfermedad; se identificó esta ideación en forma similar en todos los grupos de tiempo de enfermedad, pasando de 77.78% en los que tienen de 1 a 3 meses, hasta en 100% de los que tienen más de 6 años de enfermedad, siendo las diferencias no significativas ($p > 0.05$).

El tipo de cáncer no influyó en la ideación suicida de los pacientes con cáncer, como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 13**, encontrando cifras de 70.59% en casos con cáncer de pulmón, en 77.78% de casos con linfoma no Hodgkin, o en todos los pacientes con sarcoma de partes blandas, cáncer de vejiga u otros tipos. Dato comparable con el estudio de Tellería⁷, quien tampoco encuentra una relación entre el tipo de cáncer y la ideación suicida; sin embargo, en su estudio encontró que son los pacientes con cáncer de cuello uterino quienes tienen mayor nivel de depresión y de riesgo suicida, lo cual se ve influenciado por diversos factores tanto físicos como

psicológicos que generan cambios de ánimo, pérdida del deseo sexual y aumento del dolor.

La **Tabla y Gráfico 15** muestra que la ideación suicida sí está relacionada a la severidad de la depresión, puesto que de 32.50% en pacientes sin depresión, sube a 74.29% entre pacientes con depresión leve, 88.89% en casos con depresión moderada, y a 93.75% en pacientes con depresión severa; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$). Ovalle y Santana, también infieren que la depresión es el factor de riesgo más frecuente para el intento suicida, observándose en 25 pacientes femeninas, a diferencia del sexo masculino en menor número¹⁰.

Tellería⁷, también encontró una correlación positiva entre los niveles de depresión y los niveles de riesgo suicida; es decir, que como se puede inferir de nuestro estudio ante puntuaciones elevadas en la Escala de Depresión de Hamilton, también se elevan las puntuaciones en la Escala de Ideación Suicida (SSI), presentando un mayor riesgo de cometer un suicidio. Pese a ello, en muchas ocasiones esto pasa desapercibido, ya sea por los médicos o personal de salud especializado, generando la imposibilidad de brindarles a los pacientes un tratamiento oportuno y adecuado para prevenir dicha conducta suicida.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera.- El 60% de pacientes que padecen cáncer en estado terminal, presentan depresión en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el 2017.

Segunda.- El 62% de pacientes con cáncer en estado terminal que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el 2017, muestra riesgo de suicidio.

Tercera.- Las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con cáncer en estado terminal, que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el 2017, muestran predominio de mujeres de 60 a 69 años, con tiempo de enfermedad predominante de menos de un año y por cáncer de pulmón, de mama, de ovario o de colon y recto.

Cuarta.- No existe influencia significativa de la edad, sexo, tiempo de enfermedad, tipo de cáncer en la presencia de depresión o de riesgo de suicidio en los pacientes con cáncer en estado terminal que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el 2017, aunque la depresión se asocia de manera significativa al riesgo de suicidio.

RECOMENDACIONES

- Primera.-** Al servicio de Psiquiatría, del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, se sugiere la creación de un programa de detección precoz de la depresión y riesgo suicida en los pacientes oncológicos; siendo ésta, aplicada desde el inicio del diagnóstico de la enfermedad y a lo largo de su evolución, con el fin de detectar el punto de mayor vulnerabilidad del paciente para poder actuar y proveer las intervenciones psicológicas más adecuadas según sea el momento, para mantener parámetros aceptables de bienestar psicológico en esta población.
- Segunda.-** Al ser la depresión un problema multifactorial, es que se sugiere al servicio de Oncología del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur trabajar conjuntamente con el Servicio de Psiquiatría. Y derivar a todo paciente diagnosticado de cáncer con el especialista, para una evaluación oportuna de su salud mental, tanto el paciente como los miembros de su entorno familiar, tratando de esta forma brindarles una mayor confianza y percepción del apoyo familiar que poseen.
- Tercera.-** Al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, se sugiere la creación de un equipo multidisciplinario, a cargo de médicos de múltiples especialidades, enfermeras y trabajadores sociales para los pacientes con diagnóstico de cáncer, mediante la formación de grupos de autoayuda, quienes se encarguen de brindar una preparación psicológica y de

adaptación a su enfermedad, para brindarles una mejor calidad de vida, enseñándoles tanto a los propios pacientes como a sus familiares el trato y cuidado que necesitan para afrontar su enfermedad.

Cuarta.- Dado que la religión y espiritualidad cumplen una función importante en el afrontamiento de la enfermedad de los pacientes oncológicos, es que se sugiere a la Universidad Católica de Santa María, fomentar la creación de grupos estudiantiles con miembros de las áreas de la Salud, Psicología, Teología o personas voluntarias para participar en campañas que brinden apoyo y orientación social y espiritual a los pacientes oncológicos con una visión amplia, respetuosa y siempre encaminada a promover la esperanza.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ministerio de Salud. LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA - EPIDEMIOLOGICA HACIA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL PERÚ. Boletín Epidemiológico (Lima) 2014; 23 (22).
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/22.pdf> (consultado el 17 de noviembre 2015).
- 2) Maque A. Aleyda. DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO EXTERNO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL GOYONECHE DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL 2005. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2006. 102 p.
https://biblioteca.ucsm.edu.pe/bibl_virt/tesis.php?href=at/2005/maque_aa/index.html (consultado el 01 de Enero de 2017).
- 3) Instituto Nacional de Estadística e Informática. BRECHAS DE GÉNERO 2015. AVANCES HACIA LA IGUALDAD ENTRE HOMBRES Y MUJERES.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1309/Libro.pdf (consultado el 01 de Enero del 2017).
- 4) Suella Alarcón OC. RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECH DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2011. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2012. 129 p.
https://biblioteca.ucsm.edu.pe/bibl_virt/tesis.php?href=at/2012/suclla_ao/index.html (consultado el 01 de Enero de 2017).

- 5) Manchego L. Sharon. RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Y LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2013. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2013. 116 p .
https://biblioteca.ucsm.edu.pe/bibl_virt/tesis.php?href=at/2013/manchego_ls/index.html (consultado el 01 de Enero de 2017).
- 6) Instituto Nacional del Cáncer. r. ESTADÍSTICAS DEL CÁNCER. <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/estadisticas> (consultado el 01 de Enero del 2017).
- 7) Tellería G. Car men. NIVELES DE DEPRESIÓN, RIESGO SUICIDA Y FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES ADULTOS CON CÁNCER. Car acas: Universidad Católica Andrés Bello; 2008 . 132 p. <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAR3846.pdf> (consultado el 01 de Enero de 2017)
- 8) Leal D, Sandoval A. PREVALENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA Y FACTORES DE RIESGO PARA EL S UICIDIO EN PACIENTES ADULTOS CON DIAGNÓSTICO DE CÁN CER.
<http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/4070> (consultado el 01 de Enero del 2017).
- 9) Amaya A, Bruce A, Herrán D, Martín A, Muñoz K, Abella P. Variables Asociadas A Riesgo de suicidio en Pacientes con dolor crónico atendidos por consulta externa en un hospital de Bogotá. Revista Colombiana de Anestesiología 2013; 41 (4):.

- 10) Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. SUICIDIO Y CONDUCTAS SUICIDAS EN MÉXICO: RETROSPECTIVA Y SITUACIÓN ACTUAL. Salud Pública de México. 2010. <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n4/v52n4a05.pdf>. (consultado el 01 de Enero de 2017).
- 11) Ovalle B, Santana S. CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DEL INTENTO SUICIDA EN LA COLOMA. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 2013; 17 (5):. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942013000500008&script=sci_arttext&tlng=en (consultado el 01 de Enero de 2017)
- 12) Ministerio de Salud. Guía CLÍNICA DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS. Serie de Guías Clínicas MINSAL 2013. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf> (Consultado el 20 de noviembre 2015).
- 13) Mathers C, Fat DM, Boerma JT. THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE: 2004 UPDATE [Internet]. World Health Organization; 2008. Recuperado a partir de: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=xrYYZ6Jcfv0C&oi=fnd&pg=PR5&dq=%22and+Research+Cluster+of+WHO.+The+2004+update+of+the+Global+burden+of+disease+was%22+%22out+by+Colin+Mathers+and+Doris+Ma+Fat,+in+collaboration+with+other+WHO+staff,+WHO%22+&ots=t9Xw5k84uh&sig=66LliWZXJhvZi3-3t8DWzrdEFhY>.
- 14) Zubieta R. LA DEPRESIÓN ES UN MAL OCULTO Y SE VA FORMANDO EN LA INFANCIA, El Comercio. <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/depresion-mal-oculto-y-se-va-formando-infancia-noticia-1749462>. (Consultado el 15 noviembre 2015).

- 15) A guide to the treatment: Depression. Lexi-Comp. USA. 2001
- 16) Toro R, Yep es L. Funda mentos de Medicina: Psiquiatría. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. 1998
- 17) Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Ar lington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- 18) Alberdi J, Taboada O, Castro C, Vásque z C. DEPRESIÓN. Guías Clínicas 2006; 6(11). <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf> (Consultado el 20 de noviembre 2015).
- 19) Departamento de Salud y Servicios humanos de los Estados Unidos. DEPRESIÓN. Instituto Nacional de la Salud Mental 2009. [http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.p df](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf) (Consultado el 20 de noviembre 2015).
- 20) Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA . ESTROGEN-SEROTONIN INTERACTIONS: IMPLICATIONS FOR AFFECTIVE REGULATION. Biological Psychiatry, 1998; 44(9): 839-850.
- 21) Pollack W. MOURNING, MELANCHOLIA AND MASCULINITY: RECOGNIZING AND TREATING DEPRESSION IN MEN. In: Pollack W, Levant R, eds. New Psychotherapy for Men. New York: Wiley, 1998; 147-166.
- 22) Cochran SV, Rabinowitz FE. MEN AND DEPRESSION: CLINICA L AND EMPIRICAL PERSPECTIVES. San Diego: Academic Press, 2000.
- 23) Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. DEATHS: FINAL DATA FOR 2002. National Vital Statistics Reports; 53(5). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2004.

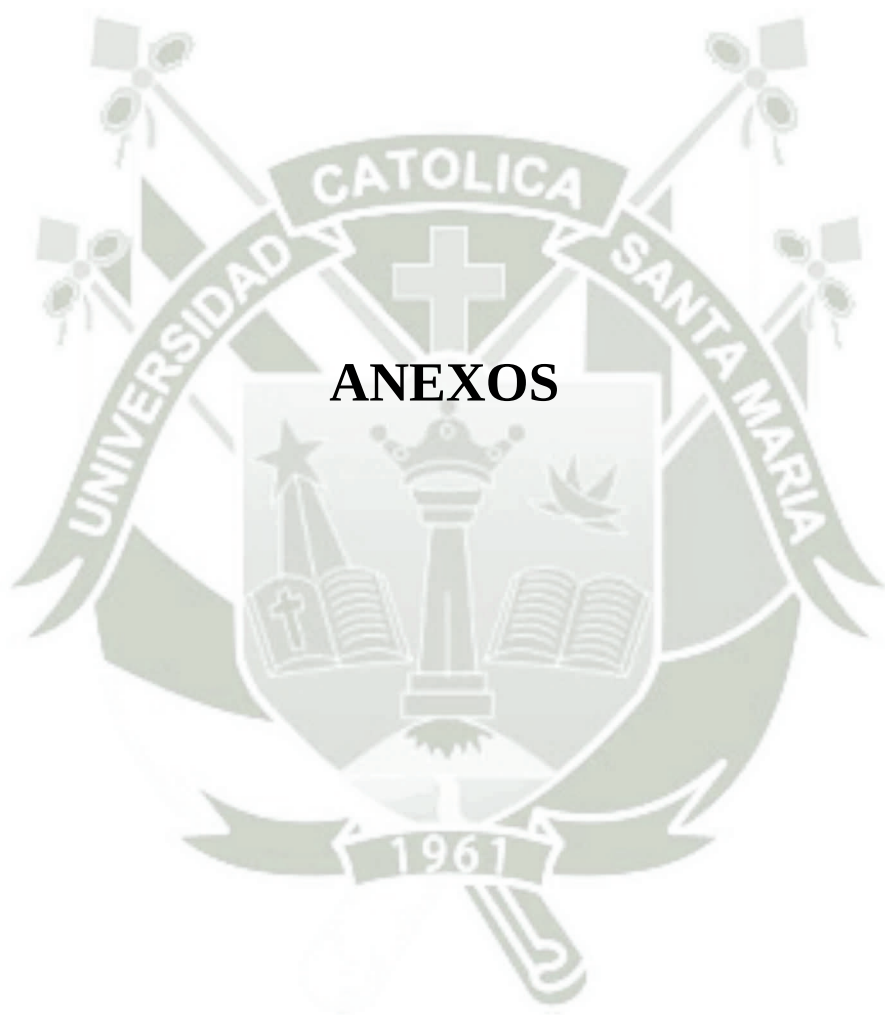
- 24) Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wichramaratne P. DEPRESSED ADOLESCENTS GROWN UP. Journal of the American Medical Association, 1999; 281(18): 1701-1713.
- 25) Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. ADOLESCENT ONSET OF THE GENDER DIFFERENCE IN LIFETIME RATES OF MAJOR DEPRESSION. Archives of General Psychiatry, 2000; 57: 21-27.
- 26) Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. PSYCHIATRIC DIAGNOSIS IN CHILD AND ADOLESCENT SUICIDE. Archives of General Psychiatry, 1996; 53(4): 339-348.
- 27) Gallo JJ, Rabins PV. DEPRESSION WITHOUT SADNESS: ALTERNATIVE PRESENTATIONS OF DEPRESSION IN LATE LIFE. American Family Physician, 1999; 60(3): 820-826.
- 28) Claudia Dechent. DEPRESIÓN GERIÁTRICA Y TRASTORNOS COGNITIVOS. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2008;(19):339-46.
- 29) Krishnan KRR, Taylor WD, et al. CLINICAL CHARACTERISTICS OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING-DEFINED SUBCORTICAL ISCHEMIC DEPRESSION. Biological Psychiatry, 2004; 55: 390-397.
- 30) Conwell Y. SUICIDE IN LATER LIFE: A REVIEW AND RECOMMENDATIONS FOR PREVENTION. Suicide and Life-Threatening Behavior, 2001; 31(Suppl.): 32-47.
- 31) National Collaborating Centre for Mental Health. DEPRESSION IN ADULTS WITH A CHRONIC PHYSICAL HEALTH PROBLEM. The NICE guideline on

- Treatment and Management. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. London; 2010.
- 32) Lawraence .M. et al. DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y TRATAMIENTO. 1999. Editorial El Manual Moderno. México. pp 997-1004.
- 33) Isselbacher K.J., Braunwald E., Wilson J. 1994. HARRISON: PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. 13ava Edición Madrid, España. Interamericanan Mc Graw-Hill. Volumen I y II.
- 34) García-Delgado A, Gastelurrutia MA. GUÍA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEÚTICO SOBRE DEPRESIÓN. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR). 2003. Universidad de Granada, España.
- 35) Remick, R. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF DEPRESSION IN PRIMARY CARE: A CLINICAL UPDATE AND REVIEW. CMAJ. 2002; 167 (11): 1253-60.
- 36) Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceúticos. BASE DE DATOS DEL MEDICAMENTO Y FARMACIA BOT. 2001. España.
- 37) Villa L. MEDIMECUM – GUÍA DE TERAPIA FARMACOLÓGICA. Adis Internacional. España, 2002.
- 38) Hardman J, Limbird L, Goodman Gilman A. Editores. GOODMAN & GILMAN LAS BASES FARMACOLÓGICAS DE LA TERAPÉUTICA. 2003. 10ª edición. Mc Graw-Hill. México. pp458-478.
- 39) Ables A, Baughman O. ANTIDEPRESSANTS: UPDATE ON NEW AGENTS AND INDICATIONS. Am Fam Phycician. 2003; 67: 547-554.

- 40) Taylor M. Lo es esencial en farmacología. 2001. Primera edición. Editorial Harcourt. España pp 48-51.
- 41) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2009.
- 42) Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. PRACTICE PARAMETER FOR THE ASSESSMENT AND TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Noviembre de 2007; 46 (11):1503-26.
- 43) MINSAL. ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. MINSAL; 2012.
- 44) Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. LITHIUM IN THE PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR AND ALL-CAUSE MORTALITY IN PATIENTS WITH MOOD DISORDERS: A SYSTEMATIC REVIEW OF RANDOMIZED TRIALS. Am J Psychiatry. 1 de octubre de 2005; 162 (10):1805-19.
- 45) Payán E, Vinaccia S y Quiceno J. COGNICIÓN HACIA LA ENFERMEDAD, BIENESTAR ESPIRITUAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL. Acta Colombiana de Psicología 2011; 14, (2). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79822611008> (Consultado el 18 de noviembre 2015).
- 46) Valencia S. DEPRESIÓN EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER. Diversitas: Perspectivas en Psicología 2006, 2 (2).

- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67920205> (Consultado el 20 de noviembre 2015).
- 47) Castro S, Gómez C, Gil F, Uribe M, Miranda C; De la Espri ella M, et al.
FACTORES DE RIESGO PA RA IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON
TRASTORNO DEPRESIVO EN COLOMBIA. Revista Colombiana de Psiquiatría
2013, 42 (1). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80638951005> (Consultado el 18
de noviembre 2015).
- 48) Rosselló J, Duarté Y, Bernal G y Zuluaga M. IDEACIÓN SUICID A Y
RESPUESTA A LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN
ADOLESCENTES PUERTORRIQUEÑOS/AS CON DEPRESIÓN MAYOR.
Interamerican Journal of Ps ychology 2011, 45 (3).
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28425426002> (Consultado el 20 de
noviembre 2015).
- 49) Tomasz L. LA LLAMADA “DEPRESIÓN MAYOR” EN EL CURSO DE LA
ENFERMEDAD DE CÁNCER DISEMINADO CON METÁSTASIS
NUMEROSAS: UN ASP ECTO DEPORTIVO. Salud en Tab asco 2004, 10 (3).
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48710306> (Consultado el 20 de noviembre
2015).
- 50) Nizama M. SUICIDIO. Revista Peruana de Epidemiología 2011; 15(2).
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994798> (Consultado el 15
noviembre 2015).
- 51) Aguilar Melquiades FS, Quinde Yovera Y. NIVELES DE ANSIEDAD Y
DEPRESION EN MUJERES DIAGNOS TICADAS CON CANCER DE CUELLO
UTERINO GRADO III Y IV. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES

- NEOPLASICAS - 2013. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015. 57 p.
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1115/1/AGUILAR_FIORELLA_NIVELES_ANSIEDAD_DEPRESI%C3%93N.pdf (consultado el 01 de noviembre de 2015).
- 52) Maté J, González Barboteo J, Ibáñez Solaz M, Martínez Urionabarenetxea K, Limonero JT, Tuca A. IDEACIÓN AUTOLÍTICA AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO. PSICOONCOLOGÍA 2008; 5(2-3).
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220339A/15415>
(consultado el 01 de noviembre 2015).
- 53) Maté J, Hollenstein MF y Gil FL. INSOMNIO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. PSICOONCOLOGÍA 2004; 1(2-3).
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120211A/16254>
(consultado el 01 de noviembre 2015).
- 54) Sadock B, Sadock V, Belkin G. KAPLAN & SADOCK'S POCKET HANDBOOK OF CLINICAL PSYCHIATRY. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- 55) Palacio Acosta C, Toro Greiffenstein R, Yepes Roldán L. PSIQUIATRÍA. Medellín (Antioquia, Colombia): Corporación para investigaciones biológicas; 2010.
- 56) Perales C A, Zambrano Z M, Vasquez-Caicedo G, Mendonza F A. MANUAL DE PSIQUIATRÍA "HUMBERTO ROTONDO.". Lima: Universidade Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 1991.
- 57) American Psychiatric Association (APA). DSM-5. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. 5ta edición. 2014.





Anexo 1

Proyecto de investigación

Proyecto

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



PROYECTO DE TESIS

Título:

**“CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS Y
FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y RIESGO DE SUICIDIO EN
PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL EN EL
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
DEL SUR - AREQUIPA - 2017”**

Autor: Diana Erika Lissette Dávila Riega

Asesor: Juan Manuel Zevallos Rodriguez

**Arequipa – Perú
2017**

I. PREÁMBULO

“El Perú, desde hace tres décadas, ha sufrido un proceso de transición demográfica-epidemiológica hacia las enfermedades crónicas, variando la incidencia de ciertos grupos de causas de muertes; observándose la disminución en la importancia relativa de las enfermedades transmisibles y afecciones originadas en el período perinatal, el cual es producto de las mejoras en el sistema de salud y los adelantos en la medicina y farmacología que impactan positivamente sobre todo en la mortalidad infantil. Por otro lado, ocurre un incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas (causadas por tumores y ciertas enfermedades del sistema circulatorio), las mismas que se asocian a los cambios en la estructura por edad influenciada por el envejecimiento de la población”. 1

Por lo tanto; la enfermedad oncológica en el Perú ha ido aumentando considerablemente con el paso de los años; debiéndose esto en la actualidad al gran aumento de la expectativa de vida de la población peruana, que en promedio alcanza 74 años de vida. Por lo cual se ha generado un alto grado de morbi-mortalidad en la población, debido al pobre acceso y al elevado costo que representa la atención en salud en el Perú; además que en un 75% de los casos los pacientes son diagnosticados tardíamente y con posible diseminación generalizada del cáncer, determinando en ellos un pronóstico muy desalentador y que, quizás la única opción de tratamiento sea la terapia paliativa, esperando solo brindarle al paciente una muerte digna, libre de dolor y sufrimiento.

El cáncer muy frecuentemente se asocia al desarrollo de una morbilidad psicológica; ya que esta enfermedad genera síntomas invalidantes y desagradables en los pacientes favoreciendo la aparición de síntomas, los cuales pueden ser

confundidos con los síntomas propios de la enfermedad o los producidos por el tratamiento aplicado. Sin embargo, el personal de salud, íntimamente relacionado con los pacientes oncológicos debe prestar mucha atención a estos síntomas, manifestaciones y cambios que se dan en el comportamiento de los pacientes, cambios en el sentido que le dan a su vida, interfiriendo de esta manera en la relación con las personas, con las cuales se relacionan cotidianamente.

La morbilidad psicológica más asociada al cáncer es la depresión, representando uno de los problemas emocionales que con más frecuencia se desarrolla en los pacientes con cáncer en estado terminal.

Los pacientes día a día luchan contra la muerte, generándose en ellos sentimientos de miedo, tristeza, angustia, desamparo y soledad. Soledad, porque los pacientes se aíslan; además, que son conscientes que su enfermedad no solo les afecta a ellos, sino también a su familia.

Todos los sentimientos que se generan en los pacientes con cáncer, no solo por los síntomas físicos como el gran dolor que manifiestan, sobre todo cuando se encuentran en un estado terminal de su enfermedad; sino también por los síntomas psíquicos que en ellos se desarrollan, los cuales los llevan en la mayoría de los casos a desarrollar ideas autolesivas o autolíticas.

Si la depresión que presentan los pacientes con cáncer, que puede variar en grados de intensidad, se asocia al desarrollo de ideas suicidas generan un factor de mal pronóstico en los pacientes; ya que dicha asociación, conllevaría no solo al desarrollo de ideas, sino al riesgo de intento de suicidio e incluso a un suicidio consumado.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

Características clínico-epidemiológicas y frecuencia de depresión y riesgo de suicidio en pacientes con cáncer en estado terminal en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur de Arequipa en el año 2017.

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Depresión y suicidio

b) Análisis u operacionalización de variables e indicadores

Variable	Tipo-indicador	Valores de medición	Escala de medición
Características clínico-epidemiológicas	Tiempo de enfermedad	Años	Numérica continua
	Tipo de cáncer	Órgano	Categórica nominal
	Estadio de cáncer	Terminal No terminal	Categórica nominal
	Edad	Años	Numérica continua
	Sexo	Femenino Masculino	Categórica nominal

Depresión	Escala de Hamilton	No depresivo Depresión leve Depresión moderada Depresión severa Depresión muy severa	Categórica ordinal
Riesgo de suicidio	Escala de ideación suicida (SSI)	Presente Ausente	Categórica nominal

c) Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la frecuencia de depresión en los pacientes que padecen cáncer en estado terminal en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el 2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de riesgo de suicidio de los pacientes con cáncer en estado terminal que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el 2017?
- ¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con cáncer en estado terminal que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el 2017?
- ¿Cuál es la relación entre edad, sexo, tiempo de enfermedad, tipo de cáncer, estadio de cáncer, depresión y riesgo de suicidio en los pacientes con cáncer en estado terminal que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el 2017?

d) Tipo de investigación: Descriptivo

e) Nivel de investigación: Descriptivo

f) Diseño: Transversal

1.3. Justificación del problema

En mis años de estudiante, durante mis horas de práctica médica he rotado por diferentes hospitales y variadas especialidades; pudiendo en una ocasión ingresar al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur y observar la gran cantidad de personas que acudían a dicha institución médica, personas de todas las edades, tanto hombres como mujeres, que se encontraban padeciendo de una enfermedad oncológica que en muchos de los casos ya no tenían un tratamiento curativo y lo único que se les podía brindar para mejorar su calidad de vida eran tratamientos paliativos.

Al pasar visita médica por lo diferentes sectores del instituto especializado, pude observar detenidamente a los pacientes y darme cuenta que se encontraban padeciendo además de la enfermedad oncológica, alguna enfermedad psiquiátrica como era la depresión; sin embargo, no podría decir o afirmar en qué grado o intensidad, y es por eso que ahora me encuentro desarrollando el presente proyecto; que considero que es un tema importante a conocer, porque existe gran asociación entre la intensidad de un cuadro depresivo y la aparición de ideas suicidas o autolíticas.

El proyecto planteado cuenta con antecedentes bibliográficos a nivel internacional; sin embargo, en la búsqueda realizada, no se encontraron antecedentes a nivel nacional y local; por lo cual considero que a este proyecto como innovador; dado que, me por permitirme brindar información útil y necesaria, la cual aún no ha sido descrita.

Considero que el presente proyecto tiene relevancia científica puesto que a través de la información que será recogida nos permitirá saber cuál es la

prevalencia de depresión y riesgo de suicidio en pacientes terminales del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

Este proyecto, es también factible dado que se cuenta con todos los recursos intelectuales, materiales, económicos y entre otros, los cuales son necesarios e indispensables para su realización; además de contar con el gran apoyo institucional al ser considerado éste problema, un problema de salud pública.

Asimismo, considero que es viable, debido a que en las circunstancias que se está desarrollando, y a las características del mismo, de ser un proyecto en esencia práctico y de mucha utilidad científica, tiene una alta probabilidad de realizarse y por lo tanto, llevarse a cabo de la mejor manera posible.

Por lo tanto, al ver que el cáncer es una patología que se ha vuelto en los últimos una de las más frecuentes, al haber aumentado no solo su incidencia, sino también su morbi-mortalidad, teniendo de esta manera un gran impacto en la salud de la población peruana; siendo considerado por tal motivo un problema de nuestro interés.

Siendo aún estudiante de pregrado de la Universidad Católica de Santa María, pretendo con este proyecto obtener mi título profesional; además de poder contribuir a mi ciudad con información que nos permita establecer claramente cuál es la prevalencia del depresión e ideación suicida en pacientes con cáncer en estadio terminal, quienes son atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, y de esta manera poder plantear, brindar sugerencias y dar un aporte importante a la medicina de nuestro medio.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. DEPRESIÓN

2.1.1. DEFINICIÓN:

“La depresión se define como un trastorno del humor y del estado de ánimo, considerándose que es una alteración patológica que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza y que se manifiesta por un conjunto de síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas, los cuales incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Se presenta en cualquier etapa de la vida generando pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica generando gran malestar consigo mismo.”²

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA

“La depresión contribuye fuertemente a la carga de enfermedad, ocupando el tercer lugar a nivel mundial, el octavo lugar en los países de ingresos altos y el primer lugar en los países de ingresos bajos y medios, siendo en todos la principal causa de carga de enfermedad en mujeres.”³

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes. Es más común en las mujeres, siendo dos veces más frecuente que en los hombres. Tener familiares de primer grado que padezcan de depresión, incrementa el riesgo de padecerla en 1.5 a 3.0 veces, en comparación con aquellas personas que no tengan familiares con depresión.

La mayor incidencia de depresión se presenta en personas dentro del rango de edad de 12 a 24 años (adultos jóvenes) y las más baja incidencia, se presenta en personas mayores de 65 años. Sin embargo, la depresión comienza entre los 25 a 50 años.

Los intentos de suicidio en pacientes deprimidos se presentan en un 10% de los pacientes, aumentando el porcentaje mientras mayor es el grado de depresión, por lo tanto aproximadamente el 66% de todos los suicidas han padecido de depresión.

“Estudios epidemiológicos en el Perú han demostrado: El 6% de la población mayor de 15 años tiene un episodio depresivo al año y se estima que un millón 700 mil personas en el Perú tienen síntomas depresivos, según estudios epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi.”⁴

“El psiquiatra Walter Castillo Martell, director de la entidad, apuntó que el problema presenta en todos los segmentos sociales y todas las edades. Sin embargo, acotó que se activa más entre los adultos jóvenes y hay más intentos de suicidios entre los adolescentes, pero estos se consuman en la población adulta.”⁴

“Justamente, un estudio del instituto reveló que el 2013 se registraron 334 suicidios, 9% más que el 2012. El 85% de las víctimas fueron mayores de edad y el 15%, niños y adolescentes. Asimismo, en el grupo de adultos, el 45% de los suicidios tuvo por motivo las dificultades de pareja y los problemas sentimentales.”⁴

““Calculamos que por cada 20 personas, una se deprime. De cada 20 con un episodio depresivo, una intenta suicidarse. De cada 20 que intentan suicidarse, una lo logra. Es una regla de aproximación”, indicó Castillo Martell a El Comercio agregando que estimaciones dan cuenta de hasta tres suicidios diarios, aunque no todos se conocen.”⁴

“De acuerdo a la experiencia, el especialista refiere que alrededor del 70% de las personas con tratamiento farmacológico adecuado superan la depresión.”⁴

“En tanto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión clínica será la segunda causa de discapacidad en el mundo para el año 2020, y en países en desarrollo será la primera causa.”⁴

2.1.3. ETIOLOGÍA

“La depresión puede considerarse una enfermedad de causa multifactorial, debido a que su origen se puede deber a un sinnúmero de razones como la muerte de algún familiar o aislamiento de familiares y amigos, así como por

alguna enfermedad, entre otras causas. Sin embargo, dependiendo de diferentes factores algunas personas pueden tener mayor riesgo, generando en ellos una mayor vulnerabilidad de desarrollar un cuadro depresivo.”⁵

Las causas se pueden dividir en primarias y secundarias:

a. Primarias:

- **Bioquímicas cerebrales:** “Es considerada la teoría más postulada, debido que el desarrollo de la depresión se debe al déficit parcial o completo de las concentraciones de los diferentes neurotransmisores como la noradrenalina, serotonina y dopamina. Asociándose el exceso de los mismos con el desarrollo de cuadros de manía.”⁶
“Dentro de las alteraciones bioquímicas cerebrales, se ha determinado como mayor determinante de causar depresión a la disminución de serotonina, incluso se postula la presencia de una predisposición genética que conlleva a la disminución de las células que hacen uso de dicho neurotransmisor. Además de la serotonina, también se ha relacionado el GABA y la acetilcolina dentro de los causantes de depresión.”⁶
- **Neuroendocrinos:** “Se postula la presencia de disfunción del hipotálamo en el desarrollo de los síntomas clínicos que caracterizan la depresión como el trastorno del humor, del sueño, del apetito, así como disminución de la libido y de la actividad autonómica. Por lo cual, aproximadamente el 50% de los pacientes muestran un aumento del cortisol circulante, además de alteración en la función tiroidea con disminución de T3 y disminución de hormona del crecimiento durante

las horas de sueño, que pueden persistir hasta más de un año después de la desaparición de los síntomas depresivos.”⁶

- **Neurofisiológicos:** “Entre los pacientes que cursan con depresión y se les realiza un EEG, se halla una característica en común entre todos ellos como es la disminución de los movimientos oculares rápidos (MOR o REM).”⁶
- **Genéticos y familiares:** “Se ha encontrado una gran relación entre la depresión y la herencia en estudios realizados en diferentes familias, teniendo el trastorno depresivo mayor 1.5 a 3 veces mayor frecuencia en familiares de primer grado, que la población en general.”⁶
- **Factores psicológicos:** “Los factores psicológicos tienen gran relevancia en la aparición de depresión, sobre todo en los grados de menor intensidad, teniendo relación con la presencia de pensamientos distorsionados, lo que conlleva en el paciente con depresión a la aparición de fenómenos cognitivos como una percepción negativa de sí mismos, del mundo y del futuro.”⁶

b. Secundarias:

- **Drogas:** “Es variada la cantidad de drogas responsables de causar cuadros depresivos en quienes las consumen, pero se aproxima que son más de 200 medicamentos los responsables de la aparición de depresión, siendo en la mayoría de los casos de forma ocasional. Dentro de la amplia variedad de medicamentos causantes de depresión están los AINES, antibióticos, antihipertensivos, antipsicóticos, drogas cardiacas, corticoesteroides como ACTH y contraceptivos orales.”⁶

- **Enfermedades orgánicas:** “Cualquier enfermedad, especialmente durante la etapa de mayor gravedad causan una reacción psicológica que termina en depresión, pero las enfermedades que con mayor frecuencia se encuentran asociadas a cuadros depresivos son el Alzheimer, Parkinson, epilepsias, esclerosis múltiple, infarto al corazón y sobre todo los procesos neoplásicos.”⁶
- **Enfermedades infecciosas:** “Como por Virus de la Hepatitis, Influenza, Brucelosis, entre otras.”⁶
- **Enfermedades psiquiátricas:** “Las enfermedades psiquiátricas que pueden cursar con cuadros depresivos son la esquizofrenia y el trastorno esquizofrénico, trastorno del pánico en etapas avanzadas; además del alcoholismo y la farmacodependencia que también pueden causar depresión secundaria.”⁶

2.1.4. CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los trastornos depresivos, según su intensidad se pueden clasificar en trastornos leves, moderados o graves. Basados en el sistema de clasificación diagnóstica del CIE-10 y DSM-V, la gravedad de los episodios depresivos se pueden clasificar dependiendo del número, tipo e intensidad de los síntomas manifestados en el paciente, así como el deterioro funcional que presenten.

“Durante la evaluación de la complejidad del cuadro depresivo, se sugiere tener en cuenta las comorbilidades que se puedan desarrollar en el paciente como son los Trastornos de estrés post-traumático, consumo de sustancias, psicosis, riesgo suicida, estresores psicosociales significativos, así como la

potencial cronicidad del cuadro, que se entiende como la persistencia de los síntomas por más de dos años a pesar de recibir el tratamiento más adecuado."⁷

Para el diagnóstico de depresión, son criterios para las directrices tanto el DSM-V como de la CIE-10.

a. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo⁷:

Criterio A	Accesos de cólera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p. ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
Criterio B	Los accesos de cólera no concuerdan con el grado de desarrollo.
Criterio C	Los accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
Criterio D	Los estados de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p. ej., padres, maestros, compañeros).
Criterio E	Los criterios A-D han estado presentes durante 12 o más meses. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un período que durara tres o más meses consecutivos sin todos los síntomas de los criterios A-D.
Criterio F	Los criterios A y D están presentes al menos en dos de tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
Criterio G	El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.
Criterio H	Por la historia o la observación, los criterios A-E comienzan

	antes de los 10 años.
Criterio I	Nunca antes ha habido un periodo bien definido de más de un día durante el cual se haya cumplido todos los criterios sintomáticos, excepto la duración, para un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.
Criterio J	Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro autista, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente [distimia]). Nota: Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede coexistir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención/hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo y el trastorno negativista desafiante, solamente se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maníaco o hipomaníaco, no se debe hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
Criterio K	Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

b. Trastorno de depresión mayor:⁷

Criterio A	Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer. Nota: no incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica. 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.) 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación). 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.) 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento). 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autoreproche o culpa por estar enfermo). 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse,
--------------------------	---

	o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas). 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
Criterio B	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
Criterio C	El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor. Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida de apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.
Criterio D	El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y

	otros trastornos psicóticos.
Criterio E	Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

c. Trastorno depresivo persistente (distimia):⁷ En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

Criterio A	Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.
Criterio B	Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes: 1. Poco apetito o sobrealimentación. 2. Insomnio o hipersomnía. 3. Poca energía o fatiga. 4. Baja autoestima. 5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones. 6. Sentimientos de desesperanza.
Criterio C	Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

Criterio D	Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
Criterio E	Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se ha cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
Criterio F	La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
Criterio G	Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
Criterio H	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Nota: Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrá síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todo los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

d. Trastorno disfórico premenstrual:⁷

Criterio A	En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.
Criterio B	Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes: 1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo). 2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales. 3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio. 4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.
Criterio C	Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B. 1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones). 2. Dificultad subjetiva de concentración. 3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía. 4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos. 5. Hipersomnia o insomnio. 6. Sensación de estar agobiada o sin control. 7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso. Nota: Los síntomas de los criterios A-C se han de haber

	cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.
Criterio D	Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en la casa).
Criterio E	La alteración no es simplemente una exacerbación de síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno del pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).
Criterio F	El criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)
Criterio G	Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

e. Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:⁷

Criterio A	Alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades.
Criterio B	Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de (1) y (2): 1. Síntomas del criterio A desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento.

	2. La sustancia/medicamento implicado puede producir los síntomas del criterio A.
Criterio C	El trastorno no se explica mejor por un trastorno depresivo no inducido por una sustancia/medicamento. La evidencia de un trastorno depresivo independiente puede incluir lo siguiente: Los síntomas fueron anteriores al inicio del uso de la sustancia/medicamento; los síntomas persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno depresivo independiente no inducido por sustancias/medicamentos (p. ej., antecedentes de episodios recurrentes no relacionados con sustancias/medicamentos).
Criterio D	El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
Criterio E	El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: Sólo se hará este diagnóstico en lugar de un diagnóstico de intoxicación por una sustancia o abstinencia de una sustancia cuando los síntomas del Criterio A predominen en el cuadro clínico y cuando sean suficientemente graves para justificar la atención clínica.

f. Trastorno depresivo debido a otra afección médica:⁷

Criterio A	Un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico.
Criterio B	Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica.
Criterio C	La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de adaptación, con estado de ánimo deprimido, en el que el factor de estrés es una afección médica grave).
Criterio D	El trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium.
Criterio E	El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

g. Otro trastorno depresivo especificado:⁷

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando “otro trastorno depresivo especificado” y a continuación en el motivo específico (p. ej., “episodio depresivo de corta duración”).

Algunos ejemplos de presentaciones que se pueden especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Depresión: breve recurrente: Presencia concurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido nunca los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.
2. Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.
3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para trastorno mixto de ansiedad y depresión.

h. Otro trastorno depresivo no especificado:⁷

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría del trastorno depresivo no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno depresivo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencia).

2.1.5. REACCIÓN DE DUELO

“En el DSM-IV queda contemplada en los problemas adicionales que pueden requerir un tratamiento, si bien no cumple criterios para el diagnóstico de alguna de las condiciones previas. Se trata de la común reacción a la muerte de una persona próxima.”⁸

“Pueden darse síntomas propios de una depresión mayor, si bien la duración es variable, y generalmente con connotaciones socio-culturales propias de cada sujeto. En cualquier caso, si los síntomas se mantienen más de dos meses tras la pérdida, se puede pasar a diagnosticar como una depresión mayor.”⁸

2.1.6. DEPRESIÓN EN LA MUJER

“La depresión es más común en mujeres que en hombres. Hay factores biológicos, de ciclo de vida, hormonales, y psicosociales que son únicos de la

mujer, que pueden ser relacionados con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres. Investigadores han demostrado que las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Por ejemplo, las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido, pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un episodio breve de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. Algunos estudios sugieren que las mujeres que padecen depresión posparto, a menudo han padecido previos episodios de depresión.”⁹

“Además, muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, cuidado de los hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza, y tensiones de las relaciones. Aún no está claro por qué algunas mujeres que enfrentan desafíos inmensos padecen de depresión, mientras que otras con desafíos similares no la padecen.”⁹

“Finalmente, algunas mujeres también pueden ser susceptibles a sufrir una forma grave del síndrome premenstrual, a veces llamado trastorno disfórico premenstrual. Esta es una enfermedad producida por cambios hormonales que ocurren cerca del periodo de la ovulación y antes de que comience la menstruación. Durante la transición a la menopausia, algunas mujeres experimentan un mayor riesgo de sufrir depresión. Científicos están explorando la forma en la que la elevación y la disminución cíclicas

del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro que está relacionada con la enfermedad depresiva.”¹⁰

2.1.7. DEPRESIÓN EN EL HOMBRE

“Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras, y que tienen el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa excesiva.”^{11,12}

“Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, enojados, o a veces abusivos. Algunos hombres se envician al trabajo para evitar hablar acerca de su depresión con la familia o amigos o comienzan a mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Y aunque en los Estados Unidos, son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio.”¹³

2.1.8. DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

“Científicos y médicos han comenzado a considerar seriamente el riesgo de la depresión en niños. Investigaciones han mostrado que la depresión en la niñez a menudo persiste, recurre, y se prolonga en la adultez especialmente si no se recibe tratamiento. La presencia de la depresión en la niñez también tiende a predecir enfermedades más graves en la edad adulta.”¹⁴

“Antes de la pubertad, los niños y las niñas tienen las mismas probabilidades de sufrir trastornos de depresión. Sin embargo, a los 15

años, las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de haber padecido un episodio de depresión grave.”¹⁵

“La depresión en los adolescentes se presenta en un momento de grandes cambios personales, cuando hombres y mujeres están definiendo una identidad distinta a la de sus padres, lidiando con asuntos de género y su sexualidad emergente, y tomando decisiones por primera vez en sus vidas. La depresión en la adolescencia a menudo coexiste con otros trastornos tales como ansiedad, comportamiento perturbador, trastornos alimenticios, o abuso de sustancias. También puede conducir a un aumento en el riesgo de suicidio.”^{14, 16}

2.1.9. DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS

“La depresión no es algo normal del envejecimiento y existen estudios que muestran que la mayoría de los ancianos se sienten satisfechos con sus vidas a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en ancianos, puede ser pasada por alto porque ellos pueden mostrar síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de tristeza o pena.”¹⁷

“En los adultos mayores, los cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo e incluso a demencia, a pocos años de comenzar la patología depresiva. De las depresiones con demencia reversible, cuyos síntomas cognitivos remiten casi completamente después del tratamiento antidepresivo, un 40% desarrolla demencia dentro de los siguientes 3 años. En un estudio se encontró un riesgo relativo de conversión a demencia en los pacientes con diagnóstico de pseudo demencia depresiva,

constituyéndose así la depresión en un predictor de demencia, así como también que el antecedente de un episodio depresivo constituye factor de riesgo para desarrollar Alzheimer.”¹⁸

“Además, los ancianos pueden tener más condiciones médicas tales como enfermedad cardíaca, derrame cerebral, o cáncer, las cuales pueden provocar síntomas de depresión, o pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión.”¹⁹

“Aunque muchas personas suponen que las tasas más altas de suicidio se dan entre los jóvenes, en realidad se dan entre los hombres blancos mayores de 85 años. Muchos sufren una enfermedad depresiva que los médicos no pueden detectar, a pesar del hecho de que estas víctimas de suicidio a menudo visitan a su médico dentro del mes anterior a su muerte.”²⁰

2.1.10. DEPRESIÓN EN PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS

“La comorbilidad de depresión y enfermedades crónicas no sólo disminuye la sobrevivencia, sino que también tiene un impacto en la calidad de vida de las personas. El aumento en el riesgo de mortalidad en personas que han sufrido un ataque cardíaco y que presentan una depresión concomitante, es exclusivo para personas que desarrollan el trastorno depresivo posteriormente.”²¹

“En el caso de las personas con depresión y con una enfermedad crónica concomitante, el pronóstico de la depresión suele ser substancialmente peor, dado que el problema de salud físico seguirá estando presente,

aunque la evidencia objetiva de esta afirmación no está disponible. La depresión ocurre en ausencia de enfermedades crónicas físicas, generalmente está acompañada de variados síntomas somáticos; cuando se acompaña con una enfermedad crónica física, la dificultad para distinguir los síntomas somáticos de aquellos que ocurren producto del problema de salud física, es especialmente desafiante.”²¹

“Frecuentemente acuden a la atención primaria personas con depresión y un problema crónico de salud física, pero sólo una minoría de los pacientes señala algún problema psicológico como motivo de consulta. La mayoría se queja de dolor y otros síntomas somáticos (63% en el Reino Unido, un 62,1% en todo el mundo), y el resto menciona problemas como sueño y fatiga. Por ende la primera tarea del profesional de la salud consiste en investigar las posibles causas de estos síntomas. Cuando un problema crónico de salud física es hallado, la atención se tiende a desplazar a éste y la depresión puede ser pasada por alto.”²¹

“Grandes estudios epidemiológicos poblacionales, han reportado tasas más altas de riesgo suicida relacionadas con distintos problemas graves de salud física, incluido el cáncer, diabetes, enfermedades renales terminales, epilepsia, esclerosis múltiple, infartos y traumatismos cerebrales. Estos hallazgos señalan la importancia de detectar y tratar la depresión en personas con un problema crónico de salud física.”²¹

2.1.11. TRATAMIENTO

“La depresión generalmente está relacionada con trastornos reactivos, por lo cual en la mayoría de los casos no requiere de la necesidad de utilizar la

farmacoterapia y pueden tratarse únicamente con psicoterapia y con el transcurrir del tiempo. No obstante, cuando los casos de depresión son severos con signos significativos y síntomas que persisten por más de dos semanas, lo recomendable en esos casos es la utilización de la terapéutica medicamentosa, lo cual también es sugerido por una historia familiar de depresión existente en los paciente o una historia de episodios previos.”²²

“El objetivo del tratamiento de la depresión es el lograr la remisión de los síntomas en un corto plazo de tiempo mediante la aplicación de estrategias de continuación y mantenimiento a largo plazo, para prevenir las recaídas y recidivas. La técnica empleada y más efectiva para lograr la remisión de los signos y síntomas, además de la prevención de recaídas es la aplicación de medicación; sin embargo, el aplicar un tratamiento combinado, que significa el añadir la psicoterapia a la terapia farmacológica, logrando en el paciente con depresión al emplear esta combinación un apoyo para afrontar sus pérdida de autoestima y de desmoralización, con lo cual se obtiene un mejor resultado en la resolución de la depresión.”²³

“Lo que se pretende con aplicar un tratamiento a la depresión, ya sea tanto farmacológica como su combinación con la psicoterapia, es la disminución de la morbi-mortalidad que trae consigo dicho trastorno, como lo es principalmente el suicidio o intento de suicidio, además de accidentes por déficit de atención, fracaso en los estudios, absentismo laboral y pérdidas de trabajo, entre otras.”²⁴

“Diversos estudios concluyeron que los episodios de depresión no tratados duran de 6-24 meses y solo se alarga más de 2 años en 5-10% de los casos.

Sin embargo, el tratamiento permite acelerar la recuperación y evitar reídas y recurrencias, evitando que se convierta en un problema crónico.”²⁴

“Los factores que influyen y afectan el reconocimiento del trastorno depresivo y por lo tanto la aplicación un tratamiento adecuado en los pacientes. En dichos factores que influyen, se pueden citar cuatro errores clínicos comunes:” ²⁵

- Cuestionamiento insuficiente: Se refiere a la no utilización de las preguntas adecuadas en el paciente, que nos ayudan a descubrir exactamente cuáles son los síntomas manifestados en el trastorno emocional, a pesar que exista una alta probabilidad de sospecha.
- Falla en la consulta a familiares: Es frecuente con las pacientes que cursan con cuadros depresivos, tiendan a minimizar o maximizar sus síntomas debido a las distorsiones cognoscitivas que se asocian a la enfermedad; por lo tanto en los paciente es de gran importancia el recurrir a algún familiar que pueda brindar alguna información, que quizás será de vital importancia en su debido momento.
- Aceptar el diagnóstico de desorden emocional a pesar de la falta de criterios diagnósticos.
- Exclusión del diagnóstico o falla al inicio del tratamiento de la depresión a pesar del complejo de síntomas asociados.

a. Fases del tratamiento²⁵

- **Fase aguda:** Tiene como principal objetivo la eliminación de los síntomas presenten durante el episodio depresivo, que puede tener una duración de varias semanas hasta lograr una mejoría clínica significativa, que se logra

aproximadamente una mejoría del 50% de los síntomas manifestados en el paciente.

- **Fase de continuación:** En esta fase, el paciente obtiene la recuperación clínica por un periodo aproximado de 4-9 meses, después del cual el médico tratante podría retirar la medicación o continuar con un tratamiento de mantenimiento.
- **Fase de mantenimiento:** Permite evitar las recurrencias de los episodios depresivos. Esta fase, puede durar como mínimo un año o prolongarse, dependiendo de la evolución del paciente, hasta toda la vida. En este punto ya es necesario utilizar una terapia combinada, medicamentos asociados a psicoterapia.
- **Episodios refractarios:** En los episodios refractarios se recomienda la utilización de tratamiento farmacológico asociado a otros métodos de tratamiento como la estrategia de potenciación o terapia electro convulsiva.

b. Psicoterapia

“La Psicoterapia, empleada en la nueva opción de tratamiento, consiste en aplicarla en combinación con psicofármacos y otras técnicas psicológicas, teniendo buenos resultados en la mayoría de los casos de depresión.”^{19, 26}

“En los casos leves de depresión en pacientes con antecedentes de estresante psicosociales, lo cual explique el origen del trastorno, y también en cuadros crónicos, la psicoterapia puede ser empleada como método de tratamiento exclusivo, de tipo dinámico, conductual, grupal y psicoanalítico.”²⁶

“La psicoterapia individual o grupal, empleada previa o conjuntamente a la aplicación del tratamiento farmacológico, incrementa los mejores resultados a

este último, ya que consigue que los pacientes aprendan a sobrellevar las presiones cotidianas de la vida y por lo tanto paulatinamente reasuman sus habituales responsabilidades. Dentro de la psicoterapia, las técnicas que mejores resultados han obtenido con la terapia cognitivo conductual y la terapia interpersonal, las cuales pueden ser aplicadas individualmente o en grupo, durante un mínimo de 8 a 16 sesiones semanales.”^{25, 27}

c. Fototerapia

“La terapia de luz es una opción de tratamiento considerada efectiva para la depresión grave con variaciones estacionales, especialmente las depresiones que se presentan durante las temporadas de otoño-invierno. La duración del tratamiento es de al menos 30 minutos al día con un dispositivo estándar de fototerapia.”²⁵

d. Terapia electro convulsiva

“La terapia electro convulsiva fue y es considerada como la opción de tratamiento más efectiva para los pacientes que cursan con cuadros de depresión grave, en quienes se estima una respuesta favorable del 60-80%; por lo tanto, es considerada y empleada como terapia de primera línea en pacientes que presenten cuadros depresivos que cursen con episodios psicóticos, ideación suicida o en quienes no haya obtenido una buena respuesta o que no toleren el tratamiento farmacológico antidepresivo.”²⁵

e. Terapia farmacológica

“El tratamiento farmacológico con fármacos antidepresivos es considerado el tratamiento de elección en pacientes que presenten cuadros de depresión moderada a severa grave. Tiene una respuesta favorable de un 60-80% de los

casos aproximadamente cuando se añade un segundo antidepresivo al fármaco antidepresivo inicial que no logró una respuesta favorable del trastorno.”²⁵

“Generalmente, después de un periodo de 3 a 6 semanas de administración de fármacos antidepresivos existe una respuesta favorable de los pacientes con cuadros de depresión grave en un 6% de los pacientes; sin embargo, si después de 3 semanas de tratamiento farmacológico no se obtiene una respuesta, la probabilidad de obtener una respuesta favorable será menor a un 20%, y será necesario el cambio o la aplicación de un nuevo fármaco, pero de otra clase. Si pasadas las 3 a 6 semanas del tratamiento se consigue una respuesta parcial, pero no la recuperación total, el médico tratante debe plantearse el aumentar la dosis del fármaco antidepresivo, siempre y cuando la nueva dosis administrada sea tolerable por el paciente y con el mínimo de efectos adversos.”²⁵

“Los pacientes deberían aprender que los síntomas fisiológicos de la depresión (trastornos del sueño, apetito, energía y actividad motora) pueden resolverse antes de que el paciente subjetivamente perciba la recuperación. Los síntomas generalmente no empiezan a resolverse hasta que el paciente haya recibido una adecuada dosis del medicamento por 2 a 4 semanas. La recuperación total, puede llegar a obtenerse después de 4 meses. Existe un incremento en el riesgo de recurrencia o cronicidad, o ambos, si persisten los síntomas residuales.”²⁵

“El efecto que se produce en el organismo del paciente con depresión al administrarse los fármacos antidepresivos es el aumento de la concentración sanguínea de las aminas neurotransmisoras, lo cual se logra mediante la inhibición de su recaptura (aumentando su concentración sanguínea), impidiendo su destrucción por parte de la enzima mono-amino oxidasa (MAO)

o administrando sus precursores, con lo cual se logra el aumento de su síntesis y por lo tanto el aumento sanguíneo de la concentración del neurotransmisor.”²⁶

“Dentro de los fármacos antidepresivos empleados en la terapia farmacológica, se encuentran los siguientes cuatro grupos:”²⁷

Fármaco	Principio activo
Inhibidores de la Monoaminooxidasa (IMAO's)	No selectivo-Tranilcipromina Selectivo MAO A-Moclobemida
Antidepresivos tricíclicos y fármacos clínicamente semejantes (ATC's)	Amitriptilina Amoxapina Clomipramina Dusolpina Doxepina Imipramina Lofepramina Maprotilina Nortriptilina Trimipramina
Inhibidores selectivos de la recaptura de Serotonina (ISRS's)	Citalopram Fluoxetina Fluvoxamina Paroxetina Sertralina
Antidepresivos atípicos o misceláneos (Acción dual)	IRND-Bupropión IRSN-Venlafaxina, Nefazodona, Trazodona NASSA-Mianserina, Mirtazapina ISRN-Reboxetina

“Aproximadamente 2/3 de los pacientes que utilizan antidepresivos responder al tratamiento, los primeros signos de mejoría aparecen después de una semana de tratamiento, pero la recuperación significativa no se inicia hasta 3-6 semanas después del inicio del tratamiento y la recuperación completa después de 6-8 semanas. La duración mínima del tratamiento debe ser de 6 meses y alcanzando la estabilización de los pacientes, ya que el mayor riesgo de recaída se da entre los 4 y 6 meses después del inicio de la mejoría. Se observa hasta un 69% de recaídas por interrupción del tratamiento. En caso de finalización de la medicación, la interrupción siempre debe ser gradual. Si hay recurrencia, lo recomendado es prescribir el fármaco antidepresivo que sea útil en el primer episodio; en casos refractarios o de mucha recurrencia requieren tratamiento de mantenimiento.”²⁴

Esquema de tratamiento en el manejo de Depresión		
Episodio depresivo	Duración del tratamiento	Dosis del medicamento
Episodio 1°	Fase aguda: 6-8 semanas	Completa
	Fase de continuación: 4-5 meses	Completa
	Terminación: 1-5 semanas	Reducción 25% de la dosis semanalmente
	Cese gradual	
Episodio 2°	4-5 años	Completa
Episodio 3°	Indefinido	Completa

- **Antidepresivos tricíclicos (ATC) y fármacos clínicamente similares:**

“Bloquen la bomba recaptadora de serotonina, de noradrenalina y en menor medida de dopamina, de forma que los neurotransmisores no pueden ser enviados de vuelta a la neurona presináptica para ser reutilizados, consiguiéndose así una mayor concentración sináptica de neurotransmisor.

Este bloqueo es responsable de la acción terapéutica del medicamento, pero además tiene otras acciones, como por ejemplo el bloqueo de los receptores colinérgicos muscarínicos, bloqueo de los receptores de la histamina H1 y bloqueo de los receptores adrenérgicos alfa 1. Estos 3 bloqueos son los responsables de los efectos secundarios de los antidepresivos tricíclicos.”²⁴

“El administrar una dosis excesiva de fármacos antidepresivos tricíclicos puede ser mortal, por lo tanto no se puede prescribir a los pacientes dosis para más de 10 días, dado que los efectos tóxicos se presentan a concentraciones sanguíneas mayores de 500 ng/ml, y concentraciones mayores de 1ug/ml puede ser considerado como letal.”²⁸

“Dentro de los efectos adversos más comunes causados por la administración de estos fármacos se encuentra la hipotensión ortoestática, efectos cardiacos como depresión miocárdica directa, pérdida de la libido y la disfunción eréctil, eyaculatoria y orgásmica; además, delirio, agitación y manía, que son consideradas como infrecuentes. Sin embargo, la suspensión súbita del antidepresivo puede causar un “rebote” colinérgico, manifestándose con cefalea y nausea con calambres abdominales.”^{22, 28}

- **Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS):** “Debido a que los antidepresivos tricíclicos poseían abundantes efectos adversos

significativos es que se crearon los inhibidores de la recaptura de serotonina, que demostraron tener menores efectos adversos en comparación con los anteriores medicamentos y a pesar de ello una buena respuesta terapéutica.”²⁴

“Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina bloquean selectivamente la bomba de recaptura de serotonina, únicamente, con lo que se impide que ésta regrese a la neurona presináptica para su re-utilización y así aumentar su concentración en la sinapsis libre para unirse a su receptor. Bloquean la recaptación de serotonina en 5-HT_{1A}, 5-HT_{2C} y 5-HT_{3C} en la terminal nerviosa presináptica.”^{24, 29}

“Dentro de los efectos adversos más comunes relacionados con la administración de ISRS se encuentra la cefalea, náuseas, tinnitus, insomnio, nerviosismo, acatisia y efectos sexuales adversos. Sin embargo, sus efectos positivos que hacen que se recomienden sobre los ATC son que no tienen efectos adversos cardiovasculares ni anticolinérgicos significativos.”^{22, 28}

- **Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO):** “Impiden la acción de la enzima monoaminoxidasa (MAO) evitando así la degradación de los neurotransmisores noradrenalina, serotonina y dopamina por parte de la neurona presináptica, consiguiendo una mayor concentración de los neurotransmisores en la sinapsis, para unirse a los receptores postsinápticos.”²⁴

Son empleados generalmente como fármacos antidepresivos de tercera línea (después del fracaso al tratamiento con antidepresivos tricíclicos o de

agentes nuevos) debido a que posee restricciones dietéticas, lo cual limita su uso en los pacientes con depresión.

“Dentro de las manifestaciones adversas que conlleva el uso de estos fármacos se encuentra la hipotensión ortoestática, efectos simpaticomiméticos como la taquicardia, sudoración y temblores, además de náuseas, insomnio y disfunción sexual.”^{22, 28}

- **Antidepresivos duales o atípicos:** Son fármacos desarrollados con mecanismo de acción más específicos y por lo tanto con menores efectos adversos, entre ellos se encuentran los siguientes subtipos de fármacos:
 - o Inhibidores de la recaptura de dopamina y noradrenalina (IRND): “El fármaco representante es el Bupropión, el cual es un pro-fármaco muy eficaz y estimulante. La ventaja de este fármaco es que no posee actividad anticolinérgica ni sedante, por lo cual posee menos efectos adversos como la hipotensión ortoestática.”²⁴
 - o Inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN): “En este grupo, el fármaco que destaca es la Venlafaxina, siendo sus principales efectos adversos la somnolencia, náuseas, insomnio y sequedad de boca.”^{24, 29, 30}
 - o Antagonistas de receptores 5-HT₂ e inhibidores de la recaptura de serotonina (ASIR): “Los fármacos más importantes de este grupo son la Trazodona y Nefazodona, quienes bloquean los receptores de serotonina-2, no actuando sobre la noradrenalina ni teniendo efectos sobre los receptores colinérgicos.”^{22, 24, 28}

- o Acción noradrenérgica, serotoninérgica e histaminérgica específica (NASSA): L"os fármacos más importantes son la Mianserina y Mirtazapina, quienes son antagonistas puros de la 5-HT₂."24
- o Inhibidores selectivos de noradrenalina (ISRN): "El principal fármaco de este grupo es la Reboxetina, quien bloquea la recaptura de noradrenalina, más no la de serotonina, por lo cual no posee efectos sobre los receptores colinérgicos."24

Terapéutica combinatoria o de cambio	
De un IMAO a un ATC	Se debe permitir que transcurran de 2 a 3 semanas entre la suspensión de un medicamento y el inicio del otro.
De un ISRS a un IMAO	Se debe dejar un intervalo de 4 a 5 semanas.
Cambios dentro de los grupos	No es necesario dar un tiempo. Se puede disminuir rápidamente la dosis de un medicamento mientras se aumenta el otro.

2.1.12. SUICIDALIDAD

a. Detección del Riesgo Suicida:

"Es largamente reconocido que identificar oportunamente el riesgo suicida es una de las medidas más importantes para la prevención. Un estudio sueco puso de manifiesto que el entrenamiento de profesionales de atención primaria en la identificación de trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, se relaciona con una disminución del número de intentos y de suicidios, un

incremento de la prescripción de antidepresivos, así como del número de hospitalizaciones. Por ello los profesionales del nivel primario debiesen estar capacitados para realizar una entrevista clínica tranquila, con tiempo para escuchar cálida y atentamente, tratando al paciente con respeto, sin emitir juicios y estableciendo una relación empática.”^{31, 32, 33}

Clasificación del Riesgo Suicida	
Riesgo Leve	Hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño. No hay intención evidente aunque si hay ideación suicida. La persona es capaz de rectificar su conducta y hacerse autocrítica.
Riesgo Moderado	Existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales. Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.
Riesgo Grave	Hay una reparación concreta para hacerse un daño. Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.
Riesgo Extremo	Varios intentos de auto eliminación con varios factores de riesgo, pueden estar presente como agravante la auto agresión.

“En los adultos que cursan con cuadros depresivos, el riesgo de suicidio aumenta considerablemente cuando se cumplen las siguientes características:”²

En relación con el Suicidio	En relación con el Contexto Social
• Intentos suicidas previos.	• Desórdenes familiares en

• Casos de autodestrucción en la familia o en el entorno. • Amenazas de suicidio (directas o indirectas). • Expresión de ideas concretas sobre la ejecución o los preparativos de dicho acto. • Calma inquietante tras un período suicidal y de agitación.	la infancia y adolescencia. • Ausencia o pérdida de contactos humanos (aislamiento, desengaño). • Dificultades profesionales o financieras. • Ausencia de un fin en la vida.
---	---

“En el adulto mayor, los factores que se asocian a la aparición de riesgo suicida se puede clasificar en:”²

Factores médicos		Factores familiares	
• Enfermedades crónicas, terminales, dolorosas, invalidantes y discapacitantes (ej. Parkinson, Alzheimer, neoplasias, diabetes complicada, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Enfermedades de frecuente asociación con depresión (ej. arteriosclerosis, demencias). • Hospitalización periódica y ser sometido a intervenciones quirúrgicas frecuentes. • Medicamentos potencialmente depresógenos (digitálicos, Propanolol, L. Dopa, Indometacina, etc).		• Pérdida de seres queridos. • Viudez (riesgo de autodestrucción pasiva durante el primer año). • Migración forzada del anciano, que vive rotativamente con distintos familiares. • Ingreso reciente a un hogar de ancianos.	
Factores psiquiátricos		Factores psicológicos	

• Depresión. • Abuso de drogas o alcohol. • Trastornos crónicos del sueño. • Psicosis delirantes paranoides con gran desconfianza y agitación, y la confusión mental.	• Sentimientos de soledad e inutilidad. • Inactividad y aburrimiento. • Falta de proyectos vitales. • Tendencia a revivir el pasado.
Factores socio-ambientales	
• Jubilación. • Aislamiento social. • Actitud hostil, peyorativa o despreciativa de la sociedad hacia el anciano. • Pérdida de prestigio.	

b. Tratamiento de la Suicidalidad

“La ideación suicida debe pesquisarse precozmente en los trastornos depresivos y un objetivo principal es disminuir la potencialidad suicida. La hospitalización es una medida terapéutica útil cuando la ideación suicida se asocia con factores de riesgo.”²

“El tratamiento de la persona en riesgo o con intento de suicidio es variable, pero en general se basa en el uso de psicofármacos y la psicoterapia cognitivo-conductual en forma combinada. Cuando existe una enfermedad mental asociada, el manejo terapéutico se debe enfocar al tratamiento de ésta.”²

“En la terapia farmacológica se utilizan antidepresivos y ansiolíticos, teniendo siempre presente el riesgo tóxico en caso de sobredosis. También se utilizan las sales de litio por sus efectos antidepresivos y sus propiedades serotoninérgicas y anti impulsivas que reducen el riesgo suicida. Una revisión sistemática

encontró que aquellos pacientes tratados con sales de litio tuvieron menos probabilidades de morir que aquellos tratados con otros compuestos.”³⁴

“La psicoterapia cognitivo-conductual es útil cuando el objetivo es modificar los comportamientos y pensamientos. Entre las técnicas que utiliza están la asertividad, la relajación, la reestructuración cognitiva, la resolución de problemas, el entrenamiento en habilidades sociales y el manejo de contingencias.”²

“En algunos casos, la terapia electroconvulsiva (TEC), se utiliza como tratamiento rápido y eficaz para prevenir el riesgo de suicidio en personas con trastornos depresivos muy graves con síntomas de melancolía.”²

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A NIVEL LOCAL

3.1. **Autor:** “Oscar Javier Suclla Alarcón”

Título: “RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2011.”

Resumen: “INTRODUCCIÓN: Aunque la depresión es una enfermedad, que afecta aproximadamente al 10% de la población general, en los pacientes con cáncer se ha detectado hasta en un 25%. Por otra parte; el paciente oncológico sufre muchas pérdidas como: roles, trabajo, esquema corporal, etc. OBJETIVOS: Determinar el tiempo medio entre el diagnóstico y el momento actual de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital

Goyeneche de Arequipa. Determinar los niveles de depresión según el inventario de depresión de Beck en los pacientes oncológicos del Hospital Goyeneche de Arequipa. Determinar la influencia del tiempo de diagnóstico de cáncer, sobre los niveles de depresión en los pacientes con cáncer del Hospital Goyeneche de Arequipa. METODOLOGÍA: Se entrevistaron 196 pacientes con cáncer en las instalaciones del Hospital Goyeneche de Arequipa durante los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2011; a quienes se les aplicó el inventario de depresión de Beck. RESULTADOS: El tiempo entre el diagnóstico y el momento actual de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche es muy variable, su promedio fue calculado en 7,3 meses; donde el 88,3% tiene un tiempo de enfermedad menor de 1 año. El inventario de depresión de Beck en los pacientes oncológicos del Hospital Goyeneche, determino que el 92,9% tienen síntomas compatibles con algún grado de depresión (leve, moderada, severa). Concluimos que existe influencia del tiempo de enfermedad sobre los niveles de depresión, a medida que pasa mayor tiempo de diagnóstico de cáncer, mayores niveles de depresión."

Cita en Vancouver: Suclla Alarcón OC. RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2011. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2012. 129 p.

http://cybertesis.ucsm.edu.pe/bibl_virt/tesis.php?href=at/2012/suclla_ao/index.html (consultado el 01 de noviembre de 2015).

A NIVEL NACIONAL

3.2. **Autor:** “Br. Aguilar Melquiades Fiorella Stefanie y Br. Quinde Yovera Yariksa.”

Título: “NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE CUELLO UTERINO GRADO III Y IV. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - 2013.”

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.”

Cita en Vancouver: Aguilar Melquiades FS, Quinde Yovera Y. NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CANCER

DE CUELLO UTERINO GRADO III Y IV. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - 2013. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015. 57 p.

http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1115/1/AGUILAR_FIORELLA_NIVELES_ANSIEDAD_DEPRESI%C3%93N.pdf (consultado el 01 de noviembre de 2015).

A NIVEL INTERNACIONAL

3.3. **Autor:** “Jorge Maté, Jesús González-Barboteo, María Ibáñez-Solaz, Koldo Martínez-Urionabarenetxea, Joaquim T. Limonero y Albert Tuca.”

Título: “IDEACIÓN AUTOLÍTICA AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.”

Resumen: “La enfermedad oncológica avanzada produce en los enfermos una serie de síntomas frecuentemente invalidantes y molestos que pueden provocar gran malestar psicológico tanto en el paciente como en la familia. En este contexto, incluso a pesar de un aceptable control sintomático, los pacientes pueden presentar ideación autolítica. Esta situación es de gran complejidad y de difícil manejo tanto para la familia como para el equipo sanitario asistencial, donde cuestiones éticas, morales, espirituales-religiosas y legales confluyen. Los aspectos referidos pueden ser complementarios pero otros no, pudiendo, de esta manera, quebrantar el principio de autonomía del paciente en la medida que los deseos personales del mismo puede comprometer el plan de actuación del equipo sanitario que le atiende. En este artículo, se expone la experiencia vivida en nuestro servicio ante un paciente con ideas francas de suicidio y las

actuaciones que se llevaron a cabo, así como las reflexiones que esta situación generó. Finalmente, se proponen algunas recomendaciones consensuadas con juristas y expertos en Bioética.”

Cita en Vancouver: Maté J, González Barboteo J, Ibáñez Solaz M, Martínez Urionabarenetxea K, Limonero JT, Tuca A. IDEACIÓN AUTOLÍTICA AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO. PSICOONCOLOGÍA 2008; 5(2-3).

<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220339A/15415> (consultado el 01 de noviembre 2015).

3.4. **Autor:** “Jorge Maté, María F. Hollenstein y Francisco L. Gil.”

Título: “INSOMNIO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO.”

Resumen: “La presencia de trastornos psicopatológicos en el paciente oncológico ha sido ampliamente documentada. A pesar de su frecuencia, la identificación de estos trastornos es insuficiente debido a diferentes motivos, como: a) la confluencia de sintomatología somática y psíquica, b) considerar como normal la presencia de ansiedad, depresión o insomnio en el paciente con cáncer, c) la falta de formación de los sanitarios en la detección de trastornos psiquiátricos, o que éstos puedan ser secundarios a la propia enfermedad y a los tratamientos oncológicos. El presente trabajo aborda el insomnio, la ansiedad y la depresión por ser trastornos de los más frecuentes en el paciente con cáncer y por su incidencia en su

bienestar, asimismo presentamos pautas para la detección y el manejo de dichos trastornos, tanto desde una perspectiva farmacológica como no farmacológica.”

Cita en Vancouver: Maté J, Hollenstein MF y Gil FL. INSOMNIO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. PSICOONCOLOGÍA 2004; 1(2-3).
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120211A/16254> (consultado el 01 de noviembre 2015).



4. OBJETIVOS

4.1. General

Determinar las características clínico-epidemiológicas y la frecuencia de depresión y riesgo de suicidio en pacientes con cáncer en estado terminal en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur de Arequipa en el año 2017.

4.2. Específicos

- Determinar cuál es la frecuencia de depresión en los pacientes que padecen cáncer en estado terminal en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el 2017.
- Identificar cuál es la frecuencia de riesgo de suicidio de los pacientes con cáncer en estado terminal que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el 2017.
- Determinar cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con cáncer en estado terminal que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el 2017.
- Determinar cuál es la relación entre edad, sexo, tiempo de enfermedad, tipo de cáncer, estadio de cáncer, depresión y riesgo de suicidio en los pacientes con cáncer en estado terminal que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el 2017.

5. HIPÓTESIS

Nula: No existe relación entre edad, sexo, tiempo de enfermedad, tipo de cáncer, estadio de cáncer, depresión y riesgo de suicidio en los pacientes con cáncer en estado terminal que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el 2017.

Alternativa: Existe relación entre edad, sexo, tiempo de enfermedad, tipo de cáncer, estadio de cáncer, depresión y riesgo de suicidio en los pacientes con cáncer en estado terminal que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur en el 2017.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. **Técnicas:** Encuesta; entrevista semi-estructurada.

1.2. **Instrumentos:** Se utilizará el instrumento de Escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) para evaluar la existencia y el grado de depresión presente en los pacientes con cáncer en estadio terminal, se escogió dicho instrumento por estar validado y ser ampliamente utilizado en múltiples trabajos de investigación; y para evaluar la existencia de riesgo suicida se utilizará el instrumento de Escala de Ideación suicida (SSI), es una de las más utilizadas, con validez de criterio y confiabilidad bien demostrada. Previamente a la aplicación de los instrumentos detallados se empleará de un cuestionario, en el cual se realizarán unas preguntas que hacen referencia a datos personales del entrevistado.

1.3. **Materiales:** Tablet, computadora personal con programa operativo Microsoft office, impresora, útiles de escritorio, paquete estadístico SSPS versión 13.0.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. **Ubicación espacial:** El proceso de la investigación se realizará en las instalaciones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN-SUR), ubicado en el distrito de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** Se desarrollará en el periodo de Diciembre del año 2016 hasta Febrero del año 2017.

2.3. **Unidades de estudio:** Las unidades de estudio estarán conformadas por pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre un rango de 18 a 80 años y que tengan el diagnóstico confirmado de cáncer en estado terminal, atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur.

2.4. Población:

2.4.1. **Muestra:** Se plantea un muestreo intencional en un tiempo de dos meses aproximadamente, durante el cual se entrevistará a pacientes, que posean el diagnóstico de cáncer en estado terminal y acepten ingresar al estudio con previo consentimiento informado.

Se espera entrevistar un promedio de 60 pacientes.

2.4.2. **Criterios de inclusión:** Pacientes con diagnóstico definitivo de cáncer en estado terminal, dentro de los rangos de edad de 18 a 80 años.

2.4.3. **Criterios de exclusión:** Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión y sobretodo que no deseen participar del estudio.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización:

El autor previamente interesado acerca del tema en desarrollo y luego de la organización necesaria con las autoridades respectivas, al contar así con su aprobación, acudirá a las instalaciones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur para recolectar los datos necesarios para la realización del presente proyecto; para lo cual se hará uso de las historias clínicas y de la entrevista con los pacientes seleccionados, para la realización de los respectivos instrumentos validados para depresión y suicidio; además del cuestionario para obtener los datos personales del paciente.

Se solicitará dictamen de comité de ética.

3.2. Recursos:

3.2.1. Recursos humanos:

a. Autor: Diana Erika Lissette Dávila Riega

b. Asesor: Juan Manuel Zevallos Rodríguez

3.2.2. **Recursos físicos:** Tablet, computadora personal con paquete de programas informáticos Microsoft office para procesamiento de datos, impresora, útiles de escritorio, paquete estadístico SSPS versión 13.0.

3.2.3. **Recursos financieros:** Autofinanciado.

3.3. Validación de instrumentos

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias. Es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud

Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

La escala de ideación suicida es una escala heteroaplicada, elaborada por Beck (1979) para cuantificar y evaluar la intencionalidad suicida, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Se han realizado estudios en nuestro país, llevados a cabo por el MINSA para crear una guía práctica de conducta suicida.

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de resultados

3.4.1. A nivel de recolección: Se realizará la recolección de los datos mediante la aplicación de dos encuestas, durante las cuales se utilizará el tiempo necesario para poder interactuar con el paciente y así tratar obtener información lo más confiable posible.

3.4.2. A nivel de sistematización: Los datos obtenidos de la aplicación de las encuestas serán procesados con los programas de Microsoft Word y Excel para la elaboración de la base de datos estadística, la cual será utilizada para su posterior análisis mediante el uso de un software estadístico SPSS versión 13.0.

3.4.3. A nivel de estudio de datos: Los datos obtenidos luego de la sistematización serán procesados a diagramas mediante el uso de tablas y gráficos, según se consideren más adecuadas en su determinado momento, para la representación gráfica; además se deben tener en cuenta las pruebas estadísticas, las cuales para este estudio se considerarán significativas de tener un valor de $p < 0.05$.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO ACTIVIDAD	2016						2017	
	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero
Elaboración del proyecto	X	X						
Presentación y Aprobación del Proyecto de Investigación			X	X				
Coordinaciones					X			
Revisión de los instrumentos					X			
Recolección de datos y aplicación de instrumentos						X	X	
Análisis e Interpretación de datos								X
Elaboración del informe final								X

Fecha de inicio: Julio del 2016

Fecha probable de término: Febrero del 2017

V. ANEXOS

INSTRUMENTO

Variable	Tipo-indicador	Valores de medición
Características clínico-epidemiológicas	Tiempo de enfermedad	Años
	Tipo de cáncer	Órgano
	Estadio de cáncer	Terminal No terminal
	Edad	Años
	Sexo	Femenino Masculino
Depresión	Escala de Hamilton	No depresivo Depresión leve Depresión moderada Depresión severa Depresión muy severa
Riesgo de suicidio	Escala de ideación suicida (SSI)	Presente Ausente

DEPRESIÓN: TEST DE HAMILTON

EDAD: _____

SEXO: _____

Tipo de cáncer: _____

Tiempo de enfermedad: _____

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N = NUNCA
A = ALGUNAS VECES
B = BASTANTES VECES
C = CASI SIEMPRE
S = SIEMPRE

	TEST DE HAMILTON	N	A	B	C	S
1	Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad.					
2	Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo.					
3	Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida.					
4	Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.					
5	Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.					
6	Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrir.					
7	Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.					
8	Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.					
9	A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera					

	normal.					
10	Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde yo quiera que vaya.					
11	Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardó mucho en dormirme.					
12	Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.					
13	Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.					
14	Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los dedos, me muerdo las uñas, los labios.					
15	Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.					
16	Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como no pudiera conmigo.					
17	No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.					
18	Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.					
19	No sé lo que pasa, me siento confundido.					
20	Por las mañanas (o por las tardes me siento peor).					
21	Se me meten en la cabeza ideas me, dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.					

PUNTUACIÓN:

Calificación de la depresión de acuerdo al puntaje total:

- 0 – 14 Normal.
- 15 – 28 Leve.
- 29 – 41 Moderado.
- 42 – 63 Severo.
- 64 ó > Muy severo

IDEACIÓN SUICIDA: EBIS

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un círculo el número de la frase de cada grupo que mejor lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA

1. Su deseo de vivir es:

- 0. Moderado a fuerte.
- 1. Mediano a poco (débil).
- 2. No tengo deseo (inexistente).

2. Su deseo de morir es:

- 0. No tengo deseos de morir.
- 1. Pocos deseos de morir.
- 2. Moderado a fuerte.

3. Sus razones para vivir/morir son:

- 0. Vivir supera a morir.
- 1. Equilibrado (es igual).
- 2. Morir supera a vivir.

4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo son:

- 0. Ninguno (inexistente).
- 1. Poco (débil).
- 2. Moderado a fuerte.

5. Realizar un intento de suicidio pasivo:

- 0. Tomaría precauciones para salvar la vida.
- 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida

Nota: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es "0" -Deje de contestar el cuestionario-

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTO/DESEOS

6. Su duración de pensamiento/deseos son:

- 0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.

- 1. Temporadas o periodos largos.
- 2. Durante un tiempo largo o continuo.

7. Su frecuencia de pensamientos/deseos son:

- 0. Rara vez:
ocasionalmente (baja).
- 1. Frecuentemente
pienso/deseo.
- 2. Casi todo el tiempo
pienso/deseo.

8. Su actitud hacia los pensamientos/deseos es:

- 0. Rechazo los
pensamientos/deseos.
- 1. Ambivalente;
indiferente.
- 2. Aceptación de
pensamientos/deseos.

9. Su control sobre la acción/deseo de suicidio:

- 0. Tiene capacidad de
control.
- 1. Inseguridad de
capacidad de control.

- 2. No tiene capacidad de
control.

10. Sus razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familiar, religión, irreversibilidad o fallar).

- 0. No lo intentaría
porque algo lo detiene.
- 1. Tiene cierta duda hacia
los intereses que lo
detienen.
- 2. No tiene o mínimo
interés en las razones
que lo detienen.

11. Sus razones para pensar/desear el intento suicida:

- 0. Manipular el ambiente,
llamar la atención,
venganza.
- 1. Conminación de 0-2.
- 2. Escapar, acabar,
manera de resolver
problemas.

III. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. El método:
Especificidad/oportunidad de pensar el intento:

- 0. Sin considerar método
o plan.

1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.

13.El método:

Disponibilidad/oportunidad de pensar el intento:

0. Método no disponible, no oportunidad.
1. Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
2. Método y oportunidad disponible. Segunda oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.

14.La sensación de “capacidad” para llevar a cabo el intento:

0. No tiene el valor, o capacidad (debilidad o asustado).
1. No está seguro de tener valor o capacidad.
2. Está seguro de tener valor.

15.La expectativa de anticipación de un intento real:

0. No.
1. Sin seguridad, sin claridad.
2. Sí.

IV. ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16.La preparación real de realizarlo:

0. Ninguna preparación.
1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
2. Completa (preparativos terminados).

17.La nota suicida:

0. No ha escrito nota o carta (ninguna).
1. Solo pensaba, iniciada, sin terminar.
2. Nota o carta escrita (terminada).

18.Ha realizado acciones finales para preparar el suicidio (testamento,

arreglos o pagos,
regalos):

0. No.
1. Pensamiento de realizar algunos arreglos finales.
2. Planes realizados y arreglos finales.

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida:

0. Revela las ideas abiertamente.
1. Evita o revela las ideas con reserva.
2. Encubre, oculta o engaña y miente.

20. Intento de suicidio anteriores:

0. No ha terminado.
1. Uno.
2. Más de uno.

PUNTUACIÓN:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Erika Lisette Dávila Riega, estudiante de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, presento ante usted el proyecto denominado: “Características clínico-epidemiológicas y frecuencia de depresión y riesgo de suicidio en pacientes con cáncer en estado terminal en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur - Arequipa - 2017”. Dicho proyecto, tiene como objetivo principal el obtener los datos necesarios para determinar las características clínico-epidemiológicas y la frecuencia de depresión y el riesgo de suicidio existente en los pacientes con cáncer que se encuentra en el estado terminal.

Procedimiento: Si usted acepta participar de este estudio, se le apoyará en todo lo referente al llenado al cuestionario de los datos personales, la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS) y la Escala de Ideación Suicida (SSI); quienes son necesarias para poder determinar con ambas escalas y su correspondiente test, el grado de la intensidad de la depresión y la presencia del riesgo suicida que puedan manifestar los pacientes, respectivamente.

Riesgo y procedimientos para minimizar los riesgos: Este proyecto de investigación no genera riesgos contra la salud e integridad de los participantes.

Costos: Usted, no deberá asumir ningún gasto económico para participar en este estudio. El costo de los instrumentos empleados será asumido por la persona que desarrolla la investigación; así mismo no existirá reembolso por la participación.

Beneficios: El beneficio inmediato no será una realidad inmediata; sin embargo, estará contribuyendo decisivamente a determinar la veracidad o falsedad del problema planteado.

Confidencialidad: Todos los resultados generados serán tratados con absoluta confidencialidad.

Contacto: El personal asignado a coordinar este estudio tendrá todo el deber de responder, si usted presenta alguna duda adicional al cuestionario.

Participación voluntaria: Luego de brindarle el tiempo necesario para revisar este consentimiento, usted es el único que decide si desea participar en el estudio. Cabe

resaltar que su participación es completamente voluntaria. No hay ningún castigo o penalidad por no desear participar en este estudio.

Comprendiendo que el tema sobre la depresión y suicidio en pacientes con cáncer es un tema frecuente en la actualidad y teniendo la autorización del Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Católica de Santa María es que no se le va a solicitar su firma en este consentimiento el cual autoriza iniciar el estudio.

Gracias por su apoyo.

AUTORIZACIÓN

Yo, paciente del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, he tenido la oportunidad de hacer preguntas necesarias para solventar mis dudas y siento que todas han sido correctamente contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y por lo tanto, puedo retirarme del proyecto en curso en cualquier momento.

Además, entiendo que al estar de acuerdo en participar de este estudio, estoy dando el permiso necesario para que se procese la información que he plasmado en los cuestionarios brindados.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo con participar del presente estudio.

Firma del paciente

VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA - EPIDEMIOLOGÍA HACIA LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL PERÚ. Boletín Epidemiológico (Lima) 2014; 23 (22).
<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/22.pdf>
(consultado el 17 de noviembre 2015).
2. Ministerio de Salud. Guía CLÍNICA DEPRESIÓN EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS. Serie de Guías Clínicas MINSAL 2013.
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf> (Consultado el 20 de noviembre 2015).
3. Mathers C, Fat DM, Boerma JT. THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE: 2004 UPDATE [Internet]. World Health Organization; 2008. Recuperado a partir de:
<http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=xrYYZ6Jcfv0C&oi=fnd&pg=PR5&dq=%22and+Research+Cluster+of+WHO.+The+2004+update+of+the+Global+burden+of+disease+was%22+%22out+by+Colin+Mathers+and+Doris+Ma+Fat,+in+collaboration+with+other+WHO+staff,+WHO%22+&ots=t9Xw5k84uh&sig=66LliWZXJhvZi3-3t8DWzrdEFhY>.
4. Zubieta R. LA DEPRESIÓN ES UN MAL OCULTO Y SE VA FORMANDO EN LA INFANCIA, El Comercio. <http://elcomercio.pe/lima/ciudad/depresion-mal-oculto-y-se-va-formando-infancia-noticia-1749462>. (Consultado el 15 noviembre 2015).
5. A guide to the treatment: Depression. Lexi-Comp. USA. 2001
6. Toro R, Yepes L. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. 1998
7. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

8. Alberdi J, Taboada O, Castro C, Vásquez C. DEPRESIÓN. Guías Clínicas 2006; 6(11). <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf> (Consultado el 20 de noviembre 2015).
9. Departamento de Salud y Servicios humanos de los Estados Unidos. DEPRESIÓN. Instituto Nacional de la Salud Mental 2009. http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/depression_38791.pdf (Consultado el 20 de noviembre 2015).
10. Rubinow DR, Schmidt PJ, Roca CA. ESTROGEN-SEROTONIN INTERACTIONS: IMPLICATIONS FOR AFFECTIVE REGULATION. Biological Psychiatry, 1998; 44(9): 839-850.
11. Pollack W. MOURNING, MELANCHOLIA AND MASCULINITY: RECOGNIZING AND TREATING DEPRESSION IN MEN. In: Pollack W, Levant R, eds. New Psychotherapy for Men. New York: Wiley, 1998; 147-166.
12. Cochran SV, Rabinowitz FE. MEN AND DEPRESSION: CLINICAL AND EMPIRICAL PERSPECTIVES. San Diego: Academic Press, 2000.
13. Kochanek KD, Murphy SL, Anderson RN, Scott C. DEATHS: FINAL DATA FOR 2002. National Vital Statistics Reports; 53(5). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2004.
14. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wichramaratne P. DEPRESSED ADOLESCENTS GROWN UP. Journal of the American Medical Association, 1999; 281(18): 1701-1713.
15. Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. ADOLESCENT ONSET OF THE GENDER DIFFERENCE IN LIFETIME RATES OF MAJOR DEPRESSION. Archives of General Psychiatry, 2000; 57: 21-27.
16. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. PSYCHIATRIC DIAGNOSIS IN CHILD AND ADOLESCENT SUICIDE. Archives of General Psychiatry, 1996; 53(4): 339-348.
17. Gallo JJ, Rabins PV. DEPRESSION WITHOUT SADNESS: ALTERNATIVE PRESENTATIONS OF DEPRESSION IN LATE LIFE. American Family Physician, 1999; 60(3): 820-826.
18. Claudia Dechent. DEPRESIÓN GERIÁTRICA Y TRASTORNOS COGNITIVOS. Rev Hosp Clín Univ Chile. 2008;(19):339-46.

19. Krishnan KRR, Taylor WD, et al. CLINICAL CHARACTERISTICS OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING-DEFINED SUBCORTICAL ISCHEMIC DEPRESSION. *Biological Psychiatry*, 2004; 55: 390-397.
20. Conwell Y. SUICIDE IN LATER LIFE: A REVIEW AND RECOMMENDATIONS FOR PREVENTION. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 2001; 31(Supl.): 32-47.
21. National Collaborating Centre for Mental Health. DEPRESSION IN ADULTS WITH A CHRONIC PHYSICAL HEALTH PROBLEM. The NICE guideline on Treatment and Management. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. London; 2010.
22. Lawrance .M. et al. DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y TRATAMIENTO. 1999. Editorial El Manual Moderno. México. pp 997-1004.
23. Isselbacher K.J., Braunwald E., Wilson J. 1994. HARRISON: PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. 13ava Edición Madrid, España. Interamericana Mc Graw-Hill. Volumen I y II.
24. García-Delgado A, Gastelurrutia MA. GUÍA DE SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEÚTICO SOBRE DEPRESIÓN. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada (GIAF-UGR). 2003. Universidad de Granada, España.
25. Remick, R. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF DEPRESSION IN PRIMARY CARE: A CLINICAL UPDATE AND REVIEW. *CMAJ*. 2002; 167 (11): 1253-60.
26. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmaceúticos. BASE DE DATOS DEL MEDICAMENTO Y FARMACIA BOT. 2001. España.
27. Villa L. MEDIMECUM – GUÍA DE TERAPIA FARMACOLÓGICA. Adis Internacional. España, 2002.
28. Hardman J, Limbird L, Goodman Gilman A. Editores. GOODMAN & GILMAN LAS BASES FARMACOLÓGICAS DE LA TERAPÉUTICA. 2003. 10 edición. Mc Graw-Hill. México. pp458-478.
29. Ables A, Baughman O. ANTIDEPRESSANTS: UPDATE ON NEW AGENTS AND INDICATIONS. *Am Fam Phycician*. 2003; 67: 547-554.
30. Taylor M. Lo esencial en farmacología. 2001. Primera edición. Editorial Harcourt. España pp 48-51.

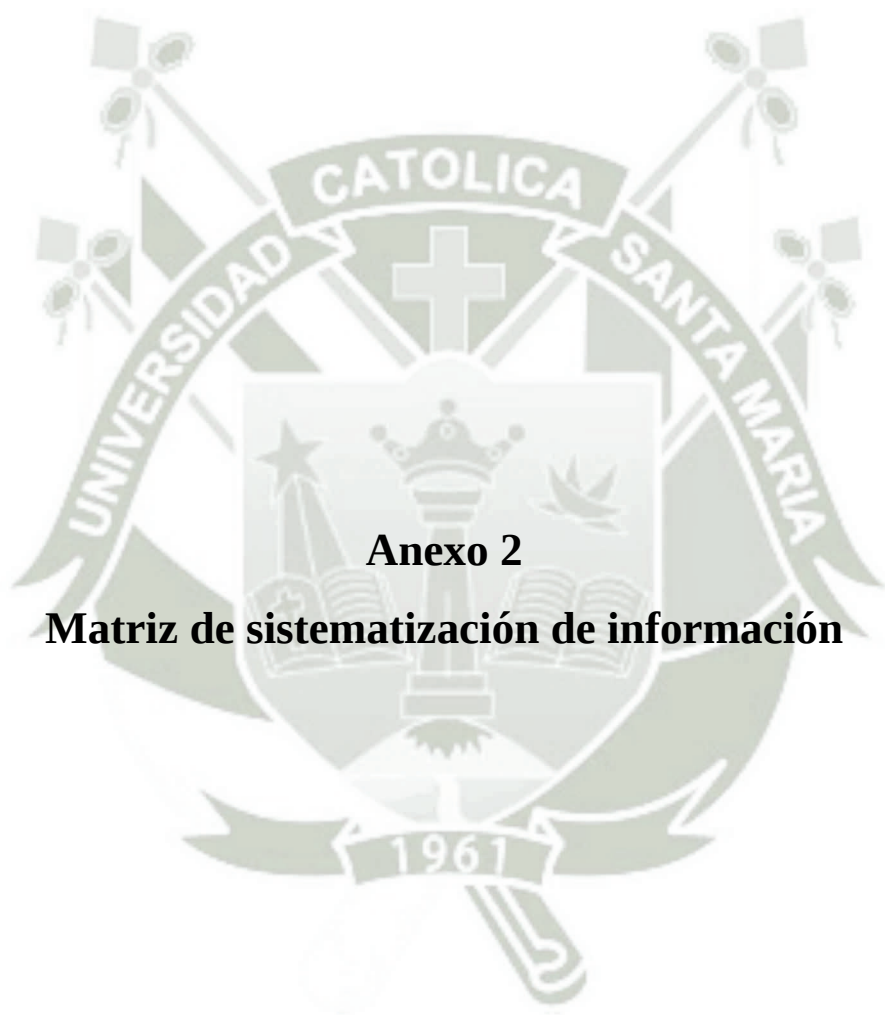
31. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE LA DEPRESIÓN MAYOR EN LA INFANCIA Y EN LA ADOLESCENCIA. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2009.
32. Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. PRACTICE PARAMETER FOR THE ASSESSMENT AND TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Noviembre de 2007; 46 (11):1503-26.
33. MINSAL. ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. MINSAL; 2012.
34. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. LITHIUM IN THE PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR AND ALL-CAUSE MORTALITY IN PATIENTS WITH MOOD DISORDERS: A SYSTEMATIC REVIEW OF RANDOMIZED TRIALS. Am J Psychiatry. 1 de octubre de 2005; 162 (10):1805-19.
35. Payán E, Vinaccia S y Quiceno J. COGNICIÓN HACIA LA ENFERMEDAD, BIENESTAR ESPIRITUAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADO TERMINAL. Acta Colombiana de Psicología 2011; 14, (2). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79822611008> (Consultado el 18 de noviembre 2015).
36. Valencia S. DEPRESIÓN EN PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER. Diversitas: Perspectivas en Psicología 2006, 2 (2). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67920205> (Consultado el 20 de noviembre 2015).
37. Castro S, Gómez C, Gil F, Uribe M, Miranda C; De la Espriella M, et al. FACTORES DE RIESGO PARA IDEACIÓN SUICIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO EN COLOMBIA. Revista Colombiana de Psiquiatría 2013, 42 (1). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80638951005> (Consultado el 18 de noviembre 2015).
38. Rosselló J, Duarté Y, Bernal G y Zuluaga M. IDEACIÓN SUICIDA Y RESPUESTA A LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES PUERTORRIQUEÑOS/AS CON DEPRESIÓN MAYOR. Interamerican Journal of Psychology 2011, 45 (3).

- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28425426002> (Consultado el 20 de noviembre 2015).
39. Tomasz L. LA LLAMADA “DEPRESIÓN MAYOR” EN EL CURSO DE LA ENFERMEDAD DE CÁNCER DISEMINADO CON METÁSTASIS NUMEROSAS: UN ASPECTO DEPORTIVO. Salud en Tabasco 2004, 10 (3). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48710306> (Consultado el 20 de noviembre 2015).
 40. Nizama M. SUICIDIO. Revista Peruana de Epidemiología 2011; 15(2). <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994798> (Consultado el 15 noviembre 2015).
 41. Sucla Alarcón OC. RELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHE DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2011. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2012. 129 p. http://cybertesis.ucsm.edu.pe/bibl_virt/tesis.php?href=at/2012/suclla_ao/index.html (consultado el 01 de noviembre de 2015).
 42. Aguilar Melquiades FS, Quinde Yovera Y. NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE CUELLO UTERINO GRADO III Y IV. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS - 2013. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015. 57 p. http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1115/1/AGUILAR_FIORELLA_NIVELES_ANSIEDAD_DEPRESI%C3%93N.pdf (consultado el 01 de noviembre de 2015).
 43. Maté J, González Barboteo J, Ibáñez Solaz M, Martínez Urionabarenetxea K, Limonero JT, Tuca A. IDEACIÓN AUTOLÍTICA AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO. PSICOONCOLOGÍA 2008; 5(2-3). <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808220339A/15415> (consultado el 01 de noviembre 2015).
 44. Maté J, Hollenstein MF y Gil FL. INSOMNIO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO. PSICOONCOLOGÍA 2004; 1(2-3).

<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120211A/16254> (consultado el 01 de noviembre 2015).

45. Sadock B, Sadock V, Belkin G. KAPLAN & SADOCK'S POCKET HANDBOOK OF CLINICAL PSYCHIATRY. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
46. Palacio Acosta C, Toro Greiffenstein R, Yepes Roldán L. PSIQUIATRÍA. Medellín (Antioquia, Colombia): Corporación para investigaciones biológicas; 2010.
47. Perales C A, Zambrano Z M, Vasquez-Caicedo G, Mendonza F A. MANUAL DE PSIQUIATRIA "HUMBERTO ROTONDO.". Lima: Universidade Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 1991.
48. American Psychiatric Association (APA). DSM-5. MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. 5ta edición. 2014.





Anexo 2

Matriz de sistematización de información



EDAD	Cat. ed.	SEX	ATENCIÓN	ESTADO CI	HUIC	Cat. hijo	OCCUPACION	TIEMPO DE	Cat. ter	PSICOLÓ	OVO FAM	TIPO DE CÁNC	T DE DEPR	Nivel depl	ACCIÓN SU	Nivel IDS	Nivel
43	40-49 a	F	AMBULATORIO	CASADO	3	Tres	SU CASA	1 año	12	NO	SI	RECTO	14	Normal	0 Sin ideación	0 Sin ideación	Sin ideación
66	60-69 a	M	AMBULATORIO	SOLTERO	0	Sin hijos	AGRICULTOR	4-6 años	60	NO	SI	PIEL	31	Moderado	2 Sin ideación	2 Sin ideación	Leve
61	60-69 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	3	Tres	AGRICULTOR	3 años	36	NO	SI	PULMÓN	51	Severo	0 Sin ideación	0 Sin ideación	Sin ideación
33	30-39 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	3	Tres	SU CASA	3 años	36	NO	SI	MAMA	47	Severo	5 Sin ideación	5 Sin ideación	Leve
20	< 30 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	0	Sin hijos	ESTUDIANTE	1 año	12	NO	SI	TESTÍCULO	5	Normal	2 Sin ideación	2 Sin ideación	Leve
59	50-59 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	DOCENTE	2 años	24	NO	SI	OVARIO	6	Normal	0 Sin ideación	0 Sin ideación	Sin ideación
37	30-39 a	F	AMBULATORIO	CASADO	2	Dos	SU CASA	2 años	24	NO	SI	GÁSTRICO	20	Leve	0 Sin ideación	0 Sin ideación	Sin ideación
63	60-69 a	M	AMBULATORIO	CASADO	2	Dos	INDEPENDIENTE	3 años	36	NO	SI	PIEL	51	Severo	1 Sin ideación	1 Sin ideación	Leve
75	70-79 a	M	AMBULATORIO	SOLTERO	2	Dos	SU CASA	7-11 meses	8	NO	SI	VEJIGA	22	Leve	1 Sin ideación	1 Sin ideación	Leve
59	50-59 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	VUIDO	3	Tres	SU CASA	> 6 años	84	NO	A veces	PULMÓN	44	Severo	13 Sin ideación	13 Sin ideación	Leve
58	50-59 a	F	HOSPITALIZACIÓN	SOLTERO	1	Uno	DOCENTE	7-11 meses	9	SI	A veces	GÁSTRICO	20	Leve	2 Sin ideación	2 Sin ideación	Leve
47	40-49 a	F	AMBULATORIO	SOLTERO	2	Dos	INDEPENDIENTE	4-6 meses	6	NO	A veces	OVARIO	44	Severo	11 Sin ideación	11 Sin ideación	Leve
68	60-69 a	M	AMBULATORIO	CASADO	4	Cuatro	AGRICULTOR	4-6 meses	4	NO	SI	PIEL	24	Leve	0 Sin ideación	0 Sin ideación	Sin ideación
69	60-69 a	M	AMBULATORIO	SOLTERO	8	Cinco a más	SU CASA	7-11 meses	8	SI	A veces	PRÓSTATA	33	Moderado	1 Sin ideación	1 Sin ideación	Leve
61	60-69 a	F	AMBULATORIO	CASADO	8	Cinco a más	SU CASA	7-11 meses	8	NO	SI	VESÍCULA BILIAR	36	Moderado	1 Sin ideación	1 Sin ideación	Leve
68	60-69 a	M	AMBULATORIO	SOLTERO	2	Dos	OBRAERO	7-11 meses	10	NO	A veces	LNH	33	Moderado	10 Sin ideación	10 Sin ideación	Leve
25	< 30 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	0	Sin hijos	SU CASA	1 año	12	NO	NO	TESTÍCULO	44	Severo	25 Sin ideación	25 Sin ideación	Moderada
47	40-49 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	SU CASA	3 años	36	NO	A veces	MAMA	51	Severo	12 Sin ideación	12 Sin ideación	Leve
47	40-49 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	3	Tres	SU CASA	1 año	12	NO	SI	MAMA	38	Moderado	0 Sin ideación	0 Sin ideación	Sin ideación
38	30-39 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	0	Sin hijos	SU CASA	1 año	12	NO	NO	PULMÓN	55	Severo	31 Sin ideación	31 Sin ideación	Severa
60	60-69 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	0	Sin hijos	INDEPENDIENTE	> 6 años	96	SI	NO	MAMA	52	Severo	15 Sin ideación	15 Sin ideación	Moderada
75	70-79 a	F	AMBULATORIO	VUIDO	3	Tres	SU CASA	1 año	12	NO	SI	LNH	23	Leve	2 Sin ideación	2 Sin ideación	Leve
60	60-69 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	3	Tres	SU CASA	1 año	12	SI	SI	VESÍCULA BILIAR	45	Severo	2 Sin ideación	2 Sin ideación	Leve
75	70-79 a	F	HOSPITALIZACIÓN	CASADO	7	Cinco a más	SU CASA	1-3 meses	3	SI	SI	PULMÓN	44	Severo	2 Sin ideación	2 Sin ideación	Leve
66	60-69 a	F	HOSPITALIZACIÓN	CASADO	6	Cinco a más	SU CASA	1-3 meses	2	SI	SI	LNH	43	Severo	3 Sin ideación	3 Sin ideación	Leve
69	60-69 a	M	HOSPITALIZACIÓN	CASADO	3	Tres	INDEPENDIENTE	1 año	12	SI	A veces	LNH	47	Severo	1 Sin ideación	1 Sin ideación	Leve
33	30-39 a	F	HOSPITALIZACIÓN	SOLTERO	2	Dos	SU CASA	3 años	36	NO	A veces	MAMA	49	Severo	14 Sin ideación	14 Sin ideación	Moderada
54	50-59 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	3	Tres	CHOFER	1-3 meses	3	NO	A veces	GÁSTRICO	25	Leve	17 Sin ideación	17 Sin ideación	Moderada
64	60-69 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	SU CASA	1 año	12	NO	SI	COLON	19	Leve	0 Sin ideación	0 Sin ideación	Sin ideación
54	50-59 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	2	Dos	SU CASA	4-6 meses	5	NO	A veces	GÁSTRICO	36	Moderado	7 Sin ideación	7 Sin ideación	Leve
79	70-79 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	4	Cuatro	SU CASA	1-3 meses	2	NO	SI	PÁNCREAS	19	Leve	1 Sin ideación	1 Sin ideación	Leve
72	70-79 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	7	Cinco a más	SU CASA	2 años	24	SI	SI	PULMÓN	24	Leve	1 Sin ideación	1 Sin ideación	Leve
75	70-79 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	7	Cinco a más	SU CASA	1-3 meses	3	NO	SI	PULMÓN	24	Leve	1 Sin ideación	1 Sin ideación	Leve
63	60-69 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	SU CASA	7-11 meses	9	NO	SI	COLON	14	Normal	0 Sin ideación	0 Sin ideación	Sin ideación
54	50-59 a	M	HOSPITALIZACIÓN	SOLTERO	0	Sin hijos	SU CASA	4-6 meses	6	SI	SI	GÁSTRICO	10	Normal	0 Sin ideación	0 Sin ideación	Sin ideación

N.º	ED	Car ed	SEX	ATENCIÓN	ESTADO CI	HUC	Car hijo	Ocupación	TIEMPO DE L	Catt el	PSICOLÓ	OVO FAM	TIPO DE CANC	T DE DSPI	Nivel depi	ACION SU	Nivel IDS	Nivel
35	54	50-59 a	M	HOSPITALIZACIÓN	SOLTERO	0	Sin hijos	SU CASA	4-6 meses	6	SI	SI	GÁSTRICO		10 Normal		0 Sin ideación	Sin ideación
36	68	60-69 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	5	Cinco a más	SU CASA	2 años	30	NO	SI	RECTO		11 Normal		0 Sin ideación	Sin ideación
37	36	30-39 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	3	Tres	AGRICULTOR	1 año	12	SI	A veces	TESTÍCULO		32 Moderado		17 Con ideación	Moderada
38	60	60-69 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	6	Cinco a más	SU CASA	7-11 meses	9	NO	A veces	PULMÓN		22 Leve		1 Con ideación	Leve
39	75	70-79 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	4	Cuatro	SU CASA	1 año	12	SI	SI	LNH		12 Normal		0 Sin ideación	Sin ideación
40	47	40-49 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	1	Uno	CHOFER	1 año	12	NO	NO	PULMÓN		32 Moderado		10 Con ideación	Leve
41	72	70-79 a	M	AMBULATORIO	CASADO	4	Cuatro	AGRICULTOR	> 6 años	120	NO	SI	LNH		17 Leve		1 Con ideación	Leve
42	38	30-39 a	F	AMBULATORIO	CASADO	1	Uno	SU CASA	7-11 meses	11	SI	SI	MAMA		13 Normal		0 Sin ideación	Sin ideación
43	40	40-49 a	F	HOSPITALIZACIÓN	CASADO	1	Uno	SU CASA	7-11 meses	8	SI	SI	LNH		49 Severo		1 Con ideación	Leve
44	31	30-39 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	SU CASA	4-6 meses	6	NO	SI	MAMA		10 Normal		0 Sin ideación	Sin ideación
45	40	40-49 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	SU CASA	1 año	12	SI	SI	OVARIO		27 Leve		7 Con ideación	Leve
46	48	40-49 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	SU CASA	3 años	36	NO	SI	MAMA		25 Leve		0 Sin ideación	Sin ideación
47	62	60-69 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	8	Cinco a más	SU CASA	4-6 años	48	NO	SI	PIEL		44 Severo		14 Con ideación	Moderada
48	43	40-49 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	3	Tres	SU CASA	4-6 años	72	SI	SI	MAMA		18 Normal		0 Sin ideación	Sin ideación
49	65	60-69 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	3	Tres	SU CASA	1-3 meses	1	NO	SI	PULMÓN		10 Leve		0 Sin ideación	Sin ideación
50	67	60-69 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	5	Cinco a más	AGRICULTOR	4-6 meses	4	SI	SI	VESÍCULA BILIAR		14 Normal		0 Sin ideación	Sin ideación
51	77	70-79 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	6	Cinco a más	SU CASA	1-3 meses	2	NO	A veces	PULMÓN		20 Leve		3 Con ideación	Leve
52	59	50-59 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	3	Tres	SU CASA	2 años	24	SI	SI	RECTO		25 Leve		9 Con ideación	Leve
53	57	50-59 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	7	Cinco a más	AGRICULTOR	1 año	12	NO	A veces	VESÍCULA BILIAR		29 Moderado		2 Con ideación	Leve
54	68	60-69 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	3	Tres	SU CASA	2 años	30	NO	A veces	PULMÓN		17 Leve		0 Sin ideación	Sin ideación
55	76	70-79 a	M	AMBULATORIO	CASADO	2	Dos	AGRICULTOR	2 años	24	NO	A veces	VEIGA		28 Leve		1 Con ideación	Leve
56	69	60-69 a	F	AMBULATORIO	CASADO	5	Cinco a más	SU CASA	2 años	30	NO	SI	RECTO		22 Leve		0 Sin ideación	Sin ideación
57	33	30-39 a	F	AMBULATORIO	CASADO	2	Dos	SU CASA	3 años	36	NO	NO	MAMA		11 Normal		0 Sin ideación	Sin ideación
58	52	50-59 a	F	AMBULATORIO	CASADO	9	Cinco a más	AGRICULTOR	1-3 meses	3	NO	SI	VESÍCULA BILIAR		11 Normal		0 Sin ideación	Sin ideación
59	67	60-69 a	M	AMBULATORIO	CASADO	5	Cinco a más	AGRICULTOR	4-6 meses	4	SI	SI	DUODENO		10 Normal		0 Sin ideación	Sin ideación
60	76	70-79 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	3	Tres	AGRICULTOR	4-6 años	60	NO	SI	PULMÓN		16 Leve		1 Con ideación	Leve
61	44	40-49 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	OBREJO	1 año	12	SI	SI	LNH		15 Leve		9 Con ideación	Leve
62	47	40-49 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	SU CASA	4-6 años	72	NO	A veces	OVARIO		19 Leve		2 Con ideación	Leve
63	69	60-69 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	4	Cuatro	SU CASA	4-6 meses	6	NO	A veces	PULMÓN		20 Leve		1 Con ideación	Leve
64	54	50-59 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	SU CASA	2 años	24	SI	SI	PIEL		8 Normal		0 Sin ideación	Sin ideación
65	65	60-69 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	5	Cinco a más	AGRICULTOR	4-6 meses	6	NO	SI	VESÍCULA BILIAR		13 Normal		0 Sin ideación	Sin ideación
66	57	50-59 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	4	Cuatro	SU CASA	4-6 meses	6	NO	SI	PULMÓN		16 Leve		0 Sin ideación	Sin ideación
67	53	50-59 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	4	Cuatro	SU CASA	3 años	36	NO	SI	COLON		17 Leve		2 Con ideación	Leve
68	54	50-59 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	SOLTERO	2	Dos	SU CASA	7-11 meses	8	SI	SI	GÁSTRICO		14 Normal		10 Con ideación	Leve
69	69	60-69 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	3	Tres	SU CASA	1 año	12	SI	SI	COLON		20 Leve		2 Con ideación	Leve
70	19	< 30 a	M	AMBULATORIO	SOLTERO	0	Sin hijos	ESTUDIANTE	2 años	24	SI	SI	MA DE PARTES BU		22 Leve		9 Con ideación	Leve

N.º	EDA	Car eda	SEX	ATENCIÓN	ESTADO CI	HUC	Cat hijo	Ocupación	TIEMPO DE L	Cat el	PSICOLÓ	OYO FAM	TIPO DE CÁNC	T DE DEPI	Nivel depl	ACIÓN SU	Nivel IDS	Nivel
70	19	< 30 a	M	AMBULATORIO	SOLTERO	0	Sin hijos	ESTUDIANTE	2 años	24	SI	SI	MA DE PARTES BU	22	Leve	9	Con ideación	Leve
71	40	40-49 a	F	AMBULATORIO	CASADO	2	Dos	SU CASA	2 años	24	SI	SI	OVARIO	16	Leve	1	Con ideación	Leve
72	76	70-79 a	M	AMBULATORIO	SOLTERO	3	Tres	SU CASA	4-6 años	60	NO	NO	PULMÓN	14	Normal	1	Con ideación	Leve
73	56	50-59 a	M	AMBULATORIO	CASADO	2	Dos	SU CASA	2 años	24	SI	SI	PIEL	10	Normal	0	Sin ideación	Sin ideación
74	48	40-49 a	F	HOSPITALIZACIÓN	CASADO	3	Tres	SU CASA	1 año	12	SI	SI	OVARIO	27	Leve	0	Sin ideación	Sin ideación
75	44	40-49 a	F	AMBULATORIO	SOLTERO	0	Sin hijos	SU CASA	1 año	12	SI	SI	CUELLO UTERINO	18	Leve	1	Con ideación	Leve
76	53	50-59 a	F	AMBULATORIO	CASADO	4	Cuatro	SU CASA	3 años	36	NO	NO	COLON	8	Normal	0	Sin ideación	Sin ideación
77	47	40-49 a	F	AMBULATORIO	SOLTERO	0	Sin hijos	SU CASA	1 año	12	SI	SI	OVARIO	17	Leve	12	Con ideación	Leve
78	62	60-69 a	F	AMBULATORIO	CASADO	2	Dos	SU CASA	4-6 meses	6	NO	A veces	OVARIO	9	Normal	2	Con ideación	Leve
79	48	40-49 a	F	AMBULATORIO	SOLTERO	2	Dos	SU CASA	3 años	36	NO	NO	MAMA	10	Normal	2	Con ideación	Leve
80	36	30-39 a	M	AMBULATORIO	CASADO	3	Tres	AGRICULTOR	1 año	12	SI	A veces	TESTÍCULO	11	Normal	7	Con ideación	Leve
81	65	60-69 a	F	AMBULATORIO	CASADO	7	Cinco a más	INDEPENDIENTE	3 años	36	NO	NO	COLON	12	Normal	1	Con ideación	Leve
82	27	< 30 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	ESTUDIANTE	1 año	12	SI	SI	TESTÍCULO	12	Normal	4	Con ideación	Leve
83	46	40-49 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	SU CASA	1 año	12	NO	NO	GÁSTRICO	7	Normal	0	Sin ideación	Sin ideación
84	78	70-79 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	SU CASA	1-3 meses	2	NO	NO	GÁSTRICO	14	Normal	2	Con ideación	Leve
85	59	50-59 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	3	Tres	SU CASA	1 año	18	SI	NO	MA DE PARTES BU	26	Leve	17	Con ideación	Moderada
86	56	50-59 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	1	Uno	SU CASA	1 año	12	SI	SI	OVARIO	5	Normal	0	Sin ideación	Sin ideación
87	45	40-49 a	M	AMBULATORIO	SOLTERO	2	Dos	SU CASA	2 años	24	SI	SI	PARÓTIDA	9	Normal	2	Con ideación	Leve
88	61	60-69 a	F	AMBULATORIO	CASADO	6	Cinco a más	SU CASA	4-6 años	60	SI	NO	MAMA	17	Leve	3	Con ideación	Leve
89	50	50-59 a	F	AMBULATORIO	SOLTERO	4	Cuatro	SU CASA	4-6 años	48	SI	SI	OVARIO	9	Normal	1	Con ideación	Leve
90	56	50-59 a	F	AMBULATORIO	CASADO	4	Cuatro	SU CASA	4-6 años	72	NO	NO	CUELLO UTERINO	7	Normal	0	Sin ideación	Sin ideación
91	74	70-79 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	7	Cinco a más	SU CASA	2 años	24	SI	SI	PULMÓN	9	Normal	1	Con ideación	Leve
92	72	70-79 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	5	Cinco a más	SU CASA	1 año	12	NO	NO	PRÓSTATA	7	Normal	0	Sin ideación	Sin ideación
93	69	60-69 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	SU CASA	1 año	12	NO	NO	COLON	7	Normal	0	Sin ideación	Sin ideación
94	47	40-49 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	1	Uno	CHOFER	1 año	12	NO	NO	PULMÓN	5	Normal	0	Sin ideación	Sin ideación
95	45	40-49 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	INDEPENDIENTE	4-6 meses	6	SI	SI	VESICULA BILIAR	16	Leve	2	Con ideación	Leve
96	55	50-59 a	F	AMBULATORIO	CASADO	4	Cuatro	SU CASA	4-6 años	72	NO	NO	CUELLO UTERINO	5	Normal	0	Sin ideación	Sin ideación
97	36	30-39 a	M	AMBULATORIO	SOLTERO	3	Tres	AGRICULTOR	1 año	12	SI	SI	TESTÍCULO	7	Normal	0	Sin ideación	Sin ideación
98	56	50-59 a	F	AMBULATORIO	CASADO	1	Uno	SU CASA	1 año	12	SI	SI	OVARIO	4	Normal	0	Sin ideación	Sin ideación
99	44	40-49 a	M	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	1	Uno	SU CASA	1 año	12	NO	NO	LNH	3	Normal	0	Sin ideación	Sin ideación
100	43	40-49 a	F	CONSULTORIO EXTERNO	CASADO	2	Dos	SU CASA	1 año	12	SI	A veces	GÁSTRICO	14	Normal	12	Con ideación	Leve