

Universidad Católica de Santa María

“In Scientia et Fide est Fortitudo Nostra”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“Frecuencia de Síntomas Depresivos y factores epidemiológicos y clínicos asociados en pacientes oncológicos del Hospital Goyeneche, en la Ciudad de Arequipa, del año 2017”

Tesis presentada por la bachiller:

Geraldine Agry Flores Rea

Para obtener el Título Profesional de Médico
Cirujana

Asesor: Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez

Arequipa- Perú

2017

AGRADECIMIENTO

A Dios y a mis padres, por su apoyo moral y económico para seguir estudiando y ser un orgullo para ellos y toda mi familia.

De igual manera a mis queridos formadores y aquellos quienes me guiaron para hacer el presente trabajo.



DEDICATORIA

*A mis padres Manuela y Alfonso, por su ayuda oportuna, que me
brindaron en los momentos difíciles y durante toda mi carrera.*



Epígrafe

*“Si uno avanza confiadamente en la dirección de sus sueños y deseos
para llevar la vida que ha imaginado, se encontrará con un éxito
inesperado”*

Henry David Thoreau



ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	7
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	57
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	66
ANEXOS	71
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	72
Anexo 2: Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS).....	73
Anexo 3 Matriz de sistematización de información	74
Anexo 4 Proyecto de investigación	78

RESUMEN

Antecedentes: La depresión es un trastorno que puede afectar a patologías crónicas sobre todo en las patologías neoplásicas.

Objetivo: Establecer el grado de relación entre las características clínicas, epidemiológicas y el nivel de depresión de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche en el año 2017.

Métodos: Se encuestó a los pacientes oncológicos que acudieron durante febrero al Servicio de Oncología, aplicando la escala de depresión de Zung, a aquellos pacientes que cumplieron criterios de selección. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se comparan variables mediante prueba Chi cuadrado.

Resultados: De un total de 85 casos evaluados, el 89.41% tenía síntomas de depresión, de forma leve en 29.41%, moderada en 41.18% y severa en 18.82% de casos. Entre las características epidemiológicas, el 76.47% de casos fueron mujeres y 23.53% varones, con edad predominante entre los 40 y 50 años (50.59%). La mayoría en Puno (34.12%) o en Arequipa (32.94%), la instrucción fue primaria en 27.06%, secundaria en 37.65% o superior en 14.12%. El estado civil fue soltero en 15.29%, conviviente en 23.53%, casado en 41.18%. El 83.53% se dedica a labores del hogar. Entre las características clínicas, el tiempo de enfermedad en 25.88% fue de 3 a 6 meses, y hubo un pico de 29.41% entre 1 y 2 años. El tipo de cáncer más frecuente afectó al sistema genitourinario (43.53%), y a partes blandas (22.35%) o al sistema digestivo (15.29%). En 32.94% el cáncer estuvo en estadio III y en 34.12% en estadio IV. El 91.76% recibió quimioterapia, 68.24% radioterapia, y 49.41% fue sometido a cirugía. Un 11.76% además recibió terapia de apoyo psicológico o psiquiátrico. No se encontró relación significativa de las características epidemiológicas o clínicas con la severidad de la depresión en los pacientes oncológicos ($p > 0.05$).

Conclusiones: La frecuencia de depresión en pacientes con cáncer es elevada, y los casos poseen un perfil clínico y epidemiológico característico aunque no asociado a la severidad de la depresión, a excepción de la ocupación.

PALABRAS CLAVE: cáncer – depresión – factores epidemiológicos – factores clínicos.

ABSTRACT

Background: Depression is a disorder that can affect chronic pathologies especially in neoplastic pathologies.

Objective: To establish the degree of relationship between the clinical, epidemiological characteristics and the level of depression of cancer patients treated at Goyeneche Hospital in 2017.

Methods: Oncological patients who visited the Oncology Service during February, applying the Zung depression scale. To those patients who met selection criteria. Results are shown by descriptive statistics and variables are compared using chi-square test.

Results: Out of a total of 85 cases evaluated, 89.41% had symptoms of depression, mild in 29.41%, moderate in 41.18% and severe in 18.82% of cases. Among the epidemiological characteristics, 76.47% of cases were women and 23.53% were men, with predominant age between 40 and 50 years (50.59%). The majority in Puno (34.12%) or in Arequipa (32.94%), the instruction was primary in 27.06%, secondary in 37.65% or higher in 14.12%. The marital status was single in 15.29%, cohabiting in 23.53%, married in 41.18%. 83.53% are dedicated to housework. Among the clinical characteristics, the disease time in 25.88% was 3 to 6 months, and there was a peak of 29.41% between 1 and 2 years. The most frequent type of cancer affected the genitourinary system (43.53%), and soft tissue (22.35%) or digestive system (15.29%). In 32.94% the cancer was in stage III and in 34.12% in stage IV. 91.76% received chemotherapy, 68.24% radiotherapy, and 49.41% underwent surgery. A further 11.76% received psychiatric or psychiatric support therapy. There was no significant relationship between the epidemiological or clinical characteristics and severity of depression in cancer patients ($p > 0.05$).

Conclusions: The frequency of depression in patients with cancer is high, and the cases have a characteristic clinical and epidemiological profile, although not associated to the severity of the depression, except for the occupation.

KEY WORDS: cancer - depression - epidemiological factors - clinical factors.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes con cáncer tienen una alta tasa de comorbilidad psiquiátrica; aproximadamente la mitad muestran dificultades emocionales. Las complicaciones psicológicas generalmente toman la forma de trastorno de adaptación, depresión del estado de ánimo, ansiedad, satisfacción con la vida empobrecida o pérdida de la autoestima. Los pacientes con mayor riesgo de depresión y otras enfermedades psiquiátricas tienen enfermedad avanzada, antecedentes psiquiátricos, dolor mal controlado y otros factores estresantes de la vida.

La depresión es un síndrome psiquiátrico prevalente en la población con cáncer. La depresión en el cáncer se refiere a la dimensión del sufrimiento psíquico y malestar psicológico. La depresión mayor y los síntomas depresivos, aunque comúnmente encontrados en las poblaciones médicas, con frecuencia son subdiagnosticados y subtratados en los pacientes con cáncer, por considerarla reacción al cáncer, en los que el diagnóstico de la depresión mayor está nublado por síntomas neurovegetativos que pueden ser secundarios a cáncer o depresión.

El estudio de la depresión ha sido un desafío porque los síntomas ocurren en un amplio espectro que va de la tristeza al trastorno afectivo mayor y porque el cambio de humor es a menudo difícil de evaluar cuando un paciente se enfrenta a amenazas repetidas a la vida, está recibiendo tratamientos contra el cáncer, o está experimentando dolor.

Sin embargo, su impacto en la calidad de vida del paciente y su impacto tanto en el plan médico de atención oncológica están lejos de ser despreciables. Por tanto,

la gestión óptima de estos trastornos del estado de ánimo debe ser tan pronto como sea posible y en base a una combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. , ya que la depresión no tratada reduce la expectativa de vida, cumplimiento del tratamiento, aumenta el riesgo de suicidio y enfermedad cardíaca.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que la frecuencia de depresión en pacientes con cáncer es elevada, y los casos poseen un perfil clínico y epidemiológico característico aunque no asociado a la severidad de la depresión, a excepción de la ocupación.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

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

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

Materiales:

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

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de febrero del año 2017.

2.3. **Unidades de estudio:** Paciente con diagnóstico de enfermedad neoplásica en el Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche de Arequipa.

Población: total de población ingresada en febrero en el servicio de consultorio externo de oncología del año 2017.

Muestra: No se consideró un tamaño de muestra ya que se estudió a todos los integrantes de la población que acudieron en dicho mes (y que cumplieron los criterios de selección).

2.4. Criterios de selección:

☐ Criterios de Inclusión

- Pacientes que acuden a consultorio externo de oncología
- Participación voluntaria en el estudio
- Pacientes con el diagnóstico definitivo de la neoplasia

☐ Criterios de Exclusión

- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas
- Pacientes con algún grado de retardo mental
- Pacientes con algún trastorno del lenguaje.

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

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

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se presentó una solicitud al hospital para poder realizar un test a los pacientes del servicio de oncología, en Febrero 2017

Se buscó a los pacientes en el área de consulta externa de Oncología, y se

solicitó su participación voluntaria a través del llenado de la ficha de datos y la Escala de Autoevaluación para la depresión de Zung.

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

5.2. Validación de los instrumentos

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se autoadministra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y las actividades psicomotoras.

Hay 10 preguntas elaboradas de forma positiva y otras 10, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80:

- 25-49: rango normal
- 50-59: ligeramente deprimido
- 60-69: moderadamente deprimido
- 70 o más: severamente deprimido

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

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

b) Plan de Procesamiento

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

c) Plan de Clasificación:

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

d) Plan de Codificación:

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

e) Plan de Recuento.

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

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó mediante el cálculo del Chi cuadrado; se considerará significativa una diferencia 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 estadístico SPSSv.22.0.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENECHÉ,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 1

**Distribución de pacientes oncológicos según presencia y nivel de
depresión**

	N°	%
Normal	9	10.59%
Leve	25	29.41%
Moderada	35	41.18%
Severa	16	18.82%
Total	85	100.00%

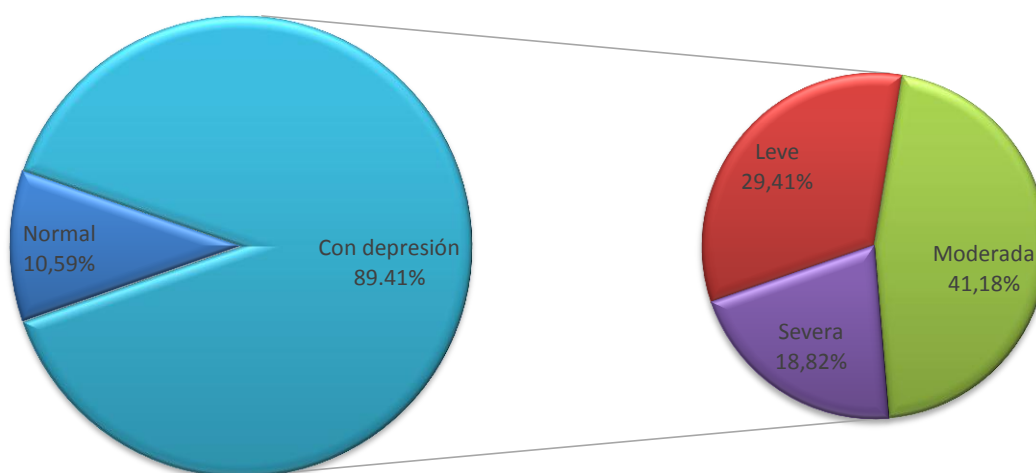
Fuente: elaboración propia.

En la tabla N° 1 podemos observar que, de acuerdo con la Escala de autoevaluación para la Depresión de Zung, el 41.18% de los pacientes tienen síntomas compatibles con depresión moderada, mientras que la minoría (10.59%) no evidenció depresión. Un hallazgo importante que nos muestra la presente tabla, es que el 89.41% de la población presenta algún nivel de depresión.

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 1

**Distribución de pacientes oncológicos según presencia y nivel de
depresión**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 2

**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer: edad y
sexo**

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20-29 a	2	2.35%	4	4.71%	6	7.06%
30-39 a	0	0.00%	6	7.06%	6	7.06%
40-49 a	4	4.71%	17	20.00%	21	24.71%
50-59 a	4	4.71%	18	21.18%	22	25.88%
60-69 a	6	7.06%	6	7.06%	12	14.12%
70-79 a	3	3.53%	10	11.76%	13	15.29%
≥ 80 a	1	1.18%	4	4.71%	5	5.88%
Total	20	23.53%	65	76.47%	85	100.00%

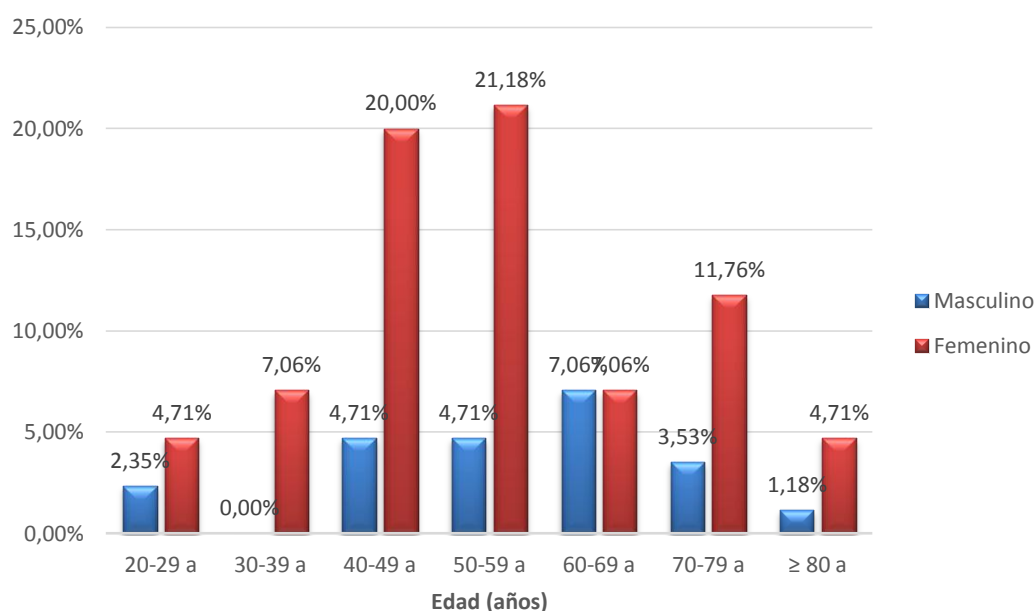
Fuente: elaboración propia.

En la tabla N° 2 se observa que más del 76% corresponde al sexo femenino, mientras que el sexo masculino llega a un 23.53%. En cuanto a la edad, el rango más frecuente estuvo entre 40 a 49 y 50 a 59 años (24.71% y 25.88% respectivamente); así mismo, el menor porcentaje correspondió aquellos ≥ 80 años (5.88%).

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 2

**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer: edad y
sexo**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 3

**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer:
procedencia**

	N°	%
Puno	29	34.12%
Arequipa	28	32.94%
Cuzco	14	16.47%
Tacna	5	5.88%
Moquegua	3	3.53%
Ica	2	2.35%
Pto Maldonado	1	1.18%
Apurímac	1	1.18%
Ayacucho	1	1.18%
La libertad	1	1.18%
Total	85	100.00%

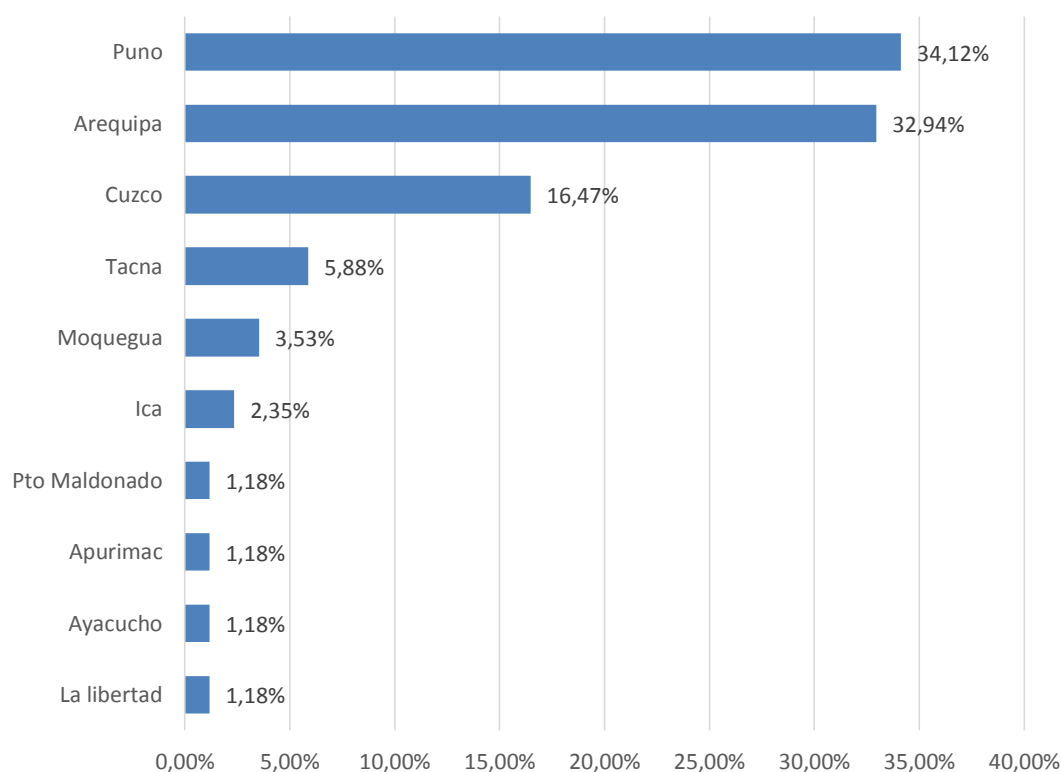
Fuente: elaboración propia.

En la tabla N° 3 podemos apreciar que la mayoría de los pacientes nació en Puno y Arequipa, (con un 34.12% y 32.94% respectivamente) el resto corresponden a otros ámbitos de nuestro país.

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 3

**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer:
procedencia**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 4

**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer: nivel de
instrucción**

	N°	%
Iletrado	18	21.18%
Primaria	23	27.06%
Secundaria	32	37.65%
Superior	12	14.12%
Total	85	100.00%

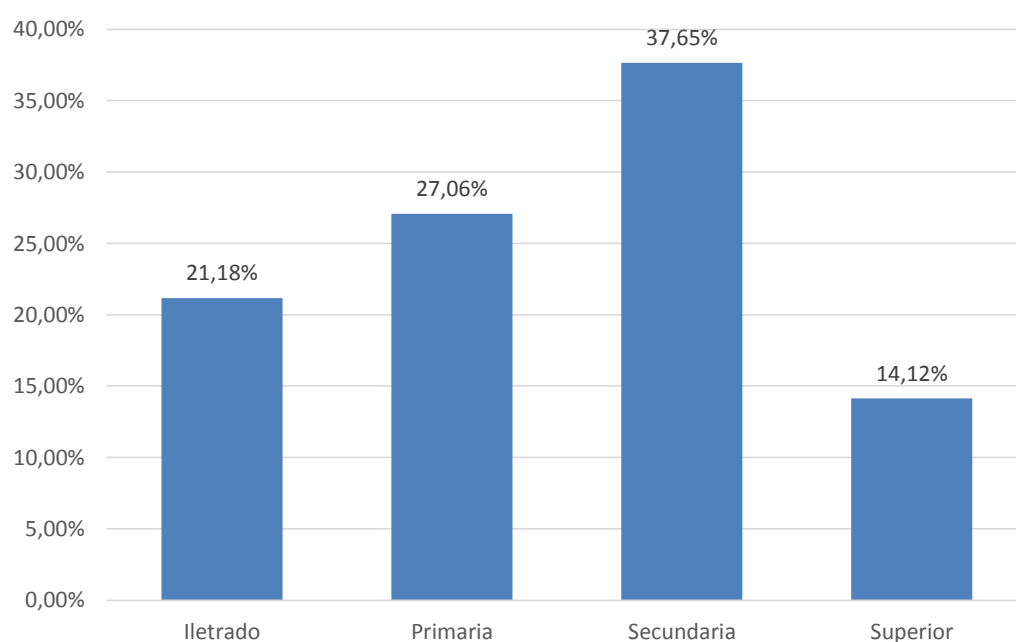
Fuente: elaboración propia.

En la tabla N° 4, observamos que el 37.65 % de los pacientes tienen grado de Instrucción Secundaria y que el 14.12% tiene instrucción superior.

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 4

**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer: nivel de
instrucción**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 5

**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer: estado
civil**

	N°	%
Soltero	13	15.29%
Conviviente	20	23.53%
Casado	35	41.18%
Separado	8	9.41%
Viudo	9	10.59%
Total	85	100.00%

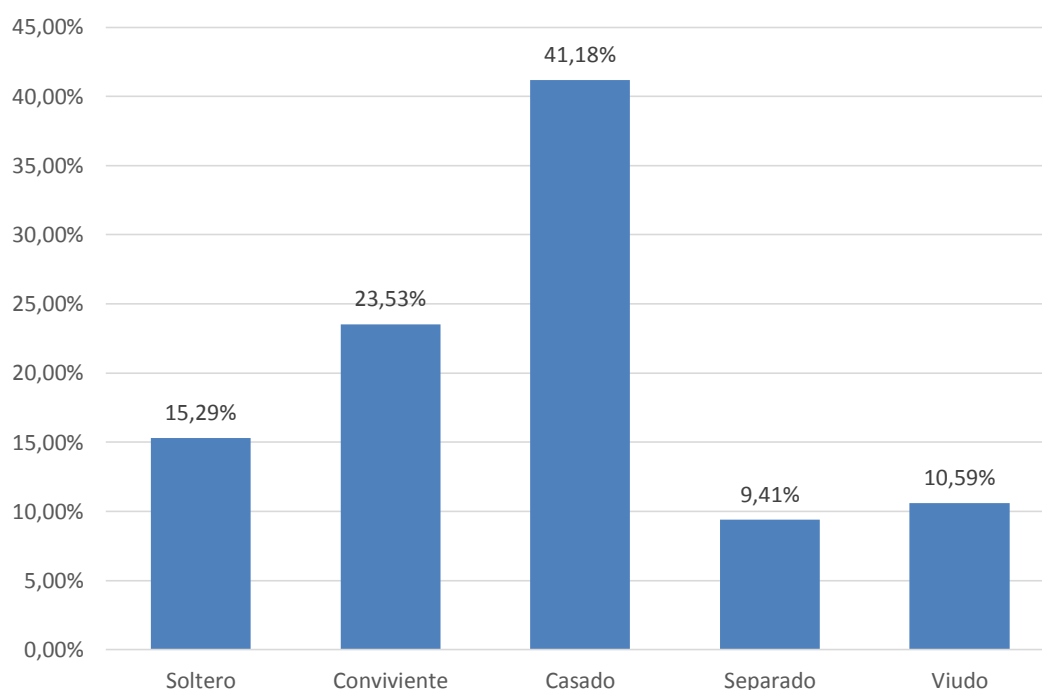
Fuente: elaboración propia.

En la tabla N° 5, observamos el estado civil de los pacientes, aquí podemos apreciar que el mayor porcentaje de personas fueron casados (41.18%), en tanto el menor porcentaje correspondió a los separados (9.41%).

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 5

**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer: estado
civil**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENECHÉ,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 6

**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer:
ocupación**

	Nº	%
Su casa	71	83.53%
Independiente	8	9.41%
Jubilado	2	2.35%
Desempleado	2	2.35%
Empleado	1	1.18%
Estudiante	1	1.18%
Total	85	100.00%

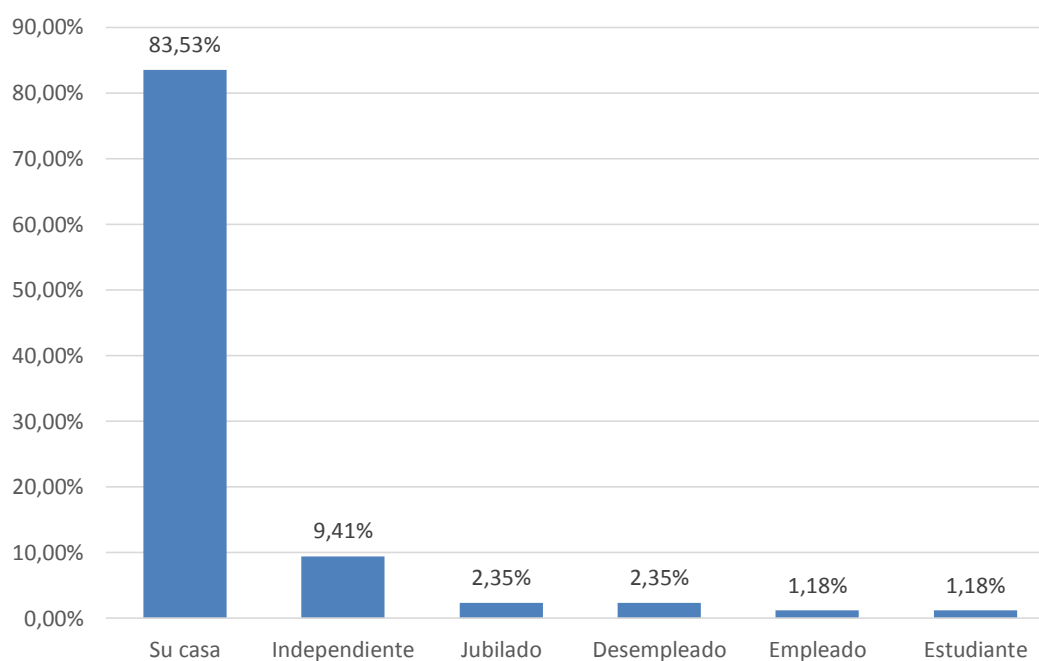
Fuente: elaboración propia.

En la tabla N°6, observamos que el mayor porcentaje de pacientes se dedican a labores del hogar (83.53%), mientras que la minoría, con un 1.18% aún estudia o tiene un empleo.

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 6

**Características epidemiológicas de los pacientes con cáncer:
ocupación**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENECHÉ,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 7

**Características clínicas de los pacientes con cáncer: tiempo de
enfermedad**

	Nº	%
< 3 m	12	14.12%
3-6 m	22	25.88%
7-9 m	10	11.76%
10-12 m	7	8.24%
1-2 a	25	29.41%
3-5 a	4	4.71%
> 5 a	5	5.88%
Total	85	100.00%

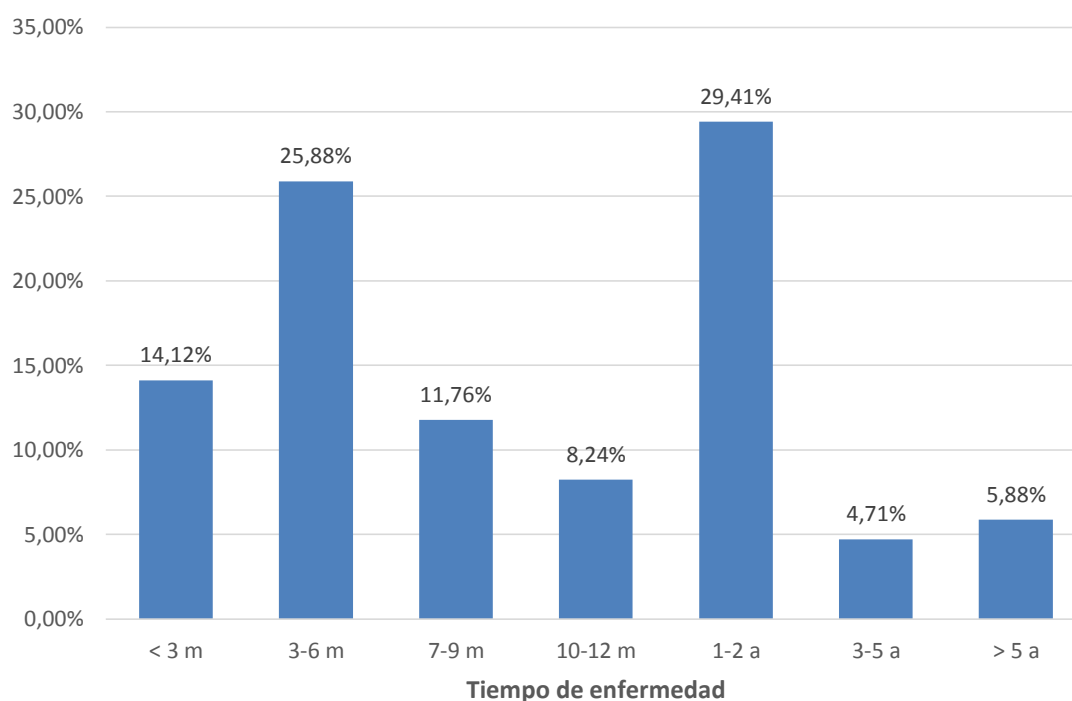
Fuente: elaboración propia.

En la tabla 7: El tiempo de enfermedad en el 29,41% de casos fue de 1 a 2 años.

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 7

**Características clínicas de los pacientes con cáncer: tiempo de
enfermedad**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENECHÉ,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 8

Características clínicas de los pacientes con cáncer: tipo de cáncer

	N°	%
Genitourinario	37	43.53%
Partes Blandas	19	22.35%
Digestivo	13	15.29%
Hematológico	7	8.24%
Respiratorio	5	5.88%
Cutáneo	3	3.53%
SNC	1	1.18%
Total	85	100.00%

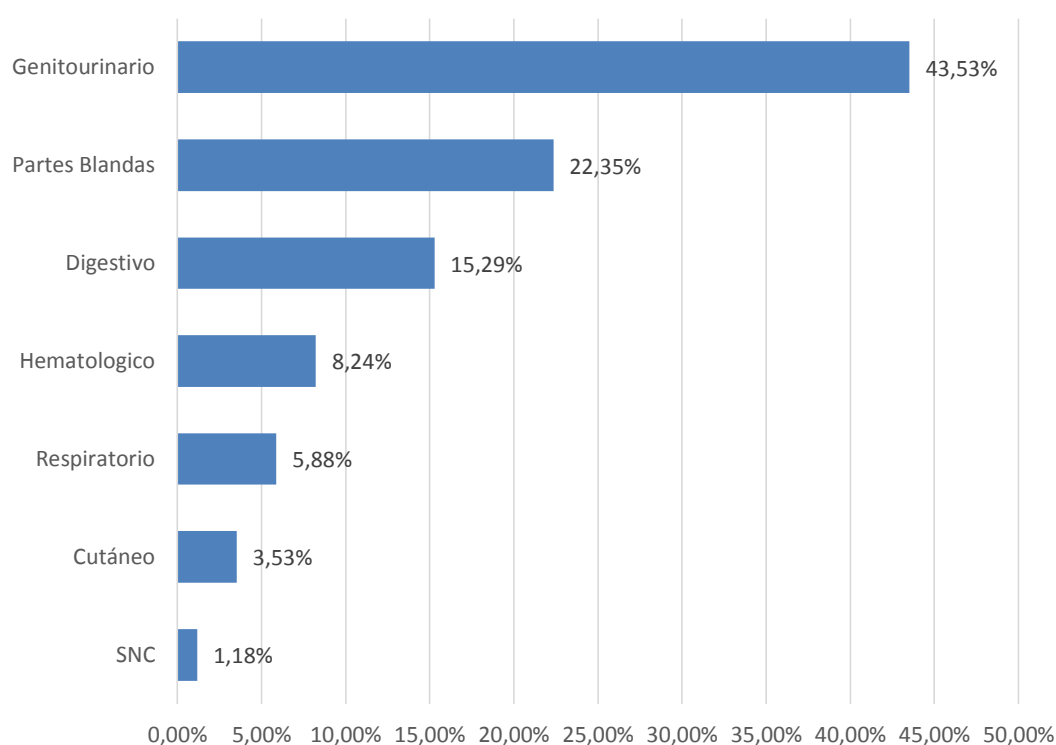
Fuente: elaboración propia.

En la tabla 8: El tipo de neoplasia predominante fue el cáncer Genitourinario (con un 43.53% casos) y con una minoría el cáncer del SNC (con un 1.18%).

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENECHÉ,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 8

Características clínicas de los pacientes con cáncer: tipo de cáncer



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENECHÉ,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 9

**Características clínicas de los pacientes con cáncer: Estadío de la
enfermedad**

	N°	%
Estadío I	3	3.53%
Estadío II	24	28.24%
Estadío III	28	32.94%
Estadío IV	29	34.12%
Fase Crónica	1	1.18%
Total	85	100.00%

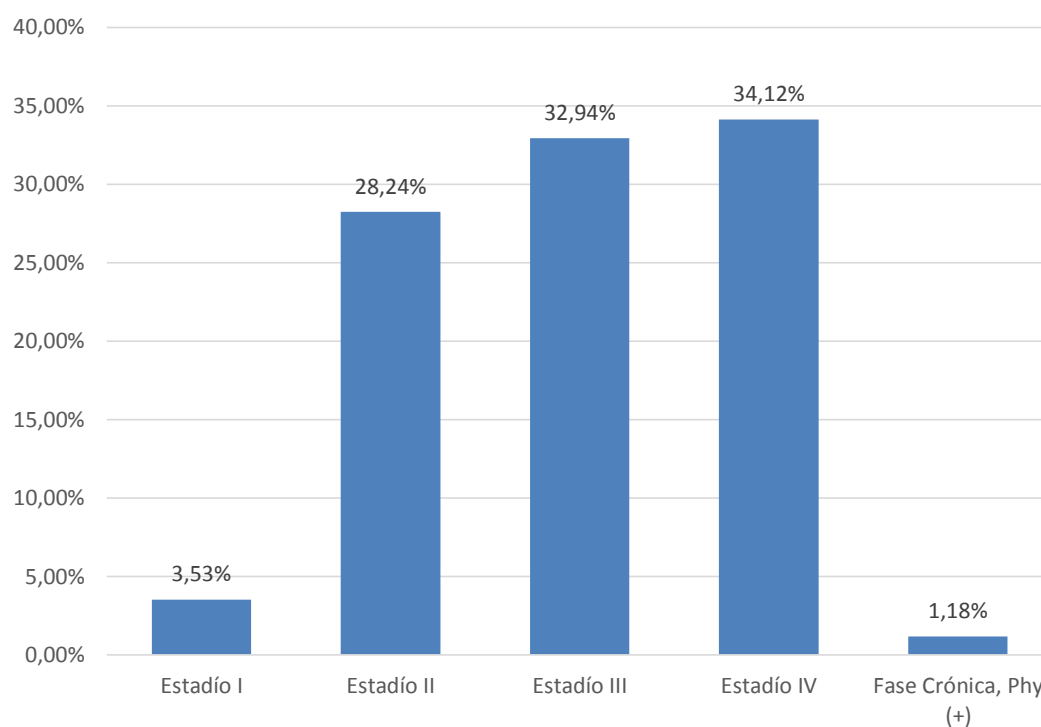
Fuente: elaboración propia.

En la tabla N° 9: se encontró que el 34.12% de los pacientes se encuentran en un estadio avanzado.

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 9

**Características clínicas de los pacientes con cáncer: estadio de la
enfermedad**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 10

**Características clínicas de los pacientes con cáncer: tratamiento
recibido**

	N°	%
Quimioterapia	78	91.76%
Radioterapia	58	68.24%
Cirugía	42	49.41%
Hormonoterapia	6	7.06%
Tx. Biológico	5	5.88%

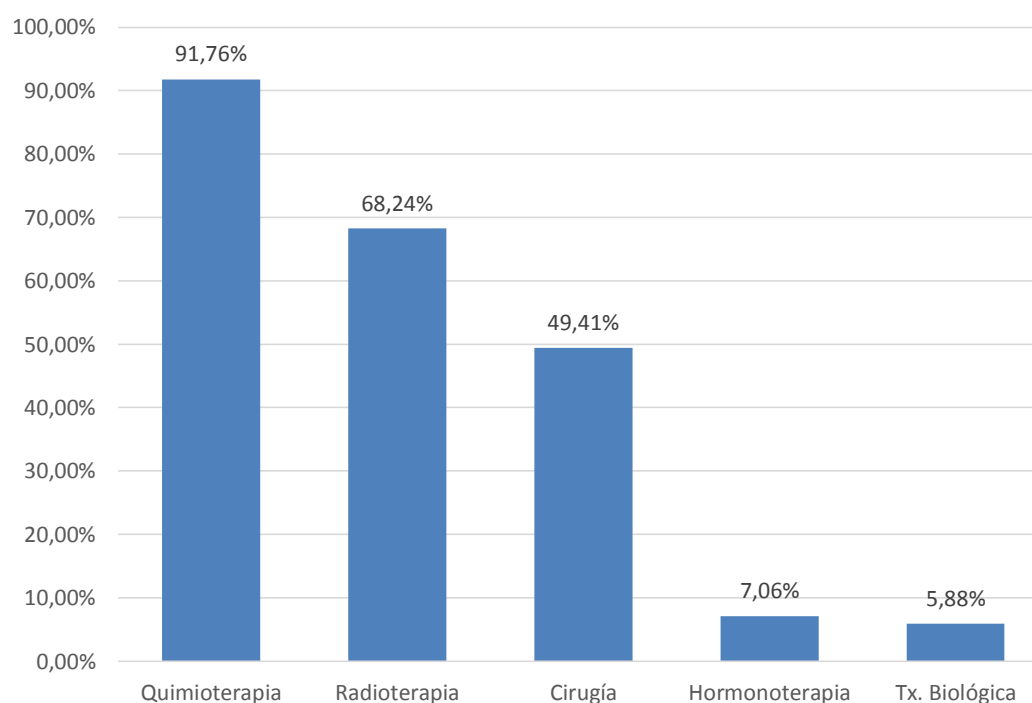
Fuente: elaboración propia.

En la tabla N° 10: El tratamiento recibido en la mayoría de pacientes fue la Quimioterapia con 91.76% y el tratamiento Biológico recibido fue en un 5.88%.

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 10

**Características clínicas de los pacientes con cáncer: tratamiento
recibido**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENECHÉ,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 11

**Características clínicas de los pacientes con cáncer: tratamiento
psicológico/psiquiátrico/ psicoterapéutico previo**

	Nº	%
Sin tratamiento	75	88.24%
Con tratamiento	10	11.76%
Total	85	100.00%

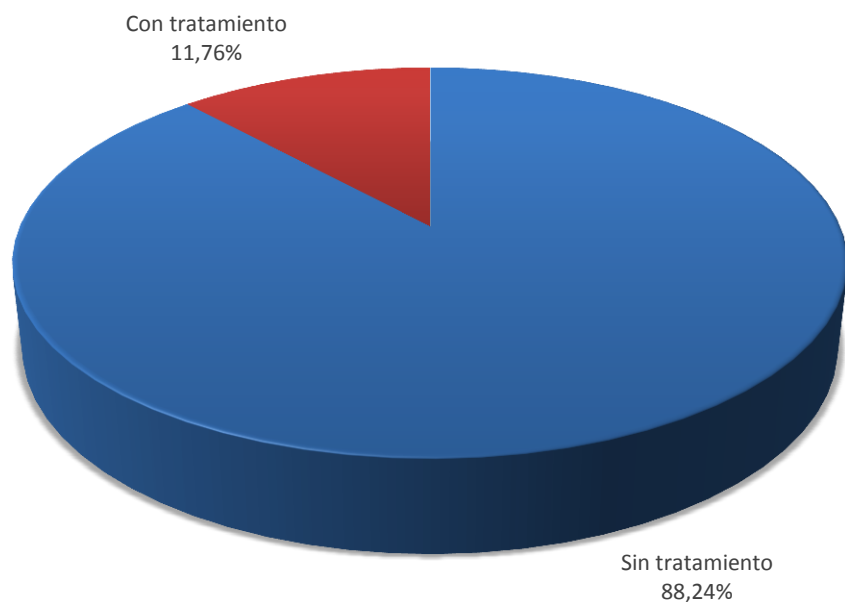
Fuente: elaboración propia.

En la tabla N° 11: La terapia psicológica o psiquiátrica en los pacientes fue realizada en el 11.76 % de los casos.

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017

Gráfico 11

Características clínicas de los pacientes con cáncer: tratamiento
psicológico/psiquiátrico/ psicoterapéutico previo



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL GOYENCHE, EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 12

Relación entre el nivel de depresión y la edad de los pacientes con cáncer

Edad (años)	Total	Normal		D. Leve		D. Moderada		D. Severa	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20-29 a	6	3	50.00%	2	33.33%	1	16.67%	0	0.00%
30-39 a	6	2	33.33%	1	16.67%	3	50.00%	0	0.00%
40-49 a	21	1	4.76%	4	19.05%	14	66.67%	2	9.52%
50-59 a	22	2	9.09%	5	22.73%	7	31.82%	8	36.36%
60-69 a	12	0	0.00%	4	33.33%	5	41.67%	3	25.00%
70-79 a	13	1	7.69%	8	61.54%	2	15.38%	2	15.38%
≥ 80 a	5	0	0.00%	1	20.00%	3	60.00%	1	20.00%
Total	85	9	10.59%	25	29.41%	35	41.18%	16	18.82%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 35.05$ G. libertad = 18

p = 0. 86

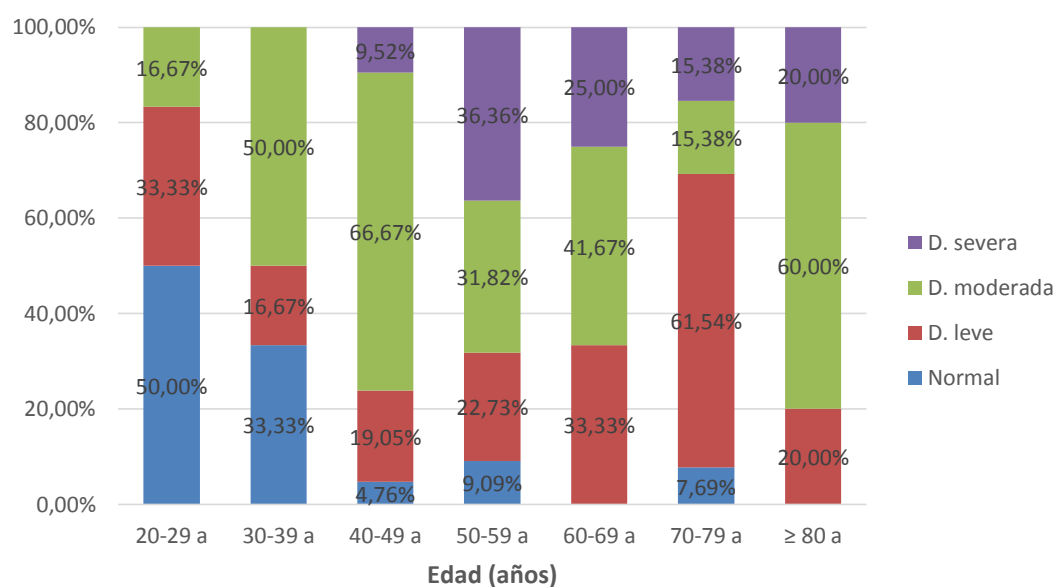
En la Tabla N° 12 se muestra la relación entre el nivel de depresión y la edad de los pacientes con cáncer, estadísticamente no se encontraron diferencias entre los niveles de depresión y la edad ($p > 0,05$), siendo la depresión severa predominantemente en el grupo de 50 a 59 años (36.36%), la depresión moderada, en el grupo de 40-49 años y la depresión leve en el grupo de entre los 70 y 79 años.



**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 12

**Relación entre el nivel de depresión y la edad de los pacientes con
cáncer**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL GOYENECHE, EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 13
Relación entre el nivel de depresión y el sexo de los pacientes con cáncer

Sexo	Total	Normal		D. Leve		D. Moderada		D. Severa	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	20	3	15.00%	6	30.00%	8	40.00%	3	15.00%
Femenino	65	6	9.23%	19	29.23%	27	41.54%	13	20.00%
Total	85	9	10.59%	25	29.41%	35	41.18%	16	18.82%

Fuente: elaboración propia.

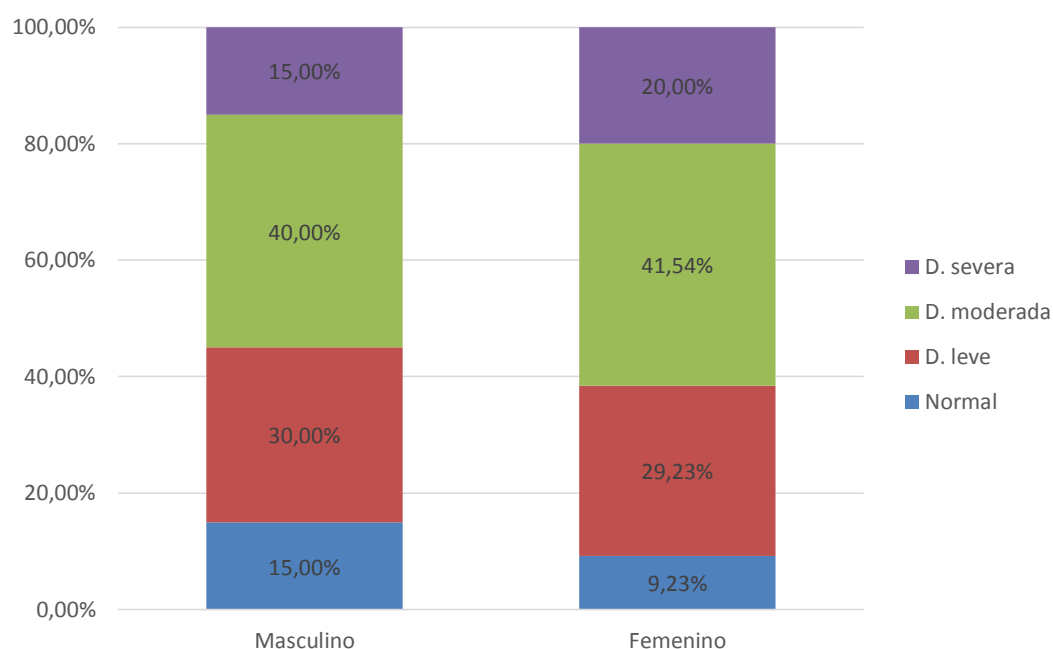
Chi² = 0.70 G. libertad = 3 p = 0. 87

En la tabla N° 13: observamos que en el sexo femenino predomina la depresión moderada (con un 41.54%), al igual que en el sexo masculino (con un 40%), pero estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p > 0.05$), es decir el sexo no tiene relación con los niveles de depresión.

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENECHÉ,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 13

**Relación entre el nivel de depresión y el sexo de los pacientes con
cáncer**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL GOYENECHÉ, EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 14

Relación entre el nivel de depresión y el lugar de nacimiento de los pacientes con cáncer

Procedencia	Total	Normal		D. Leve		D. Moderada		D. Severa	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Puno	29	2	6.90%	5	17.24%	13	44.83%	9	31.03%
Arequipa	28	2	7.14%	10	35.71%	12	42.86%	4	14.29%
Cuzco	14	1	7.14%	5	35.71%	6	42.86%	2	14.29%
Tacna	5	1	20.00%	3	60.00%	1	20.00%	0	0.00%
Moquegua	3	1	33.33%	1	33.33%	0	0.00%	1	33.33%
Ica	2	0	0.00%	1	50.00%	1	50.00%	0	0.00%
Pto Maldonado	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Apurímac	1	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%
Ayacucho	1	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%
La libertad	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	85	9	10.59%	25	29.41%	35	41.18%	16	18.82%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 32.96$

G. libertad = 27

p = 0.20

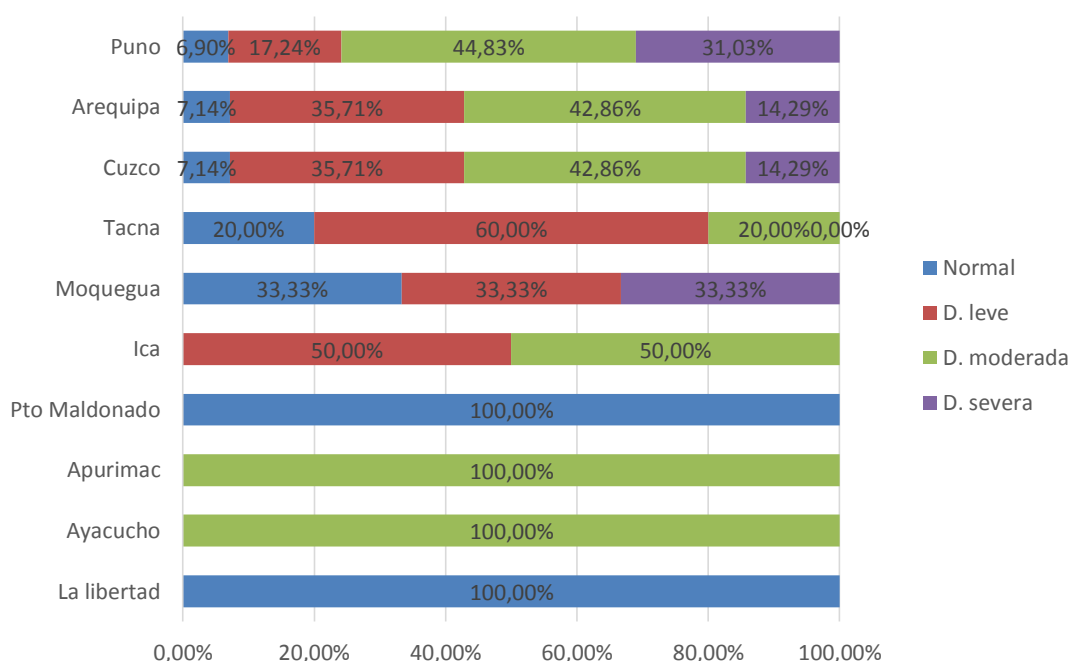
En la tabla N° 14, apreciamos que la depresión leve se presenta con mayor frecuencia en aquellos pacientes procedentes de Tacna (con un 60.00%), en tanto la depresión moderada se evidenció en aquellos que proceden de Apurímac, Ayacucho e Ica (con un 100%, 100% y 50.0% respectivamente).



**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENECHÉ,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 14

**Relación entre el nivel de depresión y el lugar de nacimiento de los
pacientes con cáncer**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL GOYENECHE, EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 15

Relación entre el nivel de depresión y el nivel de instrucción de los pacientes con cáncer

Instrucción	Total	Normal		D. Leve		D. Moderada		D. Severa	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Iletrado	18	1	5.56%	4	22.22%	7	38.89%	6	33.33%
Primaria	23	0	0.00%	7	30.43%	10	43.48%	6	26.09%
Secundaria	32	5	15.63%	8	25.00%	16	50.00%	3	9.38%
Superior	12	3	25.00%	6	50.00%	2	16.67%	1	8.33%
Total	85	9	10.59%	25	29.41%	35	41.18%	16	18.82%

Fuente: elaboración propia.

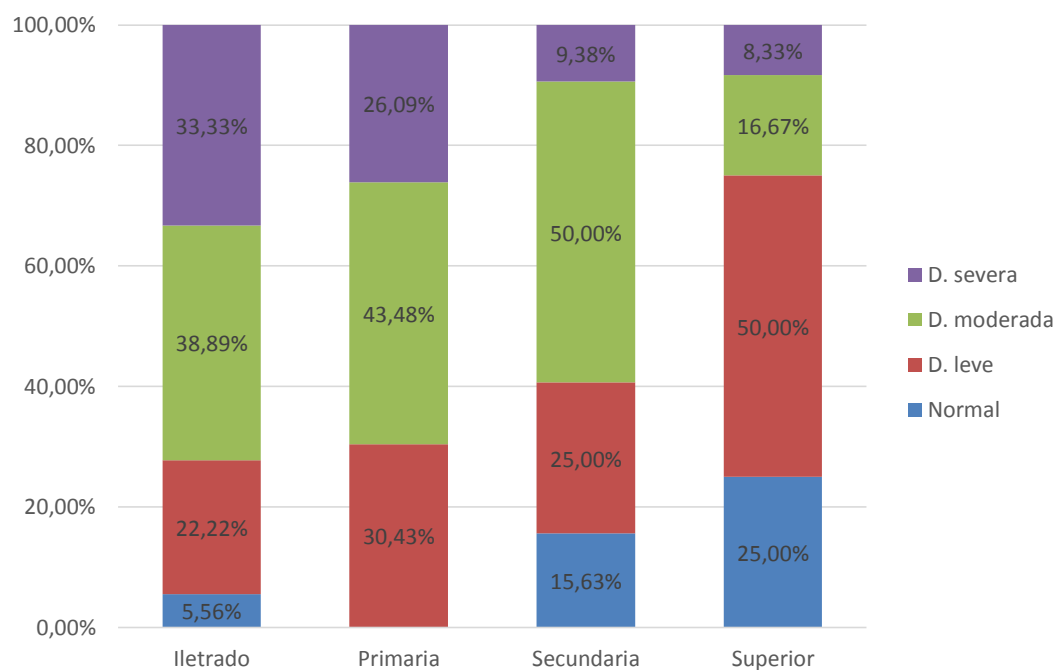
$\chi^2 = 15.54$ G. libertad = 9 $p = 0.08$

En la Tabla 15, se puede observar que en la depresión severa se encontró mayormente en iletrados (con un 33.33%), la depresión moderada en pacientes con instrucción secundaria (50.00%) y depresión leve en pacientes con un nivel superior, pero no hay diferencia significativa.).

FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE, EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017

Gráfico 15

Relación entre el nivel de depresión y el nivel de instrucción de los pacientes con cáncer



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL GOYENECHE, EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 16
Relación entre el nivel de depresión y el estado civil de los pacientes con cáncer

E. civil	Total	Normal		D. Leve		D. Moderada		D. Severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	13	2	15.38%	4	30.77%	5	38.46%	2	15.38%
Conviviente	20	3	15.00%	4	20.00%	11	55.00%	2	10.00%
Casado	35	4	11.43%	12	34.29%	13	37.14%	6	17.14%
Separado	8	0	0.00%	1	12.50%	3	37.50%	4	50.00%
Viudo	9	0	0.00%	4	44.44%	3	33.33%	2	22.22%
Total	85	9	10.59%	25	29.41%	35	41.18%	16	18.82%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 11.23$

G. libertad = 12

p = 0.51

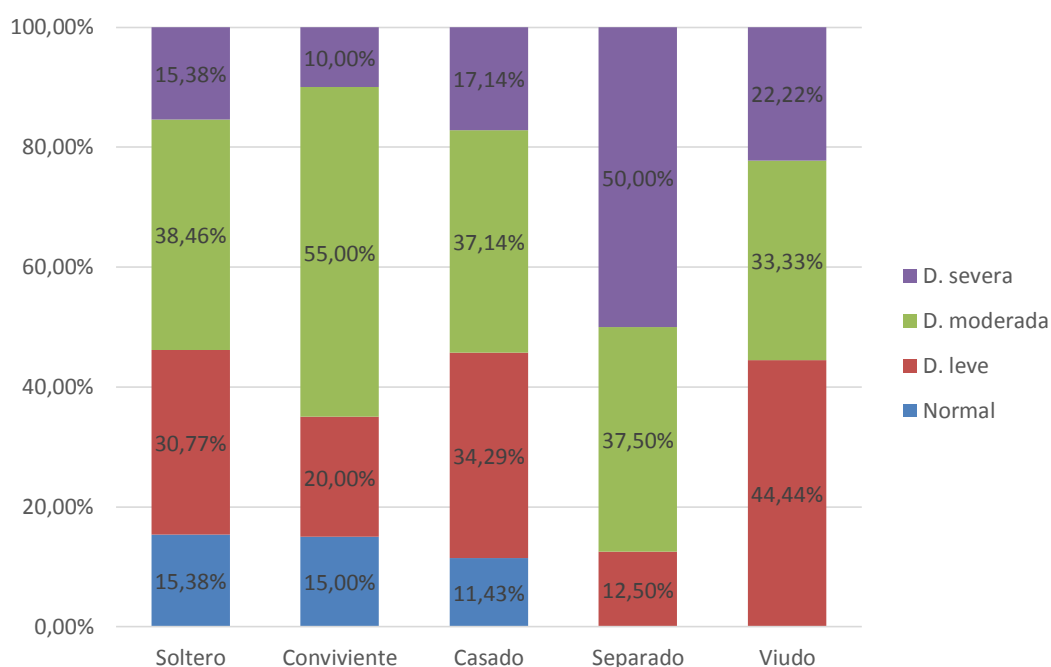
En la tabla N° 16 observamos que el mayor porcentaje de solteros, convivientes y casados (38.46%, 55.00% y 37.14% respectivamente) presentan síntomas compatibles con depresión moderada; en tanto que los separados presentan síntomas compatibles con depresión severa (50.00%) y las personas viudas presentan síntomas compatibles con depresión leve (44.44%). Según la prueba estadística, no existen diferencias significativas, por tanto el estado civil no tiene relación con los niveles de depresión.



FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE, EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017

Gráfico 16

Relación entre el nivel de depresión y el estado civil de los pacientes con cáncer



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL GOYENCHE, EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 17
Relación entre el nivel de depresión y la ocupación de los pacientes con cáncer

Ocupación	Total	Normal		D. Leve		D. Moderada		D. Severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Su casa	71	5	7.04%	17	23.94%	35	49.30%	14	19.72%
Independiente	8	1	12.50%	5	62.50%	0	0.00%	2	25.00%
Jubilado	2	1	50.00%	1	50.00%	0	0.00%	0	0.00%
Desempleado	2	1	50.00%	1	50.00%	0	0.00%	0	0.00%
Empleado	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Estudiante	1	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	85	9	10.59%	25	29.41%	35	41.18%	16	18.82%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 28.88$

G. libertad = 15

p = 0.02

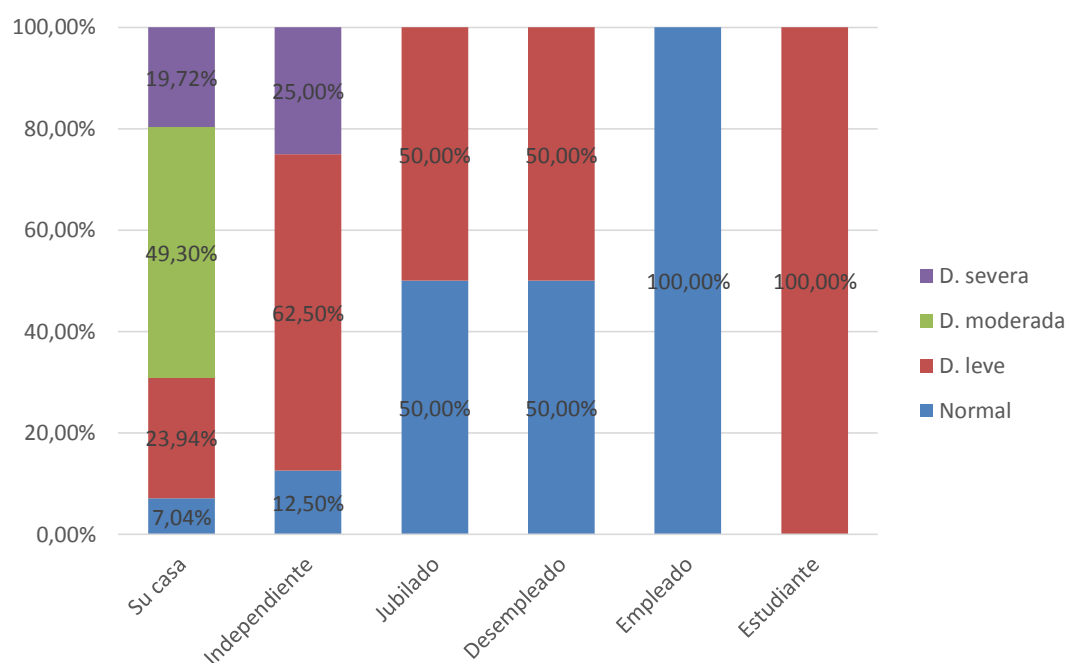
En la tabla N°17 las ocupaciones con mayor nivel de depresión fueron las labores del hogar e independientes (con un 19.72% y un 25.00% respectivamente). Estadísticamente fueron significativas ($p>0,05$), por lo tanto podemos afirmar que la ocupación tiene relación con los niveles de depresión.



FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE, EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017

Gráfico 17

Relación entre el nivel de depresión y la ocupación de los pacientes con cáncer



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL GOYENECHE, EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 18

Relación entre el nivel de depresión y el tiempo de enfermedad de los pacientes con cáncer

T. enfermedad	Total	Normal		D. Leve		D. Moderada		D. Severa	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 3 m	12	2	16.67%	3	25.00%	5	41.67%	2	16.67%
3-6 m	22	1	4.55%	8	36.36%	10	45.45%	3	13.64%
7-9 m	10	2	20.00%	3	30.00%	3	30.00%	2	20.00%
10-12 m	7	1	14.29%	1	14.29%	2	28.57%	3	42.86%
1-2 a	25	1	4.00%	7	28.00%	11	44.00%	6	24.00%
3-5 a	4	1	25.00%	1	25.00%	2	50.00%	0	0.00%
> 5 a	5	1	20.00%	2	40.00%	2	40.00%	0	0.00%
Total	85	9	10.59%	25	29.41%	35	41.18%	16	18.82%

Fuente: elaboración propia.

Chi² = 10.90

G. libertad = 18

p = 0.90

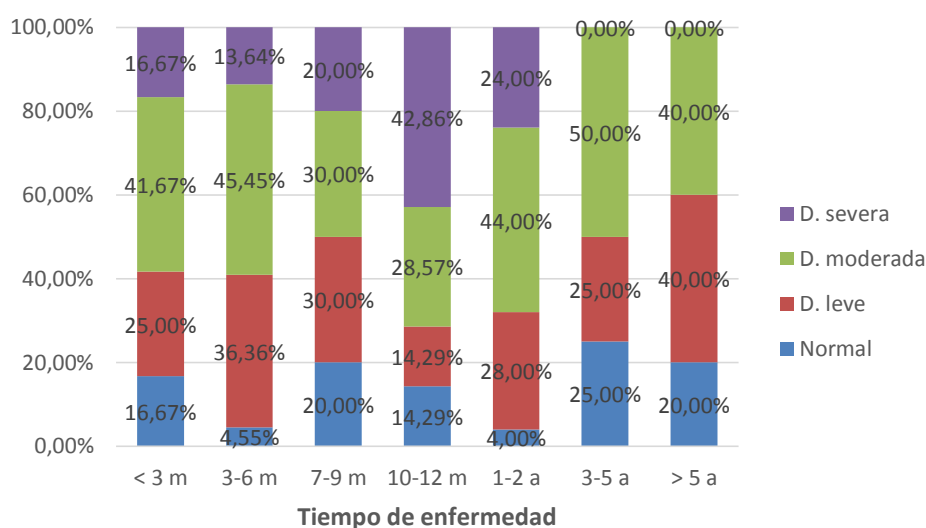
En la tabla N°18 La depresión fue severa en el 42.86% de pacientes con 10-12 meses de enfermedad, siendo estadísticamente no significativo ($p > 0,05$).



**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 18

**Relación entre el nivel de depresión y el tiempo de enfermedad de los
pacientes con cáncer**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL GOYENECHÉ, EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 19
Relación entre el nivel de depresión y el tipo de cáncer en los pacientes

Tipo	Total	Normal		D. Leve		D. Moderada		D. Severa	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Genitourinario	37	1	2.70%	9	24.32%	19	51.35%	8	21.62%
P. Blandas	19	4	21.05%	7	36.84%	6	31.58%	2	10.53%
Digestivo	13	2	15.38%	6	46.15%	2	15.38%	3	23.08%
Hematológico	7	2	28.57%	1	14.29%	3	42.86%	1	14.29%
Respiratorio	5	0	0.00%	0	0.00%	3	60.00%	2	40.00%
Cutáneo	3	0	0.00%	2	66.67%	1	33.33%	0	0.00%
SNC	1	0	0.00%	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%
Total	85	9	10.59%	25	29.41%	35	41.18%	16	18.82%

Fuente: elaboración propia.

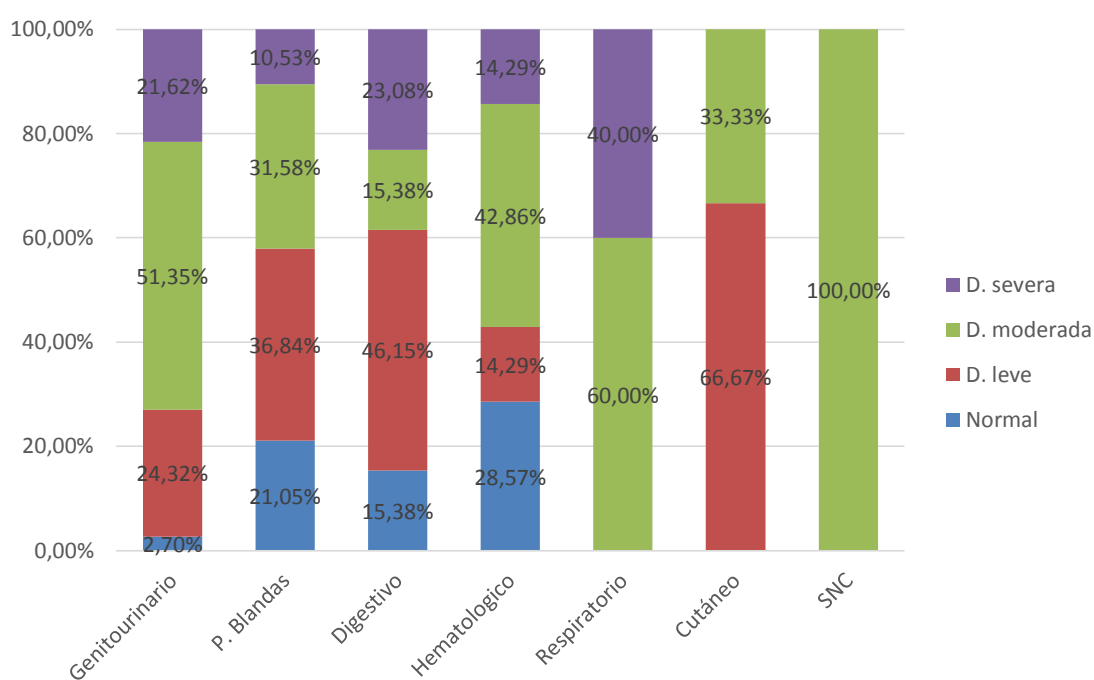
$\chi^2 = 20.93$ G. libertad = 18 $p = 0.28$

En la tabla N° 19 El tipo de neoplasia con mayor nivel de depresión fue el del Aparato Respiratorio (40.00%), pero no alcanzaron significado estadístico ($p > 0,05$) .

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 19

Relación entre el nivel de depresión y el tipo de cáncer en los pacientes



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL GOYENCHE, EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 20
Relación entre el nivel de depresión y el estadio del cáncer de los pacientes

Estadio	Total	Normal		D. Leve		D. Moderada		D. Severa	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estadio I	3	1	33.33%	0	0.00%	2	66.67%	0	0.00%
Estadio II	24	0	0.00%	6	25.00%	13	54.17%	5	20.83%
Estadio III	28	4	14.29%	9	32.14%	10	35.71%	5	17.86%
Estadio IV	29	3	10.34%	10	34.48%	10	34.48%	6	20.69%
Fase crónica	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	85	9	10.59%	25	29.41%	35	41.18%	16	18.82%

Fuente: elaboración propia.

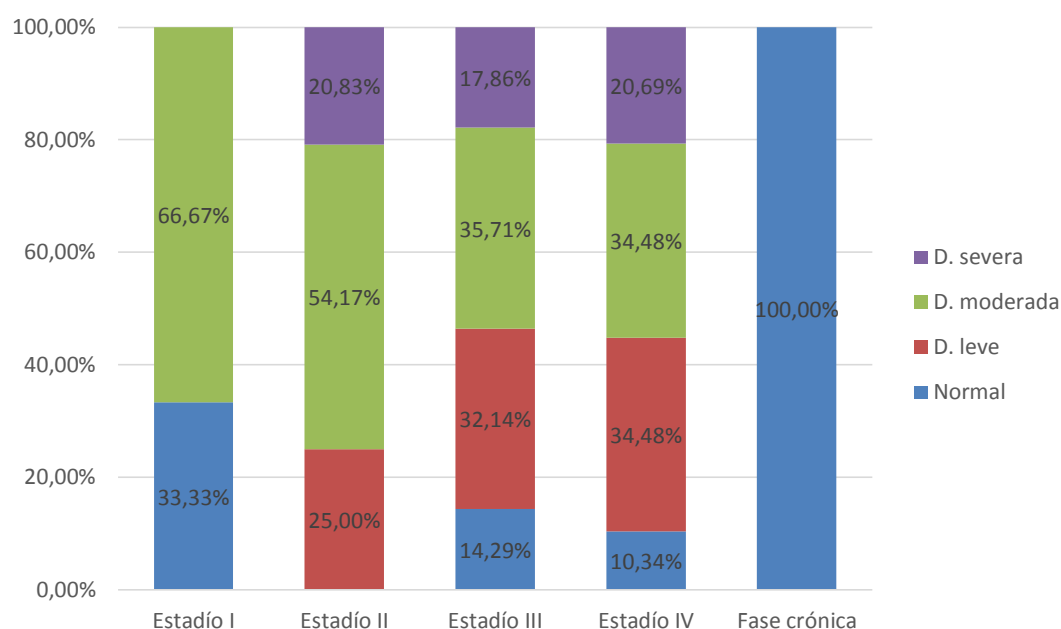
$\chi^2 = 16.84$ G. libertad = 12 $p = 0.16$

En la tabla N°20 las diferencias no resultaron significativas en los diferentes estadios y el nivel de depresión.

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENECHÉ,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 20

**Relación entre el nivel de depresión y el estadio del cáncer de los
pacientes**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL GOYENCHE, EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 21
Relación entre el nivel de depresión y el tipo de tratamiento en pacientes con cáncer

Tratamiento	Total	Normal		D. Leve		D. Moderada		D. Severa	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Quimioterapia	78	8	10.26%	23	29.49%	33	42.31%	14	17.95%
Radioterapia	58	3	5.17%	16	27.59%	26	44.83%	13	22.41%
Cirugía	42	4	9.52%	15	35.71%	18	42.86%	5	11.90%
Hormonoterapia	6	0	0.00%	5	83.33%	1	16.67%	0	0.00%
Tx. Biológica	5	1	20.00%	2	40.00%	2	40.00%	0	0.00%

Fuente: elaboración propia.

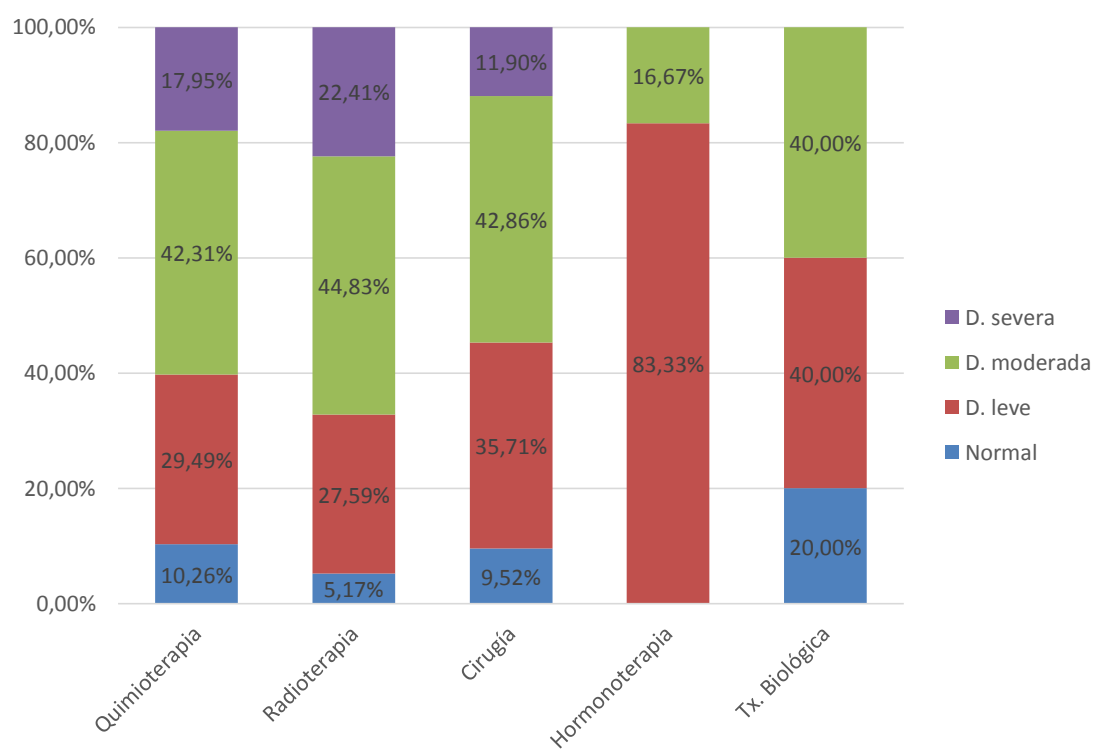
Chi² = 12.70 G. libertad = 12 p = 0.39

En la tabla N° 21 los pacientes que recibieron quimioterapia, radioterapia y cirugía presentan mayores niveles de depresión moderada, pero estadísticamente no resultaron significativas (p>0.05).

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 21

**Relación entre el nivel de depresión y el tipo de tratamiento en
pacientes con cáncer**



Fuente: elaboración propia

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL GOYENECHÉ, EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Tabla 22

**Relación entre el nivel de depresión y el tratamiento psicológico / psiquiátrico / psicoterapéutico previo en los
pacientes con cáncer**

Tratamiento	Total	Normal		D. Leve		D. Moderada		D. Severa	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sin tratamiento	75	9	12.00%	23	30.67%	30	40.00%	13	17.33%
Con tratamiento	10	0	0.00%	2	20.00%	5	50.00%	3	30.00%
Total	85	9	10.59%	25	29.41%	35	41.18%	16	18.82%

Fuente: elaboración propia.

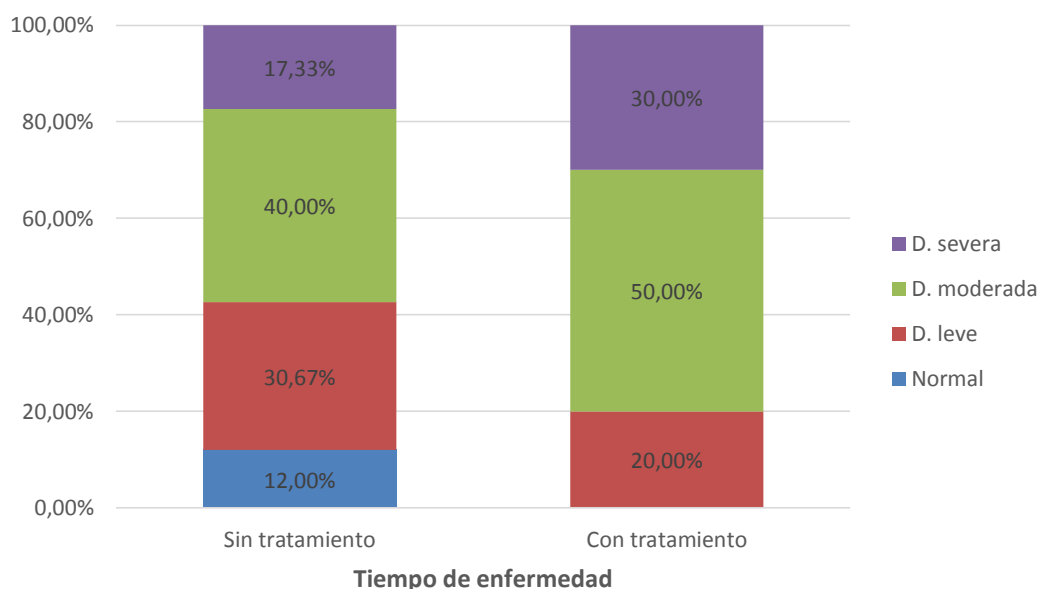
Chi² = 12.70 G. libertad = 12 p = 0.39

En la tabla N° 22 Con o sin el apoyo del tratamiento psicológico o psiquiátrico, la depresión llegó a alcanzar un nivel moderado., pero resulta estadísticamente no significativo.

**FRECUENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y
CLÍNICOS ASOCIADOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL GOYENCHE,
EN LA CIUDAD DE AREQUIPA, DEL AÑO 2017**

Gráfico 22

**Relación entre el nivel de depresión y el tratamiento psicológico /
psiquiátrico / psicoterapéutico previo en los pacientes con cáncer**



Fuente: elaboración propia

CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para establecer el grado de relación entre las características clínicas, epidemiológicas y el nivel de depresión de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, de la ciudad de Arequipa, del año 2017. Se efectuó la presente investigación porque busca conocer el nivel de depresión en pacientes con cáncer ya que es un síndrome prevalente en esta población y que con frecuencia son subdiagnosticados y subtratados, ya que muy pocos de ellos visitan a un psiquiatra.

Para tal fin se encuestó a los pacientes oncológicos que acudieron durante Febrero al Servicio de Oncología, aplicando la escala de autoevaluación para la depresión de Zung, a aquellos pacientes que cumplieron criterios de selección. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva y se comparan variables mediante prueba Chi cuadrado.

Entre las características epidemiológicas de los pacientes oncológicos, se encontró que el 76.47% de los casos fueron mujeres y 23.53% varones, con edad predominante entre los 40 y 59 años (50,59%), la mayoría de los casos nació en Puno (34.12%); generalmente con secundaria completa (37.65%), casados (41.18%) y que el 83.53% se dedica a labores del hogar. Estos resultados se corroboran como lo mencionó Krishnan (6) en su artículo del 2016, que la depresión es dos veces más común en las mujeres en comparación con los hombres y que se presentan en edades

más tempranas (< 50 años), casi similar a lo datos obtenidos, tal como lo menciona Roy-Byrne (12).

Según el último censo del 2007, proporcionado por el INEI, a la provincia de Arequipa, llegan principalmente migrantes de Puno, Cusco, entonces la mayor población habitante en la ciudad de Arequipa mayormente son de otras ciudades. Respecto a la educación y estado civil, como lo demuestra los resultados del estudio realizado por Manchego Lara (19) en el año 2013, los pacientes alcanzaron una instrucción secundaria, lo que infiere que hay mayor acceso a la educación y que estas quizás puedan entender mejor su patología, los pro y contra de los tratamientos sugeridos por el especialista. Y por último debido a que el cáncer puede ser incapacitante o debido a los efectos secundarios del tratamiento, es que la mayoría de pacientes se dedica a labores del hogar.

Entre la características clínicas de los pacientes, mayormente presentan un tiempo de enfermedad de 1-2 años en el 29.41%, siendo el cáncer más frecuente el que afectó al sistema genitourinario (43.53%), predominantemente en estadio avanzado (34.12%), con un tratamiento quimioterapéutico en un 91.76% y que sólo el 11.76% recibió terapia de apoyo psicológico o psiquiátrico. Según Manchego Lara en el 2013 (19), nuestros resultados coinciden con la localización topográfica de la neoplasia y tipo de tratamiento, ya que según el cuadro estadístico del INEN del 2000-2014, las neoplasias más frecuentes y los nuevos casos registrados son los de cuello uterino, seguido por el de mama en mujeres y de próstata y gástrico en varones. En el 2015 según Pousa Rodríguez (24) como lo mencionó en su artículo, los pacientes con estadio más avanzado, se puede observa mayor presencia de

depresión y según Adolfo Dammert, en el 2016, presidente de la Liga Contra el Cáncer, en el Perú, también mencionó que el 85% de los casos de cáncer se detectan en estos estadios, esto pudiera ser debido a que los pacientes al presentar sintomatología, no acuden oportunamente a un médico para su diagnóstico, o no se hacen sus chequeos preventivos ya sea por tabú o descuido del propio paciente o debido a circunstancias económicas. Respecto a la terapia de apoyo, posiblemente debido a las creencias personales de acudir a un psiquiatra/psicólogo, es que muy pocos buscan ayuda especializada.

Aplicando la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung, se puede apreciar que el 89.41% tiene síntomas de depresión, de forma leve el 29.41%, moderada el 41.18% y severa el 18.82% de los casos. **(Tabla y Gráfico 1).** . Estos resultados muestran que la depresión es una complicación común en pacientes con cáncer, tal como lo afirma en el 2016, Roy Byrne (12), en su literatura y que la superposición de ciertos signos somáticos similares a la depresión y el cáncer y sus tratamientos, raramente son informados espontáneamente por los pacientes, y que puede enmascarar una verdadera depresión, según así lo afirma Reich en el 2010 ¹⁰.

En la **Tabla y Gráfico 12** se muestra la relación entre el nivel de depresión y la edad de los pacientes con cáncer; no se encontraron diferencias en los niveles de depresión según edad ($p > 0,05$), siendo más severa en el grupo de 50 a 59 años (36.36%) y entre los 60 y 69 años (25%), y ausente entre los 20 y 29 años (50% con condición normal). Tampoco se registraron diferencias en la severidad de depresión y el sexo ($p > 0.05$); **Tabla y Gráfico 13.**

En la **Tabla y Gráfico 14** se muestra la influencia de la procedencia de los pacientes con los niveles de depresión; aunque hubo mayores niveles de depresión en pacientes de Moquegua (33.33%) o Puno (31.03% con depresión severa), las diferencias no resultaron significativas con los procedentes de otros departamentos ($p > 0.05$). Hallazgo similar ocurrió con la instrucción de los pacientes (**Tabla y Gráfico 15**), aunque se encontró nivel de depresión severa en 33.33% en iletrados y en 26.09% en pacientes con educación primaria, y disminuyó en los demás para incrementarse el número de casos sin depresión a 15.63% en casos con educación secundaria y 25% con educación superior, las diferencias no alcanzaron significado estadístico ($p > 0.05$).

El estado civil tampoco influyó de manera significativa en los niveles de depresión en pacientes con cáncer (**Tabla y Gráfico 16**), puesto que, aunque alcanzó a 50% de casos de pacientes separados con niveles severos, en comparación con los viudos (22.22%) o casados (17.14%) o convivientes (10%) o solteros (15,38%), las diferencias no fueron significativas ($p > 0.05$). Estos resultados pueden deberse a que debido a la patología que está cursando el paciente, la gran mayoría de cónyuges, no suelen poder sobrellevar la carga psicológica por la que ellos también están pasando junto a su familiar y deciden terminar la relación y eso probablemente generaría mayor depresión en el paciente con cáncer.

En la **Tabla y Gráfico 17** se muestra la influencia de la ocupación en los niveles de depresión en pacientes con cáncer; la depresión afectó de manera severa a 25% de pacientes de ocupación independiente o en los que realizaban labores del hogar (19.72%), y fue menos severa en jubilados (50%) y desempleados (50%); las diferencias fueron significativas ($p > 0.05$). Es decir que pacientes con algún tipo de

actividad, sumado al estrés financiero y de su propia enfermedad, presentan mayores niveles de depresión, esto concuerda con el estudio de Manchego Lara (19), en que la ocupación tiene relación con el nivel de depresión.

En la **Tabla 18** se muestra la influencia del tiempo de enfermedad en la severidad de la depresión; no se encontraron diferencias en los niveles de depresión según los diferentes intervalos de enfermedad ($p > 0.05$).

En la **Tabla y Gráfico 19** se aprecia la influencia del tipo de cáncer y la severidad de depresión; aunque los niveles más severos de depresión se observaron en el cáncer del aparato respiratorio (40%), digestivo (23.08%) o genitourinario (21.62%), los niveles más bajos se encontraron en el cáncer hematológico (28,57%), y de partes blandas (21.05% sin depresión), las diferencias no alcanzaron significado estadístico ($p > 0.05$). Esto contrasta con lo que mencionó Massie (18), probablemente debido a que ahora los pacientes están sobrellevando mejor su enfermedad. El estadio del cáncer tampoco se relacionó con la severidad de la depresión (**Tabla y Gráfico 20**), pues mostró niveles similares en los diferentes estadios ($p > 0.05$).

La relación del tipo de tratamiento con la severidad de la neoplasia se muestra en la **Tabla y Gráfico 21**, los niveles fueron similares tanto si el paciente recibía quimioterapia, o radioterapia o cirugía, e incluso en los grupos de tratamiento con hormonas o con productos biológicos ($p > 0.05$). No se encontró influencia de la terapia de apoyo psicológico, psiquiátrico o psicoterapéutico en la severidad de la depresión, que incluso fue severa en 30% de casos con tratamiento y 17.33% sin

tratamiento, aunque las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$) **Tabla y Gráfico 22.**

En las Tablas y Gráficos 12 al 22, no se encontraron estudios relacionados con las variables en estudio, ni tampoco si había influencia por parte de ellos, en el nivel de depresión.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES

- Primera.** Los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017 fueron predominantemente mujeres con edades entre los 40 y 59 años, procedentes de Puno o Arequipa y de educación secundaria, casados y de ocupación en labores del hogar.
- Segunda.** Entre las características clínicas de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017, la mayoría tuvo menos de un año de enfermedad, con cáncer genitourinario y de partes blandas, en estadios III a IV y con tratamiento con quimioterapia y radioterapia, y la mayoría no recibe terapia de apoyo psicológico.
- Tercera.-** Se encontró depresión en 89.41% de pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017, sobre todo en nivel moderado.
- Cuarta.-** No se encontró relación significativa entre las características epidemiológicas y el nivel de depresión de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017, a excepción de la ocupación.
- Quinta.-** No se encontró relación significativa entre las características clínicas y el nivel de depresión de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017.

RECOMENDACIONES

- 1) **Primera:** Se sugiere la cooperación coordinada entre el servicio de oncología y de psiquiatra del Hospital Goyeneche, para que todos los pacientes con cáncer sean evaluados en épocas periódicas para detectar síntomas de depresión y brindarles el tratamiento oportuno.
- 2) **Segunda:** sugerir al Departamento de Oncología del Hospital Goyeneche, la creación de un ambiente para intervenciones no-farmacológicas como la psicoterapia, ambientes de relajación, para mejorar o prevenir la depresión en sus pacientes, lo cual puede resultar alentadora.
- 3) **Tercera:** como la mayoría de pacientes oncológicos acuden a la consulta en compañía de sus cuidadores, se recomienda realizar futuros trabajos sobre las estrategias de afrontamiento de los cuidadores ante la enfermedad oncológica de su familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Breitbart William, MD; Dickerman Anna L, MD. **Assessment and management of depression in palliative care.** Uptodate 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-depression-in-palliative-care?source=related-link>
2. Bonin, Liza PhD. **Pediatric unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis.** Uptodate 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pediatric-unipolar-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?source=search-result&search=pediatric%20unipolar%20depression&selectedTitle=3~150>
3. Coryell, William MD. **Unipolar depression in adults: Course of illness.** Uptodate 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-course-of-illness?source=related-link>
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. **Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
5. Hirsch, Michael MD; Birnbaum, Robert J, MD, PhD. **Selective serotonin reuptake inhibitors: pharmacology, administration, and side effects.**

Uptodate 2016. Disponible en:

https://www.uptodate.com/contents/selective-serotonin-reuptake-inhibitors-pharmacology-administration-and-side-effects?source=search_result&search=IRSS&selectedTitle=1~150

6. .Krishnan Ranga, MD, **Unipolar depression in adults: Epidemiology, pathogenesis, and neurobiology.** .Uptodate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-epidemiology-pathogenesis-and-neurobiology?source=related_link

7. Lyness Jeffrey M, MD **Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis.** Uptodate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?source=related_link

8. Lyness Jeffrey M, MD. **Unipolar depression in adults: Clinical features.** Uptodate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-clinical-features?source=search_result&search=unipolar%20depresion&selectedTitle=6~150

9. Ostuzzi G, MatchamF, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. **Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer (Review).** Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD011006. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011006.pub2/abstract?systemMessage=Pay+per+view+article+purchase%28PPV%29+on+Wiley+Online+Library+will+be+unavailable+on+Saturday+11th+March+from+05%3A00-14%3A00+GMT+%2F+12%3A00-09%3A00+EST+%2F+13%3A00->

22%3A00+SGT+for+essential+maintenance.++Apologies+for+the+inconvenience.

10. Reich M. **La dépression en oncologie.** Cancer/Radiothérapie 14 (2010) 535–538. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1278321810001058?via=sd>
11. Roy-Byrne Peter P., MD. **Management of psychiatric disorders in patients with cancer.** Uptodate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/management-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer?source=search_result&search=antidepressants%20for%20the%20treatment%20of%20depression%20in%20people%20with%20cancer&selectedTitle=2~150
12. Roy-Byrne Peter P., MD. **Diagnosis of psychiatric disorders in patients with cancer.** Uptodate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer?source=related_link
13. Saag Kenneth G, MD, MSc; Furst Daniel E., MD. **Major side effects of systemic glucocorticoids.** Uptodate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/major-side-effects-of-systemic-glucocorticoids?source=related_link
14. Simon Gregory, MD, MPH; Ciechanowski Paul, MD. **Unipolar major depression in adults: choosing initial treatment** Uptodate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment?source=related_link

15. Sharpe Michael*, Walker Jane*, Holm Hansen Christian, Martin Paul, Symeonides Stefan, Gourley Charlie, Wall Lucy, Weller David, Murray Gordon, **Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicenter randomised controlled effectiveness trial.** *Lancet* 2014; 384: 1099–108. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61231-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61231-9.pdf)
16. Williams S. and J Dale, **The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cáncer: a systematic review.** *British Journal of Cancer* (2006) 94 (3), 372-390. Disponible en: <http://www.nature.com/bjc/journal/v94/n3/pdf/6602949a.pdf>
17. Williams John, MD, Nieuwsma Jason, MD. Screening for depression in adults. **Uptodate 2016; Disponible en:** https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults?source=search_result&search=depression&selectedTitle=2~150
18. Massie Mary Jane. Prevalence of depression in patients with cancer. **Journal of the National Cancer Institute Monographs No. 32, 2004. Disponible en:** https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/jncimono/2004/32/10.1093/jncimonographs/lgh014/3/lgh014.pdf?Expires=1489439457&Signature=U5MfmWPFmXHiTOLhn83aoWT1jm8I53YX4Dxk29LILRgarvidPmL6FNNzGP8mv9DJfd6XFRRa9n3pRJ77VxlABGfLtF4tkVQ4xfgrNKiq2qchb6W5HwwXZKGV8KNgQgdzuHptUvs0yCvWcHF-m3d2RYDNzUXIqEA7zVnxSDD66g7bzMQYhHz89Z8ULe2V2Titskg0yVIJp6CkiZLL3eXEfxjoTa8a70dY9QDsUWjT4Xhi9E8jNjvpN6mXK911yQmlHfekuWrLlywmMATH3afu08wMfZ9IOy-

3BAD4ChMgQv8UBPThdSsFcdPZgrOe2NcGkYKVFCFLF22UFBOD-
668QeA &Key-Pair-Id=APKAIUCZBIA4LVPVW3Q

19. **Manchego Lara Sharon Esther.** "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". **Trabajo de Investigación presentado para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano.** Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3977/70.1756.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. **OMS 1994.** "Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10". Clasificación de los trastornos mentales y del Comportamiento **2007. Editorial médica Panamericana S.A.**
21. **American Psychiatric Association.** Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).5ta Edición **Arlington, VA, Asociación Americana De Psiquiatría, 2014.**
22. **Llaza Loayza Elisa Gloria,** Avances en Psiquiatría, **1ra Edición, 2011.**
23. **Rosenbluth, Michael, M.D; Kennedy Sidney H, M.D; Bagby R. Michael, Ph.D.** Depresión y Personalidad Desafíos Clínicos y Conceptuales. **2007 Elsevier Doyma, S.L, American Psychiatric Publishing, Inc; Pag 1-288.**
24. **Pousa Rodríguez Verónica.** Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. Revista Colombiana de Cancerología. 2015;**19(3):**166---172. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-depresion-cancer-una-revision-orientada-S0123901515000438>



ANEXOS

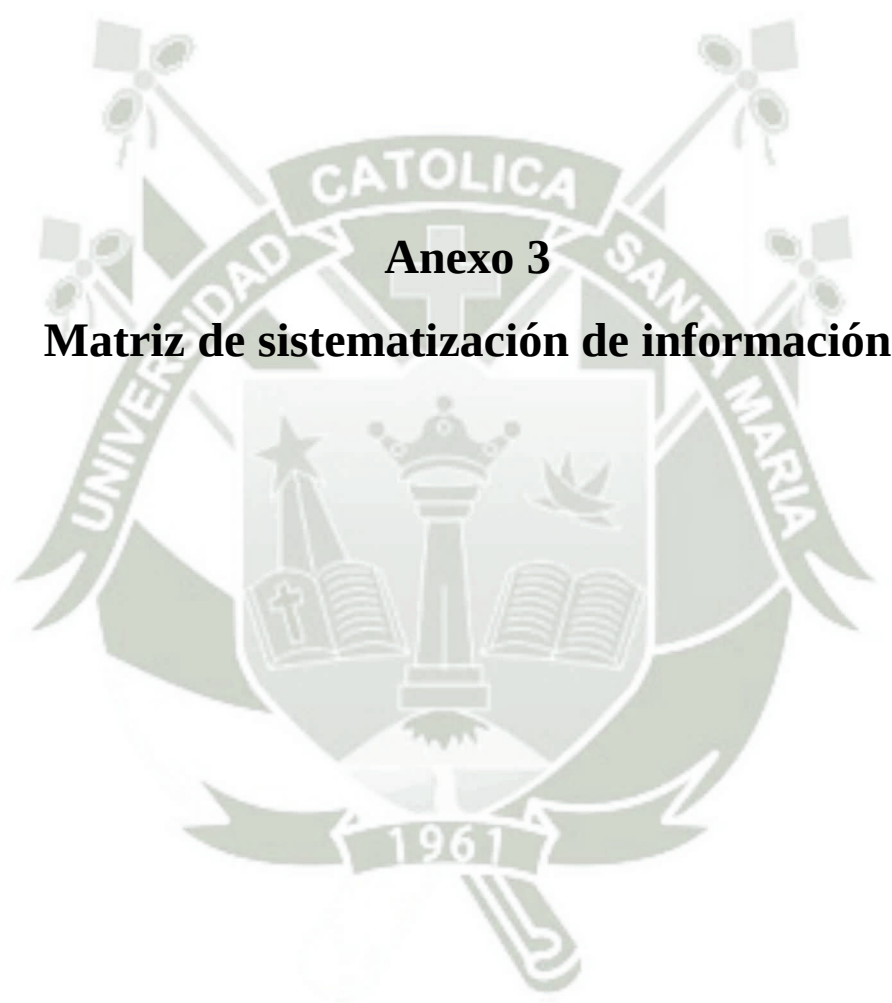
Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N°		
Edad	 Años	
Genero	Masculino/femenino	
Lugar de nacimiento	Arequipa, Puno, Cuzco, Tacna, Moquegua,	
Grado de instrucción	Iletrado/Primaria/ Secundaria/ Superior	
Estado civil	Soltero/conviviente/casado separado/viudo	
Ocupación	Su casa/Estudiante/Desempleado /Jubilado/Empleado/independiente	
Tiempo de enfermedad (Fecha de diagnóstico)	Meses	
Tipo de neoplasia	Digestiva, Cutánea, Hematológica, Genitourinaria, etc	
Estadio de la neoplasia	I, II , III, IV Fase crónica	
Tratamiento recibido	Cirugía Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia Biológica	
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o psicoterapia	No / Si (con psicólogo, psiquiatra, otros)	
Depresión	Puntaje en test de Zung de 20 items: Rango normal (25-49) Depresión leve (50-59) Depresión moderada (60-69) Depresión severa (70 o más)	

Anexo 2: Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que Ud. se ha sentido en los últimos años.

Por favor marque con (X) la columna adecuada	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto del sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				



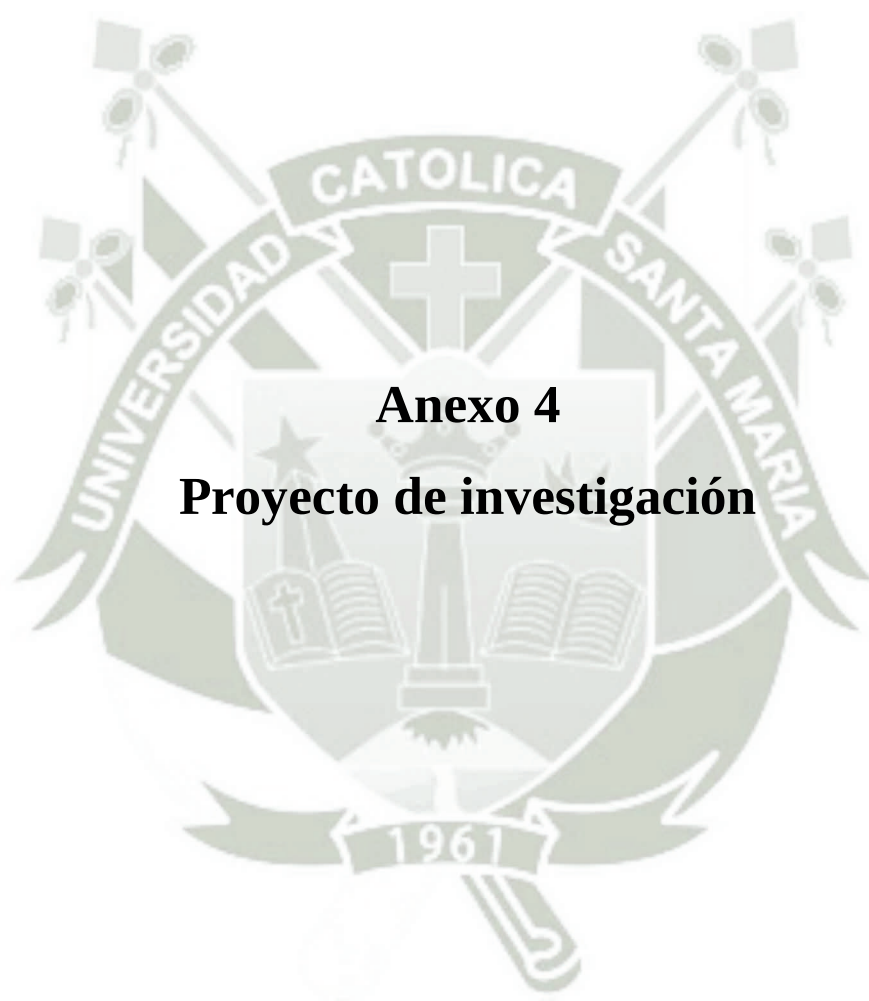
Anexo 3

Matriz de sistematización de información

Fecha	N° HC	CARACTERISTICAS EPIDEMIOLÓGICAS							CARACTERISTICAS CLÍNICAS								Nivel de depresión
		Edad	Cat edad	Género	Lugar nacimiento	Grado de instrucción	Estado civil	Ocupación	Fecha de Dx	Tiempo de Enfermedad	Cat t enf (m)	Tipo de neoplasia	Sistema	Estadio de la neoplasia	Tto recibido	Tto psicológico/psiquiátrico/ psicoterapeutico previo	
08/02/2016	519364	50	50-59 a	F	Puno	Secundaria	Separado	Su casa	ene-15	13,43	1-2 a	Ca cérvix	Genitourinario	IV	QT,RT	No	Depresión moderada
08/02/2016	593338	66	60-69 a	F	Tacna	Primaria	Casado	Independiente	abr-07	107,83	> 5 a	Ca cérvix	Genitourinario	II	QT,RT	No	Depresión leve
08/02/2016	680937	72	70-79 a	F	Cuzco	Illetrado	Casado	Su casa	ene-16	1,27	< 3 meses	Ca. Recto	Digestivo	III	Cx, QT, RT	No	Depresión leve
08/02/2016	723034	78	70-79 a	F	AQP	Illetrado	Casado	Su casa	mar-15	11,47	10-12 m	LNH	Hematologico	IV	QT	Si	Depresión severa
08/02/2016	731889	47	40-49 a	F	AQP	Primaria	Separado	Independiente	mar-15	11,47	10-12 m	Ca cérvix	Genitourinario	II	QT,RT	No	Depresión severa
08/02/2016	732739	36	30-39 a	F	Puno	Secundaria	Conviviente	Su casa	ago-15	6,37	3-6 m	Ca cérvix	Genitourinario	III	QT,RT	No	Depresión moderada
08/02/2016	750803	52	50-59 a	F	Tacna	Secundaria	Separado	Su casa	mar-13	35,80	1-2 a	Ca. Ovario	Genitourinario	IV	Cx, QT, RT	Si	Depresión moderada
08/02/2016	756084	77	70-79 a	M	Puno	Superior	Casado	Jubilado	oct-15	4,33	3-6 m	Ca. Gastrico	Digestivo	IV	Cx	No	Depresión leve
10/02/2016	499997	56	50-59 a	F	Puno	Secundaria	Viudo	Independiente	nov-01	173,80	> 5 a	Ca. Mama derecha	Partes Blandas	II	Cx, QT, RT	Si	Depresión leve
10/02/2016	655119	69	60-69 a	M	Cuzco	Secundaria	Casado	Su casa	may-15	9,50	7-9 m	Ca. Recto	Digestivo	IV	QT, Biológico	No	Depresión leve
10/02/2016	738959	59	50-59 a	F	Puno	Primaria	Casado	Su casa	nov-15	3,37	3-6 m	Ca. Pulmón derecho	Respiratorio	II	Cx	No	Depresión severa
10/02/2016	747173	44	40-49 a	F	AQP	Secundaria	Separado	Su casa	nov-15	3,37	3-6 m	Ca. Recto	Digestivo	III	Cx, QT	Si	Depresión severa
10/02/2016	753784	58	50-59 a	F	Puno	Superior	Separado	Su casa	ene-15	13,43	1-2 a	Ca cérvix	Genitourinario	III	QT,RT	No	Depresión severa
10/02/2016	758596	46	40-49 a	F	AQP	Secundaria	Casado	Su casa	jun-15	8,47	7-9 m	Ca. Mama izquierda	Partes Blandas	IV	QT	No	Depresión moderada
10/02/2016	760755	61	60-69 a	F	Cuzco	Illetrado	Viudo	Su casa	sep-15	5,40	3-6 m	Ca. Pulmón derecho	Respiratorio	IV	Cx, QT	No	Depresión moderada
02/02/2017	451970	50	50-59 a	F	AQP	Primaria	Casado	Su casa	abr-16	10,23	10-12 m	Ca. Ovario bilateral	Genitourinario	III	Cx, QT	No	Depresión leve
02/02/2017	460045	39	30-39 a	F	AQP	Secundaria	Conviviente	Empleado	may-16	9,23	7-9 m	Leucemia Mieloide en fase Cronica, Phy (+)	Hematologico	Fase Crónica, Phy (+)	Biológico	No	Rango normal
02/02/2017	745352	58	50-59 a	M	AQP	Superior	Conviviente	Jubilado	jun-16	8,20	7-9 m	Ca. Páncreas	Digestivo	III	QT	No	Rango normal
03/02/2017	390367	48	40-49 a	F	AQP	Secundaria	Soltero	Su casa	jul-01	189,87	> 5 a	Ca. Mama derecha	Partes blandas	II	Cx, QT, RT	Si	Depresión moderada
03/02/2017	652933	76	70-79 a	F	Pto Maldonado	Illetrado	Casado	Su casa	ago-90	322,77	> 5 a	Ca. Mama derecha	Partes blandas	IV	Cx, QT, RT	No	Rango normal
03/02/2017	705900	27	20-29 a	F	Cuzco	Secundaria	Casado	Su casa	ago-12	54,90	3-5 a	Sarcoma de zona subclavicular derecha	Partes blandas	III	Cx, QT, RT	No	Rango normal
03/02/2017	743438	59	50-59 a	F	Puno	Illetrado	Casado	Su casa	mar-16	11,30	10-12 m	Ca. Pulmón Izquierdo	Respiratorio	IV	QT, Biológico	No	Depresión moderada
03/02/2017	756462	50	50-59 a	F	AQP	Illetrado	Casado	Su casa	oct-16	4,17	3-6 m	Melanoma de piel de region parotidea derecha	Cutáneo	II	Cx, QT	No	Depresión leve
06/02/2017	642744	39	30-39 a	F	Puno	Secundaria	Casado	Su casa	oct-15	16,47	1-2 a	Ca. Gastrico	Digestivo	IV	QT,RT	No	Rango normal
06/02/2017	702947	71	70-79 a	F	AQP	Primaria	Viudo	Su casa	sep-15	17,47	1-2 a	Ca. Gastrico	Digestivo	IV	Cx, QT, RT	No	Depresión leve
06/02/2017	729012	54	50-59 a	M	Tacna	Secundaria	Conviviente	Independiente	ago-15	18,50	1-2 a	Ca. Próstata	Genitourinario	IV	Cx, QT, RT	No	Depresión leve
06/02/2017	745504	61	60-69 a	M	Puno	Primaria	Casado	Su casa	may-16	9,37	7-9 m	Ca. Recto	Digestivo	III	Cx, QT, RT	No	Depresión severa
06/02/2017	754796	71	70-79 a	F	AQP	Primaria	Casado	Su casa	sep-16	5,27	3-6 m	Ca. Ovario derecho	Genitourinario	IV	Cx	No	Depresión moderada
06/02/2017	760387	50	50-59 a	F	Puno	Primaria	Casado	Su casa	dic-16	2,23	< 3 meses	Ca cérvix	Genitourinario	II	Cx, QT, RT	Si	Depresión moderada
07/02/2017	714301	47	40-49 a	F	AQP	Secundaria	Conviviente	Su casa	jun-16	8,37	7-9 m	Ca cérvix	Genitourinario	III	Cx, QT, RT	No	Depresión moderada
07/02/2017	742979	66	60-69 a	M	Puno	Primaria	Casado	Independiente	mar-16	11,43	10-12 m	Ca. Seno maxilar izquierdo	Respiratorio	IV	QT,RT	No	Depresión severa
07/02/2017	749553	67	60-69 a	M	AQP	Superior	Casado	Desempleado	ago-16	6,33	3-6 m	Ca. Próstata	Genitourinario	IV	Cx, RT, HT	No	Depresión leve

07/02/2017	752987	77	70-79 a	F	Puno	Iletrado	Viudo	Independiente	may-15	21,60	1-2 a	LNH	Hematologico	II	QT, Biológico	No	Depresión leve
07/02/2017	755503	62	60-69 a	F	Cuzco	Iletrado	Casado	Su casa	oct-16	4,30	3-6 m	Ca. Recto	Digestivo	III	QT,RT	No	Depresión leve
13/02/2017	680161	44	40-49 a	M	Ica	Secundaria	Conviviente	Su casa	abr-12	59,30	3-5 a	Melanoma cuero cabelludo	Cutáneo	II	Cx, QT	No	Depresión moderada
13/02/2017	732538	27	20-29 a	F	AQP	Secundaria	Soltero	Su casa	sep-15	17,70	1-2 a	Ca. Mama izquierda	Partes Blandas	IV	Cx, QT, RT, HT	No	Depresión leve
13/02/2017	750938	48	40-49 a	F	AQP	Superior	Separado	Su casa	sep-16	5,50	3-6 m	Ca. Gastrico	Digestivo	III	Cx, QT, RT	Si	Depresión moderada
15/02/2017	650207	32	30-39 a	F	AQP	Superior	Soltero	Su casa	ago-16	6,60	3-6 m	Ca cérvix	Genitourinario	III	QT,RT	No	Depresión leve
15/02/2017	717510	67	60-69 a	M	Puno	Primaria	Conviviente	Su casa	may-14	34,03	1-2 a	Melanoma de ojo derecho	Partes Blandas	II	Cx, QT, RT	No	Depresión severa
15/02/2017	721226	78	70-79 a	M	Moquegua	Primaria	Conviviente	Su casa	may-15	21,87	1-2 a	Ca. Próstata	Genitourinario	IV	Cx, QT, RT, HT	No	Depresión leve
15/02/2017	734032	73	70-79 a	F	Moquegua	Iletrado	Viudo	Su casa	oct-15	16,77	1-2 a	Ca. Vagina	Genitourinario	III	QT,RT	No	Depresión severa
15/02/2017	736085	80	≥ 80 a	M	AQP	Secundaria	Casado	Su casa	nov-15	15,73	1-2 a	Ca. Pulmón derecho	Respiratorio	III	QT	No	Depresión moderada
15/02/2017	740527	56	50-59 a	F	Puno	Iletrado	Soltero	Su casa	feb-16	12,67	1-2 a	Ca. Mama izquierda	Partes Blandas	IV	QT,RT	No	Depresión severa
15/02/2017	754537	45	40-49 a	F	AQP	Secundaria	Casado	Su casa	oct-16	4,57	3-6 m	Ca cérvix	Genitourinario	IV	RT	No	Depresión moderada
15/02/2017	756755	43	40-49 a	F	Puno	Superior	Conviviente	Su casa	sep-16	5,57	3-6 m	Ca. Recto y Cólon	Digestivo	IV	Cx, QT, RT	No	Depresión leve
15/02/2017	757477	74	70-79 a	F	Cuzco	Primaria	Casado	Su casa	dic-16	2,53	< 3 meses	Ca cérvix	Genitourinario	III	QT,RT	No	Depresión leve
16/02/2017	502566	52	50-59 a	M	AQP	Secundaria	Conviviente	Su casa	jul-99	214,67	> 5 a	Sarcoma de muslo derecho	Partes Blandas	I	Cx, QT, RT	No	Depresión moderada
16/02/2017	719903	82	≥ 80 a	F	Apurimac	Iletrado	Viudo	Su casa	oct-14	28,97	1-2 a	Ca cérvix	Genitourinario	III	QT,RT	No	Depresión moderada
16/02/2017	725425	47	40-49 a	F	Puno	Superior	Soltero	Su casa	abr-15	22,90	1-2 a	Ca cérvix EC II y Ca. Ovario EC III	Genitourinario	II	Cx, QT, RT	No	Depresión moderada
16/02/2017	737948	54	50-59 a	F	Puno	Iletrado	Soltero	Su casa	jun-15	20,87	1-2 a	Ca cérvix	Genitourinario	III	QT,RT	No	Depresión severa
16/02/2017	744769	54	50-59 a	F	Cuzco	Secundaria	Casado	Su casa	may-15	21,90	1-2 a	Ca cérvix	Genitourinario	IV	QT,RT	No	Depresión severa
16/02/2017	746015	49	40-49 a	F	Puno	Iletrado	Soltero	Su casa	mar-16	11,73	10-12 m	Ca cérvix	Genitourinario	IV	QT,RT	No	Depresión moderada
16/02/2017	757232	40	40-49 a	F	Tacna	Secundaria	Conviviente	Su casa	nov-16	3,57	3-6 m	Ca. Mama derecha	Partes Blandas	II	Cx, QT, RT	No	Depresión leve
16/02/2017	757656	23	20-29 a	M	Moquegua	Superior	Soltero	Su casa	dic-16	2,57	< 3 meses	Sarcoma de muslo Izquierdo	Partes Blandas	IV	QT	No	Rango normal
20/02/2017	722083	64	60-69 a	M	Puno	Secundaria	Casado	Su casa	sep-16	5,73	3-6 m	Ependimoma espinal	SNC	II	Cx, QT, RT	No	Depresión moderada
20/02/2017	730079	58	50-59 a	F	AQP	Primaria	Viudo	Su casa	jul-15	20,00	1-2 a	Ca cérvix	Genitourinario	II	QT,RT	No	Depresión leve
20/02/2017	755024	53	50-59 a	F	Puno	Primaria	Separado	Su casa	sep-16	5,73	3-6 m	Ca cérvix	Genitourinario	II	QT,RT	No	Depresión severa
20/02/2017	757271	62	60-69 a	F	Cuzco	Primaria	Conviviente	Su casa	dic-16	2,70	< 3 meses	Ca cérvix	Genitourinario	II	QT,RT	No	Depresión moderada
21/02/2017	739645	50	50-59 a	F	AQP	Secundaria	Conviviente	Su casa	jul-16	7,83	7-9 m	Ca cérvix	Genitourinario	IV	Cx, QT, RT	No	Depresión severa
21/02/2017	746977	41	40-49 a	M	AQP	Primaria	Soltero	Su casa	feb-16	12,87	1-2 a	Ca. Glándula submaxilar derecha	Partes Blandas	II	Cx, QT, RT	No	Depresión moderada
21/02/2017	751410	41	40-49 a	M	Puno	Secundaria	Conviviente	Su casa	ago-16	6,80	3-6 m	Ca. Gastrico	Digestivo	II	Cx, QT, RT	Si	Depresión moderada
21/02/2017	755071	77	70-79 a	M	Cuzco	Primaria	Casado	Su casa	sep-16	5,77	3-6 m	LNH	Hematologico	IV	QT, RT, Biológico	No	Depresión moderada
21/02/2017	755224	45	40-49 a	M	Cuzco	Primaria	Conviviente	Su casa	oct-16	4,77	3-6 m	LNH	Hematologico	II	QT	No	Depresión moderada
21/02/2017	755839	61	60-69 a	F	Cuzco	Primaria	Casado	Su casa	sep-16	5,77	3-6 m	Ca. Mama izquierda	Partes Blandas	III	Cx, QT, HT	No	Depresión moderada
21/02/2017	757015	35	30-39 a	F	Cuzco	Secundaria	Conviviente	Su casa	jul-16	7,83	7-9 m	Ca cérvix	Genitourinario	II	QT,RT	No	Depresión moderada

21/02/2017	759894	43	40-49 a	F	Ayacucho	Primaria	Casado	Su casa	ago-15	19,00	1-2 a	Ca cérvix	Genitourinario	I	Cx, QT, RT	No	Depresión moderada
21/02/2017	761327	54	50-59 a	M	La libertad	Superior	Casado	Desempleado	ene-17	1,70	< 3 meses	Ca. Testículo izquierdo	Genitourinario	I	Cx, QT	No	Rango normal
21/02/2017	761379	51	50-59 a	F	Puno	Iletrado	Casado	Su casa	dic-16	2,73	< 3 meses	Ca. Vesícula biliar	Digestivo	IV	RT	No	Depresión severa
22/02/2017	709232	47	40-49 a	F	Ica	Secundaria	Soltero	Su casa	ene-14	38,27	3-5 a	Ca. Mama izquierda	Partes Blandas	IV	Cx, QT, HT	No	Depresión leve
22/02/2017	732924	94	≥ 80 a	F	AQP	Iletrado	Viudo	Su casa	ago-15	19,03	1-2 a	Sarcoma de muslo derecho	Partes Blandas	III	Cx, QT, RT	No	Depresión moderada
22/02/2017	757025	76	70-79 a	F	AQP	Primaria	Separado	Su casa	jul-16	7,87	7-9 m	Ca. Mama derecha	Partes Blandas	III	Cx, QT, HT	No	Depresión leve
24/02/2017	715007	54	50-59 a	F	AQP	Primaria	Soltero	Su casa	ago-14	31,27	1-2 a	Ca cérvix	Genitourinario	III	Cx, QT, RT	No	Depresión moderada
24/02/2017	744382	48	40-49 a	F	Tacna	Secundaria	Soltero	Independiente	mar-16	12,00	10-12 m	Ca. Mama izquierda	Partes Blandas	III	Cx, QT	No	Rango normal
24/02/2017	761614	56	50-59 a	F	Puno	Iletrado	Casado	Su casa	feb-17	0,77	< 3 meses	Ca cérvix	Genitourinario	II	QT, RT	No	Depresión moderada
27/02/2017	480956	26	20-29 a	M	AQP	Superior	Soltero	Estudiante	dic-16	2,93	< 3 meses	Sarcoma de Kaposi de pie derecho	Cutáneo	IV	QT	Si	Depresión leve
27/02/2017	668071	87	≥ 80 a	F	Cuzco	Iletrado	Viudo	Su casa	feb-17	0,87	< 3 meses	Ca cérvix	Genitourinario	II	QT, RT	Si	Depresión severa
27/02/2017	690556	27	20-29 a	F	AQP	Secundaria	Conviviente	Su casa	nov-15	16,13	1-2 a	Ca cérvix	Genitourinario	IV	QT, RT	No	Depresión moderada
27/02/2017	751653	49	40-49 a	F	AQP	Superior	Casado	Independiente	ago-16	7,00	7-9 m	Ca. Mama izquierda	Partes Blandas	III	Cx, QT, RT	No	Depresión leve
28/02/2017	578708	35	30-39 a	F	Puno	Secundaria	Conviviente	Su casa	abr-13	47,63	3-5 a	Ca cérvix	Genitourinario	III	Cx, QT, RT	No	Depresión moderada
28/02/2017	656532	48	40-49 a	F	Puno	Primaria	Conviviente	Su casa	dic-16	2,97	< 3 meses	LNH	Hematologico	II	QT	No	Depresión moderada
28/02/2017	719785	62	60-69 a	F	Puno	Iletrado	Casado	Su casa	feb-15	25,27	1-2 a	Ca cérvix	Genitourinario	III	QT, RT	No	Depresión moderada
28/02/2017	734032	75	70-79 a	F	Cuzco	Secundaria	Casado	Su casa	oct-15	17,20	1-2 a	Ca. Vagina	Genitourinario	III	QT, RT	No	Depresión leve
28/02/2017	752843	27	20-29 a	F	Puno	Secundaria	Conviviente	Su casa	sep-16	6,00	3-6 m	LH	Hematologico	III	QT	No	Rango normal
28/02/2017	756250	83	≥ 80 a	F	Puno	Secundaria	Casado	Su casa	sep-16	6,00	3-6 m	Melanoma de fosa nasal izquierdo	Partes Blandas	III	QT	No	Depresión leve
28/02/2017	759368	41	40-49 a	F	Puno	Secundaria	Casado	Su casa	ene-17	1,93	< 3 meses	Ca cérvix	Genitourinario	II	QT, RT	No	Depresión moderada



Anexo 4

Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María

“In Scientia et Fide est Fortitudo Nostra”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“Frecuencia de Síntomas Depresivos y factores epidemiológicos y clínicos asociados en pacientes oncológicos del Hospital Goyeneche, en la Ciudad de Arequipa, del año 2017”

Proyecto de Investigación presentado por:

Geraldine Agry Flores Rea

Para obtener el Título Profesional de Médico
Cirujana

Asesor: Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez

Arequipa- Perú

2017

I. PREAMBULO:

Los pacientes con cáncer tienen una alta tasa de comorbilidad psiquiátrica; aproximadamente la mitad muestran dificultades emocionales. Las complicaciones psicológicas generalmente toman la forma de trastorno de adaptación, depresión del estado de ánimo, ansiedad, satisfacción con la vida empobrecida o pérdida de la autoestima. Los pacientes con mayor riesgo de depresión y otras enfermedades psiquiátricas tienen enfermedad avanzada, antecedentes psiquiátricos, dolor mal controlado y otros factores estresantes de la vida.

La depresión es un síndrome psiquiátrico prevalente en la población con cáncer. La depresión en el cáncer se refiere a la dimensión del sufrimiento psíquico y malestar psicológico. La depresión mayor y los síntomas depresivos, aunque comúnmente encontrados en las poblaciones médicas, con frecuencia son subdiagnosticados y subtratados en los pacientes con cáncer, por considerarla reacción al cáncer, en los que el diagnóstico de la depresión mayor está nublado por síntomas neurovegetativos que pueden ser secundarios a cáncer o depresión.

El estudio de la depresión ha sido un desafío porque los síntomas ocurren en un amplio espectro que va de la tristeza al trastorno afectivo mayor y porque el cambio de humor es a menudo difícil de evaluar cuando un paciente se enfrenta a amenazas repetidas a la vida, está recibiendo tratamientos contra el cáncer, o está experimentando dolor.

Sin embargo, su impacto en la calidad de vida del paciente y su impacto tanto en el plan médico de atención oncológica están lejos de ser despreciables. Por tanto, la gestión óptima de estos trastornos del estado de ánimo debe ser tan pronto como sea posible y en base a una combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, ya que la depresión no tratada reduce la expectativa de vida, cumplimiento del tratamiento, aumenta el riesgo de suicidio y enfermedad cardíaca.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO:

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es la frecuencia de síntomas depresivos y factores epidemiológicos y clínicos asociados en pacientes oncológicos del Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa, del año 2017?

1.2. Descripción del problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastornos del estado del ánimo (Depresión)

b) Análisis de variables

Variable	Indicador	Unidad/Categoría	Escala
Características epidemiológicas	Edad	Años	De razón
	Genero	Masculino/femenino	Nominal
	Lugar de nacimiento	Arequipa, Puno, Cuzco, Tacna, Moquegua, etc	Nominal
	Grado de instrucción	Iltrado/Primaria, Secundaria/ Superior	Ordinal
	Estado civil	Soltero/conviviente/casado separado/viudo	Nominal
	Ocupación	Su casa/Estudiante/Desempleado /Jubilado/Empleado/independiente	Nominal
Características clínicas	Tiempo de enfermedad	Meses	De razón
	Tipo de neoplasia	Digestiva, Cutánea, Hematológica, Genitourinaria, etc	Nominal
	Estadio de la neoplasia	I, II, III, IV, Fase crónica	Ordinal
	Tratamiento recibido	Cirugía/ Quimioterapia/ Radioterapia/ Hormonoterapia/ Biológica	Nominal
	Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o psicoterapia	No/Si (con psicólogo, psiquiatra, otros)	Nominal
Nivel de Depresión	Depresión	Puntaje en test de Zung de 20 items: ▪ Rango normal (25-49) ▪ Depresión leve (50-59) ▪ Depresión moderada (60-69) ▪ Depresión severa (70 o más)	Ordinal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son las características epidemiológicas de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017?
2. ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017?
3. ¿Cuáles es el nivel de depresión de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017?
4. ¿Cuál es el grado de relación entre las características clínicas y el nivel de depresión de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017?
5. ¿Cuál es el grado de relación entre las características clínicas, epidemiológicas y el nivel de depresión de los pacientes con cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017?

d) Tipo de investigación: observacional, prospectivo, transversal

e) Nivel de investigación: II (descriptivo)

Justificación del problema:

El presente estudio referido a la depresión en pacientes oncológicos del Hospital Goyeneche del año 2017, se justifica porque busca conocer el nivel de depresión en pacientes con cáncer ya que es un síndrome prevalente en esta población y que con frecuencia son subdiagnosticados y subtratados, ya que muy poco de ellos visitan a un psiquiatra.

Igualmente este estudio puede servir de plataforma para emprender acciones en función de detectar oportunamente la depresión en pacientes oncológicos, lo que lo hace un estudio **original**.

Desde el punto de vista **científico**, es **relevante** porque los resultados obtenidos ayudaran a otros investigadores, generará reflexión y ayudarán en la toma de decisiones, sobre el área investigada, en dicho nosocomio.

Tiene **relevancia social**, puesto que se beneficiaran los propios pacientes oncológicos y los futuros pacientes que son y serán atendidos en dicho hospital.

Implicancia **práctica**, ya que ayudara a trabajar de la mano con otra especialidad para el beneficio del paciente.

Es un **tema contemporáneo**, ya que hoy en día ha aumentado la tasa de cáncer y de comorbilidad psiquiátrica.

Además de **satisfacer mi motivación personal**, debido a que en mis rotaciones por todas las especialidades, pude ser espectadora de casos de trastornos del estado del ánimo, lo que me motivó a hacerme la pregunta: ¿cuántos de estos casos habrá más en el Servicio de Oncología de este hospital?, y si son diagnosticados o infradiagnosticados, si reciben tratamiento o no, por tal motivo, presenté este proyecto de investigación.

Además es un estudio **factible** de realizar por tratarse de un diseño transversal y porque se cuenta además con el apoyo del personal de salud.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. DEFINICIONES DE DEPRESIÓN

La palabra depresión proviene del latín “*deprimere*” y significa hundimiento y abatimiento. Lo que se hunde en la depresión es el plano vital del ser humano. Todos ellos son enfermos de la vitalidad. (22)

El término "depresión" puede ser usado de múltiples maneras, lo cual puede ser confuso; La depresión puede referirse a un:

- Estado de ánimo, tal como lo indican los sentimientos de tristeza, desesperación, ansiedad, vacío, desaliento o desesperanza; No tener sentimientos; O que aparecen llorosos. El estado de ánimo deprimido (disfórico) puede ser normal o un síntoma de un síndrome psicopatológico o un trastorno médico general.
- Síndrome, que es una constelación de síntomas y signos que pueden incluir estado de ánimo deprimido. Los síndromes depresivos que se encuentran típicamente incluyen depresión mayor, depresión menor, o distimia (trastorno depresivo persistente).
- Trastorno mental que identifica una condición clínica distinta. (7)

2.1.1. ASPECTOS GENERALES:

La depresión es el más común desorden psiquiátrico en la población en general y el más común desorden mental en pacientes vistos en atención primaria y es una complicación común del cáncer. (17, 12)

Los síndromes depresivos son ampliamente malentendidos, subdiagnosticados y no tratados. (1)

Aunque los síntomas de la depresión son frecuentes entre los pacientes de atención primaria, pocos pacientes discuten estos síntomas directamente con sus médicos de atención primaria. En cambio, dos tercios de los pacientes de atención primaria con depresión presentan síntomas somáticos (por ejemplo, dolor de cabeza, problemas de espalda o dolor crónico), haciendo más difícil la detección de la depresión (17)

El cáncer se está convirtiendo en una enfermedad crónica para un número cada vez mayor de personas. La depresión cuando es una comorbilidad con una enfermedad crónica, se asocia con peor ansiedad, dolor, fatiga y funcionamiento; pensamientos suicidas; mala adherencia a los tratamientos contra el cáncer, reducción de la calidad de vida, mayor carga psicológica para la familia (9) aumento de los costos de atención médica (15) y con un mayor deterioro de la respuesta inmune y una supervivencia más pobre. (16) Además, es probable que la depresión sea un factor de riesgo independiente para la mortalidad por cáncer, con estimaciones tan altas como una tasa de mortalidad de 26% entre los pacientes con síntomas depresivos y una tasa de mortalidad de 39% entre los diagnosticados con depresión mayor (9)

Sin embargo, el tratamiento de la depresión es a menudo inadecuado. (15)

2.1.2. PREVALENCIA

La depresión es muy alta en todo el mundo y la prevalencia parece estar aumentando (6).

Los síndromes depresivos son de dos a tres veces más comunes en pacientes con cáncer en comparación con la población general. Sin embargo, si se analizan las cifras reportadas en la literatura, nos sorprendió la gran heterogeneidad en las tasas de prevalencia. Esto se debió principalmente a las diferentes conceptualizaciones de la depresión y, en particular, los criterios para definirla, los enfoques metodológicos para medirla y diversidad de las poblaciones de pacientes estudiados (ambulatorios, pacientes hospitalizados) y los tumores considerados (Localización y etapa). (10)

La prevalencia reportada de depresión mayor en individuos con cáncer varía ampliamente, con informes que van del 0 al 38 por ciento, y la depresión menor está presente en pacientes adicionales. Esta amplia variabilidad se explica por el uso de diferentes criterios diagnósticos, las diferencias en las poblaciones de pacientes (es decir, la demografía, el tipo y la etapa de la

enfermedad, el tratamiento versus ningún tratamiento) y la variación en los métodos de evaluación. En general, las tasas son más altas en las poblaciones con cáncer avanzado, mayores niveles de discapacidad y / o dolor no aliviado. (12)

Los médicos a menudo no reconocen la extensión de la depresión de un paciente hasta demasiado tarde en el curso de la enfermedad. Como ejemplo, en una encuesta de 1046 pacientes, sólo el 10 por ciento se prescribieron antidepresivos en algún momento durante el cuidado de hospitalario. Los pacientes prescritos antidepresivos tricíclicos casi siempre fueron subdosificados, y tres cuartas partes de los que comenzaron a tomar antidepresivos murieron en dos semanas. (1)

Por ejemplo, un estudio de registro nacional de pacientes con cáncer (n> 21.000) encontró que la prevalencia puntual de depresión mayor para varios sitios primarios (por ejemplo, mama, pulmón o colorrectal) oscilaba entre 6 y 13 por ciento.

Los datos sobre la prevalencia de la depresión moderada a severa en los últimos seis meses de vida para los pacientes con cáncer terminal, fueron proporcionados por un estudio de cohortes, observacional único de todos los fallecidos del cáncer en Ontario Canadá entre 2007 y 2009. (1)

2.1.3. FACTORES DE RIESGO:

El conocimiento de los factores de riesgo específicos para los trastornos depresivos en pacientes que reciben cuidados al final de su vida puede facilitar el diagnóstico precoz y la intervención tempranos. (1)

Los factores que pueden estar asociados con un mayor riesgo de depresión en pacientes con cáncer, incluyen:

- a) **Edad y género** - En varios (pero no en todos) estudios, los pacientes con cáncer más jóvenes (por ejemplo, <50 años) (12), tienen tasas más altas de trastornos depresivos y de auto-reporte de angustia (1), mientras que la depresión es dos veces más común en las mujeres en comparación con los hombres en la

población general (6), el género no es sistemáticamente reportado como un factor de riesgo para la depresión en pacientes con cáncer. (1)

En las mujeres con una **imagen corporal pobre** (por ejemplo con mastectomía) se encontró depresión moderada a severa. (18)

- b) **Historia previa de la depresión**-- Una historia pasada de depresión es un factor de riesgo para la depresión mayor en pacientes con cáncer. (12,1)
- c) **Síntomas incontrolados** - La presencia de síntomas incontrolados (12), particularmente dolor, es un factor de riesgo importante para la depresión y el suicidio entre pacientes con cáncer. Algunos especulan que la depresión puede resultar en una amplificación del dolor, mientras que otros sugieren que disminuye la capacidad de tolerar el estrés de los síntomas físicos. Por lo tanto, la vía causal puede ser bidireccional. (1)
- d) **Tipo de enfermedad** - La incidencia de la depresión también depende de la enfermedad particular del paciente. Entre los pacientes con cáncer, aquellos con cáncer de cabeza y cuello y pancreático tienen un riesgo particularmente alto. Para los pacientes con cáncer de páncreas, los síntomas psiquiátricos pueden preceder a los síntomas físicos de la enfermedad por varios meses, lo que lleva a algunos a proponer que los cambios inducidos por el tumor en el sistema neuroendocrino pueden contribuir a la depresión. (12,1)
- e) **Enfermedad y factores relacionados con el tratamiento** - Ciertos factores asociados con la enfermedad del paciente o su tratamiento pueden estar asociados con la depresión. Los tumores que se metastatizan al sistema nervioso central pueden causar depresión. En el caso de los tumores pituitarios, esto puede estar relacionado con el exceso de producción de cortisol. Las complicaciones metabólicas, como la hipercalcemia, a menudo asociada con cáncer de mama y pulmón, también pueden estar asociadas con la depresión.

f) Preocupaciones existenciales y espiritualidad - El reconocimiento de una crisis que pone en peligro la vida pone en primer plano preocupaciones existenciales (ambiciones no cumplidas, el significado de la vida, manteniendo la dignidad al final de la vida). El sufrimiento existencial y la profunda angustia personal son algunas de las experiencias más angustiosas que ocurren en los moribundos. La relación entre la angustia existencial y los síndromes depresivos entre los enfermos terminales no está bien estudiada. En un estudio, la angustia existencial (es decir, preocupaciones relacionadas con la pérdida de sentido en la vida) mostró una mayor correlación con los puntajes en las escalas de depresión que los elementos relacionados con síntomas físicos, tratamiento médico o aislamiento social.

Los pacientes que tienen altos niveles de bienestar espiritual tienden a estar menos deprimidos. La correlación inversa entre las creencias religiosas / espiritualidad y la gravedad de los síntomas depresivos se mostró en una muestra de 162 pacientes con cáncer terminal y SIDA. Los aspectos beneficiosos de la religión se relacionan principalmente con el bienestar espiritual y no con la práctica religiosa formal. (1).

En otro estudio, el estado de ánimo y la tristeza persistentemente deprimidos son respuestas apropiadas para los pacientes con una enfermedad potencialmente mortal. Por lo tanto, el diagnóstico de la depresión en pacientes con cáncer, especialmente aquellos que tienen enfermedad avanzada, se basa más en los otros síntomas psicológicos o cognitivos. (12).

g) Ciertos fármacos utilizados en el tratamiento del cáncer, como la prednisona, la dexametasona, la procarbazona, la vincristina y la vinblastina, también causan síntomas depresivos que pueden confundirse con el trastorno de adaptación o el trastorno del estado de ánimo . Tal confusión del diagnóstico puede conducir a un tratamiento inadecuado ofrecido a los pacientes, o puede hacer que la depresión se pasa por alto como un efecto secundario de la droga. (12).

A menudo, los pacientes que reciben glucocorticoides experimentan una sensación de bienestar a los pocos días de comenzar la medicación; euforia leve o ansiedad pueden ser vistos también. Reacciones hipomaniacas son más

frecuentes al inicio del tratamiento pero la prevalencia de depresión es alta que recién terapia de larga data, incluso a dosis bajas o moderadas. Los pacientes con antecedentes familiares de depresión o alcoholismo están en mayor riesgo de enfermedades afectivas cuando se administra glucocorticoides. (13).

- h) Estadío del cáncer:** en los pacientes más sintomáticos se observa una mayor presencia del trastorno mental. (24)
- i) Tratamiento oncológico en curso.** (24)

2.1.4. CUADRO CLÍNICO:

La semiología de la depresión en el campo de la oncología es compleja debido a la superposición de ciertos signos somáticos similares a la depresión y el cáncer y sus tratamientos (pérdida de peso, anorexia, trastornos del sueño y la fatiga, disminución de la libido, trastornos de la concentración). Esto es todo lo que cualquier síntoma que sugiera sufrimiento depresivo son raramente espontáneamente informado por los pacientes.

En la práctica, a menudo hay confusión entre los síntomas de tristeza o el estado "triste" y el síndrome depresivo que se ha demostrado la depresión. En pacientes con cáncer, si el sentimiento de tristeza es normal, la depresión no es. Esto se llama un trastorno del estado de ánimo patológico que se produce cuando los pacientes tienen dificultad para hacer frente a la enfermedad tumoral siendo fácilmente abrumados por sus emociones.

Esto puede conducir a la siguiente paradoja, a saber subestimar la depresión considera una reacción normal al cáncer o sobrestimar teniendo en cuenta que todos los pacientes con cáncer están deprimidos.

Por lo tanto, hay que distinguir:

- En primer lugar las reacciones normales de tristeza, la vulnerabilidad, el miedo o la desesperación, que se integra en un proceso normal de adaptación a la enfermedad del cáncer y su tratamiento más o menos debilitante, con resolución espontánea;
- Trastornos depresivos en segundo lugar que se caracterizan por crónica, intensidad y permanencia de los síntomas (por lo menos quince días), que constituyen un obstáculo

para la vida cotidiana con un impacto en el desarrollo social, emocional, relacionales , sin resolución espontánea.

En oncología, el clínico se centra más en los síntomas psicológicos y físicos para diagnosticar la depresión. Se presta especial atención a los síntomas cognitivos y afectivos no directamente relacionados con la condición somática o tratamiento. Por lo tanto, la presencia de un estado de ánimo de tristeza y de la anhedonia (marcada disminución o falta de interés y placer) son dos síntomas patognomónicos de un episodio depresivo. Su asociación con sentimientos de inutilidad, culpa excesiva (ser una carga para el medio ambiente), la indiferencia y la anestesia emocional, la existencia de pensamientos recurrentes de muerte o ideas de suicidio son muy sugerente especialmente en lo que se controlan los síntomas físicos.

Algunos de los criterios de severidad de depresión fueron reportados en la literatura como la no participación en el cuidado, el aislamiento social, falta de sonrisa, el pesimismo o la autocompasión, se ve triste, sombrío o temeroso, ya sea en la cara o en la postura, la falta de respuesta a las buenas noticias o situaciones divertidas. Además, la sensación de pérdida de control, pérdida de la esperanza y la impotencia representan ondas de gravedad que anuncian como potencialmente un riesgo de pasaje al acto suicida. (10)

2.1.5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y CLASIFICACIÓN:

- 2.1.5.1. Trastornos de Depresión Mayor.
- 2.1.5.2. Trastorno Depresivo persistente (distimia)
- 2.1.5.3. Trastorno desregulación disruptiva del estado de ánimo
- 2.1.5.4. Trastorno Disfórico Prementrual
- 2.1.5.5. Trastorno Depresivo Inducido por sustancias/medicamentos
- 2.1.5.6. Trastorno depresivo debido a afección médica
- 2.1.5.7. Otro trastorno depresivo especificado (ejemplo: depresión menor)
- 2.5.8. Trastorno depresivo no especificado

Cada uno de los trastornos se caracteriza por disforia (estado de ánimo triste o irritable). Al igual que con otros trastornos psiquiátricos definidos por síndromes, cada

trastorno depresivo probablemente representa un grupo etiológicamente heterogéneo de afecciones, con manifestaciones clínicas similares, que no se distinguen actualmente y que aún no tienen tratamientos diferenciados.

2.1.5.1. Depresión mayor unipolar - Depresión mayor unipolar (trastorno depresivo mayor) se caracteriza por una historia de uno o más episodios depresivos mayores y sin antecedentes de manía o hipomanía. Un episodio depresivo mayor se manifiesta con cinco o más de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas consecutivas; Al menos un síntoma debe ser depresión del estado de ánimo o pérdida de interés o placer:

- Humor deprimido casi todo el día, casi todos los días
- Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, casi todos los días
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- Pérdida significativa de peso o aumento de peso (por ejemplo, 5 por ciento en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días
- Retraso psicomotor o agitación casi todos los días que es observable por otros
- Fatiga o baja energía, casi todos los días
- Disminución de la capacidad para concentrarse, pensar o tomar decisiones, casi todos los días
- Pensamientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, casi todos los días
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida, o un intento de suicidio

Además, los síntomas causan angustia significativa o deterioro psicosocial, y no son el resultado directo de una sustancia o condición médica general. El duelo no excluye el diagnóstico de un episodio depresivo mayor. (7)

2.1.5.1.1 Subtipos de trastorno depresivo mayor (especificadores) – DSM

5 especifica varios subtipos de episodios depresivos. Los criterios diagnósticos para estos subtipos son los siguientes:

- Ansiedad
- Rasgos Atípicos
- Catatónica
- Rasgos Melancólicos
- Características mixtas

- Comienzo del Periparto
- Características Psicóticas
- Patrón Estacional

● **Ansiedad:** se caracteriza por la presencia de dos o más de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días del episodio depresivo:

- Tensión
- Inquietud
- Deterioro de la concentración debido a la preocupación.
- Temor de que algo terrible pueda ocurrir.
- Miedo a perder el autocontrol.

● **Rasgos atípicos** - Las características atípicas se caracterizan por al menos tres de los siguientes síntomas durante el episodio depresivo; Al menos uno de los síntomas es la reactividad del estado de ánimo a los estímulos placenteros:

- Reactivo a estímulos placenteros (es decir, se siente mejor en respuesta a eventos positivos).
- Aumento del apetito o aumento de peso.
- Hipersomnia (por ejemplo, dormir al menos 10 horas al día, o al menos dos horas más de lo habitual cuando no está deprimido).
- Sentimientos fuertes o de plomo en las extremidades.
- Patrón de sensibilidad de rechazo interpersonal (es decir, sensación de profunda ansiedad, humillación o enojo al menor rechazo de los demás), que no se limita a episodios de humor y que causa conflictos sociales o ocupacionales.

● **Catatonía** - Las características catatónicas se caracterizan por importantes trastornos psicomotores (aumento o disminución de la actividad), que ocurren durante la mayor parte del episodio depresivo.

● **Rasgos melancólicos** - Las características melancólicas se caracterizan por al menos cuatro de los siguientes síntomas durante un episodio depresivo; Al menos uno de los síntomas es la pérdida del placer o la falta de reactividad a los estímulos placenteros:

- Pérdida de placer en la mayoría de las actividades.
- No reactivo a estímulos generalmente placenteros (es decir, no se siente mejor en respuesta a eventos positivos).
- Ambiente deprimido marcado por un profundo desaliento, desesperación o tristeza.
- Despertar temprano por la mañana (por ejemplo, dos horas antes de la hora habitual de despertar).
- Retraso psicomotor o agitación.
- Anorexia o pérdida de peso.
- Culpabilidad excesiva.
- **Rasgos mixtos** - La depresión mayor unipolar y el trastorno depresivo persistente (distimia) pueden ir acompañados de síntomas sub-umbrales (que no cumplen los criterios completos) de hipomanía o manía y se denominan depresión mayor con características mixtas y trastorno depresivo persistente con características mixtas. Los episodios depresivos con características mixtas se caracterizan por criterios completos para el episodio depresivo y por lo menos tres de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días del episodio:
 - Humor elevado o expansivo.
 - Inflación de autoestima o grandiosidad.
 - Habla más habladora que de costumbre o presionada (una mayor cantidad de habla que es acelerada y difícil de interrumpir, el paciente puede continuar hablando incluso si nadie está escuchando).
 - Vuelo de ideas (cambios abruptos de un tema a otro que se basan en asociaciones comprensibles) o pensamientos de carreras.
 - Mayor energía o actividad dirigida a objetivos.
 - Disminución de la necesidad de sueño - Dormir menos de lo habitual y seguir sintiéndose descansado y enérgico. Disminución de la necesidad de sueño difiere del insomnio, que se caracteriza por la dificultad para caer o permanecer dormido, y la mala calidad del sueño.

- Participación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial de consecuencias dolorosas (por ejemplo, comprar juergas o indiscreciones sexuales).

Si se cumplen criterios completos de hipomanía o manía, el diagnóstico es trastorno bipolar, hipomanía o trastorno bipolar, manía con características mixtas, en lugar de una depresión unipolar con características mixtas.

- **Comienzo de Peripartum** - La aparición de imágenes se refiere a la aparición de episodios de estado de ánimo durante el embarazo o dentro de las cuatro semanas posteriores al parto.

- **Características psicóticas** - Las características psicológicas de los delirios (creencias falsas y fijas) y las alucinaciones (falsas percepciones sensoriales), que pueden ocurrir en cualquier momento durante un episodio depresivo.

- **Patrón estacional** - El patrón estacional se refiere a una relación temporal regular entre el inicio de los episodios depresivos mayores y un momento particular del año, durante los últimos años. La remisión también ocurre en una época específica del año. Como ejemplo, los episodios pueden comenzar en invierno y remitir en verano. Además, el número de episodios estacionales de vida supera notablemente los episodios no estacionales. Información adicional sobre la reforma mayor recurrente con inicio estacional y la remisión se discute por separado. (7)

Sin embargo, estos subtipos no son mutuamente excluyentes, lo que significa que el mismo episodio depresivo puede tener características de más de un subtipo. (8)

2.1.5.2. . Trastorno depresivo persistente (distimia) - Los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno depresivo persistente (distimia) son casi idénticos a los criterios para el trastorno distal en DSM-IV-TR. La diferencia principal es que el trastorno depresivo persistente también incluye a los pacientes con depresión mayor unipolar que dura menos años (lo que se denominó "depresión mayor unipolar crónica" en DSM-IV-TR).

El trastorno depresivo persistente se manifiesta con tres o más de los siguientes síntomas durante menos de dos años consecutivos; Al menos un síntoma debe estar en estado de ánimo:

- Humor depresivo la mayor parte del día, más días que no.
- Disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Bajo consumo de energía o fatiga.
- Baja autoestima.
- Concentración deteriorada o toma de decisiones
- Desesperanza

2.1.5.3. Trastorno disruptivo del estado de ánimo - El diagnóstico del trastorno disruptivo del estado de ánimo requiere cada uno de los siguientes criterios: (2)

- Brotes violentos, recurrentes verbales (por ejemplo, gritando) o conductuales (por ejemplo, agresión física) que son groseramente desproporcionados con la provocación.
- Los estallidos no son apropiados para el nivel de desarrollo del paciente.
- Los estallidos ocurren, como promedio, al menos tres veces por semana
- Los estallidos ocurren en al menos dos configuraciones entre el hogar, la escuela o con compañeros.
- Humor persistentemente irritable o enojado la mayor parte del día, casi todos los días, entre estallidos.
- Los síntomas han ocurrido durante al menos 12 meses. Pueden presentarse períodos sin síntomas, pero no pueden exceder los 3 meses durante el período de un año.
- Edad de inicio <10 años. El diagnóstico no se puede administrar por primera vez antes de los 6 años o después de los 18 años.
- El paciente nunca ha tenido un período de más de un día durante el cual se han cumplido los criterios de síntomas completos de manía o hipomanía, excepto la duración.

- Los síntomas no ocurren únicamente durante los episodios depresivos mayores unipolares, y no se explican mejor por otros trastornos mentales (por ejemplo, autismo).
- Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o medicación, o a otro trastorno médico. (2)

2.1.5.4. Trastorno disfórico premenstrual - El trastorno disfórico premenstrual está marcado por síntomas emocionales y de comportamiento que ocurren repetidamente durante la semana anterior al inicio de la menstruación y remiten con el inicio de la menstruación o unos días después, y que interfieren con algún aspecto de la vida del paciente.

2.1.5.5. Trastorno depresivo inducido por medicación - El trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicación consiste en un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente deprimido o irritable, o un menor interés o placer en la mayoría de las actividades. La alteración del estado de ánimo se desarrolla durante o poco después de usar sustancias con fines recreativos o con medicamentos recetados; Las sustancias / medicamentos son juzgados como capaces de causar la alteración del estado de ánimo. Además, la perturbación causa una angustia significativa o deteriora el funcionamiento psicosocial. El trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos no se diagnostica en las siguientes situaciones:

- La alteración del estado de ánimo precede al inicio de la intoxicación o retirada de la sustancia, o la exposición a medicamentos.
- La alteración persiste durante un largo período de tiempo (p. Ej., Un mes) después de la interrupción de la intoxicación aguda o la retirada.
- Hay antecedentes de episodios depresivos recurrentes.
- La alteración ocurre únicamente durante un episodio de delirio.

Los síndromes depresivos pueden ser causados por intoxicación o retirada de una amplia gama de sustancias y medicamentos, incluyendo alcohol, anfetaminas, agentes antihipertensivos (por ejemplo, betabloqueantes y metildopa), cocaína,

agentes bloqueadores de dopamina (por ejemplo, haloperidol, metoclopramida y proclorperazina), interferón-alfa, opiáceos, sedantes-hipnóticos, estimulantes y glucocorticoides sistémicos.

El trastorno depresivo inducido por sustancias / medicamentos es a menudo referido como "depresión secundaria".

2.1.5.6. . Trastorno depresivo debido a otra condición médica - Trastorno depresivo debido a una condición médica general consiste en un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un estado de ánimo persistentemente deprimido o irritable, o interés disminuido o placer en la mayoría de las actividades. La insuficiencia suprarrenal, la enfermedad de Huntington, el hipercortisolismo, el hipotiroidismo, la mononucleosis, la esclerosis múltiple, la apnea obstructiva del sueño, la enfermedad de Parkinson, el accidente cerebrovascular, el lupus sistémico Eritematoso, lesión cerebral traumática o insuficiencia de vitamina B12). Además, la perturbación resulta en una angustia significativa o deteriora el funcionamiento psicosocial. Comienzo de la alteración del estado de ánimo generalmente se produce durante el primer mes de la aparición de la otra condición médica. La depresión que resulta del tratamiento de enfermedades crónicas, tales como corticosteroides o interferón, se diagnostica como trastorno depresivo inducido por sustancias o medicación.

Los síndromes depresivos pueden ser causados por una amplia gama de enfermedades médicas o neurológicas generales.

2.1.5.7. . Otro trastorno depresivo especificado - Otro trastorno depresivo especificado se aplica a pacientes con síntomas depresivos que causan angustia significativa o deterioran el funcionamiento psicosocial, pero no cumplen con los criterios completos para un trastorno depresivo específico. Los médicos registran el diagnóstico "otro trastorno depresivo especificado", seguido por la razón de que la presentación no cumple con los criterios completos para un trastorno depresivo específico. A modo de ejemplo, se diagnostica "otro trastorno depresivo especificado, depresión breve recurrente" en pacientes que presentan períodos

recurrentes de menos de dos semanas que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido o irritable y por lo menos otros cuatro síntomas depresivos.

Depresión menor - Los episodios depresivos menores consisten en un estado de ánimo deprimido, además de uno o tres otros síntomas de depresión mayor, duran un mínimo de dos semanas y causan deterioro o angustia clínicamente significativa. En DSM-5, la depresión menor se clasifica como "otro trastorno depresivo especificado, episodio depresivo con síntomas insuficientes".

2.1.5.8. Trastorno depresivo no especificado - Trastorno depresivo no especificado se aplica a pacientes con síntomas depresivos que causan angustia significativa o deterioran el funcionamiento psicosocial, pero no cumplen con los criterios completos para un trastorno depresivo específico. Este diagnóstico se utiliza cuando los médicos deciden no especificar la razón por la que el síndrome de presentación no cumple con los criterios completos para un trastorno depresivo específico, y puede incluir situaciones en las que no hay suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (por ejemplo, en el Departamento de emergencia). (7)

2.1.6. TABLA COMPARATIVA ENTRE EL CIE 10 Y LA DSM 5:

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). (20, 21)

CIE 10 ()	DSM 5 (2013)
CATEGORIA: TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	CATEGORIA: TRASTORNOS DEPRESIVOS
F30 Episodio maniaco F31 Trastorno bipolar F32 Episodios depresivos - Leve - Moderado - Grave - Con síndrome somático - Con síntomas psicóticos - Otros episodios depresivos - Episodio depresivo sin especificación F33 Trastorno depresivo recurrente - Leve - Moderado - Grave - Con síndrome somático - Con síntomas psicóticos - Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión - Otros trastornos depresivos recurrentes - Trastorno depresivo recurrente sin especificación F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes - Ciclotimia - Distimia - Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes. - Trastorno del humor (afectivo) persistente sin	Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (F34.8) Trastorno de depresión mayor (F32-F33) - Episodio único - Episodio recurrente <i>Especificadores de gravedad/curso:</i> - Leve - Moderado - Grave - Con características psicóticas - En remisión parcial - En remisión total - No especificado - Con ansiedad - Con características mixtas - Con características melancólicas - Con características atípicas - Con catatonia - Con inicio en el periparto - Con patrón estacional Trastorno depresivo persistente (distimia) (F34.1) <i>Especificadores de gravedad/curso:</i> - Leve - Moderado - Grave - Con características psicóticas - En remisión parcial - En remisión total - No especificado - Con ansiedad - Con características mixtas - Con características melancólicas

especificación. F38 Otros trastornos del humor (afectivos) ▪ Otros trastornos del humor (afectivos) aislados. - Episodio de trastorno del humor mixto. ▪ Otros trastornos del humor (afectivos) mixto. - Trastorno depresivo recurrente leve ▪ Otros trastornos del humor (afectivos).	- Con características atípicas - Con catatonia - Con inicio en el periparto - Con patrón estacional - Con síndrome distímico puro - Con episodio de depresión mayor persistente - Con episodios intermitentes de depresión mayor, con episodio actual - Con episodios intermitentes de depresión mayor, sin episodio actual Trastorno disfórico premenstrual (N94.3) Trastorno depresivo inducido por sustancia /medicamento (F10-F19) <i>Especificar si:</i> - Con inicio durante la intoxicación - Con inicio durante la abstinencia Trastorno depresivo debido a otra afección médica (F06) <i>Especificar si:</i> - Con características depresivas. - Con episodio del tipo de depresión mayor. - Con características mixtas. Otro Trastorno depresivo especificado (F32.8) ▪ Depresión breve recurrente. ▪ Episodio depresivo de corta duración (4-13d). ▪ Episodio depresivo con síntomas insuficientes.
---	--

	Otro Trastorno depresivo no especificado (F32.9)
--	---

Fuente: Elaboración propia

Tabla comparativa de los criterios diagnósticos

Episodio Depresivo	Trastorno de Depresión Mayor
Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10 A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico. C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: – Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras – Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta – Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual – Empeoramiento matutino del humor depresivo – Presencia de enlentecimiento motor o agitación – Pérdida marcada del apetito – Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes – Notable disminución del interés sexual Fuente: Adaptado de OMS⁶.	Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5 A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer. (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas. (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, o disminución del apetito casi todos los días (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días. (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días. (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 autorreproche 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 solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica. D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. Fuente: American Psychiatric Association. DSM-5⁷.

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el adulto. (4)

CRITERIOS DE GRAVEDAD

. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

A. Criterios generales para episodio depresivo

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.

D. Puede haber o no síndrome somático*

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: Adaptado de OMS*. * Síndrome somático: ver tabla 1.

Criterios especificadores de gravedadcurso según DSM-5

Criterios especificadores de gravedadcurso para el trastorno de depresión mayor: episodio único y recurrente*

Especificar la gravedad actual: la gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- Leve: presencia de pocos síntomas o sólo los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos (5 ó 6 síntomas), la intensidad de los síntomas causa malestar pero es manejable y los síntomas producen deterioro leve en el funcionamiento social o laboral.
- Moderada: el número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificados para leve o grave.
- Grave: el número de síntomas supera notablemente los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable, los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral.

Con características psicóticas: presencia de delirios y/o alucinaciones.

- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo: el contenido de los delirios y las alucinaciones es consistente con los temas depresivos (incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido).
- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo: el contenido de los delirios o las alucinaciones no se relaciona con los temas depresivos típicos de incapacidad personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido, o el contenido es una mezcla de temas congruentes e incongruentes con el estado de ánimo.

Estado de remisión:

- En remisión parcial: los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un periodo que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor.
- En remisión total: durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno.
- No especificado.

A la hora de registrar el nombre del diagnóstico se enumerarán los términos en el siguiente orden: trastorno de depresión mayor, episodio único o recurrente, especificadores de gravedad/psicótico/remisión y, a continuación, todos los especificadores siguientes que sean aplicables al diagnóstico actual:

- Con ansiedad
- Con características mixtas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con catatonia
- Con inicio en el periparto
- Con patrón estacional (solo episodio recurrente)

*Para que un episodio se considere recurrente, debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplen los criterios para un episodio de depresión mayor.

Fuente: DSM-5

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el adulto. (4)

2.1.7. MORBILIDAD

La depresión puede afectar adversamente la salud general de los pacientes. La depresión se asocia con enfermedad coronaria, diabetes mellitus, enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular y con peores resultados en comorbilidades de enfermedades médicas generales. Además, la depresión en la vida posterior puede ser un riesgo independiente para el posterior deterioro cognitivo. (3)

2.1.8. MORTALIDAD:

2.1.8.1. Todas las causas - La mortalidad por todas las causas es aproximadamente 50 a 100 por ciento mayor en los individuos deprimidos, en comparación con los individuos no deprimidos. Como ejemplo:

- Un metaanálisis de 293 estudios de 35 países ($n > 100.000$ individuos deprimidos y $> 1.600.000$ individuos no deprimidos) encontró que el riesgo de mortalidad era 52 por ciento mayor en individuos deprimidos; la heterogeneidad entre los estudios fue alta.
- Un metaanálisis posterior de 43 estudios (tamaño de muestra no proporcionado) encontró que el riesgo de mortalidad fue 71 por ciento mayor en individuos deprimidos; la Heterogeneidad entre los estudios fue alta.
- Un estudio posterior identificó a más de 900,000 personas que murieron, incluyendo más de 78,000 con un diagnóstico de depresión unipolar de por vida. La mortalidad por todas las causas fue dos veces mayor en las personas con depresión, en comparación con la población general. Asumiendo el inicio de la depresión a los 30 años, la expectativa de vida en individuos deprimidos fue aproximadamente 11 años más corta.

Además, un estudio retrospectivo de veteranos militares con antecedentes de depresión ($n > 700.000$) o sin depresión ($n > 4.000.000$) encontró que la edad media de muerte fue de 71 frente a 76 años. La depresión mayor y la depresión menos grave (menor) están asociadas con un exceso de mortalidad.

El exceso de mortalidad que se observa en la depresión es mayor para los hombres que para las mujeres. Un metaanálisis de 13 estudios observacionales prospectivos ($n > 5500$ hombres y mujeres con depresión) encontró que el riesgo de muerte era dos veces mayor en hombres deprimidos que en mujeres deprimidas. En dos estudios del

registro de la comunidad, la esperanza de vida para los hombres deprimidos era 11 y 15 años más corta comparada a la población general, y para las mujeres deprimidas era 7 y 13 años más cortos.

Para algunos pacientes con depresión más una enfermedad médica general, parece que el riesgo de mortalidad de la depresión no se explica completamente por la enfermedad médica comórbida:

- Una encuesta comunitaria y una base de datos de mortalidad de 61.349 personas encontró que los trastornos depresivos se asociaron con un aumento de la mortalidad que sólo se explicó en parte por síntomas somáticos o enfermedades (hazard ratio 1.5, IC 95% 1.4-1.7).
- Un metaanálisis de 25 estudios observacionales (9417 pacientes) demostró que las tasas de mortalidad eran 25 por ciento más altas en pacientes con síntomas depresivos que en pacientes con cáncer no deprimido (razón de riesgo 1,25, IC 95% 1,12-1,40) y 39 por ciento mayor en Pacientes con cáncer diagnosticados con depresión mayor o menor (razón de riesgo 1,39; IC del 95%: 1,10-1,89).
- En un estudio prospectivo de 4873 mujeres, la mortalidad fue mayor en las mujeres con depresión y diabetes mellitus (riesgo relativo 3,1, IC del 95%: 2,7-3,6) que la diabetes sola (riesgo relativo 1,7; IC del 95%: 1,5-1,9).

La continuidad de la atención con el mismo psiquiatra para la depresión mayor se asocia con una disminución de la mortalidad por todas las causas.

Un aspecto que normalmente no se aborda en los estudios de depresión y mortalidad es si el aumento del riesgo de muerte varía de acuerdo con la extensión de la vida de la morbilidad depresiva.

2.1.8.2. Suicidio - Muchos pacientes deprimidos se suicidan. En un estudio prospectivo que siguió a 186 pacientes con trastorno depresivo mayor de hasta 38 años, la incidencia de suicidio fue 27 veces mayor que la de la población general.

Se han identificado muchos factores de riesgo para el suicidio. En un metaanálisis de los resultados de 28 artículos (n> 12.000 suicidios, 3.000.000 de controles), el factor de riesgo más fuertemente asociado con el suicidio fue la historia previa de intento de suicidio (odds ratio 5, IC 95% 3-7). Otros factores de riesgo incluyeron sexo masculino,

antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico, depresión más grave, desesperanza y comorbilidad. El suicidio es un resultado grave de la depresión. (23)

2.1.8.3. Homicidio - La mortalidad por homicidio es elevada en pacientes con síndromes depresivos. Un estudio retrospectivo de los registros nacionales suecos comparó el riesgo de muerte homicida entre individuos con un historial de depresión unipolar de por vida y sin antecedentes de uso de sustancias, al riesgo entre individuos sin antecedentes de trastornos mentales. Después de controlar factores sociodemográficos, el riesgo de muerte por homicidio entre los pacientes deprimidos fue 2,6 veces mayor. Sin embargo, el riesgo absoluto fue pequeño.

2.1.8.4. Muerte accidental - Los pacientes con depresión pueden estar en mayor riesgo de morir por accidentes (por ejemplo, accidentes de vehículos de motor, caídas o intoxicación accidental). En un estudio de registro nacional sueco, que comparó a pacientes deprimidos ($n > 200.000$) con la población general ($n > 6.9$ millones) y controlados por factores sociodemográficos y trastornos por uso de sustancias, las muertes accidentales fueron dos veces mayores entre los pacientes deprimidos. (3)

2.1.9. TRATAMIENTO:

2.1.9.1. Farmacoterapia - Las intervenciones farmacológicas son el pilar de la gestión para los pacientes con niveles moderados a graves de depresión; Los antidepresivos son seguros y eficaces en este contexto. Estos fármacos pueden aliviar el afecto depresivo, labilidad emocional, irritabilidad y retraimiento social. La medicación también puede ayudar a aumentar la capacidad de un individuo de participar en servicios de rehabilitación y mejorar el funcionamiento general.

Los pacientes con cáncer en estadio temprano son similares al paciente típico que necesita un antidepresivo; Los pacientes con cáncer pueden ser tratados de forma segura y eficaz con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y otras clases de antidepresivos, utilizando titulaciones de dosis similares como la población físicamente sana. En los pacientes con una enfermedad más avanzada y un aumento de los niveles de malestar físico, el manejo farmacológico es más complejo y desafiante.

2.1.9.1.1. Selección de antidepresivos - La selección de un antidepresivo depende de una serie de factores. Entre las consideraciones son:

- El tipo de síntomas depresivos.
- Problemas médicos actuales.
- Perfiles de efectos secundarios.

El paciente deprimido que experimenta agitación o insomnio puede beneficiarse de los antidepresivos más sedantes (por ejemplo, TCA, trazodona o mirtazapina). Una mejor opción para pacientes con fatiga o ralentización psicomotora sería compuestos con los efectos menos sedantes (por ejemplo, ISRS, estimulantes).

Una serie de problemas médicos coexistentes pueden influir en la selección de antidepresivos.

- Además de su acción antidepresiva, los TCA tienen propiedades analgésicas y la capacidad de potenciar los efectos de los analgésicos opioides. Por lo tanto, los pacientes que experimentan dolor, en particular el dolor neuropático, pueden beneficiarse de estos fármacos solos o en combinación con otros fármacos.
- Los pacientes con enfermedad cardiovascular y los pacientes mayores deben tomar los medicamentos que causan la menor hipotensión ortostática (por ejemplo, fluoxetina, sertralina).
- Los pacientes con motilidad intestinal lenta o retención urinaria, o con estomatitis secundaria a quimioterapia o radioterapia, deben recibir medicamentos con los menores efectos anticolinérgicos (p. Ej., Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina).
- Los pacientes con riesgo de convulsiones o que tengan un umbral menor de convulsiones debido a otros medicamentos son tratados con más seguridad con agentes que no exacerban el problema (por ejemplo, los neurolépticos). Prácticamente cualquier antidepresivo puede tener un pequeño efecto en la reducción del umbral de convulsiones. Sin

embargo, el bupropión se ha asociado con la mayor incidencia de convulsiones y debe utilizarse con precaución en pacientes con enfermedad del sistema nervioso central (SNC).

- Existen formulaciones líquidas para algunos antidepresivos (fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram, doxepina y nortriptilina) y pueden ser mejores opciones para los pacientes que no pueden tragar pastillas.

Si bien la atención a los efectos potencialmente perturbadores o adversos de las diferentes clases de antidepresivos se justifica, muchas veces se pueden utilizar los efectos secundarios para beneficio del paciente.

2.1.9.1.2. Antidepresivos tricíclicos - Los antidepresivos tricíclicos (TCA) se han utilizado con frecuencia en el cáncer. Los TCA deben iniciarse con una dosis baja (10 a 25 mg al acostarse) y aumentar lentamente en incrementos de 10 a 25 mg cada uno o dos días hasta que se logre un efecto beneficioso. Esta titulación lenta es especialmente importante para pacientes debilitados con enfermedad avanzada. Los pacientes con cáncer pueden presentar una respuesta terapéutica a los TCAs en dosis más bajas que individuos físicamente sanos. Los niveles de fármaco en plasma en serie pueden utilizarse para monitorizar la administración eficaz y segura de los fármacos, minimizando el riesgo de efectos secundarios o toxicidad. Se debe obtener una historia cardíaca y un electrocardiograma antes de prescribir ATC, ya que estos fármacos pueden tener un efecto adverso sobre el ritmo cardíaco. Las amins terciarias (por ejemplo, imipramina, amitriptilina y doxepina) tienden a sedar a los pacientes, estimulan el apetito y causan efectos secundarios anticolinérgicos (por ejemplo, boca seca, visión borrosa, estreñimiento, náuseas, retención urinaria y taquicardia). Sus metabolitos, las amins secundarias (por ejemplo, desipramina y nortriptilina) son menos sedantes y menos anticolinérgicos. Muchas veces los pacientes pueden tolerar amins

secundarias en dosis más altas, lo que permite un mayor beneficio terapéutico.

2.1.9.1.3. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina - Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se han convertido en los antidepresivos más utilizados. Su eficacia y sus perfiles de efectos secundarios, en particular, los convierten en agentes atractivos para algunos pacientes con cáncer. Un estudio encontró que tanto la fluoxetina como la desipramina condujeron a mejoras en la depresión, ansiedad y calidad de vida en mujeres deprimidas con cáncer avanzado, y fueron bien toleradas.

Los ISRS causan menos problemas con arritmias cardíacas, hipotensión y efectos anticolinérgicos que los TCA. Además, los ISRS generalmente tienen menos efectos sedantes, autónomos y anticolinérgicos.

Los ISRS pueden inhibir las enzimas hepáticas del citocromo P450 que metabolizan otros medicamentos, causando así interacciones fármaco-fármaco. (5) Por tanto pueden aumentar los niveles sanguíneos de otros fármacos. Esta es una consideración importante en la población de cáncer, ya que muchos de estos pacientes están con warfarina o cisaprida, dos medicamentos que son sustratos para el sistema P450. (11)

El citalopram y el escitalopram inhiben las enzimas hepáticas menos que otros ISRS y, por lo tanto, son los ISRS de elección para situaciones en las que las interacciones medicamentosas son una preocupación. La Sertralina es una alternativa razonable. (5)

2.1.9.1.4. Otros antidepresivos - Los otros antidepresivos disponibles varían ampliamente en su mecanismo de acción y efectos secundarios.

- **El bupropión** es un antidepresivo y estimulante del sistema nervioso central que no interactúa con otros medicamentos. Es muy útil en

pacientes deprimidos con retraso psicomotor y puede utilizarse en una amplia variedad de pacientes con pocos efectos secundarios. Se piensa que el fármaco actúa a través de los caminos de la dopamina, pero su mecanismo de acción preciso no se conoce. La formulación de liberación inmediata debe evitarse en pacientes que tienen condiciones (por ejemplo, enfermedad del SNC) que los predisponen a convulsiones, y las formulaciones de liberación lenta se pueden utilizar con precaución.

- **Venlafaxine** es un inhibidor mixto de la recaptación de serotonina y norepinefrina que es bien tolerado por los pacientes con cáncer. No es significativamente activo en el sistema del citocromo P450 y es un poco menos ligado a proteínas que los otros antidepresivos. La venlafaxina se ha asociado con síntomas de abstinencia seguros pero incómodos (ansiedad, náuseas, insomnio) al interrumpir la intervención, Lo que sugiere que el fármaco debe ser ahusado en lugar de detenerse abruptamente.

- **Mirtazapina** es un antidepresivo con un mecanismo de acción novedoso. Los receptores celulares que regulan la producción de norepinefrina y serotonina están bloqueados de manera que los neurotransmisores continúan produciéndose incluso cuando sus concentraciones podrían normalmente paralizar la producción por la célula. Además, la mirtazapina tiene una acción de bloqueo 5HT₂ y 5HT₃ que puede hacerla útil como coanalgésico y antiemético; Se están realizando ensayos clínicos para evaluar su potencial en estas dos áreas importantes para los pacientes con cáncer. La mirtazapina también parece bloquear el receptor H₁ en el SNC. Tiene algunos efectos secundarios sedantes y estimula el apetito, efectos secundarios que pueden ser muy útiles en algunos pacientes. Se puede administrar como una dosis única a la hora de acostarse. Un estudio piloto abierto de mirtazapina (15 a 30 mg al acostarse) sugiere que los pacientes con cáncer avanzado pueden obtener beneficios de este fármaco con respecto al estado de ánimo, la pérdida

de peso y el insomnio. El tratamiento fue bien tolerado en cualquiera de las dosis iniciales.

- **La trazodona y la nefazodona** son moduladores de la serotonina. La trazodona suele ser sedante y se utiliza con frecuencia para ayudar con la alteración del sueño; El priapismo es un efecto secundario poco común. La nefazodona se ha retirado de muchos países debido a posibles efectos adversos sobre el hígado.

2.1.9.1.5. Psicoestimulantes –

Los psicoestimulantes **metilfenidato, dextroanfetamina y modafinilo** son una alternativa para los pacientes deprimidos con cáncer. Estos fármacos mejoran la atención, la concentración y el rendimiento general en las pruebas neurológicas en los enfermos médicos. El estado de ánimo, el apetito y la sensación de bienestar pueden mejorarse para el paciente al mismo tiempo que el medicamento disminuye los sentimientos de debilidad y fatiga. Un beneficio adicional de metilfenidato y dextroanfetamina es la reducción de la sedación causada por analgésicos opioides; También proporcionan analgesia adyuvante en pacientes con cáncer. Los psicoestimulantes pueden desempeñar un papel útil para ayudar a los pacientes con cáncer a sentirse lo suficientemente enérgicos para participar en los esfuerzos de rehabilitación hasta que su nivel de energía mejore en última instancia a partir de los efectos directos de tales esfuerzos.

La dosis inicial de metilfenidato y dextroanfetamina es de 5 a 10 mg una o dos veces al día. Las dosis máximas pueden alcanzar los 60 mg por día. Típicamente los pacientes se mantienen en el estimulante durante uno a dos meses o más. La tolerancia puede desarrollarse y el ajuste de dosis puede ser necesario con el tiempo. La mayoría de los pacientes responden rápidamente a estos agentes y, si se toman por la mañana y por la tarde, no deben interferir con el sueño. Los efectos secundarios incluyen ansiedad, sobreestimulación, dolor de cabeza, aumento de la presión arterial y temblores; Sin embargo, estos raramente son un problema con las dosis típicamente bajas usadas.

El modafinilo, un "agente promotor de la estela" no anfetamínico de la benzhidril sulfinil acetamida, se introdujo en el mercado mundial en 1994 para el tratamiento de la narcolepsia y la hipersomnia idiopática y fue aprobado para su uso en los Estados Unidos en 1999. Narcolepsia en adultos "). El modafinilo no se ha comparado directamente con anfetaminas en pacientes con narcolepsia, pero los primeros indicios son que es mejor tolerado y tiene menos potencial de abuso. Por lo general se administra en una sola dosis de la mañana de 100 o 200 mg. El modafinilo puede ser un tratamiento útil para la fatiga, la depresión y la sedación inducida por opioides, y es bien tolerado. Aunque el modafinilo puede ofrecer un beneficio similar a las anfetaminas en pacientes con cáncer, no se dispone de estudios publicados.

2.1.9.1.6. Terapia combinada - La terapia antidepresiva combinada puede proporcionar ciertas ventajas en pacientes selectos, particularmente aquellos que experimentan síntomas físicos angustiosos. Los pacientes con depresión y fatiga severa o ralentización psicomotora, por ejemplo, pueden obtener el máximo provecho del uso de TCA, ISRS o mirtazapina más psicoestimulantes. Los pacientes con depresión y ansiedad o insomnio pueden obtener el máximo de la combinación de TCAs e ISRS, o un ISRS con mirtazapina.

Muchos antidepresivos requieren semanas para alcanzar la máxima eficacia. Por lo tanto, el aumento con otro medicamento dirigido al síntoma más angustiante no sólo conduce a un beneficio más rápido para el paciente, sino que también puede mejorar el cumplimiento. Este enfoque basado en síntomas es particularmente útil en pacientes con cáncer avanzado en los que el tratamiento es a menudo complejo, pero el alivio inmediato de la angustia de los síntomas es una prioridad.

2.1.9.2. Intervenciones psicosociales - Los pacientes con cáncer y depresión a menudo reaccionan a la carga de la enfermedad y el efecto que tiene en sus vidas. Las intervenciones psicosociales se utilizan para ayudar a individuos, familias y grupos. El objetivo general de esta terapia es

mejorar las habilidades de afrontamiento a través de enfoques educativos, conductuales o psicodinámicos. Los beneficios de la psicoterapia en pacientes con cáncer incurable avanzado se abordaron en una revisión Cochrane. En seis ensayos (292 pacientes en el brazo de psicoterapia y 225 en el brazo de control), la psicoterapia se asoció con una disminución significativa en la puntuación de la depresión en comparación con el tratamiento como de costumbre.

2.1.9.2.1. Intervención de crisis - Los clínicos que trabajan en oncología se basan principalmente en la psicoterapia de apoyo a corto plazo basada en un modelo de intervención de crisis para ayudar a los pacientes con sintomatología depresiva. La intervención en crisis es un proceso que influye activamente en el funcionamiento psicosocial durante un período de desequilibrio. Está dirigido a aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes perturbadores. El objetivo es reducir la angustia emocional mientras se trabaja para fortalecer los recursos psicológicos y sociales del paciente. La terapia de crisis generalmente tiene un plazo limitado y establece metas claras.

La psicoterapia de apoyo / intervención de crisis consiste en aclarar la información y responder a preguntas sobre la enfermedad y su tratamiento, corregir el malentendido y dar seguridad sobre la situación. Describir las reacciones comunes a la enfermedad puede ayudar al paciente ya la familia a normalizar su experiencia. Las estrategias de adaptación habituales de los pacientes deben ser exploradas y las fortalezas apoyadas como sea necesario en el ajuste. Se anima a los pacientes a discutir cómo se sienten acerca de sus modificaciones en su estilo de vida, cambios en su rol familiar y temores de dependencia y abandono. También se exploran los temas de la pérdida y el dolor anticipatorio. Los pacientes a menudo experimentan pérdida de buena salud, integridad corporal y autoestima, junto con pérdidas secundarias al cáncer (por ejemplo,

financieras, sociales y ocupacionales). La terapia busca mejorar el sentido del control y la moral. Cuando el enfoque del tratamiento cambia de curación a paliación, es importante que los pacientes sepan que no serán abandonados y que su comodidad, control del dolor y dignidad recibirán atención continua.

2.1.9.2.2. Terapia cognitivo-conductual - La terapia cognitivo-conductual a menudo se integran en la terapia de la depresión y son muy útiles y eficaces. Estos enfoques exploran las creencias de los pacientes sobre el diagnóstico del cáncer y su tratamiento con el fin de provocar pensamientos irracionales o poco útiles que conducen a sentimientos de impotencia y desesperanza. A continuación, la terapia conduce a la corrección de estos pensamientos desadaptativos además de proporcionar buenas habilidades de afrontamiento nueva (por ejemplo, relajación). Tanto el grupo de tratamiento individual como el grupo son eficaces para reducir los síntomas depresivos y la angustia y la mejora de la calidad de vida.

Las intervenciones cognitivo-conductuales ayudan a los pacientes a disipar temores exagerados al animarlos a considerar diferentes resultados posibles para su situación. Ayudar al paciente a centrarse en los aspectos de la enfermedad y su tratamiento sobre el que tienen control y fomentar la modificación del comportamiento que los mantendrá involucrados y positivos podría proporcionar una mejor calidad de vida.

Además, los beneficios de las intervenciones cognitivo-conductuales parecen persistir durante años. Como ejemplo, un estudio examinó a pacientes que recibieron cirugía para cáncer de mama en etapa temprana ($n = 100$) y participaron en un ensayo aleatorio que comparó el manejo del estrés conductual cognitivo (10 semanas de terapia grupal) con una condición de control de seminario psicoeducacional). Las evaluaciones de varios años (mediana de 11 años) después del tratamiento encontraron que había menos síntomas depresivos en el

grupo que recibió tratamiento activo, y la diferencia clínica fue de mediano a grande.

Las técnicas de relajación y las imágenes pueden mejorar cualquiera de estas intervenciones terapéuticas. Ejercicios de respiración centrada simple, meditación y relajación muscular progresiva se pueden utilizar para disminuir la ansiedad episódica que experimentan muchos pacientes de cáncer. Imágenes agradables, como la visualización de una suave corriente que fluye a través de un hermoso paisaje, también pueden aliviar la tensión que algunos pacientes sienten.

2.1.9.2.3. Grupos de apoyo - Los grupos de apoyo son importantes modalidades de intervención complementaria para pacientes con cáncer y miembros de la familia que están angustiados. Los grupos dirigidos por profesionales generalmente utilizan métodos educativos, de apoyo o cognitivo-conductuales, mientras que los grupos laicos se enfocan en la educación, asesoramiento práctico y modelización, y sirven como una fuente de apoyo mutuo y defensa.

2.1.9.2.4. Terapia de las artes creativas - Para los pacientes con cáncer, las terapias complementarias de arte creativo (por ejemplo, arte, danza, drama, música y escritura) parecen reducir modestamente los síntomas depresivos durante el tratamiento, pero el beneficio se disipa durante el seguimiento. Un metaanálisis de 11 ensayos aleatorios comparó terapias de artes creativas con una condición de control (sin tratamiento, lista de espera o atención habitual) como tratamiento complementario en 584 pacientes con cáncer (principalmente de mama o sangre). Hubo un beneficio significativo pero clínicamente pequeño que favoreció la intervención activa. (11)

2.1.10. EFECTOS ADVERSOS DE LOS ANTIDEPRESIVOS:

Efectos adversos (por ejemplo, toxicidad gastrointestinal) son comunes entre los antidepresivos de segunda generación ((ISRS), Inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina, Antidepresivos atípicos, Moduladores de la serotonina), la incidencia de efectos secundarios específicos durante el tratamiento a corto plazo (por ejemplo, de 6 a 12 semanas) difiere entre los fármacos:

- La **diarrea** ocurre más a menudo con sertralina que el bupropión, citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, mirtazapina, nefazodona, paroxetina y venlafaxina (16 frente al 8% de los pacientes).
- Las **náuseas y los vómitos** ocurren más frecuentemente con venlafaxina que los ISRS como clase (33 versus 22 por ciento).
- La **disfunción sexual** ocurre con menos frecuencia con bupropión que el escitalopram, la fluoxetina, la paroxetina y la sertralina (6 frente al 16 por ciento, la paroxetina es especialmente problemática).
- La **somnolencia** ocurre más a menudo con trazodona que bupropion, fluoxetina, mirtazapina, paroxetina y venlafaxina (42 versus 25 por ciento).
- El **aumento de peso** es mayor con la mirtazapina (0,8 a 3,0 kg después de seis a ocho semanas de tratamiento) que la fluoxetina, la paroxetina, la trazodona y la venlafaxina.

Aunque los antidepresivos pueden estar asociados con un mayor **riesgo de diabetes**, la evidencia no es convincente y la posible asociación no debe disuadir a los médicos de usar antidepresivos cuando se indique. Un estudio analizado de casos y controles encontró que en aproximadamente 166.000 pacientes con depresión y sin signos de diabetes, el uso a largo plazo (> 24 meses) de un antidepresivo en dosis moderadas a altas se asoció con un mayor riesgo de diabetes , IC del 95%: 1,4 - 2,5). Sin embargo, la depresión en sí misma puede ser un factor de riesgo para desarrollar diabetes. En un estudio observacional prospectivo de personas de 65 años y más (n = 1000), que

fueron seguidas durante un período de hasta 10 años, los individuos deprimidos tenían más del doble de probabilidades de desarrollar diabetes que aquellos sin depresión, independientemente del tratamiento antidepresivo 2,3, IC del 95%: 1,3 - 4,1).

Un estudio retrospectivo encontró que los antidepresivos se asociaron con un **accidente cerebrovascular**. Los problemas con el estudio, incluidos los confusos y la posibilidad de causalidad inversa, nos llevan a sugerir que los médicos no deben cambiar su práctica con respecto a esta cuestión hasta que se hayan realizado estudios mejor diseñados.

Los antidepresivos raramente **pueden dañar el hígado**. Una revisión de 158 estudios estimó que entre los pacientes que tomaban antidepresivos, la elevación leve asintomática de las aminotransferasas séricas ocurre en 0,5 a 1 por ciento de los pacientes que toman ISRS o inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina y hasta el 3 por ciento de los pacientes que toman IMAO o tricíclicos. También se ha reportado insuficiencia hepática que conduce al trasplante hepático o a la muerte. La hepatotoxicidad generalmente aparece dentro de los primeros seis meses de tratamiento y puede manifestarse con anorexia, fatiga, náuseas y debilidad. Aunque la lesión hepática inducida por antidepresivos es generalmente idiosincrásica, impredecible y no está relacionada con la dosis, los pacientes que son ancianos o que toman múltiples medicamentos pueden estar en mayor riesgo. La administración inicial de la lesión hepática inducida por fármacos es la retirada del fármaco que causa el ataque. (14)

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local y nacional

3.1. **Autor:** Manchego Lara Sharon Esther

Título: “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”.

Resumen:

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

Se entrevistaron a 196 pacientes con cáncer en las instalaciones del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el mes de enero y febrero del 2013 a quienes se les aplicó el Inventario de depresión de Beck. Se evidencio que el sexo predominante fue el masculino, con un rango de edad entre 40 a 59 años, más de la mitad de nuestra muestra fueron de procedencia arequipeña, con idioma español y con educación secundaria; así mismo predominaron los casados y jubilados. El grado de depresión hallada en la población fue principalmente compatible con niveles leves. Los resultados han demostrado que la edad, el sexo, el idioma y la ocupación tienen relación con los niveles de depresión; en tanto el grado de instrucción, la procedencia y el estado civil no muestran relación alguna con la depresión en pacientes oncológicos. Los cánceres más prevalentes fueron de Cuello Uterino y de Próstata. Así mismo el tratamiento de primera opción fue la quimioterapia. Finalmente, en la mayoría de casos el tiempo de diagnóstico fue menor a los 6 meses.” (19)

A nivel internacional

3.2. Autor: Reich M.

Título: “Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial”

Fuente: www.thelancet.com Vol 384 September 20, 2014

Resumen:

“Antecedentes: Las afecciones médicas a menudo se complican por la depresión mayor, con consecuente deterioro adicional de la calidad de vida. Nuestro objetivo fue comparar la efectividad de un programa de tratamiento integrado para la depresión mayor en pacientes con cáncer (atención de la depresión para personas con cáncer) con atención habitual.

Métodos: SMaRT Oncología-2 es un grupo paralelo, multicéntrico, ensayo eficaz controlado aleatorizado. Inscribimos pacientes ambulatorios con depresión mayor de tres centros de cáncer y sus clínicas asociadas en Escocia, Reino Unido. Los participantes fueron asignados al azar en una proporción de 1: 1 a la atención de la depresión para las personas con cáncer de intervención o atención habitual, con estratificación (por centro de ensayo) y minimización (por edad, cáncer primario y sexo) con la ocultación de la asignación.

La atención de la depresión para las personas con cáncer es un tratamiento de cuidado colaborativo manual y multicomponente que es administrado sistemáticamente por un equipo de enfermeras y psiquiatras del cáncer en colaboración con médicos de atención primaria. El cuidado habitual es proporcionado por los médicos de atención primaria. Los datos de los resultados se recogieron hasta las 48 semanas. El resultado principal fue la respuesta al tratamiento (reducción de $\geq 50\%$ en la escala de la Depresión de la Lista de Verificación de Síntomas [SCL-20], rango 0-4) a las 24 semanas. Los ensayos estadísticos y el personal de recolección de datos fueron enmascarados a la asignación del tratamiento, pero los participantes no pudieron ser enmascarados a las asignaciones. Los análisis fueron por intención

de tratar. Este ensayo se registra con Current Controlled Trials, número ISRCTN40568538.

Hallazgos: 500 participantes fueron inscritos entre el 12 de mayo de 2008 y el 13 de mayo de 2011; 253 fueron asignados al azar hacia la atención de la depresión para las personas con cáncer y 247 a la atención habitual. 143 (62%) de los 231 participantes en la atención de la depresión para personas con cáncer y 40 (17%) de 231 en el grupo de atención habitual respondieron al tratamiento: diferencia absoluta 45% (IC del 95%: 37-53), odds ratio ajustado 8,5 (IC del 95% 5,5 - 13,4), $p < 0,0001$. En comparación con los pacientes en el grupo de atención habitual, los participantes asignados a la atención de la depresión para las personas con cáncer también tenían menos depresión, ansiedad, dolor y fatiga; y mejor funcionamiento, salud, calidad de vida y calidad percibida de la atención de la depresión en todos los momentos (todos $p < 0,05$). Durante el estudio, 34 muertes relacionadas con el cáncer ocurrieron (19 en el cuidado de la depresión para las personas con cáncer, 15 en el grupo de atención habitual), un paciente en el cuidado de la depresión para personas con cáncer fue ingresado en un pabellón psiquiátrico y un paciente en este grupo intentó suicidarse. Ninguno de estos eventos se consideró relacionado con los tratamientos o procedimientos del ensayo.

Interpretación: Nuestros hallazgos sugieren que la atención de la depresión para personas con cáncer es un tratamiento eficaz para la depresión mayor en pacientes con cáncer. Esto ofrece un modelo para el tratamiento de la depresión con otras comorbilidades médicas.” (15)

3.3. Autor: Reich M.

Título: “La dépression en oncologie”

Fuente: Cancer/Radiothérapie 14 (2010) 535–538

Resumen:

“El propósito de este trabajo fue hacer una breve revisión de las principales problemáticas planteadas por la depresión en Oncología en términos de prevalencia, semiología, detección, riesgo, factores pronósticos y tratamiento. Esta reflexión se basó en datos recientes de la literatura obtenidos mediante una búsqueda PubMed. Los trastornos depresivos con frecuencia se han encontrado en pacientes con cáncer. Durante la rutina diaria de atención en oncología, la detección de depresión, la evaluación y tratamiento son de suma importancia respecto al manejo psicosocial. Elementos depresivos tienen un tremendo impacto en la calidad de vida, la tolerancia y el cumplimiento del tratamiento anticancerígenos.

Por otra parte, la morbilidad por depresión y su posible influencia en el pronóstico representan un desafío en términos de prevención. Una semiología específica para trastornos depresivos en el campo oncológico podría ser más relevante con las implicaciones clínicas prácticas. El cuidado óptimo de estos trastornos del estado de ánimo, tienen que ser aplicados tan pronto como sea posible y con el apoyo de la combinación del tratamiento farmacológico y la psicoterapia.” (10)

3.4. Autor: Massie Mary Jane

Título: “Prevalence of depression in patients with cáncer”

Fuente: Journal of the National Cancer Institute Monographs No. 32, 2004

Resumen:

“La depresión es el síndrome psiquiátrico que ha recibido la mayor atención en las personas con cáncer. El estudio de la depresión ha sido un desafío porque los síntomas ocurren en un amplio espectro que va desde la tristeza hasta el trastorno afectivo mayor y porque el cambio de humor es a menudo difícil de evaluar cuando un paciente se enfrenta a las amenazas repetidas a la vida, está recibiendo tratamientos para el cáncer, está fatigado o está experimentando

dolor. Aunque muchos grupos de investigación han evaluado la depresión en pacientes con cáncer desde la década de 1960, la prevalencia reportada (depresión mayor, 0-38%, espectro de Síndromes depresivos, 0% -58%) varía significativamente debido a la variación de conceptualizaciones de la depresión, diferentes criterios utilizados para definir la depresión, diferencias en los enfoques metodológicos a la medida de la depresión, y diferentes poblaciones estudiadas. La depresión está muy asociada con orofaringe (22% -57%), pancreática (33% -50%), mama (1,5% -46%), Y pulmón (11% -44%). Se informa de una prevalencia menos alta de depresión en pacientes con otros tipos de cáncer, como colon (13% -25%), ginecológico (12% -23%) y linfoma (8% -19%). Este informe revisa la prevalencia de depresión en pacientes con cáncer a lo largo del curso del cáncer.” (18)

3.5. Autor: Williams S and Dale J

Título: “The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review”

Fuente: British Journal of Cancer (2006) 94(3), 372 – 390

Resumen:

“La depresión es común en pacientes con cáncer, y esto a menudo permanece sin ser detectado y sin tratamiento. La depresión se ha asociado con peor calidad de vida, además de un mayor deterioro de la respuesta inmune y una supervivencia más pobre en pacientes con cáncer. Las revisiones sistemáticas anteriores y los metanálisis de la eficacia de las intervenciones para los pacientes con cáncer con depresión no han podido distinguir entre la capacidad de depresión y los síntomas depresivos. Los hallazgos de esta revisión sistemática muestran que hay datos de ensayos limitados sobre la eficacia de los antidepresivos prescritos en la reducción de la incidencia de depresión mayor y síntomas depresivos en pacientes con cáncer. Contrariamente a las revisiones anteriores que no distinguieron entre los síntomas depresivos y la depresión, esta revisión encontró muy pocos datos de ensayos clínicos (sin la posibilidad de factores de confusión) para demostrar que las intervenciones psicoterapéuticas son eficaces en la reducción de la depresión en pacientes con

cáncer. Un número de ensayos de un solo centro en pequeña escala indicaron que las intervenciones psicoterapéuticas (especialmente la terapia cognitivo-conductual) pueden tener efectos sobre los síntomas depresivos en pacientes con cáncer. Sin embargo, dadas las limitaciones metodológicas de los estudios hasta la fecha, la falta de evidencia no debe ser interpretada como implicando falta de eficacia. En conclusión, existe la necesidad de estudios adecuados de estudios farmacológicos y psicoterapéuticos dirigidos a pacientes con diagnóstico de depresión e incluyen la monitorización del uso de otras intervenciones farmacológicas / psicoterapéuticas y de medicina complementaria y alternativa.” (16)



4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general:

Establecer el grado de relación entre las características clínicas, epidemiológicas y el nivel de depresión de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, de la ciudad de Arequipa, del año 2017

4.2. Objetivos específicos

- Identificar las características epidemiológicas de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017
- Conocer las características clínicas de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017
- Determinar el nivel de depresión de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017
- Hallar el grado de relación entre las características epidemiológicas y el nivel de depresión de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017
- Conocer el grado de relación entre las características clínicas y el nivel de depresión de los pacientes con Cáncer atendidos en el Hospital Goyeneche, del año 2017

5. HIPÓTESIS

Dado que los pacientes oncológicos desarrollan depresión, es probable que existan factores asociados que determinen la presencia de la misma.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: observacional, documental.

Instrumentos:

- Test de depresión de Zung
- Ficha de recolección de datos

Materiales:

- Materiales de Escritorio
- Computadora personal con los programas adecuados para el procesamiento de la información.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: la presente investigación se realizara en el Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: este estudio se realizara en febrero del año 2017.

2.3. Unidades de estudio: trastorno del estado de ánimo: depresión

2.4. Población: total de población ingresada en febrero en el servicio de consultorio externo de oncología del año 2017.

2.5. Muestra: no se considerará un tamaño de muestra ya que se incluirán a todos los integrantes de dicho mes (y que cumplan los criterios de selección).

Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

- Pacientes que acudan a consultorio externo de oncología.
- Participación voluntaria en el estudio
- Pacientes con el diagnóstico definitivo de la neoplasia

Criterios de Exclusión

- Fichas de encuesta incompletas o mal llenadas
- Pacientes con algún grado de retardo mental
- Pacientes con algún trastorno del lenguaje

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización: presentar una solicitud al hospital para poder realizar un test a los pacientes del servicio de oncología, en febrero 2017.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora
- Asesor

b) Materiales

- Ficha de recolección de datos
- Materiales de escritorio
- Computadora personal con los programas adecuados para el procesamiento de la información.

c) Financieros

- Autofinanciación

3.3. Validación de los instrumentos

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se autoadministra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y las actividades psicomotoras.

Hay 10 preguntas elaboradas de forma positiva y otras 10, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80-

25-49: rango normal

50-59: ligeramente deprimido
60-69: moderadamente deprimido
70 o más: severamente deprimido

.

3.4. Criterios para el 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 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 de datos.

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

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones.

La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó mediante el cálculo del Chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.

IV. Cronograma de trabajo

Actividades	Diciembre 2016				Enero 2017				Febrero 2017				Marzo 2017			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema																
2. Revisión bibliográfica																
3. Aprobación del proyecto																
4. Ejecución																
5. Análisis e interpretación																
6. Informe final																

Fecha de inicio: 15 de Diciembre 2016

Fecha probable de término: 20 de Marzo 2017

V. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA:

1. Breitbart William, MD; Dickerman Anna L, MD. **Assessment and management of depression in palliative care.** Uptodate 2017. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-management-of-depression-in-palliative-care?source=related_link
2. Bonin, Liza PhD. **Pediatric unipolar depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis.** Uptodate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pediatric-unipolar-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?source=search_result&search=pediatric%20unipolar%20depression&selectedTitle=3~150
3. Coryell, William MD. **Unipolar depression in adults: Course of illness.** Uptodate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-course-of-illness?source=related_link
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. **Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
5. Hirsch, Michael MD; Birnbaum, Robert J, MD, PhD. **Selective serotonin reuptake inhibitors: pharmacology, administration, and side effects.** Uptodate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/selective-serotonin-reuptake-inhibitors-pharmacology-administration-and-side-effects?source=search_result&search=IRSS&selectedTitle=1~150

6. .Krishnan Ranga, MD, **Unipolar depression in adults: Epidemiology, pathogenesis, and neurobiology.** .Uptodate 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-epidemiology-pathogenesis-and-neurobiology?source=related-link>
7. Lyness Jeffrey M, MD **Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis.** Uptodate 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?source=related-link>
8. Lyness Jeffrey M, MD. **Unipolar depression in adults: Clinical features.** Uptodate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-clinical-features?source=search_result&search=unipolar%20depression&selectedTitle=6~150
9. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. **Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer (Review).** Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD011006. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011006.pub2/abstract?systemMessage=Pay+per+view+article+purchase%28PPV%29+on+Wiley+Online+Library+will+be+unavailable+on+Saturday+11th+March+from+05%3A00-14%3A00+GMT+%2F+12%3A00-09%3A00+EST+%2F+13%3A00-22%3A00+SGT+for+essential+maintenance.++Apologies+for+the+inconvenience.>
10. Reich M. **La dépression en oncologie.** Cancer/Radiothérapie 14 (2010) 535–538. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1278321810001058?via=sd>
11. Roy-Byrne Peter P., MD. **Management of psychiatric disorders in patients with cancer.** Uptodate 2016. Disponible en:

https://www.uptodate.com/contents/management-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer?source=search_result&search=antidepressants%20for%20the%20treatment%20of%20depression%20in%20people%20with%20cancer&selectedTitle=2~150

12. Roy-Byrne Peter P., MD. **Diagnosis of psychiatric disorders in patients with cancer.** Uptodate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer?source=related_link
13. Saag Kenneth G, MD, MSc; Furst Daniel E., MD. **Major side effects of systemic glucocorticoids.** Uptodate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/major-side-effects-of-systemic-glucocorticoids?source=related_link
14. Simon Gregory, MD, MPH; Ciechanowski Paul, MD. **Unipolar major depression in adults: choosing initial treatment,** Uptodate 2016. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment?source=related_link
15. Sharpe Michael*, Walker Jane*, Holm Hansen Christian, Martin Paul, Symeonides Stefan, Gourley Charlie, Wall Lucy, Weller David, Murray Gordon, **Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicenter randomised controlled effectiveness trial.** *Lancet* 2014; 384: 1099–108. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61231-9.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61231-9.pdf)
16. Williams S. and J Dale, **The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cáncer: a systematic review.** British Journal

of Cancer (2006) 94 (3), 372-390. Disponible en:
<http://www.nature.com/bjc/journal/v94/n3/pdf/6602949a.pdf>

17. **Williams John, MD, Nieuwsma Jason, MD.** Screening for depression in adults.

Uptodate 2016; Disponible en:
https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults?source=search_result&search=depression&selectedTitle=2~150

18. **Massie Mary Jane,** Prevalence of depression in patients with cancer, **Journal of the National Cancer Institute Monographs No. 32, 2004.** Disponible en:

https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/jncimono/2004/32/10.1093/jncimono/lgh014/3/lgh014.pdf?Expires=1489439457&Signature=U5MfmWPFmXHiT0Lhn83aoWT1jm8l53YX4Dxk29LILRgarvidPmL6FNNzGP8mv9DJfd6XFRRa9n3pRJ77VxLABGfLtF4tkVQ4xfgrNKiq2qchb6W5HwwXZKGV8KNGQgdzuHptUvsOyCvWcHF-m3d2RYDNzUXlqEA7zVnxSDD66g7bzMQYhHz89Z8ULe2V2Titskg0yVIJp6CkiZLL3eXEfxioTa8a70dY9QDsUWjT4Xhi9E8jNjvpN6mXK911yQmIHfekuWrLlywmMATH3afu08wMfZ9IOy-3BAD4ChMgQv8UBPThdSsFcdPZgrOe2NcGkYKVFLF22UFBOD-668QeA&Key-Pair-Id=APKAIUCZBIA4LVPVW3Q

19. **Manchego Lara Sharon Esther.** "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". **Trabajo de Investigación presentado para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano.** Disponible en:
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3977/70.1756.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

20. **OMS 1994.** “Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10”. Clasificación de los trastornos mentales y del Comportamiento **2007. Editorial médica Panamericana S.A.**
21. **American Psychiatric Association.** Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).5ta Edición **Arlington, VA, Asociación Americana De Psiquiatría, 2014.**
22. **Llaza Loayza Elisa Gloria,** Avances en Psiquiatría, **1ra Edición, 2011.**
23. **Rosenbluth, Michael, M.D; Kennedy Sidney H, M.D; Bagby R. Michael, Ph.D.** Depresión y Personalidad Desafíos Clínicos y Conceptuales. **2007 Elsevier Doyma, S.L, American Psychiatric Publishing, Inc; Pag 1-288.**
24. **Pousa Rodríguez Verónica.** Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. Revista Colombiana de Cancerología. 2015;**19(3)**:166---172.
Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-depresion-cancer-una-revision-orientada-S0123901515000438>

VI. ANEXOS:

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N°		
Edad	Años	
Genero	Masculino/femenino	
Lugar de nacimiento	Arequipa, Puno, Cuzco, Tacna, Moquegua,	
Grado de instrucción	Iletrado/Primaria/ Secundaria/ Superior	
Estado civil	Soltero/conviviente/casado separado/viudo	
Ocupación	Su casa/Estudiante/Desempleado /Jubilado/Empleado/independiente	
Tiempo de enfermedad (Fecha de diagnóstico)	Meses	
Tipo de neoplasia	Digestiva, Cutánea, Hematológica, Genitourinaria, etc	
Estadio de la neoplasia	I, II , III, IV Fase crónica	
Tratamiento recibido	Cirugía Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia Biológica	
Tratamiento psicológico o psiquiátrico previo o psicoterapia	No / Si (con psicólogo, psiquiatra, otros)	
Depresión	Puntaje en test de Zung de 20 items: Rango normal (25-49) Depresión leve (50-59) Depresión moderada (60-69) Depresión severa (70 o más)	

Anexo 2:

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que Ud. se ha sentido en los últimos años.

Por favor marque con (X) la columna adecuada	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto del sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				