

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN  
EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE  
ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017

TESIS

Presentada por:

Bach. Ramiro Alvaro Cucho Avalos

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

TACNA - PERÚ

2018

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN  
EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE  
ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

**TESIS**

Presentado por:

**BACH. RAMIRO ALVARO CUCHO AVALOS**

Para optar el Título Profesional de:

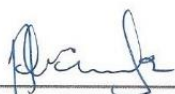
**Médico – Cirujano**

Aprobado por unanimidad ante el siguiente jurado:

  
Mgr. Mauro Máximo Robles Mejía  
Presidente

  
Med. Cristina Llosa Rodríguez  
Jurado

  
Dr. Jaime Edgar Miranda Benavente  
Jurado

  
Med. José Alberto Revilla Urquiza  
Asesor

## **DEDICATORIA**

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y sostenerme de pie cuando sentía que el camino se derrumbaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

Papá y mamá.

## **AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a mis padres que con su guía y ejemplo me enseñaron a esforzarme por lo que quería, a tener valores, tomar decisiones y a sonreír siempre.

A Dios, por sobre todo a ÉL, quien conoce a las personas que he mencionado, y porque siempre ha sido la luz que ha guiado mi camino.

## CONTENIDO

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....	5
1.2. Formulación del problema.....	10
1.3. Justificación del problema.....	10
1.4. Importancia de la investigación.....	12
1.5. Objetivos.....	13
1.5.1. Objetivo general.....	13
1.5.2. Objetivos específicos.....	13
1.6. Hipótesis.....	14

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas.....	15
--------------------------	----

2.1.1. Variables sociodemográficas y psicosociales.....	17
2.1.2. Variables biológicas.....	22
2.1.3. Personalidad y mecanismos de afrontamiento.....	25
2.2. Antecedentes de la investigación.....	28
2.2.1. Antecedentes internacionales.....	28
2.2.2. Antecedentes nacionales.....	37

### **CAPÍTULO III**

#### MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	40
3.2. Población.....	40
3.2.1. Criterios de inclusión.....	40
3.2.2. Criterios de exclusión.....	41
3.3. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	42
3.4. Procedimiento de recolección de datos.....	42
3.5. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	43
3.6. Variables.....	43
3.6.1. Variable dependiente.....	43
3.6.2. Variables independientes.....	44
3.7. Operacionalización de variables.....	45

## **CAPÍTULO IV**

4.1. Resultados.....	48
4.2. Discusión.....	88
CONCLUSIONES.....	99
RECOMENDACIONES.....	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
ANEXOS.....	108

## RESUMEN

**Introducción:** La depresión hoy en día, condiciona una alta morbilidad en la población que recibe tratamiento oncológico y además su diagnóstico es poco estimado, se requieren estrategias de diagnóstico temprano enfocados en factores de riesgo. **Objetivo:** Determinar la prevalencia y los factores asociados a depresión en pacientes en tratamiento del servicio de oncología médica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, enero a junio de 2017. **Metodología:** Se realizó un estudio de casos y controles, prospectivo. Se definió como caso a todo paciente en tratamiento en el servicio de oncología médica del HNGAI – Lima con el diagnóstico de depresión, y control a los que no presentaron esta patología. Obteniendo 179 pacientes (115 casos y 64 controles). **Resultados:** La prevalencia fue de 64,2 %. Se comportaron como factores de riesgo el ser casado o tener pareja OR = 6,22; terapia combinada OR = 4,56; tiempo de enfermedad de 4 a 6 meses OR = 3,00. **Conclusiones:** La prevalencia fue superior a la esperada. Los factores que demostraron ser de riesgo fueron el ser casado/tener pareja, recibir terapia combinada y el tiempo de enfermedad de 4 a 6 meses. **Palabras clave:** Prevalencia, depresión, factores de riesgo, factores protectores, tratamiento oncológico.

## SUMMARY

**Introduction:** Depression today, conditions a high morbidity in the population receiving cancer treatment and also its diagnosis is poorly estimated, early diagnosis strategies focused on risk factors are required.

**Objective:** To determine the prevalence and factors associated with depression in patients undergoing treatment by the medical oncology service at the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital, January to June 2017.

**Methodology:** A prospective case-control study was conducted. It was defined as a case to all patients under treatment in the medical oncology service of the HNGAI - Lima with the diagnosis of depression, and control to those who did not present this pathology.

Obtaining 179 patients (115 cases and 64 controls).

**Results:** The prevalence was 64,2%. Behavior as risk factors being married or having a partner OR = 6,22; combined therapy OR = 4,56; sick time from 4 to 6

months OR = 3,00.

**Conclusions:** The prevalence was higher than expected. The factors that proved to be risky were being married / having a partner, receiving combination therapy and the time of illness from 4 to 6 months.

**Keyword:** Prevalence, depression, risk factors, protective factors, oncological treatment.

## INTRODUCCIÓN

En el Perú, el cáncer ha cobrado importancia como problema de salud pública, no solo por la cantidad de casos en aumento, sino por el daño físico y emocional que ocasiona en hombres, mujeres y sus familias. De esta manera se ha convertido en la segunda causa de muerte registrada en nuestro país <sup>1</sup>. Una reacción ante la enfermedad, como acontecimiento estresante que generalmente es de naturaleza psicosocial, es la depresión situacional que se puede distinguir dándole una atención cuidadosa a la dinámica de su progresión <sup>2</sup>.

El término depresión hace referencia a un trastorno del estado de ánimo. La depresión, parece ser el resultado de una combinación de factores genéticos, bioquímicos, y psicológicos y a menudo coexiste con otras condiciones médicas como afecciones cardíacas, derrame cerebral, cáncer, VIH/SIDA, diabetes y la enfermedad de Parkinson. Diversos estudios han demostrado que las personas que padecen depresión, además de otras enfermedades médicas graves, tienden a presentar síntomas más profundos, tanto de la depresión como de las enfermedades médicas <sup>3</sup>.

La depresión situacional, como categoría de la depresión, es una condición más común y usualmente de corta duración, que muchas veces es causada por el duelo o por un evento emocionalmente extremo, tal como lo experimentan los pacientes que reciben un diagnóstico de cáncer. Esto les genera, al mismo tiempo, sentimientos como ansiedad ante la muerte e incertidumbre <sup>2</sup>.

Las personas que reciben el diagnóstico de cáncer experimentan distintos niveles de tensión y angustia emocional. Entre los aspectos importantes de la vida de cualquier persona con cáncer, se encuentran los siguientes: miedo a la muerte, interrupción de planes de vida, cambios en la imagen corporal y la autoestima, cambios en su función social y su estilo de vida. Cuando las personas se enteran que tienen cáncer, reaccionan con sentimientos de incredulidad, negación o desesperación <sup>4</sup>.

Los diferentes tratamientos para el cáncer modifican transitoriamente la imagen corporal, principalmente la quimioterapia, procedimientos que emplean medicamentos que interfieren en la división y proliferación de células anormales, evitando la diseminación del cáncer. Se puede administrar de diferentes formas ya sea endovenosa, intratecal, oral, intradérmica y en asociación con la radioterapia. En esta última el

paciente es sometido a radiaciones de alta intensidad a través de rayos X con la finalidad de destruir células cancerosas y reducir el tamaño de los tumores en el cuerpo del paciente. En algunos pacientes la quimioterapia también puede causar confusión temporal y depresión ya que la imagen corporal y la sexualidad están entre las preocupaciones más importantes de los adolescentes y adultos jóvenes <sup>5</sup>.

Por otro lado, la enfermedad y la hospitalización son consideradas dos circunstancias de la vida que significan una fuerte carga de ansiedad y estrés, por los cambios que implican. Existen factores psicosociales que influyen en las respuestas de las personas ante la enfermedad y hospitalización dentro de los cuales podemos mencionar los siguientes: factores personales: tiene que ver con la edad, el sexo, lugar de procedencia, grado de instrucción, ocupación; factores socioculturales: incluye el significado social que tenga la enfermedad y creencias sobre ella, respuesta de la familia; factores relacionados con la hospitalización: Incluye la organización del centro, las condiciones asistenciales y terapéuticas, la sala, la atención del equipo de salud, preparación psicológica del paciente; factores relacionados con la enfermedad: incluye el tipo de enfermedad, el pronóstico, las secuelas, la imagen corporal y las medidas terapéuticas <sup>7</sup>.

Por lo expuesto anteriormente se puede decir que la depresión en un paciente oncológico es una emoción frecuente; puesto que el cáncer es una enfermedad que involucra sufrimiento y muchas veces una muerte dolorosa. Los mecanismos fisiopatológicos que provocan la depresión alteran la respuesta del sistema inmune disminuyendo su eficiencia y, de esta manera, hacen que el paciente sea más vulnerable a la enfermedad. A esto se suma el tratamiento con corticoides, que es de uso frecuente en pacientes con cáncer, lo que también se ha asociado con la depresión y trastornos de ansiedad por los cambios corporales que ocasiona. Igualmente podemos mencionar los efectos secundarios del tratamiento al que son sometidos los pacientes; estos producen cambios transitorios o, a veces, definitivos en su imagen corporal.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

La enfermedad oncológica supone en cualquiera de sus estadios un desafío al equilibrio biopsicosocial de la persona que lo sufre y al conjunto de su red de relaciones significativas. Tanto el paciente como sus allegados afrontan unos niveles de estrés que aumentan su vulnerabilidad ante los trastornos emocionales <sup>8</sup>.

Se define la depresión como un trastorno del afecto caracterizado por estados de ánimo de abatimiento y tristeza; afectando el cumplimiento terapéutico, habilidades de auto-cuidado, deterioro de la calidad de vida y mayor sintomatología <sup>9</sup>.

Durante el proceso oncológico principalmente en el periodo de tratamiento, la presencia de depresión constituye una constante en la vida del paciente con cáncer. La depresión es una complicación muy frecuente en pacientes con cáncer y sin embargo poco

reconocida y tratada. Esto se debe en parte a la dificultad para realizar un diagnóstico diferencial.

No existe una línea clara que diferencie el desánimo y la angustia “normal” de sus formas patológicas. Este problema se presenta tanto en la práctica clínica como en las herramientas de medición empleadas habitualmente en investigación <sup>8</sup>. Según DSM V, se denomina Trastorno Adaptativo al conjunto de síntomas emocionales y/o conductuales observados como reacción a un evento estresor vivenciado como importante por parte del que manifiesta los síntomas. El cuadro suele iniciarse asociado temporalmente con el evento gatillante (una o dos semanas después) y su permanencia en el tiempo depende frecuentemente de la persistencia del estresor. Los síntomas normalmente no duran más de 6 meses <sup>10</sup>.

En un estudio multicéntrico, Derogatis et al., EEUU (1987) establecían en los años 80 que el 47% de los pacientes oncológicos presentaban síntomas suficientes como para ser diagnosticados de algún trastorno psiquiátrico. Desde entonces, a nivel internacional, muchos otros trabajos se han orientado hacia la detección de tales trastornos. En dicho estudio el 68 % de los diagnósticos psiquiátricos

consistieron en trastornos adaptativos, y el 13 % trastornos principales afectivos (principalmente depresión). Los diagnósticos restantes fueron: trastornos orgánicos mentales (el 8 %), trastornos de personalidad (el 7 %), y trastornos de ansiedad (el 4 %) <sup>11</sup>.

Para la década anterior, Fossa et al., EEUU (2003) determinó en un grupo de pacientes con cáncer de colon en seguimiento señalan que los niveles de depresión aumentan conforme aumenta la edad del grupo.

Dahl et al., EEUU (2005) en un grupo de pacientes con tratamiento intrahospitalario, concluye que 19% presentaron ansiedad y 10% depresión de acuerdo al HADS (Escala de ansiedad y depresión hospitalaria), comparados con la población normal, esto nos indica que estos problemas de salud mental son mayores que en población normal y que merecen atención psico-oncológica. Así también, determinó que la prevalencia de depresión durante el tratamiento intrahospitalario en pacientes con cualquier cáncer se reportó entre 14,6 a 27% <sup>9</sup>.

En otro estudio más reciente, según Miovic, Alemania (2009), realizado con el fin de valorar las tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos, se recopilan datos de una selección de estudios recientes bien diseñados. Los autores encuentran que aproximadamente el 50 % de pacientes con el cáncer avanzado cumple criterios para un trastorno psiquiátrico, el más común es el de trastorno adaptativo (11% - 35 %) y depresivo (5% - 26 %) <sup>11</sup>.

Osmánska, Borkowska y Makarewicz, Alemania (2010) evaluaron 111 pacientes, 57 en quimioterapia y 54 en periodo de seguimiento. Empleando el Inventario de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS), identificaron un 40% en tratamiento con ansiedad y 18,5% en seguimiento con ansiedad, en relación a la depresión 14,6% presente en tratamiento y 9,3% en seguimiento, dando importancia al mayor número de casos de depresión en pacientes en tratamiento <sup>12</sup>.

A nivel nacional, Rincón Huamán (2008) entrevistó a 256 pacientes geriátricos oncológicos en el Hospital Guillermo Almenara. Aquellos con una puntuación igual o mayor de 14 en la Escala de Ansiedad y

Depresión Hospitalaria (HADS) se les administro la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I (SCID-I) del Manual Diagnostico y Estadística de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV), con el fin de determinar la prevalencia de trastornos mentales en la muestra estudiada. Resultados: Un 24% de los pacientes geriátricos con cáncer presentaba criterios de trastorno mental. En el análisis multivariante los predictores de presencia de trastorno mental fueron: haber recibido radioterapia, estar en tratamiento psicofarmacológico y la presencia de dolor <sup>13</sup>.

Otro estudio, Cabrera Gutiérrez (2010) que habla sobre la calidad de vida en paciente oncológico, se estudió a través de métodos cualitativos 4 esferas, entre las cuales la salud mental estaba incluida. Se entrevistó 51 pacientes por medio de entrevista directa usando el HADS. Resultados: un 47,1% de los pacientes oncológicos tenía algún trastorno mental, dentro de los cuales el 54,2 % sufrían de depresión en algún grado <sup>15</sup>.

A nivel local, no hay estudios que asocien la comorbilidad Depresión - Cáncer por parte de ambas casas de estudios universitarios, más se ha encontrado estudios dirigidos a ambas patologías por

separado. Es importante mencionar que hay estudios que si hablan sobre otros comorbilidad importante o relacionadas, donde la depresión es una de ellas, como menciona Salas Pardo (2014), que nos menciona la depresión en los pacientes de la unidad de Hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión ESSALUD de Tacna, donde se entrevistó a 72 pacientes durante el segundo trimestre del 2010, utilizando la HADS y el test de Hamilton. Resultados: el 80,5% sufrían algún grado de depresión <sup>14</sup>.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la prevalencia y cuáles son los factores asociados a depresión en pacientes en tratamiento del servicio de oncología médica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, enero a junio de 2017?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

La depresión disminuye la capacidad individual para afrontar la enfermedad, y está asociada con un incremento en la severidad de los síntomas médicos y prolongando el tiempo de hospitalización,

perjudicando en el funcionamiento social y profesional. Todo esto además incrementa los gastos de la enfermedad médica. La depresión también compromete el cuidado físico de la persona con cáncer, disminuyendo la adherencia al tratamiento, e incluso estar implicada en el rechazo de la quimioterapia y/o radioterapia, incrementando el riesgo de mortalidad <sup>16</sup>.

Frente a este panorama preocupante, dibujado por la depresión cuando aparece en el contexto de la enfermedad oncológica, también hay que recordar que una observación que se repite es que la mayoría de los pacientes diagnosticados de cáncer, tras un periodo de negociación con la enfermedad, conseguirán un adecuado nivel de adaptación a la nueva situación. Frente a ello, también se observa que un número significativo de pacientes mantendrán un nivel de malestar o de sufrimiento personal suficientemente intenso como para requerir tratamiento, no solo durante la fase activa del tratamiento, sino también al concluir el mismo, y durante la evolución de la enfermedad <sup>11</sup>

#### **1.4. IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN**

Los trastornos depresivos se presentan con frecuencia como una patología comórbida con el cáncer y se asocian con peor pronóstico y aumento de la morbilidad. Solo el hecho de recibir un diagnóstico de cáncer y enfrentar el potencial declinar físico, el dolor o terapias invasivas produce un aumento en el uso de los servicios médicos.

Por otra parte, se reconoce que el tratamiento de la depresión tiene un impacto positivo sobre la calidad de vida de la persona y de su familia y sobre su capacidad para persistir y tolerar tratamientos y, por tanto puede influir indirectamente el curso de su enfermedad <sup>8</sup>.

Es por esto que se espera que mediante la detección y diagnóstico precoz de la depresión en pacientes con cáncer o en tratamiento para este mal se pueda conseguir que disminuya la tasa de mortalidad en dichos casos. Además se espera que la actitud del personal de salud cambie para el bien del paciente, anteponiendo que la depresión no es consecuencia del tratamiento, sino que es una comorbilidad que mella demasiado en la salud y mejoramiento del paciente.

## **1.5. OBJETIVOS**

### **1.5.1. General:**

- Determinar la prevalencia y los factores asociados a depresión en pacientes en tratamiento del servicio de oncología médica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, enero a junio de 2017

### **1.5.2. Específicos:**

- Determinar los factores oncológicos asociados a depresión en pacientes en tratamiento del servicio de oncología médica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, enero a junio de 2017
- Determinar los factores terapéuticos asociados a depresión en pacientes en tratamiento del servicio de oncología médica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, enero a junio de 2017

- Determinar los factores sociodemográficos asociados a depresión en pacientes en tratamiento del servicio de oncología médica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, enero a junio de 2017
  
- Determinar los factores emocionales asociados a depresión en pacientes en tratamiento del servicio de oncología médica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, enero a junio de 2017

## **1.6. HIPÓTESIS**

La prevalencia de depresión es el doble de la esperada y los factores oncológicos, terapéuticos, sociodemográficos y emocionales están asociados al desarrollo de depresión en pacientes en tratamiento del servicio de oncología médica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, enero a junio de 2017.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. BASES TEÓRICAS**

La depresión es una complicación muy frecuente en pacientes con cáncer y sin embargo poco reconocida y tratada. Esto se debe en parte a la dificultad para realizar un diagnóstico diferencial <sup>17</sup>. Determinar si un paciente oncológico está deprimido se ha definido como uno de los problemas más difíciles de identificar en salud mental. Se han señalado varios factores que condicionan esta dificultad:

- Los síntomas somáticos asociados a la depresión se solapan con los producidos por el propio tumor o los efectos adversos de los tratamientos administrados. Por ejemplo; el decaimiento, la debilidad, la incapacidad para realizar actividades o la tendencia al encamamiento pueden atribuirse a la quimioterapia, cuando en algunos pacientes son la expresión del malestar emocional.

- El equipo médico puede considerar la sintomatología depresiva como una respuesta esperable en esas circunstancias y por tanto, normales o inevitables.
- No existe una línea clara que diferencie el desánimo y la angustia “normal” de sus formas patológicas. Este problema se presenta tanto en la práctica clínica como en las herramientas de medición empleadas habitualmente en investigación. La definición del trastorno adaptativo según el manual diagnóstico y estadístico de la asociación americana psiquiátrica de trastornos mentales, (DSM-V) según el cual los síntomas emocionales o comportamentales se expresan clínicamente con un malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante identificable, se ha considerado demasiado vaga en el campo de la oncología <sup>12</sup>.

Se han señalado como responsables de esta elevada variabilidad factores como la falta de estandarización en diversos términos como de edad y género de la población estudiada, la etapa, el tipo o la localización del cáncer, así como otros factores que valoren su severidad, el tamaño de la muestra, los instrumentos de evaluación,

puntos de corte, tipo de medida y criterios diagnósticos empleados  
18,19.

También se ha señalado que las diferencias de prevalencia pueden variar en función de la evaluación de la ansiedad y la depresión como un único síntoma, un acercamiento multisintomático, o un acercamiento de síndrome clínico <sup>12</sup>.

### **2.1.1. Variables sociodemográficas y psicosociales**

Numerosos artículos han incidido en la importancia de diversas variables que tienen una función mediadora en el desarrollo de trastornos depresivos en pacientes con enfermedad oncológica. Se ha estudiado factores como el tipo de cáncer, la edad, el sexo, la definición que se da a la depresión, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, el control del dolor, las dificultades socioeconómicas, la clase socio-económica, el nivel de afectación física, la duración de la hospitalización o la relación con los factores neurofisiológicos derivados de los tratamientos o del propio proceso tumoral <sup>20</sup>.

El mal control del dolor se ha señalado como un factor de riesgo estrechamente ligado a la depresión. Esta asociación es bidireccional, ya que la depresión también hace que se amplíe la experiencia subjetiva de dolor. El dolor disminuye la calidad de vida y la sensación de control del paciente, haciendo que se sienta más vulnerable y menos receptivo a la ayuda que le puedan ofrecer su familia y amigos. Con frecuencia los síntomas depresivos disminuyen cuando se controla el dolor <sup>15</sup>.

La ruptura con la rutina que condiciona el cáncer también se ha relacionado con la depresión.

Acudir al lugar de trabajo hace que muchos enfermos con cáncer mantengan el sentido de normalidad y de control. Otros factores de riesgo son el abuso de alcohol u otros tóxicos, el estadio avanzado del cáncer, un pronóstico más grave, un nivel alto de discapacidad física, ser viudo o soltero, tener creencias irracionales o pensamiento mágico en relación con el cáncer, falta de respaldo social y falta de

franqueza para discutir sobre temas o problemas relacionados con el cáncer con la familia.

Personas con historia de depresión personal o familiar, así como intentos de suicidio previos tienen un riesgo mayor de desarrollar depresión tras el diagnóstico. Por otra parte, la depresión suele aparecer en determinados momentos en los que los pacientes son especialmente vulnerables: después del diagnóstico, en las recaídas y en el contexto del fracaso terapéutico o estadio terminal <sup>21</sup>.

Teniendo en cuenta las variaciones del ánimo en función del tiempo, se ha tratado de describir la evolución de los aspectos psíquicos de los pacientes que se enfrentan al cáncer. El clásico e influyente modelo basado en el paso de etapas de Elizabeth Kubler-Ross, identifica cinco etapas de adaptación en que nos podemos encontrar a los pacientes en su tarea de aceptación de la enfermedad:

- a. Negación: El paciente no está preparado para enfrentarse a la pérdida de su buena salud y niega su enfermedad. La

negación permite amortiguar transitoriamente el dolor en un primer momento. En ocasiones la negación toma forma de desafío.

b. Ira: el individuo reconoce que la negación no puede continuar. Puede proyectar resentimiento hacia cualquier individuo que simbolice vida o energía. Se enfada con todo y con todos. La ira puede dificultar su cuidado, el apoyo de la familia y el tratamiento médico.

c. Negociación: Aparece la fantasía de que el individuo es capaz de posponer o retrasar la muerte. Hace un último intento de llegar a un compromiso con la enfermedad.

d. Depresión: Se empieza a entender la seguridad de la muerte. No encuentra una explicación ni un sentido a lo que le está pasando ni al futuro. Llora y se aísla. Este proceso permite a la persona moribunda desconectarse de todo sentimiento de amor y cariño.

e. Aceptación: Se acepta la enfermedad como parte de la narrativa de uno. No tiene por qué ser una etapa feliz, pero permite dejar la pelea y ampliar la narrativa con respecto a si mismo y a los demás <sup>12</sup>.

Los modelos en etapas han sido posteriormente cuestionados, ya que no hay evidencia de que todas las personas experimenten determinadas etapas o que se dé un patrón de movimiento secuencial de una etapa a otra. Desde la experiencia clínica, lo más frecuente es que no todos los pacientes pasen necesariamente por todas las fases, ni en un orden estipulado para adaptarse a la enfermedad.

Actualmente se prefiere un modelo más flexible, basado en tareas que no implica ningún orden o secuencia, en el que el paciente juega un papel más activo <sup>16</sup>.

### **2.1.2. Variables biológicas**

Se han relacionado con la depresión variables biológicas derivadas del proceso tumoral o de los efectos adversos derivados del tratamiento.

Los cambios neurofisiológicos producidos por el proceso morboso incluyen alteraciones metabólicas como la hipercalcemia (se presenta con frecuencia en cáncer de pulmón, mama y con afectación ósea) o los desequilibrios en las concentraciones de sodio, potasio, y glucosa, anemia y déficit de vitamina D y ácido fólico que se asocian a cuadros depresivos.

Se han señalado las alteraciones endocrinas como factores que influyen en el desarrollo de trastornos mentales: la ansiedad y la depresión se relacionan principalmente con alteraciones en la secreción de hormonas tiroideas y adrenales. Por ejemplo, los cánceres de mama y ovario pueden alterar el ritmo circadiano de secreción de cortisol e incrementar sus niveles basales de manera similar a la que

se observa en la depresión, y el hecho de que el cáncer de páncreas sea el que con más frecuencia curse con depresión, podría guardar relación con el síndrome para neoplásico que le acompaña.

Prácticamente todos los tratamientos que se administran a los pacientes oncológicos pueden producir depresión o síntomas similares. La inmunoterapia, empleada en el tratamiento de pacientes con leucemia, melanoma y sarcoma de Kaposi emplea citoquinas como la IL-2 y el TNF- $\alpha$ , que tienen como objetivo estimular las defensas frente al tumor, son agentes implicados en el desarrollo de depresión.

Sustancias empleadas en la quimioterapia como los corticosteroides, procarbazona, L-asparaginasa, interferon- $\alpha$ , interleucina-2 o anfotericina-B también se han asociado a la depresión <sup>15,18</sup>.

La relación de la radioterapia con la ansiedad o la depresión es más controvertida y diferentes estudios aportan datos

contradictorios, si bien parece que la radiación cerebral puede causar depresión.

Las intervenciones quirúrgicas oncológicas aumentan la incidencia de depresión por el impacto psicológico (sentimientos de incertidumbre, secuelas ocasionalmente mutilantes) y por factores fisiológicos (la cirugía invasiva es responsable de un aumento de IL-6 y proteína C reactiva, que podrían jugar algún papel en el desarrollo de cuadros depresivos).

En los últimos años ha aumentado el interés sobre el papel que juegan las citoquinas en el desarrollo de cuadros psiquiátricos en pacientes oncológicos, tanto los empleados en la inmunoterapia (IL-2, TNF-a) como los que se liberan durante la lesión y destrucción tisular (IL-1, IL6 y TNF-a) <sup>19</sup>.

Las citoquinas alteran el metabolismo de las aminas, incluidas la norepinefrina, serotonina y dopamina, todas ellas implicadas en los trastornos del ánimo. Por otro lado, potencian la acción del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal

mediante la activación de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) con los consecuentes efectos sobre la actividad, el apetito y el sueño. Los glucocorticoides, inducen resistencia en los tejidos nervioso, endocrino e inmune y producen de esta forma síntomas depresivos.

### **2.1.3. Personalidad y mecanismos de afrontamiento**

Existen estudios que sin negar la importancia de las variables sociodemográficas y neurobiológicas, encuentran que los factores que más relación tiene con los niveles de estrés o sufrimiento emocional, son las características psicológicas de la persona que las padece, y las estrategias de afrontamiento empleadas incluso por encima de la malignidad o benignidad del proceso tumoral.

El nivel de equilibrio psicológico previo, la fase de la vida que atraviesa el paciente, los factores culturales y religiosos, el soporte emocional social y familiar, la propia personalidad del paciente y su estilo de vida, sus experiencias anteriores con el cáncer o las pérdidas significativas a lo largo de su

vida han sido relacionados con el desarrollo de depresión. A pesar de esto, la influencia de la personalidad sobre los mecanismos de afrontamiento al final de la vida no ha sido estudiada en profundidad <sup>12</sup>.

Existen múltiples modelos que entienden y desarrollan el concepto de personalidad desde distintos ángulos. Esta heterogeneidad tiene su reflejo en los estudios que tratan de relacionar cáncer y personalidad con depresión; Carver y cols. destacan en varios trabajos el papel de la personalidad “optimista” ante el cáncer, entendiendo esta como la capacidad de esforzarse por alcanzar las metas deseadas. Garsen y cols. Encuentran que las personas negadoras y minimizadoras tienen mejores respuestas ante el cáncer frente a las represivas y negativas. Lehto y cols. concluyen que la “anulación de fuga” es el mecanismo que más se relaciona con el estrés o sufrimiento emocional, y se ha descrito la falta de expresión del malestar como la característica de personalidad más relevante para predecir el desarrollo de depresión <sup>17</sup>.

Otros trabajos señalan como factores protectores para el desarrollo de depresión un locus de control interno sobre la enfermedad, un nivel bajo de neuroticismo, cierto grado de dependencia, buenas habilidades interpersonales, capacidad de olvidarse de uno mismo y desarrollo del plano espiritual. También se ha estudiado el papel positivo de aquellas personas que tienden a contar con el apoyo social y familiar y especialmente la comunicación familiar.

Para algunos autores, la personalidad no ayuda por si misma a sobrellevar el cáncer, pero si influye en los tipos de mecanismos de afrontamiento que se van a poner en marcha y en la forma de hacerlo. Estos mecanismos suponen un proceso que no debe ser conceptualizado a priori como adaptativo o desadaptativo, ya que dependen de un contexto (un determinado mecanismo de afrontamiento podría ser útil ante una situación determinada y desadaptativo en otra) y de la persona que lo emplee (dependiendo de sus características, un mismo mecanismo podría tener un grado de eficacia diferente) <sup>12</sup>.

Queda por determinar en qué medida estos resultados de interacción entre variables de personalidad y mecanismos de afrontamiento expresan facetas del mundo de creencias y de asunciones de la persona. Enfrentar la enfermedad obliga a quien la padece y a su mundo de relaciones significativas, a hacer continuos esfuerzos adaptativos en su mundo de asunciones sobre el mismo, sobre la realidad exterior y sobre las personas del entorno <sup>11</sup>.

## **2.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.2.1. Antecedentes internacionales**

En 1983, Derogatis et al, en un estudio multicéntrico, que se ha convertido en un clásico, con una muestra de 215 pacientes oncológicos se encontró que el 53% presentaba buena adaptación al diagnóstico de cáncer mientras que el 47%, presentaba algún tipo de trastorno psiquiátrico según criterios DSM-III <sup>8</sup>.

La mayoría de estos pacientes tenían trastorno adaptativo o depresión mayor, el 32% se diagnosticó un trastorno adaptativo con ansiedad o estado de ánimo deprimido, 6% trastorno depresivo mayor y 4 % trastorno mental orgánico. Entre los que presentaban alguna sintomatología psiquiátrica los diagnósticos se distribuyeron de la siguiente forma: Trastornos Adaptativos: 68%, trastorno Afectivo Mayor (depresión): 13%, trastornos de ansiedad: 4%, trastornos de personalidad: 7%.

Fossa et al. (2003) en un grupo de pacientes con CT en seguimiento señalan que los niveles de depresión aumentan conforme aumenta la edad del grupo, en relación a la ansiedad es un problema mayor en sobrevivientes de CT que la depresión, especialmente entre el grupo más joven.

Dahl et al. (2005) en un grupo de pacientes de CT concluye que 19% presentaron ansiedad y 10% depresión de acuerdo al HADS, comparados con la población normal, esto nos indica que estos problemas de salud mental son mayores

que en población normal y merecen atención psico-oncológica <sup>9</sup>.

En un estudio multicéntrico, Derogatis y sus colaboradores establecían en los años 80 que el 47% de los pacientes oncológicos presentaban síntomas suficientes como para ser diagnosticados de algún trastorno psiquiátrico.

Desde entonces otros muchos trabajos se han orientado hacia la detección de tales trastornos. En dicho estudio el 68 % de los diagnósticos psiquiátricos consistieron en trastornos adaptativos, y el 13 % trastornos principales afectivos (principalmente depresión). Los diagnósticos restantes fueron: trastornos orgánicos mentales (el 8 %), trastornos de personalidad (el 7 %), y trastornos de ansiedad (el 4 %).

Miovic, en otro estudio más reciente (2009) realizado con el fin de valorar las tasas de prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos, se recopilan datos de una selección de estudios recientes bien diseñados. Los

autores encuentran que aproximadamente el 50 % de pacientes con el cáncer avanzado cumple criterios para un trastorno psiquiátrico, el más común es el de trastorno adaptativo (11% - 35%) y depresivo (5% - 26%) <sup>12</sup>.

En el medio español, Gil Moncayo (2010) entrevistó a 400 pacientes oncológicos ambulatorios. A aquellos con una puntuación igual o mayor de 14 en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) se les administró la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I (SCID-I) del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV), con el fin de determinar la prevalencia de trastornos mentales en la muestra estudiada.

Resultados: Un 24% de los pacientes con cáncer presentaba criterios de trastorno mental. En el análisis multivariante los predictores de presencia de trastorno mental fueron: haber recibido radioterapia, estar en tratamiento psicofarmacológico y la presencia de dolor.

En un estudio realizado en el Hospital de día oncológico del HU La Paz (2011), se encontró una prevalencia de 15,7% de sintomatología ansiosa y de 14,6% de sintomatología depresiva en pacientes oncológicos ambulatorios. Los cuidadores principales de estos pacientes presentaban un 36,4% de sintomatología ansiosa y un 9,2% de sintomatología depresiva.

Numerosos metanálisis documentan bien la relación entre depresión y cáncer. Sin embargo al valorar los datos, se aprecia una amplia variación en las estimaciones del predominio de ansiedad y depresión. En la mayoría de estudios internacionales, se encuentra un rango de prevalencia para la depresión en pacientes con cáncer en los límites del 1,5% al 45 %.

Estudios que analizan la variable de la edad, encuentran que los pacientes menores de 30 años o mayores de 70 años expresaron menos ansiedad que todos los otros pacientes y es más frecuente el diagnóstico de trastorno adaptativo en

los pacientes más jóvenes, frente al de trastorno depresivo mayor a partir de los 70 años.

En un estudio con 716 pacientes oncológicos, Aass (2012) encuentra que las mujeres puntuaron considerablemente más alto en el cuestionario HADS para la ansiedad que hombres. Sin embargo, el género no tenía ninguna influencia sobre la presencia de depresión aunque las diferencias relacionadas con el género en cuanto a incidencia y gravedad no han sido evaluadas adecuadamente.

La localización del cáncer también parece influir en el desarrollo de trastornos emocionales. Los cánceres localizados a nivel orofaríngeo son los que tienen la prevalencia más alta de depresión (22-57%), seguidos de los pancreáticos (33- 50%), mama (1,5-40%) y pulmón (11-44%); La prevalencia más baja se encuentra en pacientes con cáncer de colon, ginecológico y linfomas. La depresión en pacientes con cáncer aumenta en estadios terminales y cuando aparecen síntomas como la fatiga y el dolor. Se ha observado que en el cáncer que afecta a cara y cuello, la

depresión se presenta con mayor frecuencia tras la cirugía. La quimioterapia es otro elemento que puede aumentar la incidencia de malestar psicológico. Después del tratamiento quirúrgico de cáncer colorrectal, los índices de depresión y ansiedad fueron más altos en el grupo de pacientes tratados con la quimioterapia frente al grupo de control.

Se ha visto además que las ideas de suicidio aumentan en pacientes que no sienten que se estén haciendo esfuerzos para controlar su dolor. Vanhadaninia y cols. (2012) realizan un seguimiento a 167 mujeres con cáncer de mama durante 18 meses y señalan la fatiga y el dolor como los factores más relevantes para el desarrollo de síntomas depresivos.

John R y col. (2013) estudiaron las repercusiones que tiene el trabajo en el paciente oncológico deprimido. Encontraron que dejar de acudir al trabajo provoca en muchos pacientes la pérdida de parte de su identidad, lo que puede desencadenar la aparición de síntomas ansiosos depresivos.

Diversos estudios han establecido relaciones predictivas entre variables sociodemográficas y mecanismos de afrontamiento: Akechi T y cols. (2014) encontraron que la edad y el nivel educativo se relacionan con la dimensión esperanza/desesperanza, y no lo hacen con el espíritu de lucha, mientras que las características de la familia, el estado funcional y el grado de satisfacción por el apoyo de los médicos se relaciona con ambos (esperanza y espíritu de lucha) y Lehto y cols. (2014) encontraron que el mecanismo de búsqueda de apoyo social es más empleado por mujeres que por hombres y más en cáncer de mama que en melanomas.

Greer y cols. (2015) encontraron puntuaciones más altas en el estilo de afrontamiento caracterizado por “espíritu de lucha” y menores en el de “indefensión” medidos con el cuestionario MAC a los dos meses de finalizado el tratamiento, pero las diferencias no fueron significativas a los cuatro meses. Un año más tarde Moorey no encontró diferencias significativas ni en las puntuaciones de

afrontamiento al cáncer ni en las puntuaciones de ansiedad y depresión del cuestionario HADS.

Rodriguez Vega y cols. estudiaron un grupo de pacientes oncológicos que presentaron una depresión diagnosticada mediante entrevista clínica y lo compararon con otro grupo homogéneo frente al diagnóstico y variables sociodemográficas, para las dimensiones de personalidad y mecanismos de afrontamiento.

Cuando estos mecanismos están dirigidos por un espíritu de lucha activa, las dimensiones de personalidad anteriores, persistencia, auto-dirección y cooperación se podrían interpretar como protectoras de la depresión, quizás por un efecto reforzador del propio mecanismo activo de lucha.

Sin embargo, cuando los mecanismos de afrontamiento que el sujeto pone en marcha están basados en la indefensión o en el fatalismo, las mismas dimensiones de personalidad anteriores podrían actuar como factores negativos al reforzar

de nuevo ese núcleo de estrategias cognitivas y conductuales basadas en el pesimismo y la desesperanza <sup>11</sup>.

### **2.2.2. Antecedentes nacionales**

A nivel nacional, Rincón Huamán (2008) entrevistó a 256 pacientes geriátricos oncológicos en el Hospital Guillermo Almenara. Aquellos con una puntuación igual o mayor de 14 en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) se les administro la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I (SCID-I) del Manual Diagnostico y Estadística de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV), con el fin de determinar la prevalencia de trastornos mentales en la muestra estudiada. Resultados: Un 24% de los pacientes geriátricos con cáncer presentaba criterios de trastorno mental. En el análisis multivariante los predictores de presencia de trastorno mental fueron: haber recibido radioterapia, estar en tratamiento psicofarmacológico y la presencia de dolor <sup>13</sup>.

Otro estudio, Cabrera Gutiérrez (2010) que habla sobre la calidad de vida en paciente oncológico, se estudió a través de métodos cualitativos 4 esferas, entre las cuales la salud mental estaba incluida. Se entrevistó 51 pacientes por medio de entrevista directa usando el HADS. Resultados: 47,1% de los pacientes oncológicos tenía algún trastorno mental, dentro de los cuales el 54,2 % sufrían de depresión en algún grado <sup>20</sup>.

A nivel local, no hay estudios que asocien la comorbilidad Depresión - Cáncer por parte de ambas casas de estudios universitarios, más se ha encontrado estudios dirigidos a ambas patologías por separado. Es importante mencionar que hay estudios que si hablan sobre otros comorbilidad importante o relacionadas, donde la depresión es una de ellas, como menciona Salas Pardo (2014), que nos menciona la depresión en los pacientes de la unidad de Hemodiálisis del Hospital Daniel Alcides Carrión ESSALUD de Tacna, donde se entrevistó a 72 pacientes durante el segundo trimestre del 2010, utilizando la HADS y el test de

Hamilton. Resultados: el 80,5% sufrían algún grado de depresión <sup>14</sup>.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El diseño del presente estudio es prospectivo, analítico, observacional y de casos y controles que incorporo pacientes en tratamiento del servicio de oncología médica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de enero a junio de 2017

#### **3.2. POBLACIÓN**

Esta investigación se llevó a cabo en el servicio de oncología médica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, tanto para pacientes con tratamiento intrahospitalario como ambulatorio.

##### **3.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes con el diagnostico establecido de cáncer por anatomía patológica.

- Pacientes que estén recibiendo tratamiento en el servicio de oncología médica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, ya sea de forma ambulatoria como intrahospitalaria.
- Pacientes que mantengan la suficiente capacidad cognitiva para completar de forma válida los cuestionarios y escalas del estudio.
- Pacientes con edad igual o mayor a 18 años.

### **3.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes que por algún impedimento de causa física o cognitiva no puedan participar o no deseen responder los ítems del instrumento.
- Pacientes cuyo médico responsable considere que la participación cause algún perjuicio psicológico al paciente.
- Pacientes con algún tipo de cáncer, por criterio anatomopatológico, poco frecuente.

### **3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se usó un instrumento de elaboración propia, validado por expertos, que contiene ítems relacionados con los datos que se espera obtener, así como el apartado del test de HADS sobre depresión, que nos permite obtener un valor medible objetivo de depresión en los pacientes hospitalizados en el servicio de oncología médica del HNGAI, enero a junio de 2017.

Este instrumento se basa en: Diagnóstico de depresión, factores sociodemográficos, factores oncológicos, factores terapéuticos, factores emocionales.

### **3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección de la información se hará en forma personal y de primera fuente para recoger la información sobre el tema de prevalencia de depresión en paciente en tratamiento en el servicio de oncología médica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, enero a junio de 2017 y los factores asociados en dicho proceso.

### **3.5. PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos fueron almacenados en una fuente de datos, además se confeccionó una base de datos para lo cual se utilizó un paquete estadístico para su procesamiento y análisis estadístico.

Para la elaboración del informe final se trabajó en un procesador de texto. La información se presentó a través de tablas y gráficas estadísticas.

### **3.6. VARIABLES:**

#### **3.6.1. Variable dependiente:**

- **Depresión en pacientes oncológicos con tratamiento**

Diagnóstico de depresión en pacientes con tratamiento en el servicio de oncología médica en el HNGAI, enero a junio de 2017.

### 3.6.2. Variables independientes:

- **Factores oncológicos**

  - Tiempo de enfermedad

  - Tipo de cáncer

  - Estadío de cáncer

- **Factores terapéuticos**

  - Tipo de tratamiento para el cáncer

  - Ámbito de intervención para el cáncer

- **Factores sociodemográficos**

  - Edad

  - Sexo

  - Estado civil

  - Grado de instrucción

  - Ocupación

- **Factores emocionales**

  - Grado de depresión

### 3.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	VALOR
Sexo	Cualitativa	Características sexuales secundarias	- Hombre - Mujer	Nominal	1. Hombre 2. Mujer
Edad	Cuantitativa	Cantidad de años de vida	- Grupo etarios en intervalos de 10 años	De razón	1. 21 a 30 años 2. 31 a 40 años 3. 41 a 50 años 4. 51 a 60 años 5. 61 a 70 años 6. 71 a más años
Estado civil	Cualitativa	Tipo de estado civil del encuestado	- Soltero - Casado/vive en pareja - Separado/divorciado - Viudo	Nominal	1. Soltero 2. Casado/vive en pareja 3. Separado/divorciado 4. Viudo
Grado de instrucción	Cualitativa	Máximo nivel de instrucción del encuestado	- Sin estudios - Con estudios	Ordinal	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnico 5. Superior
Ocupación	Cualitativa	Situación laboral previa al diagnóstico de cáncer	- Trabaja - No trabaja/retirado	Nominal	1. Empleado 2. Desempleado

Tipo de cáncer	Cualitativa	Aparato o sistema que desarrolla el proceso neoplásico	- Dependiente de su localización topográfica	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ca de colon</li> <li>2. Ca de estómago</li> <li>3. Ca de cérvix</li> <li>4. Ca de mama</li> <li>5. Ca de próstata</li> <li>6. Ca de pulmón</li> <li>7. Linfoma</li> </ol>
Estadio de cáncer	Cualitativa	Estadio clínico y/o anatomopatológico del proceso neoplásico	- Dependiente de criterios acorde para cada tipo de neoplasia	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estadio I</li> <li>2. Estadio II</li> <li>3. Estadio III</li> <li>4. Estadio IV</li> </ol>
Ámbito de intervención para el cáncer	Cualitativa	Ámbito en el que se procede a dar tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes con tratamiento ambulatorio</li> <li>- Paciente con tratamiento intrahospitalario</li> </ul>	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambulatorio</li> <li>2. Intrahospitalario</li> </ol>
Tipo de tratamiento para el cáncer	Cualitativa	Forma en la que se procede a dar tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quimioterapia</li> <li>- Radioterapia</li> <li>- Hormonoterapia</li> <li>- Combinada</li> </ul>	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quimioterapia</li> <li>2. Radioterapia</li> <li>3. Hormonoterapia</li> <li>4. Combinada</li> </ol>
Diagnóstico de depresión	Cualitativa	Casos diagnosticados de cáncer, con diagnóstico según criterios de instrumento a utilizar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paciente oncológico con depresión</li> <li>- Paciente oncológico sin depresión</li> </ul>	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Si</li> <li>2. No</li> </ol>

Grado de depresión	Cualitativa	Nivel de depresión establecido por medio de herramienta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sin depresión</li> <li>- Depresión leve</li> <li>- Depresión moderada</li> <li>- Depresión severa</li> </ul>	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sin depresión</li> <li>2. Depresión leve</li> <li>3. Depresión moderada</li> <li>4. Depresión mayor</li> </ol>
--------------------	-------------	---	---	---------	--

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1 RESULTADOS**

En el servicio de oncología médica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, durante los meses de enero a junio de 2017, hubo 286 pacientes que vinieron a sus instalaciones para recibir tratamiento por alguna patología oncológica, de los cuales 179 pacientes decidieron participar en nuestra investigación.

Luego de aplicar la ficha utilizada para la recolección de datos (ver anexos), se obtuvieron los siguientes resultados:

## TABLA N°1

### PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, ENERO A JUNIO DE 2017

	<b>N</b>	<b>%</b>
Con depresión	115	64,20
Sin depresión	64	35,80
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

De los 179 paciente encuestados que recibían tratamiento en el servicio de oncología médica del HNGAI en el periodo de enero a junio de 2017; el 64,2% (n=115) de los pacientes cumplía criterios de diagnóstico de depresión asociado a su patología oncológica, los mismos que oscilan entre los diversos grados (leve, moderado, mayor).

## TABLA N°2

**GRADO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

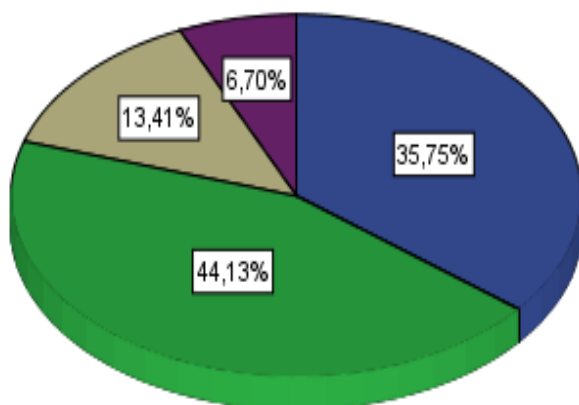
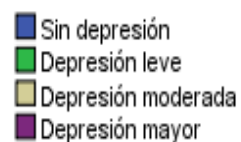
	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin depresión	64	35,80
Depresión leve	79	44,10
Depresión moderada	24	13,40
Depresión mayor	12	6,70
<b>Total</b>	<b>179</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

En términos generales la mayoría de la población presenta algún grado de depresión (n=115; 64,2%); sin depresión se encuentra el 35,8% del total de la población (n = 64). De la población que tiene depresión hay más casos de depresión leve, representando el 44,1% del total de la población (n=79). Siendo menos los casos de depresión moderada y mayor, con un 13,4% y 6,7%; respectivamente.

## GRÁFICO N°1

**GRADO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**



FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

**TABLA N°3**

**SEXO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE  
ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

		<b>Casos</b>		<b>Controles</b>		<b>TOTAL</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sexo	Hombre	54	46,96	28	43,75	82	45,81
	Mujer	61	53,04	36	56,25	97	54,19
<b>TOTAL</b>		<b>115</b>	<b>100,00</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>	<b>179</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

Prueba Chi cuadrado:  $X^2 = 0,170$ ; G.L. = 1; p-valor =  $0,680 > 0,05$

Como podemos ver en esta tabla de la distribución de los casos y controles según el sexo, apreciamos que en el grupo de casos el sexo es homogéneo ya que la proporción es casi la misma. De igual forma se puede ver en el grupo de controles no varía mucho la diferencia.

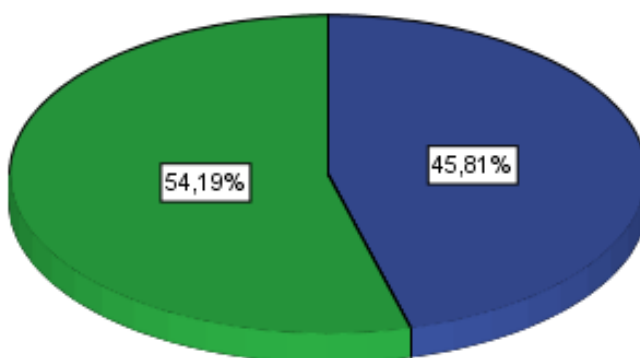
Lo que si llama la atención es que el grupo de hombres con depresión corresponden aproximadamente su valor a 2 veces del grupo de hombres sin depresión.

Asimismo, se determinó si el género cumplía un rol influyente en la aparición de patología depresiva en los pacientes con tratamiento oncológico. Viéndose que había una significancia de 0,680; lo cual determinaba que no hay diferencias estadísticamente significativas, lo que nos revela que el sexo del paciente con tratamiento en el servicio de oncología médica no influye en una mayor o menor posibilidad de presentar depresión.

## GRÁFICO N°2

**SEXO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE  
ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

■ Hombre  
■ Mujer



FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

**TABLA N°4**

**GRUPO ETARIO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL  
NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

		Casos		Controles		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
Edad	21 a 30 años	4	3,48	1	1,56	5	2,79
	31 a 40 años	21	18,26	9	14,06	30	16,76
	41 a 50 años	4	3,48	7	10,94	11	6,15
	51 a 60 años	48	41,74	15	23,44	63	35,20
	61 a 70 años	20	17,39	18	28,13	38	21,23
	71 a más años	18	15,65	14	21,88	32	17,88
<b>TOTAL</b>		<b>115</b>	<b>100,00</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>	<b>179</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

Prueba Chi cuadrado:  $X^2 = 11,73$ ; G.L. = 5; p-valor = 0,039 < 0,05

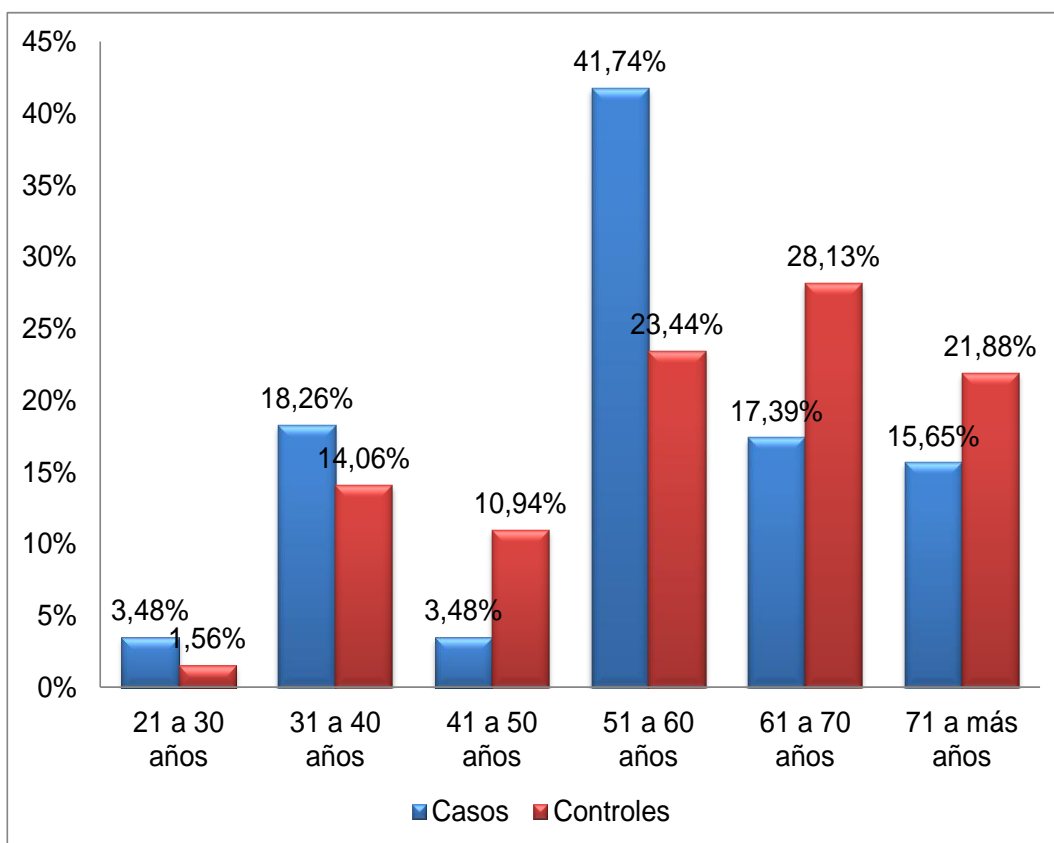
EDAD	N	MINIMO	MAXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA
<b>Casos</b>	115	26	83	56,79	13,90
<b>Controles</b>	64	28	81	55,91	13,72
<b>Total</b>	179	26	83	56,48	13,77

Como podemos observar, en ambos grupos, el grupo etario predominante es el de 51 a 60 años sobre todo en el grupo de los casos, además se observa que existe un mayor número de población que representa este grupo etario en los casos que en los controles. La edad mínima registrada fue de 26 años y la máxima de 83 años, con una media de 56,48 años y una desviación típica de 13,77 años, cabe resaltar que en el grupo etario de 21 a 30 años, el grupo de los casos tiene un valor de 4 veces al de los controles.

Asimismo, se determinó si la edad cumplía un rol influyente en la aparición de patología depresiva en los pacientes con tratamiento oncológico. Viéndose que había una significancia de menor a 0,05; lo cual determinaba que hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al grupo etáreo que se pertenece. Ya que mientras mayor es la edad, mayor posibilidad de presentar depresión asociada a la patología depresiva.

### GRÁFICO N°3

**GRUPO ETARIO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL  
NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**



FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

**TABLA N°5**

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL  
NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

		<b>Casos</b>		<b>Controles</b>		<b>TOTAL</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Estado civil	Soltero	9	7,83	14	21,88	23	12,85
	Casado/vive en pareja	76	66,09	24	37,50	100	55,87
	Separado/divorciado	10	8,70	21	32,81	31	17,32
	Viudo	20	17,39	5	7,81	25	13,97
<b>TOTAL</b>		<b>115</b>	<b>100,00</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>	<b>179</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

Prueba Chi cuadrado:  $X^2 = 28,84$ ; G.L. = 3; p-valor =  $0,00 < 0,05$

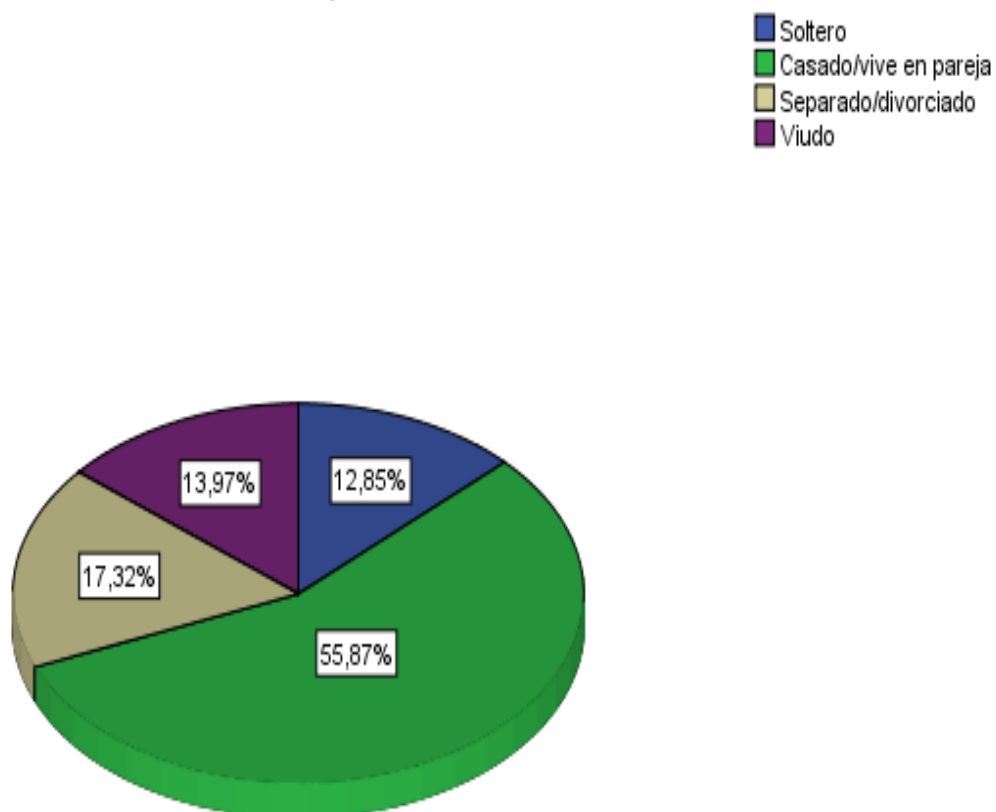
En lo que compete a estado civil, la variable que corresponde a casado o vive en pareja es la que ocupa en ambos grupos el mayor porcentaje, otro punto que resalta es que en el grupo de casos casi 2/3 del total corresponde a casados o personas que viven en pareja, siendo una

distribución diferente al grupo de controles, donde se aprecia una distribución más homogénea.

Asimismo, se determinó si el estado civil cumplía un rol influyente en la aparición de patología depresiva en los pacientes con tratamiento oncológico. Viéndose que había una significancia de menor a 0,05; lo cual determinaba que hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al estado civil que se pertenece. Ya que los pacientes que viven acompañados, con alguna pareja o en quienes han tenido una relación armoniosa que terminó por el fallecimiento de alguno de ellos; hay mayor posibilidad de tener depresión mientras curse con algún tipo de cáncer

#### GRÁFICO N°4

**ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL  
NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**



FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

**TABLA N°6**

**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO  
DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL  
NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

		<b>Casos</b>		<b>Controles</b>		<b>TOTAL</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Grado de instrucción	Analfabeto	1	0,87	0	0,00	1	0,56
	Primaria	3	2,61	8	12,50	11	6,15
	Secundaria	51	44,35	25	39,06	76	42,46
	Técnico	18	15,65	7	10,94	25	13,97
	Superior	42	36,52	24	37,50	66	36,87
<b>TOTAL</b>		<b>115</b>	<b>100,00</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>	<b>179</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

Prueba Chi cuadrado:  $X^2 = 8,038$ ; G.L. = 4; p-valor = 0,90 > 0,05

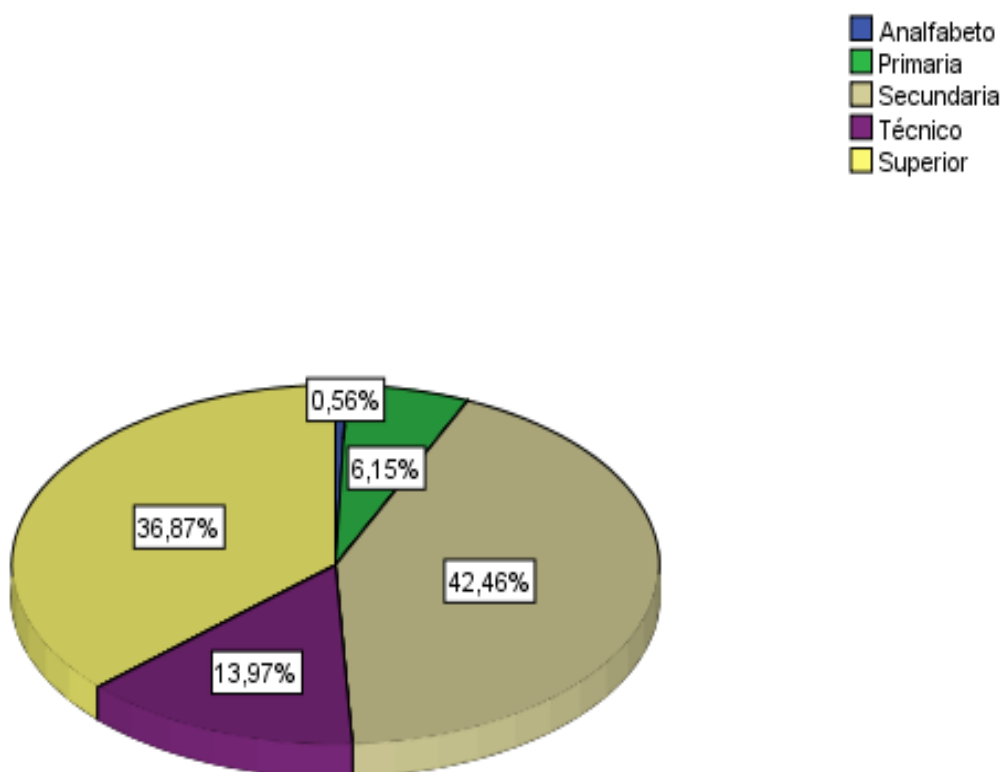
Con lo que respecta al grado de instrucción, en el grupo de los casos un 44,35% tiene educación secundaria y un 36,52% tiene educación superior, estas categorías resaltan sobre las demás en ese orden por la mayor proporción de casos, y se esboza un discreto orden descendente; por otro lado en el grupo de los controles el 42,46% tiene educación secundaria y un 36,87% tiene educación superior, manteniendo una

proporción similar al grupo anterior. Las personas sin educación solo se reportaron en el grupo de casos (0,87%).

Asimismo, se determinó si el grado de instrucción cumplía un rol influyente en la aparición de patología depresiva en los pacientes con tratamiento oncológico. Viéndose que había una significancia mayor a 0,05; lo cual determina que no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al grado de instrucción que se pertenece, lo que revela que el grado de instrucción del paciente con tratamiento en el servicio de oncología médica es independiente a la presencia de depresión.

## GRÁFICO N°5

### GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, ENERO A JUNIO DE 2017



FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

**TABLA N°7**

**OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL SERVICIO  
DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

		<b>Casos</b>		<b>Controles</b>		<b>TOTAL</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ocupación	Empleado	64	55,65	28	43,75	92	51,40
	Desempleado	51	44,35	36	56,25	87	48,60
<b>TOTAL</b>		<b>115</b>	<b>100,00</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>	<b>179</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

Prueba Chi cuadrado:  $X^2 = 2,33$ ; G.L. = 1; p-valor = 0,127 > 0,05

En lo concerniente a ocupación se aprecia que más de la mitad del grupo de casos es empleado con un 55,65%, mientras que en el grupo de controles se invierte esa proporción encontrándose que el 56,25% son desempleados.

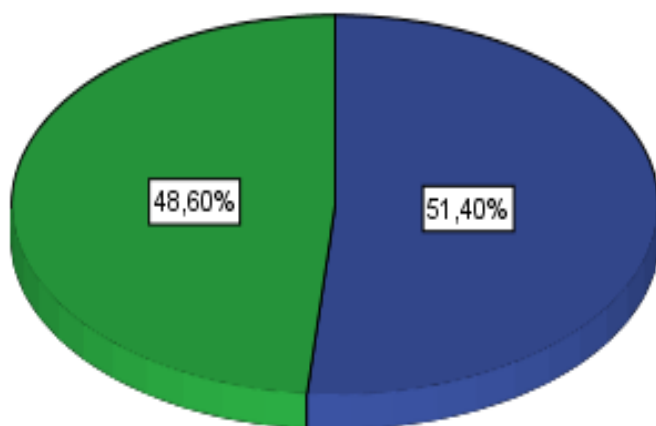
Asimismo, se determinó si la ocupación cumplía un rol influyente en la aparición de patología depresiva en los pacientes con tratamiento oncológico. Viéndose que había una significancia de 0,127; lo cual

determinaba que no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la ocupación previa que se tenía. Lo que determina que no existe relación de dependencia entre el diagnóstico de depresión con la ocupación previa al tratamiento que se tenía.

## GRÁFICO N°6

### OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, ENERO A JUNIO DE 2017

■ Empleado  
■ Desempleado



FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

**TABLA N°8**

**TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO  
DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL  
NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

		<b>Casos</b>		<b>Controles</b>		<b>TOTAL</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tiempo de enfermedad	1 a 3 meses	2	1,74	9	14,06	11	6,15
	4 a 6 meses	42	36,52	12	18,75	54	30,17
	7 a 9 meses	42	36,52	16	25,00	58	32,40
	10 a 12 meses	14	12,17	16	25,00	30	16,76
	13 a 15 meses	10	8,70	5	7,81	15	8,38
	16 a 18 meses	3	2,61	3	4,69	6	3,35
	19 a más meses	2	1,74	3	4,69	5	2,79
<b>TOTAL</b>		<b>115</b>	<b>100,00</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>	<b>179</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

Prueba Chi cuadrado:  $X^2 = 22,03$ ; G.L. = 6; p-valor = 0,001 < 0,05

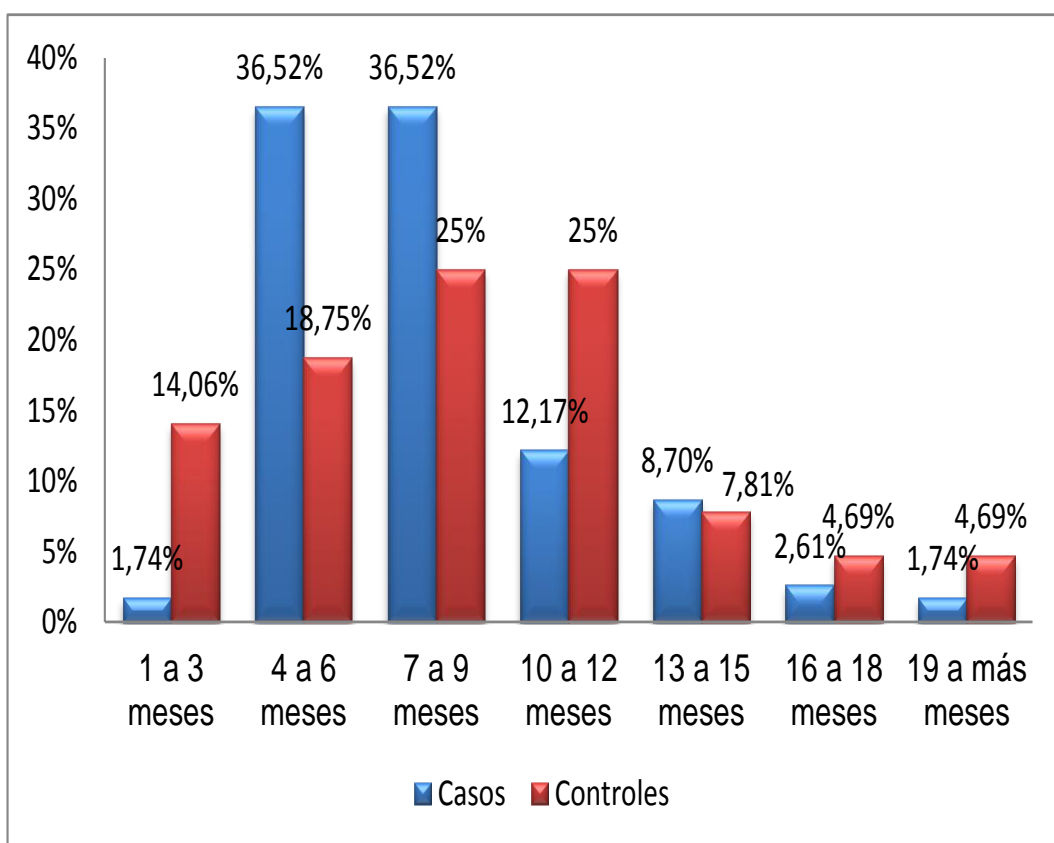
Como vemos en este cuadro de distribución de casos y controles según el tiempo de enfermedad observamos que si hay una diferencia marcada en el grupo de los casos con respecto a los controles.

En los primeros observamos que el mayor porcentaje está ubicado en el grupo de pacientes con un tiempo de enfermedad de 4 a 6 meses y 7 a 9 meses por igual (36,52%), seguido con menor porcentaje por el grupo de 10 a 12 meses. En comparación con el grupo de control donde se encuentra una proporción más homogénea, siendo los rangos de 7 a 9 meses y 10 a 12 meses de enfermedad los mayores con un 25% respectivamente.

Asimismo, se determinó si el tiempo de enfermedad cumplía un rol influyente en la aparición de patología depresiva en los pacientes con tratamiento oncológico. Viéndose que había una significancia de 0,001; lo cual determinaba que hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al intervalo de tiempo de enfermedad que se pertenece. Ya que los pacientes pertenecientes a los intervalos de 4 a 6 meses y de 7 a 9 meses, presentan más casos de los esperados; así que habrá mayor posibilidad de tener depresión mientras reciba tratamiento oncológico.

## GRÁFICO N°7

### TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, ENERO A JUNIO DE 2017



FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

**TABLA N°9**

**TIPO DE CÁNCER DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

Tipo de cáncer		Casos		Controles		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
Tipo de cáncer	Ca de colón	22	19,13	10	15,63	32	17,88
	Ca de estómago	13	11,30	8	12,50	21	11,73
	Ca de cervix	20	17,39	7	10,94	27	15,08
	Ca de mama	11	9,57	12	18,75	23	12,85
	Ca de próstata	16	13,91	12	18,75	28	15,64
	Ca de pulmón	28	24,35	10	15,63	38	21,23
	Linfoma	5	4,35	5	7,81	10	5,59
<b>TOTAL</b>		<b>115</b>	<b>100,00</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>	<b>179</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

Prueba Chi cuadrado:  $X^2 = 7,14$ ; G.L. = 6; p-valor = 0,308 > 0,05

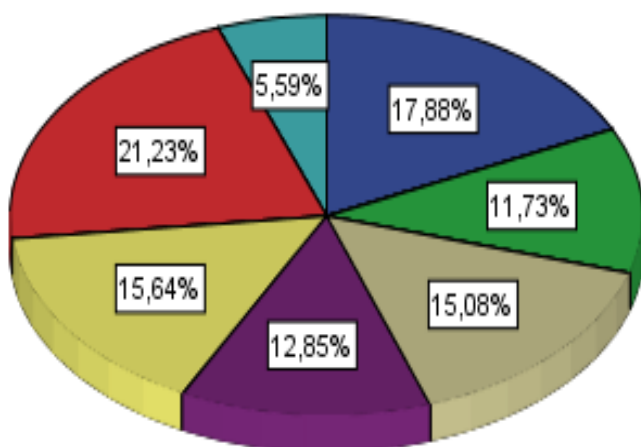
En lo que respecta al tipo de cáncer, se observa que el grupo de casos el tipo más predominante es el cáncer de pulmón con un 24,35%, seguido

por el cáncer de colon y cáncer de cérvix con un 19,13% y 17,39% respectivamente. Cosa distinta lo que ocurre en el grupo de controles donde los tipos de cáncer más predominantes son el de mama y próstata, ambos con un 18,75%, mientras que el resto tiene una proporción más homogénea. Llama la atención que el linfoma es el tipo de cáncer menos frecuente en ambos grupos.

Asimismo, se determinó si el tipo de cáncer cumplía un rol influyente en la aparición de patología depresiva en los pacientes con tratamiento oncológico. Viéndose que había una significancia de 0,308; lo cual determinaba que no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de cáncer que se tiene. Lo que no revela que no existe asociación entre el diagnóstico de depresión y alguna extirpe en particular de neoplasia.

## GRÁFICO N°8

TIPO DE CÁNCER DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017



FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

**TABLA N°10**

**ESTADÍO DE CÁNCER DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

		Casos		Controles		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
Estadío de cáncer	Estadio I	14	12,17	12	18,75	26	14,53
	Estadio II	34	29,57	25	39,06	59	32,96
	Estadio III	44	38,26	19	29,69	63	35,20
	Estadio IV	23	20,00	8	12,50	31	17,32
<b>TOTAL</b>		<b>115</b>	<b>100,00</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>	<b>179</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

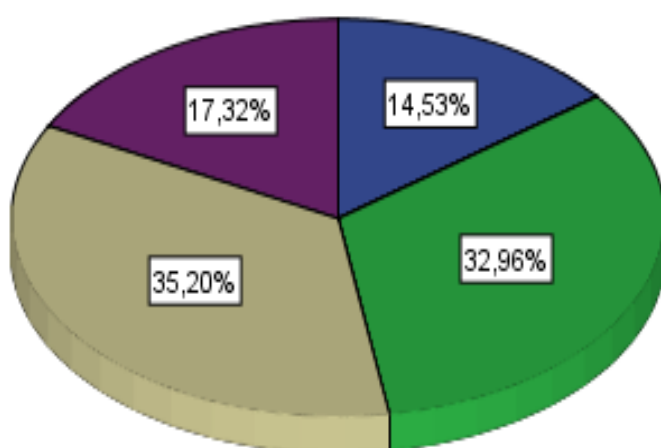
Prueba Chi cuadrado:  $X^2 = 4,54$ ; G.L. = 3; p-valor = 0,208 > 0,05

En lo que respecta al estadio de cáncer, se puede apreciar que en el grupo de controles la mayor parte está conformada por pacientes con algún tipo de cáncer en estadio III, representando el 38,26%, seguido del estadio II con un 29,57%. Panorama que difiere en el grupo de controles donde el mayor porcentaje está representado por pacientes en estadio II con un 39,06%, seguido pacientes en estadio III en un 29,69%.

Asimismo, se determinó si el estadio de cáncer cumplía un rol influyente en la aparición de patología depresiva en los pacientes con tratamiento oncológico. Viéndose que había una significancia de 0,208; lo cual determinaba que no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al estadio de cáncer que se pertenece. Revelando que no existe dependencia entre el estadio clínico de algún tipo de cáncer con el diagnóstico de depresión.

### GRÁFICO N°9

**ESTADÍO DE CÁNCER DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**



FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

**TABLA N°11**

**ÁMBITO DE INTERVENCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO  
DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL  
NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

		<b>Casos</b>		<b>Controles</b>		<b>TOTAL</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ámbito de intervención	Ambulatorio	51	44,35	44	68,75	95	53,07
	Intrahospitalario	64	55,65	20	31,25	84	46,93
<b>TOTAL</b>		<b>115</b>	<b>100,00</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>	<b>179</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

Prueba Chi cuadrado:  $X^2 = 9,83$ ; G.L. = 1; p-valor = 0,002 < 0,05

En lo referente al ámbito de intervención podemos ver que en el grupo de casos más de la mitad (55,65%) recibe tratamiento en las instalaciones del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lo que no se asemeja al grupo de controles donde más de 2/3 de ellos recibe tratamiento en forma ambulatoria.

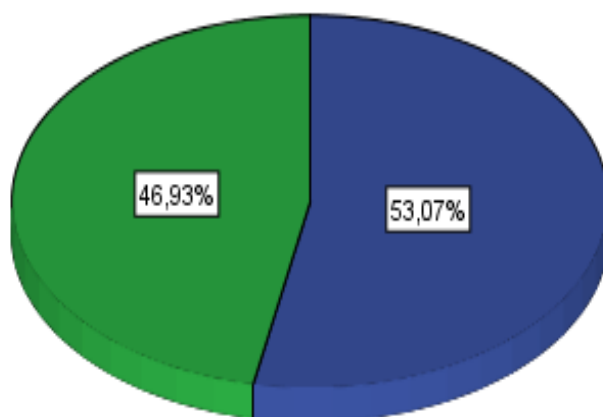
Asimismo, se determinó si el ámbito de intervención cumplía un rol influyente en la aparición de patología depresiva en los pacientes con

tratamiento oncológico. Viéndose que había una significancia de 0,002; lo cual determinaba que hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al ámbito de intervención donde se recibe el tratamiento. Ya que los pacientes que reciben tratamiento internados en el hospital tiene más casos de depresión, por ende, los pacientes con tratamiento intrahospitalario mayor posibilidad de tener depresión mientras curse con algún tipo de cáncer en tratamiento.

**GRÁFICO N°10**

**ÁMBITO DE INTERVENCIÓN DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO  
DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL  
NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

■ Ambulatorio  
■ Intrahospitalario



FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

**TABLA N°12**

**TIPO DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL  
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

		<b>Casos</b>		<b>Controles</b>		<b>TOTAL</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tipo de tratamiento	Quimioterapia	45	39,13	30	46,88	75	41,90
	Radioterapia	34	29,57	12	18,75	46	25,70
	Hormonoterapia	2	1,74	13	20,31	15	8,38
	Combinado	34	29,57	9	14,06	43	24,02
<b>TOTAL</b>		<b>115</b>	<b>100,00</b>	<b>64</b>	<b>100,00</b>	<b>179</b>	<b>100,00</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

Prueba Chi cuadrado:  $X^2 = 23,50$ ; G.L. = 3; p-valor =  $0,00 < 0,05$

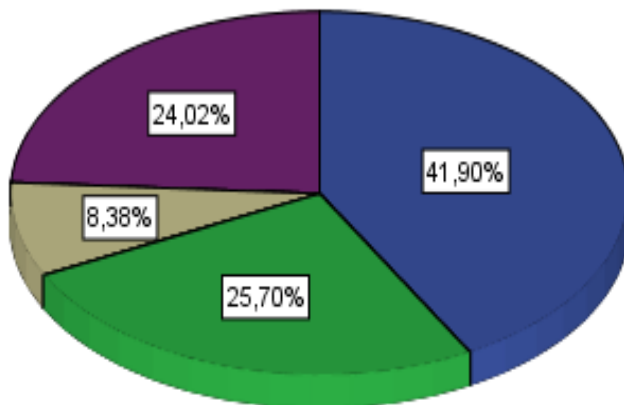
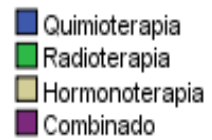
En cuanto a la distribución de los casos y controles según el tipo de tratamiento podemos observar que en el caso de la quimioterapia es el más usado en ambos grupos (39,13% vs 46,88%). Asimismo la radioterapia y la terapia combinada tienen una presencia de 29,57%, ambos por igual, en el grupo de los casos. Por otro lado, llamada la

atención en el grupo de controles que los pacientes que reciben hormonoterapia es el segundo más representado con un 20,31%, muy distinto al grupo de casos donde casi no está presente.

Asimismo, se determinó si el tipo de tratamiento cumplía un rol influyente en la aparición de patología depresiva en los pacientes con tratamiento oncológico. Viéndose que había una significancia menor de 0,05; lo cual determinaba que hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de tratamiento que se recibe. Ya que los pacientes que reciben radioterapia o terapia combinada (consistente en quimioterapia más radioterapia) tienen más casos de depresión de los esperados, por ende, es mayor la posibilidad de tener depresión si se recibe alguna de estas modalidades de tratamiento.

## GRÁFICO N°11

### TIPO DE TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, ENERO A JUNIO DE 2017



FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

**TABLA N°13**

**DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO  
DE DEPRESIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL  
SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL  
NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN,  
ENERO A JUNIO DE 2017**

	CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN		OR	IC (95%)		P
	N=115	%	N=64	%		Inferior	Superior	
Hombre	54	46,96	28	43,75	<b>1,14</b>	0,62	2,11	<b>0,68</b>
Edad de 31 a 40 años	21	18,26	9	14,06	<b>0,55</b>	0,19	1,57	<b>0,27</b>
Edad de 51 a 60 años	48	41,74	15	23,44	<b>2,25</b>	1,03	3,21	<b>0,00</b>
Casado/vive en pareja	76	66,09	24	37,50	<b>6,22</b>	1,71	22,58	<b>0,01</b>
Educación secundaria	51	44,35	25	39,06	<b>4,66</b>	1,13	19,28	<b>0,33</b>
Empleado	64	55,65	28	43,75	<b>1,61</b>	0,87	2,98	<b>0,13</b>
Tiempo de enfermedad de 4 a 6 meses	42	36,52	12	18,75	<b>3,00</b>	1,13	31,63	<b>0,01</b>
Tiempo de enfermedad de 7 a 9 meses	42	36,52	16	25,00	<b>1,50</b>	1,01	7,35	<b>0,01</b>
Cáncer de colon	22	19,13	10	15,63	<b>0,96</b>	0,11	1,93	<b>0,17</b>
Cáncer de pulmón	28	24,35	10	15,63	<b>1,09</b>	0,25	4,82	<b>0,16</b>
Estadío II	34	29,57	25	39,06	<b>2,11</b>	0,81	5,49	<b>0,13</b>
Estadío III	44	38,26	19	29,69	<b>2,46</b>	0,81	7,51	<b>0,11</b>
Intervención intra-hospitalaria	64	55,65	20	31,25	<b>2,78</b>	1,39	4,32	<b>0,00</b>
Radioterapia	34	29,57	12	18,75	<b>2,52</b>	1,06	5,99	<b>0,04</b>
Terapia combinada	34	29,57	9	14,06	<b>4,56</b>	2,67	12,16	<b>0,00</b>

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

En este cuadro agrupamos las variables con mayor frecuencia y las variables más estudiadas según la literatura; como ya vimos las frecuencias expondremos solo los Odds Ratio.

Veamos en el grupo de variables sociodemográficas, vemos que el sexo masculino tiene un OR = 1,14 (IC 95% 0,62 – 2,11) con un p= 0,68 por lo cual si bien este factor aumenta la posibilidad de desarrollar depresión no tiene un nivel de estadísticamente significativo. De igual manera el pertenecer al grupo etario de 31 a 40 años tuvo un OR = 0,55 (IC 95% 0,19 – 1,57), más bien siendo un factor protector contra la aparición de depresión en pacientes con tratamiento oncológico.

Por otra parte, dentro de la variable de tiempo de enfermedad, el pertenecer al grupo etario de 51 a 60 años tiene significación estadística, encontrando un OR = 2,25 (IC 95% 1,03 - 3,21) con una p = 0,00.

Con respecto al estado civil, el estar casado o con pareja fue la única categorización que tuvo significancia estadística (p=0,01), con un OR = 6,22 (IC 95% 1,71 – 22,58). Asimismo, en cuanto al grado de instrucción no hubo categorización alguna con un nivel adecuado de significancia

estadística, de la misma forma con alguna categorización de la variable ocupación.

Con respecto al tiempo de enfermedad lo agrupamos en intervalos de 10 años, como se ve, sólo dos intervalos presentaron significancia estadística, tiempo de enfermedad de 4 a 6 meses tuvo un OR = 3,00 (IC 95% 1,13 – 31,63) con  $p = 0,01$ ; tiempo de enfermedad de 7 a 9 meses tuvo un OR = 1,51 (IC 95% 1,01 – 7,35) con  $p = 0,01$ .

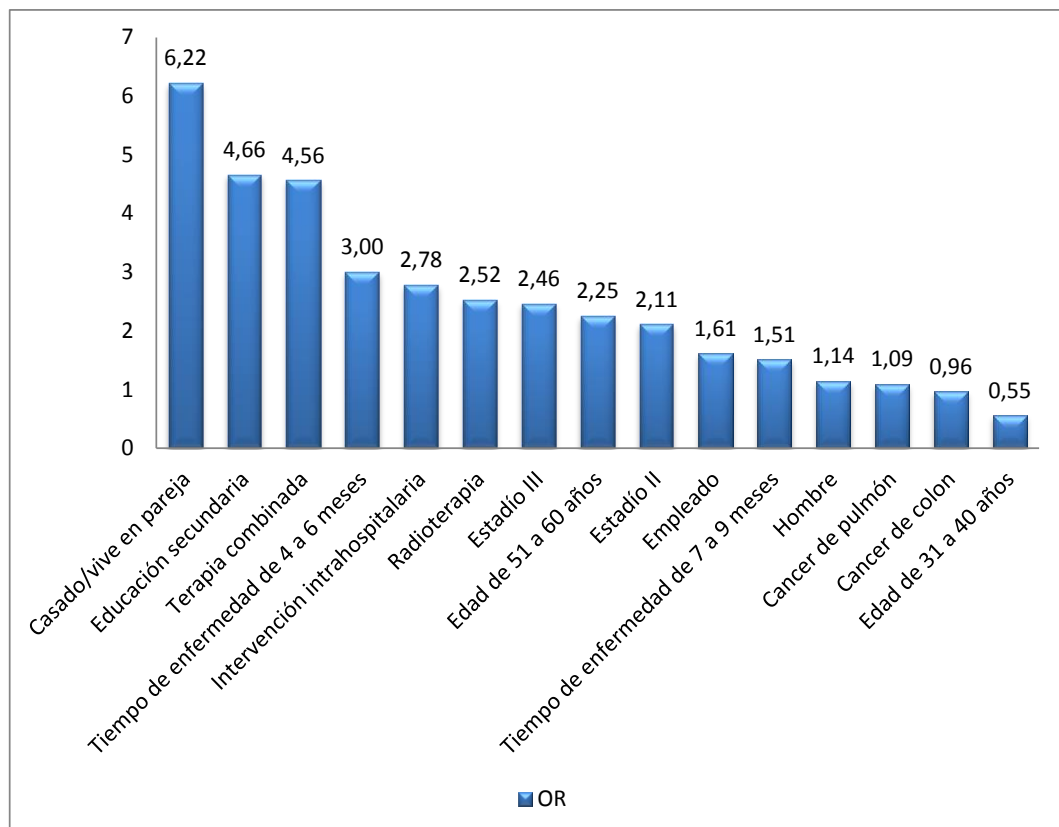
En cuanto a la variable tipo de cáncer, el cáncer de pulmón tuvo un OR = 1,09 (IC 95% 0,25 – 4,82) con una  $p = 0,16$  lo que revela un nivel estadísticamente no significativo. Sin embargo, se comporta como un factor de riesgo para el desarrollo de depresión. Asimismo vemos que en cuanto a la variable estadio de la enfermedad, tanto el estadio II y III no presentan significancia estadística.

Veamos las variables dependientes de factores terapéuticos, en este caso el ámbito de intervención intrahospitalario tuvo un OR = 2,78 (IC 95% 1,39 – 4,32) con una  $p = 0,00$ .

Por otro lado en cuanto al tipo de tratamiento para el cáncer, la radioterapia tuvo un OR = 2,52 (IC 95% 1,06 – 5,99) con una  $p = 0,04$ . Con respecto a la terapia combinada esta presentó un OR = 4,56 (IC 95% 2,67 – 12,16) con una  $p = 0,00$ .

## GRÁFICO N°12

### FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE DEPRESIÓN SEGÚN SU RAZÓN DE VENTAJAS U ODDS RATIO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, ENERO A JUNIO DE 2017



FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HNGAI. N = 179

En este gráfico recogemos a los principales factores asociados encontrados en nuestra literatura y los ordenamos según su OR en forma descendente y vemos que 3 variables resaltan de las demás: estado civil de casado/ vive en pareja, nivel de educación secundaria, terapia combinada con un OR = 6,22; OR = 4,66 y OR = 4,56 respectivamente; de los cuales el nivel de educación secundaria no tiene un nivel de significancia estadística. El resto tuvieron un OR menor en comparación a los anteriores.

## 4.2 DISCUSIÓN

Cuando abordamos el tema de depresión en los pacientes oncológicos que reciben tratamiento, nos enfrentamos a distintos puntos de vista, tanto desde el campo clínico, emocional y del propio entorno del paciente que van a intervenir en el diagnóstico de esta patología <sup>8</sup>.

La depresión constituye un importante problema de salud pública, si se suma a esto una patología oncológica asociada, tenemos una de las comorbilidades más letales para la población. Así, algunas estimaciones conservadoras sugieren que en el caso de los pacientes con el diagnóstico de cáncer, lo que más se ve es un trastorno adaptativo propio de una enfermedad de tal magnitud. Sin embargo hoy se sabe que esto no es así, ya que la depresión como entidad nosológica per se, está de la mano con este tipo de enfermedad crónica, aumentando así las tasas de fracaso en el tratamiento <sup>9</sup>.

En la tabla 01 se observa que la prevalencia fue de 64,25%, lo cual representa una tasa de prevalencia en un rango alto respecto a la

literatura publicada, pues según Enric Aragonés, la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que reciben tratamiento es de 37,3% <sup>12</sup>. Esto posiblemente a que en nuestro entorno, tanto nacional como local, se tiene la creencia que los medios de tratamiento para cualquier cáncer son menos eficaces que los que se realizan en otras partes del mundo. Sumado a que se recibe tratamiento, por lo general, con varios meses de tiempo de enfermedad, lo cual se ha visto tiene mucha posibilidad de aparición de síntomas depresivos, que luego desencadenan en una depresión clínicamente diagnosticable.

En lo que respecta al grado de depresión, en la tabla 02 vemos que la depresión leve era el 44% del total de pacientes, seguida de la depresión moderada en un 13,4% y la depresión mayor en un 6,7%. El valor de depresión leve va acorde a los enseñados por la literatura mundial, incluso con mayor porcentaje de los descritos, contrario a los de depresión moderada y mayor que están ligeramente por debajo de los valores esperados, esto probablemente debido a que la mayor parte de la población estaba dentro del primer rango. Según Ángela I. Palao Tarrero, para su estudio se evaluó la depresión leve en un 31,9% y la depresión moderada – mayor en un

18,1% <sup>11</sup>. Según Enric Aragonés, solo se evaluó la presencia de depresión mayor que fue del 11% del total <sup>12</sup>.

En la tabla 03 vemos que la variable sexo del individuo tiene como hallazgos que si bien el sexo más frecuente con depresión fue el femenino (53,04%), el mayor porcentaje (65,85%) del total se encontraron en los varones vs 62,88% presente en la totalidad de mujeres. Según Enric Aragonés, la tasa de hombres con depresión asociada a cáncer en tratamiento era de 70% (n=30) del total <sup>12</sup>. Según Ángela I. Palao Tarrero, la tasa de mujeres era de 80% <sup>11</sup>.

Nosotros encontramos que el 46,96% de los casos vs el 43,75% del grupo de controles era de sexo masculino con un OR = 1,14 (IC 95% 0,62 – 2,11); pero con una p = 0,68, constituyéndose como un factor de riesgo con poca significancia estadística.

Esto probablemente por la prevalencia de los tipos de cáncer de nuestra localidad, mientras el cáncer de mama y cervix están entre las 5 primeras causas de neoplasia maligna, el cáncer de próstata está en 4º lugar de patologías oncológicas, siendo estas exclusivas de cada sexo.

Para la variable edad, la tabla 04 nos muestra que el intervalo de 51 a 60 años, en el grupo de casos representa el 41,74% vs el 23,44% en el grupo de controles, con un OR = 2,25 (IC 95% 1,03 – 3,21) con un  $p = 0,00$ , es decir el tener una edad dentro de este intervalo se considera un factor de riesgo. Por el contrario el pertenecer al grupo etario de 31 a 40 años presenta un OR = 0,55 (IC 95% 0,19 – 1,57) con una  $p = 0,27$ , que si bien no es muy significativo, nos habla de un factor protector.

Según Enric Aragonés, los rangos de edades son de 42 a 92 años, divididos en intervalos de 10 años, con una media de 76 años <sup>12</sup>. Según Ángela I. Palao Tarrero, las edades comprendieron entre 34 a 82 años, con una media de 54 años. Siendo los paciente entre 50 a 60 años, los más afectados <sup>11</sup>.

Analizando un poco más la edad de nuestros pacientes el mínimo de edad fue de 26 años (en el grupo de casos) y la máxima de 83 años (del grupo de casos) y la media de edad fue 56,79 vs 55,91, para casos y controles respectivamente, es decir fue una población homogénea y con respecto a los rangos concordó con lo esperado según la revisión de la literatura, la desviación estándar fue de 13,90

y 13,72; para casos y controles respectivamente. Esto coincide con los resultados obtenidos con Angela I. Palao Tarrero, que también tenía población con esos rangos de edad, mientras que los de Aragón eran personas mayores de 40 años en casi su totalidad.

Al ver la tabla 05, se observa que en el grupo de casos la mayoría era casado o vivía en pareja en un 66,09 % (n = 76), con un OR = 6,22 (IC 95% 1,71 – 22,58) con una p = 0,01; constituyendo el mayor factor de riesgo establecido por nuestro estudio. Lo que coincide con lo referido por Angela I. Palao Tarrero, donde la mayoría eran pacientes casados o vivían con pareja en un 70%, eran solteros el 16% de la población, divorciados un 10% y viudos un 4 % <sup>11</sup>.

Asimismo del grupo de viudos, el 80% correspondía al grupo de casos vs el 20% de grupo de control. Estas cifras son diferentes a las de otros estudios debido a la gran población adulta que esta viuda, siendo más de 4 veces mayor el porcentaje comparado con literatura mundial. Además los separados/divorciados comprender un mayor porcentaje en el grupo de controles en nuestra realidad local.

En lo que respecta al grado de instrucción, la tabla 06 nos muestra que la mayoría tenía educación secundaria en un 42,5%, no alcanzando significación estadística  $p = 0,33$ , mientras que la educación superior sólo superada un tercio del total de la población con un 36,9%, seguida de la educación técnica en un 14%. Lo que no coincide con la información dada por Enric Aragonés, donde la mayoría era de educación superior en un 50%, mientras que los de educación técnica y secundaria eran el 20% en ambos casos, siendo solamente el 10% la población con educación primaria <sup>12</sup>. Esto probablemente por el sistema educativo presente en otros países, en este caso España.

Para la variable de ocupación, la tabla 07 revela que la situación de empleo antes del diagnóstico tenía porcentajes casi similares, con un 51,4% para la situación de empleado previo al diagnóstico de cáncer con una  $p = 0,13$ , mientras que el resto (48,6%) no tenía un empleo previo. Según Pablo Orgaz Barnier, el porcentaje de empleo previo al momento del diagnóstico de cáncer es del 60% <sup>8</sup>. Según Angela I. Palao Tarrero el 42% se encontraba laborando previo al diagnóstico de cáncer <sup>11</sup>. Estos resultados podría deberse a que el seguro social es nuestro país permite la atención del asegurado más la del

cónyuge/concubino, que no necesariamente debe tener trabajo alguno.

El tiempo de enfermedad según Enric Aragonés, los rangos de enfermedad iban entre 2 a 90 meses, con una media de 15 meses, siendo más frecuente a depresión entre los 6 a 12 meses posterior al diagnóstico <sup>12</sup>. Según Ángela I. Palao Tarrero el rango de enfermedad más afectado era el de 9 a 15 meses <sup>11</sup>.

Lo hallado por nosotros respecto al tiempo de enfermedad, podemos observar que esta variable en su categoría tiempo de enfermedad de 4 a 6 meses constituye un factor de riesgo importante en nuestro estudio con un OR = 3,00 (IC 95% 1,13 – 31,63) y una p = 0,01; este hallazgo concuerda con los autores antes mencionados. Por su parte el tiempo de enfermedad de 7 a 9 meses constituye otro factor de riesgo con un OR = 2,25 (IC 95% 1,01 – 7,35), una p = 0,01, también concordando con la literatura revisada.

Analizando un poco más, nuestra población tiene una media de 8,55 meses de enfermedad y una desviación estándar de 4,3. Estas cifras son probables, ya que la expectativa de curación por la mayoría de

pacientes con cáncer, según la literatura mundial, es que esperan curarse de la enfermedad posterior a alguna intervención quirúrgica o lo más cercano hecho el diagnóstico, considerando que a mayor tiempo de enfermedad más difícil la curación.

Con respecto al tipo de cáncer, en la tabla 09 de nuestra investigación se observó que el cáncer más predominante era el cáncer de pulmón con un 21,2% con un OR = 1,09 (IC 95% 0,25 – 4,82), pero una  $p = 0,16$  la cual no fue significativa, por lo que a pesar de tener tendencia a comportarse como un factor de riesgo, lo hallado no tuvo el peso estadístico necesario. Seguido está el cáncer de colon y próstata con 17,9% y 15,6% respectivamente. La hallado por Enric Aragonés, menciona que el cáncer más frecuente es el de pulmón con un 18,6%, seguidos del cáncer de próstata en un 16,2%; cáncer hematológico, de mama, de útero y de vejiga urinaria con un 9,3% para cada uno de esos tipos <sup>12</sup>. Para Angela I. Palao Tarrero, su población de estudio solo fue constituida por paciente con cáncer de colon, mama pulmón <sup>11</sup>. Según Pablo Orgaz Barnier, el cáncer más frecuente fue el de pulmón en un 15,1%, seguido de cerca por el cáncer de colon, próstata, mama <sup>8</sup>. Lo cual

es similar a nuestros hallazgos, ya que nuestra población registró cifras similares.

Todo revela que las estirpes de neoplasia maligna de nuestra población son similares a las publicadas por la literatura mundial. Siendo enfáticos en que el cáncer de pulmón presenta un mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de depresión del esperado.

Para la variable de estadio de cáncer, la tabla 10 nos revela que el estadio III era el más prevalente con un 35,2%, tenía un OR = 2,46 (IC 95% 0,81 – 7,51) y una  $p = 0,11$ , lo cual no fue significativo a pesar de portarse como factor de riesgo. Caso similar el estadio II con un 33% y un OR = 2,11 (IC 95% 0,81 – 5,49), pero sin significancia estadística. Según Pablo Orgaz Barnier, el estadio II con un 50% era el más presente en la población, seguido por el cáncer de estadio III con un 22% <sup>8</sup>. Para Enric Aragonés, su grupo poblacional estaba constituido por estadios avanzados, III y IV <sup>12</sup>.

En la población de estudio esto se debe a que en nuestra localidad la detección de un cáncer se hace de manera más tardía y por ende

los tratamientos son llevados a cabo en estadios más avanzados, lo que se relaciona con diagnóstico de depresión.

Con respecto a la variable ámbito de intervención, según Ángela I. Palao Tarrero, el tratamiento ambulatorio representaba el 45% de los casos, y el tratamiento intrahospitalario era el 55% <sup>11</sup>. Según Pablo Orgaz Barnier. El tratamiento intrahospitalario era del 72%, mientras que el ambulatorio era de 28% <sup>8</sup>.

En la tabla 11, se ve que el ámbito de intervención ambulatorio era del 53,1%, mientras que el intrahospitalario era del 46,9%. Sin embargo el porcentaje de casos con tratamiento dentro de un hospital es más de 3 veces del grupo de controles, con un OR = 2,78 (IC 95% 1,39 – 4,32) y una p = 0,00, comportándose como un factor de riesgo con peso estadístico.

Estas cifras son diferentes a los estudios previo, debido a que en nuestro medio las terapias en estadios iniciales y paliativas están optándose en mayor oportunidad ambulatoriamente, así como el cáncer de próstata y de mama son de los más prevalentes en

nuestro grupo de estudio, y estos tiene hormonoterapia en el esquema de tratamiento que se recibe fuera del hospital.

En la tabla 12 se ve que el tratamiento en base a quimioterapia sistémica representaba el 41,9%, seguido de cerca por la radioterapia con un 29,7% para el grupo de casos y un 18,75% para el grupo de controles, presentando un OR = 2,52 (IC 95% 1,11 – 5,99) y un  $p = 0,04$ . Asimismo la terapia combinada tiene un 29,57% para el grupo de caso y un 14,06% para el grupo de controles, presentando un OR = 4,56 (IC 95% 2,67 – 12,16) y una  $p = 0,00$ ; convirtiéndose en uno de los principales factores de riesgo hallado en nuestro estudio. Según Ángela I. Palao Tarrero, el tratamiento basado en quimioterapia representaba el 42%, seguido de la radioterapia en un 30% <sup>11</sup>. Según Pablo Orgaz Barnier, el tratamiento combinado representaba el 15% del total de su población de estudio <sup>8</sup>.

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERA**

En el presente estudio se determinó que la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que recibían tratamiento fue de 64,2% para el tiempo estudiado.

### **SEGUNDA**

El tener como tiempo de enfermedad de 4 a 6 meses está asociado 3 veces más al desarrollo de depresión, así como el tiempo de enfermedad de 7 a 9 meses está asociado 1,51 veces más al desarrollo de depresión en paciente con tratamiento oncológico; siendo estos de los factores de riesgo oncológicos más importantes en nuestro estudio. Otros factores de riesgo fueron el estar en estadio III y estadio II con una asociación de 2,46 y 2,11 veces más al desarrollo de depresión, pero sin significancia estadística. El cáncer de pulmón tiene una asociación de 1,09 veces más al desarrollo de depresión. Por su parte el cáncer de colon se comporta como factor protector al estar asociado a 0,96 veces menos probabilidad de desarrollar depresión.

### **TERCERA**

Recibir tratamiento intrahospitalario tiene unas 2,78 veces más probabilidad de desarrollar depresión comparados con los que reciben tratamiento ambulatorio. Asimismo el recibir terapia combinada (quimioterapia más radioterapia) representa un 4,56 más probabilidad de desarrollar depresión, por su parte la radioterapia sola se asocia a 2,52 veces más de probabilidad de desarrollar depresión.

### **CUARTA:**

Los factores sociodemográficos como el sexo, el grado de instrucción y ocupación no están asociados al desarrollo de depresión en el paciente con tratamiento oncológico. Sin embargo, el pertenecer al grupo etario de 51 a 60 años tiene un 2,25 veces más probabilidad de desarrollar depresión. Por su parte el ser casado/a, vivir en pareja representa el factor de riesgo más importante de nuestro estudio, pues tiene un 6,22 veces más probabilidad de desarrollar depresión.

## **QUINTA**

Como factor emocional, se vio que hay más casos de depresión leve representando el 44,13 % del total de la población, generalmente subdiagnosticado. Asimismo el grado de depresión mayor sólo afecta a un 6,70% de la población.

## RECOMENDACIONES

1. Por su importancia como problema de salud pública, por su incremento paulatino y constante, la depresión en pacientes oncológicos merece más estudios en nuestro medio, tantos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos que provean mejores sistemas de prevención y tratamiento.
2. Fomentar en los hospitales que brinden tratamiento oncológico, el diagnóstico de depresión sobre un trastorno de adaptación, para brindar un tratamiento por el servicio de psiquiatría. Así como la valoración integral del paciente deprimido, a fin de lograr descubrir los problemas emocionales fuera del tratamiento oncológico que lo aquejan.
3. Mejorar la relación del paciente oncológico con su entorno, a través de charlas, actividades; para lograr que el paciente se sienta en un ambiente cómodo y hacerle recordar que tiene el apoyo de su entorno familiar y del entorno médico.

4. Tratamiento empírico con antidepresivos ante manifestación de síntomas depresivos que puedan estar asociados al trastorno de adaptación, luego hacer una evaluación integral por parte del psiquiatra para certificar el tratamiento o retirarlo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pinillos AL. Cáncer en el Perú: Retos para el milenio. Acta méd. peruana [Internet] 2006 mayo – agosto, [citado 14 de octubre del 2017]; 23 (2):[aprox. 1p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172006000200001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200001&lng=es&nrm=iso)>ISSN1728-5917
2. Vallejo RJ, Gastó FC. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª ed. España: Elsevier; 2005.
3. Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión. NIMH [Internet] 2009 Enero. [citado 14 de octubre de 2017]; 9(1):[aprox. 31p.]. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression/complete-index.shtml>
4. National Cancer institute. Depression: NCI [Internet]. 2010 Ene 9 [citado 14 de octubre de 2017] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidadosmedicosapoyo/depression/HealthProfessional>
5. Teens Health. Quimioterapia. TH [Internet]. 2009 May. [citado 14 de octubre de 2017]. Disponible en: [http://kidshealth.org/teen/en\\_espanol/enfermedades/chemo\\_esp.html](http://kidshealth.org/teen/en_espanol/enfermedades/chemo_esp.html)

6. De Martos C. ¿Por qué el cáncer causa depresión?. El mundo.es Salud [Internet]. 2009 May [citado 14 de octubre de 2017] Disponible en: [http:// www.elmundo.es/elmundosalud/2009/05/18/oncologia/1242667780.html](http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/05/18/oncologia/1242667780.html)
7. Novel G, Lluch M, Lopez M. Enfermería psicosocial y salud mental. 2da edición. Barcelona: Masson; 2006.
8. Pablo Orgaz Barnier, Análisis del discurso de un grupo de pacientes oncológicos tras el tratamiento de un episodio depresivo: Un estudio cualitativo [tesis doctoral]. Madrid: Servicio de publicaciones del departamento de psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid; 2010
9. Oscar Galindo Vázquez, Miguel Ángel Álvarez Avitia y Salvador Alvarado Aguilar. Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. Psicooncología. 2013. 10(1): 69-78
10. American Psychiatric Association. (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (5th ed.). Washington, DC: Author.
11. Angela I. Palao Tarrero, Comparación de dos estrategias de intervención para la depresión del paciente oncológico. Ensayo clínico aleatorizado [tesis doctoral]. Madrid: Servicio de publicaciones del departamento de psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid; 2009

12. Enric Aragones. Prevalencia y factores asociados a la depresión mayor en pacientes con cáncer avanzado en atención primaria. *Butlletí*. 2008. 26:11
13. Darla Rincón Huamán, Trastornos ansio-depresivos en el servicio de geriatría del hospital GAI durante en el 2007 [tesis doctoral]. Lima: Biblioteca virtual y tesis digitales, Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008
14. Janet Salas Pardo. Prevalencia de depresión en pacientes de la unidad de hemodiálisis del hospital DAC – Tacna durante el 2 trimestre de 2013[tesis pregrado]. Tacna: Tesis digitales, UPT; 2014
15. Jia, Y. et al. Depression and cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Public Health* , Volume 149 , 138 – 148
16. Hernández Blázquez M. Estudio longitudinal del malestar emocional y los trastornos psicopatológicos en pacientes de cáncer que reciben tratamiento de radioterapia. [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2012
17. Verónica Pousa Rodríguez. Et al. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Rev Colomb Cancerol*. 2015;19(3):166---172

18. Edgar Landa-Ramírez, Georgina Cárdenas-López. Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano: Una revisión. *Salud Mental* 2014;37:415-422
19. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray. (2012). *Cancer Incidence and Mortality Worldwide*
20. Cabrera-Gutierrez Lizet<sup>1</sup>, Mendoza-Luna Evelyn. Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes oncológicos. *Rev enferm Herediana*. 2010;3(2):96-103
21. Adán y M. Sánchez-Turet. Depresión y cáncer de mama. Relación no negligible. *Psiquiatr Biol* 2003;10(5):165-70

# **ANEXOS**

## Anexo N°1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DE 2017

---

*El presente instrumento consta de dos partes: Una primera parte está diseñada para ser llenada por el encuestador, estos ítems que se llenaran con datos de las historias clínicas, han de ser los verídicos. La segunda parte está diseñada para ser respondida en la brevedad posible por parte del paciente, sin que se dé mucho tiempo para analizar en las preguntas.*

1. **Sexo:**  Hombre  
 Mujer
2. **Edad:** \_\_\_\_\_
3. **Estado civil:**  Soltero  
 Casado/Conviviente  
 Separado/divorciado  
 Viudo
4. **Grado de Instrucción:**  Analfabeto  
 Primaria  
 Secundaria  
 Técnico  
 Superior
5. **Ocupación:**  Empleado  
 Desempleado
6. **Tiempo de enfermedad<sup>(\*)</sup>:** \_\_\_\_\_
7. **Tipo de neoplasia:**  Ca de colon  
 Ca de mama  
 Ca de cérvix  
 Ca de pulmón  
 Ca de próstata

- Ca de estómago
- Linfoma

**8. Estadío:**

- Estadío I
- Estadío II
- Estadío III
- Estadío IV

**9. Ámbito de intervención para el tratamiento:**

- Ambulatorio
- Intrahospitalario

**10. Tipo de tratamiento:**

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Hormonoterapia
- Combinada

**11. Test de depresión según HADS:**

**A) Todavía disfruto con lo que me gusta hacer:**

Definitivamente mucho	= 0
Más o menos	= 1
Un poco	= 2
Difícilmente disfruto	= 3

**B) Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas:**

Tanto como solía hacerlo	= 0
No mucho ahora	= 1
Muy poco	= 2
No en absoluto	= 3

**C) Me siento alegre:**

La mayor parte del tiempo	= 0
A veces	= 1
Raras veces	= 2
Casi nunca	= 3

**D) Siento como si yo cada día estuviera más lento:**

Casi nunca	= 0
Raras veces	= 1
Muy seguido	= 2
La mayor parte del tiempo	= 3

**E) He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado**

Tengo el mismo cuidado de siempre	= 0
Ya no soy tan cuidadoso	= 1
No tengo mucho cuidado	= 2
Ya no me arreglo	= 3

**F) Me siento con esperanzas respecto al futuro**

Tanto como siempre	= 0
Menos de lo que solía	= 1
Pocas veces	= 2
Es muy difícil que tenga esperanzas	= 3

**G) Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión:**

Casi siempre	= 0
A veces	= 1
Rara vez	= 2
Difícilmente me divierto	= 3

Puntaje:

0 – 8	= Normal
9 – 12	= Depresión leve
13 – 16	= Depresión moderada
17 – 21	= Depresión mayor

---

\* Tiempo de enfermedad son los meses transcurridos desde el diagnóstico de cáncer por anatomía patológica