

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA  
EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA ENTRE EL PERIODO  
ENERO - JUNIO DE 2024**

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. Luis Antonio Ticona Mamani**

**Para optar el Título Profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA - PERÚ**

**2025**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA  
DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  
ENTRE EL PERIODO ENERO – JUNIO DE 2024**

**TESIS**

Presentado por:

**Bach. LUIS ANTONIO TICONA MAMANI**

Para optar el Título Profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

Aprobado por Mayoría ante el siguiente jurado

  
\_\_\_\_\_  
**DR. CLAUDIO WILLBERT RAMIREZ ATENCIO**  
**PRESIDENTE JURADO**

  
\_\_\_\_\_  
**MGR. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE**

**MIEMBRO DE JURADO**

  
\_\_\_\_\_  
**MGR. JAVIER OSCAR LANCHIPA PICOAGA**

**MIEMBRO DE JURADO**

  
\_\_\_\_\_  
**MGR. JOSÉ ALBERTO REVILLA URQUIZO**

**ASESOR**

## CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, José Alberto Revilla Urquizo en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N.º 11946 - 2023- FACS - UNJBG de la Tesis de Investigación titulada: NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA ENTRE EL PERIODO ENERO – JUNIO DE 2024. Presentado por el bachiller Luis Antonio Ticona Mamani para optar el Título profesional de **MÉDICO CIRUJANO**.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y de similitud de trabajos de investigación y producción intelectual considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es de **10 %**. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD de la tesis enunciada líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para la obtención de **TÍTULO PROFESIONAL**, según corresponda consiguientemente la publicación en el repositorio institucional.

FIRMA ASESOR

JOSÉ ALBERTO REVILLA URQUIZO

DNI N.º 29219833 CMP 019943 RNE 012758



FIRMA TESISTA

LUIS ANTONIO TICONA MAMANI

DNI N.º 48125856



## **DEDICATORIA**

*Este trabajo está dedicado a todos los integrantes de mi familia y amigos que me han acompañado tanto en los gratos momentos como en los desafiantes de mi vida. Su esfuerzo por ayudarme a alcanzar mis objetivos y su constante motivación para superar los obstáculos ha sido invaluable, ya que los desafíos existen para ser vencidos y los sueños, para hacerse realidad. Gracias de todo corazón, sobre todo a mis padres, mis hermanos y mi entorno más cercano.*

## **AGRADECIMIENTOS**

*Expreso mi más profundo agradecimiento a todas las personas cuya colaboración y apoyo fueron esenciales para culminar este trabajo. En especial, a los pacientes oncológicos, quienes enfrentan una enorme incertidumbre sobre su futuro desde el momento del diagnóstico. Este representa un punto de inflexión en sus vidas, trayendo consigo cambios significativos en su estado emocional y desafíos en su salud, que lamentablemente no todos logran superar. De todo mi corazón, anhelo que los avances médicos continúen progresando para combatir esta enfermedad en el futuro. Si existe un Dios en este mundo, ruego que no abandone a estas personas y les brinde una segunda oportunidad.*

## CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.4.1. Objetivo general.....	5
1.4.2. Objetivos específicos.....	5
CAPÍTULO II.....	6
MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. BASES TEÓRICAS.....	6
2.1.1. Depresión.....	6
2.1.2. Cáncer.....	16
2.2. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK – II (IDB-II).....	25
2.2.1. Descripción del instrumento.....	25
2.2.2. Validez del instrumento.....	27
2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
2.3.1. Investigaciones internacionales.....	28
2.3.2. Investigaciones nacionales.....	33
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA.....	43
3.1 . TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.2 . POBLACIÓN Y MUESTRA.....	43
3.2.1. Población.....	43
3.2.2. Muestra y muestreo.....	44
3.3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45

3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	47
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	48
CAPÍTULO IV.....	55
DE LOS RESULTADOS.....	55
4.1 RESULTADOS.....	55
4.2. DISCUSIÓN.....	75
CONCLUSIONES .....	100
RECOMENDACIONES .....	101
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
ANEXOS .....	107
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	107
MGR.	
ANEXO 2 .....	109
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	109

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>TABLA N° 1.</b> Frecuencia de depresión en pacientes atendidos en consulta externa del servicio de oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el periodo enero - junio de 2024.	56
<b>TABLA N° 2.</b> Grados de severidad de depresión en pacientes atendidos del servicio de oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el periodo enero - junio de 2024.	57
<b>TABLA N° 3.</b> Características sociodemográficas y clínicas en pacientes atendidos del servicio de oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el periodo enero - junio de 2024.	58
<b>TABLA N° 4.</b> Relación entre las características sociodemográficas y la depresión de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre enero – junio 2024	62
<b>TABLA N° 5.</b> Relación entre las características clínicas y la depresión de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre enero – junio 2024.	66
<b>TABLA N° 6.</b> Relación entre las características clínicas y la depresión de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de oncología del hospital Hipólito Unanue de Tacna entre enero – junio 2024.	69
<b>TABLA N° 7.</b> Relación entre las características clínicas y la depresión de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre enero – junio 2024.	72

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<b>GRÁFICO N° 1.</b> Comorbilidades en pacientes atendidos en consulta externa del servicio de oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el periodo enero - junio de 2024.	60
<b>GRÁFICO N° 2.</b> Tipo de diagnóstico, en pacientes atendidos en consulta externa del servicio de oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre el periodo enero - junio de 2024	61
<b>GRÁFICO N° 3.</b> Características sociodemográficas de los pacientes oncológicos de consulta externa del servicio de oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre enero – junio 2024.	65
<b>GRÁFICO N° 4.</b> Características clínicas (IMC y comorbilidades) de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre enero – junio 2024.	68
<b>GRÁFICO N° 5.</b> Características clínicas (tiempo de diagnóstico y tipo de cáncer) de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de oncología del hospital Hipólito Unanue de Tacna entre enero – junio 2024.	71
<b>GRÁFICO N° 6.</b> Características clínicas (estadio de cáncer y tipo de tratamiento) de los pacientes atendidos en consulta externa del servicio de oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre enero – junio 2024.	74

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar el nivel de depresión en pacientes oncológicos atendidos en el servicio de Oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna entre enero – junio de 2024. **MATERIALES Y MÉTODOS:** El diseño de la investigación es observacional, descriptivo con un muestreo no probabilístico de 80 pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital que cumplieron con los criterios de selección. Para la recolección de datos se aplicó la entrevista a través de ficha de recolección de datos y el Inventario de Depresión de Beck-II con puntajes que van del 0 al 63. Para la organización de los datos se empleó el programa Microsoft Excel y SPSS versión 30. **RESULTADOS:** De los 80 pacientes estudiados, se encontró una prevalencia de depresión del 58.8%. En cuanto a grados de severidad, el grado moderado es el más frecuente. **CONCLUSIONES:** La prevalencia de la depresión fue de 58,8% en los pacientes oncológicos de consulta externa. Según las características sociodemográficas y clínicas, la mayoría de los pacientes oncológicos son mujeres adultas con normopeso y sobrepeso, el cáncer de cérvix es la patología más frecuente. No se encontró una asociación importante en la mayoría de los factores con la depresión.

**Palabras clave:** Depresión, cáncer, características clínicas

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To determine the level of depression in oncology patients treated in the Oncology Department of the Hipolito Unanue Hospital in Tacna between January and June 2024. **MATERIALS AND METHODS:** The research design is observational, descriptive with a non-probabilistic sampling of 80 patients seen in the hospital's outpatient clinic who met the selection criteria. For data collection, interviews were conducted using a data collection form and the Beck Depression Inventory-II with scores ranging from 0 to 63. For the organization of the data, Microsoft Excel and SPSS version 30 were used. **RESULTS:** Of the 80 patients studied, a prevalence of depression of 58.8% was found. Regarding severity levels, moderate severity is the most frequent. **CONCLUSIONS:** The prevalence of depression was 58.8% in outpatient oncology patients. According to the sociodemographic and clinical characteristics, most oncology patients are adult women with normal weight and overweight without other comorbidities. No significant association was found in most factors with depression.

**Keywords:** Depression, Cancer, clinical characteristics

## INTRODUCCIÓN

La depresión se caracteriza por un estado persistente de tristeza profunda, irritabilidad, sensación de vacío y pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras. El cáncer se ha convertido a día de hoy en un importante problema de salud pública, es la 2da causa de muerte en el Perú, el número de casos aumenta cada año y sobretodo genera en los individuos que la padecen un estado estresante a nivel emocional que puede agravarse con el pasar del tiempo (1). Desde el momento en que la persona recibe el diagnóstico de cáncer puede generar un impacto profundo en la vida de las personas, afectando tanto su bienestar físico como mental. Uno de los principales efectos es el sufrimiento psicológico, que puede influir de manera significativa en estos pacientes. La depresión, en especial, ha sido objeto de extensas investigaciones debido a su elevada prevalencia y al impacto significativo que ejerce sobre la salud y el bienestar general de quienes la sufren. Diversos factores clínicos asociados con el desarrollo de la enfermedad y los tratamientos oncológicos están vinculados a la aparición de depresión. Entre estos se destacan las características del tratamiento, como el tipo de terapia utilizada (radioterapia o quimioterapia) y aspectos relacionados con dicho tratamiento, tales como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, la extensión de la enfermedad, el tipo de cáncer y las comorbilidades presentes. Estos elementos se consideran factores de riesgo para el desarrollo de cuadros depresivos (2). Reconocer la influencia de estos factores es crucial para garantizar la calidad de vida del paciente oncológico y el pronóstico de su enfermedad.

# **CAPÍTULO I**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA**

Los pacientes diagnosticados con cáncer son los que tienen más riesgo de depresión tanto para el paciente como su entorno (3).

La depresión es un fenómeno multifactorial que resulta de una interacción entre variables individuales y del entorno, las cuales influyen tanto en su aparición como en su mantenimiento. Los factores que aumentan el riesgo de desarrollar depresión pueden dividirse en dos grandes categorías: individuales y ambientales.

Entre las causas individuales se incluyen los aspectos biológicos, como la predisposición hereditaria, el género, la edad y las afecciones persistentes, incluido el cáncer, así como los factores psicológicos, tales como la fragilidad emocional, el historial de síntomas depresivos, los desequilibrios mentales previos, la presión constante, el patrón de pensamiento, las características de la personalidad, la sensibilidad emocional negativa y los estilos de vida poco saludables (4).

Por otro lado, entre los factores relacionados con el entorno se incluyen los familiares, como la presencia de trastornos psicológicos en los padres, desacuerdos en las relaciones familiares, violencia doméstica, métodos educativos perjudiciales y casos de abuso o maltrato. Asimismo, se destacan los aspectos sociales, como experiencias de estrés significativo, dificultades en las relaciones personales, casos de hostigamiento o

bullying, entornos laborales dañinos, desempleo, bajo nivel de escolaridad, limitaciones económicas y otras condiciones sociales desfavorables (4).

La depresión es una complicación muy frecuente en pacientes con cáncer, es poco atendida y reconocida como tal, por la dificultad de hacer un diagnóstico diferencial adecuado. El término "cáncer" abarca una variedad de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del cuerpo. Su característica principal es la proliferación rápida y descontrolada de células anormales que pueden diseminarse por todo el organismo (OMS, 2022).

La Organización Mundial de la Salud (2022) destaca que el cáncer es un problema global de salud pública, causando altas tasas de mortalidad y discapacidad. En 2022, el cáncer se ubicó como la segunda causa principal de fallecimientos a nivel mundial. Aunque el desarrollo científico y el creciente conocimiento sobre las patologías, junto con las tácticas precautorias aplicadas, se proyectó que en 2022 se presentaron veinte millones de diagnósticos recientes y nueve comas siete millones de decesos vinculados al cáncer. Además, se calcula que 53,5 millones de personas estaban vivas cinco años después de haber recibido un diagnóstico de cáncer. Se estima que aproximadamente 1 de cada 5 personas desarrollará cáncer en algún momento de su vida, y alrededor de 1 de cada 9 hombres y 1 de cada 12 mujeres fallecen debido a esta enfermedad (5).

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Oncología del Hospital Hipólito Unanue entre el periodo enero – junio de 2024?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Los trastornos mentales frecuentes, como la depresión, afectan de manera considerable la eficiencia laboral, la productividad, el equilibrio emocional y el estado físico. La depresión se reconoce como la causa principal de incapacidades.

Este trastorno mental es una constante en todo contexto De la enfermedad oncológica, en el cual la mayoría de los pacientes pasan por una etapa de negociación con la enfermedad y tratan de sobrellevarlo consiguiendo un nivel de adaptación adecuado al nuevo contexto de la enfermedad desde el momento del diagnóstico (5).

Como ambas patologías, depresión y cáncer están en gran incremento en los tiempos recientes y van casi siempre de la mano es que nos vemos en la necesidad de hacer un estudio entre estas patologías, ya que las enfermedades no transmisibles aumentan año a año y requieren permanente atención de los sistemas de salud.

## **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de depresión en pacientes oncológicos atendidos en consulta externa del servicio de Oncología del Hospital Hipólito Unanue entre el periodo enero - junio de 2024.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Identificar la prevalencia y la severidad de la depresión en pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante enero - junio 2024.
- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que recibieron atención en consulta externa del servicio de Oncología del Hospital Hipólito Unanue durante enero - junio de 2024.
- Determinar la relación de las características sociodemográficas y clínicas con los niveles de depresión de los pacientes que recibieron atención en consulta externa del servicio de Oncología del Hospital Hipólito Unanue durante enero - junio de 2024.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. BASES TEÓRICAS**

##### **2.1.1 Depresión**

###### **A. Definición**

Según el DSM-5, la depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza y desesperanza persistentes. Clasifica la depresión en los siguientes tipos: Trastorno depresivo mayor, Trastorno distímico, Trastorno depresivo no especificado (6).

El trastorno depresivo mayor representa el ejemplo más característico de este grupo. Se distingue por la aparición de episodios que tienen una duración mínima de dos semanas (aunque la mayoría suelen prolongarse más) e involucran alteraciones significativas en el estado emocional, los procesos cognitivos y las funciones neurovegetativas, acompañados de períodos de recuperación entre episodios. Aunque el diagnóstico puede basarse en un solo episodio, en la mayoría de los casos el trastorno es recurrente. Es fundamental diferenciar entre la tristeza habitual y la vinculada a un episodio mayor de depresión. Aunque el luto puede generar un intenso dolor emocional, por lo general, no provoca un episodio depresivo de gravedad. Cuando los síntomas depresivos y el deterioro funcional ocurren simultáneamente,

suelen ser más intensos y el pronóstico es menos favorable que en los casos de duelo sin un trastorno depresivo mayor. La depresión asociada al duelo tiende a manifestarse en personas con vulnerabilidad a trastornos depresivos, y su recuperación puede ser favorecida con el tratamiento antidepresivo.

El trastorno depresivo persistente (también conocido como distimia), puede identificarse cuando las alteraciones en el estado emocional perduran al menos dos años en personas adultas o un año en menores. Un tipo más prolongado de abatimiento, denominado trastorno depresivo persistente (distimia), puede identificarse cuando las alteraciones en el humor se mantienen durante al menos dos años en personas adultas o un año en infantes (6).

Los códigos para los episodios depresivos en el DSM-5 son:

F32.0 para episodios depresivos leves

F32.1 para episodios depresivos moderados

F32.2 para episodios depresivos graves sin síntomas psicóticos

F32.3 para episodios depresivos graves con síntomas psicóticos

## **B. Etiología**

### **Neurotransmisores**

El estado de ánimo depresivo suele estar asociado con niveles reducidos de serotonina. En el análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) de algunas personas con ideación suicida se han detectado niveles bajos

de ácido 5-hidroxiindolacético, un metabolito de la serotonina, así como sitios de recaptación de serotonina en las plaquetas. Respecto a la noradrenalina, se han encontrado cantidades moderadamente bajas de 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol, un metabolito de la noradrenalina, en el LCR, la sangre y la orina de pacientes con depresión. Por su parte, los niveles de dopamina también son más bajos en individuos deprimidos, y los síntomas de la depresión están vinculados a enfermedades y medicamentos que disminuyen los niveles de esta sustancia.

### **Psicosocial**

Psicoanálisis: Freud describió una ambivalencia interiorizada hacia un objeto amado que, en caso de pérdida real o percibida, puede desencadenar un duelo de carácter patológico. Este tipo de duelo se manifiesta a través de una depresión aguda, acompañada de pensamientos suicidas, sentimientos de culpa y una profunda sensación de inutilidad.

Psicodinámico: Cuando se introyectan sentimientos ambivalentes hacia los bienes perdidos genera un conflicto interno caracterizado por culpa, ira, tristeza y rechazo. Este proceso puede llevar a que el duelo patológico evolucione hacia una depresión, cuando estos sentimientos ambivalentes hacia el objeto perdido.

Cognitiva: La tríada cognitiva de Aaron Beck se compone de tres percepciones negativas: una sobre uno mismo ("las cosas van mal porque

soy inadecuado"), otra sobre las experiencias pasadas ("todo siempre ha salido mal") y una sobre el futuro ("solo puedo esperar el fracaso").

Los acontecimientos vitales estresantes suelen anteceder a la aparición de trastornos del estado de ánimo. Estos eventos pueden provocar cambios cerebrales persistentes que incrementan la vulnerabilidad de la persona a futuros episodios de trastornos del estado de ánimo.

### **C. Epidemiología**

La depresión es una enfermedad común a nivel global, que se estima afecta al 3,8 % de la población mundial, incluyendo al 5 % de los adultos y al 5,7 % de las personas mayores de 60 años. A escala global, en torno a 280 millones de individuos experimentan esta afección. El trastorno depresivo se distingue de las variaciones comunes del humor y de las reacciones emocionales transitorias frente a las adversidades diarias. Tiene la capacidad de transformarse en una complicación seria para el bienestar, sobre todo cuando es persistente o alcanza una gravedad intermedia o crítica. Esta enfermedad puede generar un profundo sufrimiento en quien la padece, afectando significativamente sus actividades laborales, escolares y familiares (7).

El Ministerio de Salud (Minsa) atendió 280 917 casos de depresión durante el año 2023. Del total de atenciones, el 75.5 % corresponden a mujeres y el 16.5 % a menores de edad.

El trastorno depresivo mayor presenta la mayor prevalencia a lo largo de la vida, alcanzando casi el 17% según las investigaciones más recientes. La incidencia anual de episodios depresivos mayores es del 1,59%, siendo del 1,89% en mujeres y del 1,10% en hombres (7).

Según GLOBOCAN en el 2022 hubo 19,9 millones de casos nuevos de cáncer, 10 millones de muertes y 53,5 millones de personas viviendo con cáncer (8)

Según National Cancer Institute (NCI) de EE. UU, la depresión es un cuadro clínico asociado y limitante, llega a influir en aproximadamente una cuarta parte de las personas diagnosticadas con enfermedades oncológicas (9).

#### **D. Diagnóstico**

##### **Transtorno de depresión mayor:**

##### Criterios Diagnósticos:

A. Durante un mismo período de dos semanas, cinco o más de los siguientes síntomas deben estar presentes y reflejar un cambio respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer (6).

**Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi todos los días, evidenciado por la experiencia subjetiva (p. ej., sentirse triste, vacío o desesperanzado) o por la observación de otras personas (p. ej., apariencia llorosa).

**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Marcada disminución del interés o el placer en todas o casi todas las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días, según lo indica la experiencia subjetiva o la observación externa.

3. Cambios significativos en el peso corporal sin seguir una dieta, como pérdida o aumento de peso (por ejemplo, una variación de más del 5% del peso corporal en un mes) o alteraciones en el apetito, ya sea disminución o aumento, casi todos los días.

**Nota:** En los niños, debe tomarse en cuenta la incapacidad para alcanzar el incremento de peso previsto.

4. Presencia de insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días, observable por los demás (no limitado a una sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).

6. Sensación de fatiga o pérdida de energía presente casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva e inapropiada (que pueden llegar a ser delirantes) casi todos los días, y que no se limitan al autorreproche o la culpa por estar enfermo.

8. Disminución notable en la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, presente casi todos los días, ya sea reportada por el propio individuo o observada por otros.

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a morir), ideas suicidas repetitivas sin un plan concreto, intentos de suicidio o la elaboración de un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes del funcionamiento, como la social, laboral o en otras esferas de la vida.

C. El episodio no puede atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

**Nota: Los Criterios A—C constituyen un episodio de depresión mayor.**

D. El episodio de depresión mayor no puede explicarse mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia o trastornos psicóticos especificados o no especificados.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

**Nota:** Esta excepción no corresponde si todos los episodios maníacos o hipomaníacos han sido provocados por agentes químicos o pueden relacionarse con alteraciones corporales derivadas de otra condición clínica. (6).

## **Niveles de depresión**

Los niveles de gravedad de la depresión pueden diferenciarse al analizar la intensidad, la duración y la frecuencia de los síntomas presentes. Por ejemplo, “el trastorno depresivo leve es frecuente y se caracteriza por humor y conducta alterados, dificultades con el sueño, pesimismo, ansiedad y falta de energía. En el trastorno depresivo moderado, los pacientes manifiestan un descenso del humor, ansiedad, irritabilidad y agitación, así como falta de interés, disfrute y concentración y mala memoria. En el trastorno depresivo grave los síntomas aumentan en intensidad y aparecen los nuevos, como delirios y alucinaciones (10).

Los niveles de depresión se basarán en estos instrumentos:

### **a. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)**

- Cuestionario autoadministrado compuesto por **21 ítems**, diseñado para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos.
- Cada ítem se califica en una escala de **0 a 3**, con una puntuación total que oscila entre **0 y 63 puntos** según Vega-Dienstmaier de 2014 (10).
- La interpretación de los puntajes es la siguiente:
  - **0 – 13**: Sin síntomas depresivos
  - **14 – 19**: Síntomas depresivos leves
  - **20 – 28**: Síntomas depresivos moderados
  - **29 – 63**: Síntomas depresivos severos

- Según Hopko en el 2009 relacionó los síntomas depresivos con depresión clínica en pacientes oncológicos encontrando el mejor punto de corte en 22 pts de la siguiente manera dado que presenta los mejores índices de sensibilidad y especificidad en el inventario de depresión de Beck-II (11).
  - **Menor de 22 pts:** Sin depresión clínica
  - **Mayor o igual a 22 pts:** Con depresión clínica

#### **E. Tratamiento**

En el 70-80% de los casos, los episodios de depresión mayor son tratables con éxito. La combinación de terapias psicológicas junto con fármacos resulta ser el enfoque más eficiente (12).

##### ➤ **Psicofármacos:**

La alternativa terapéutica principal para gran parte de los individuos consiste en el uso de fármacos ISRS, conocidos por ser antidepresivos serotoninérgicos. Debido al riesgo de reacciones desfavorables graves, e incluso el fallecimiento por una dosis excesiva, los antidepresivos tricíclicos, también denominados IMAO, se destinan generalmente como opciones secundarias o terciarias. Para prevenir la reaparición, se recomienda continuar con el consumo de antidepresivos como parte del tratamiento de seguimiento durante un mínimo de cinco meses.

- La estrategia más eficaz para abordar el trastorno depresivo mayor consiste en integrar la terapia psicológica con el uso de medicamentos

antidepresivos, en lugar de emplear cualquiera de estas intervenciones de manera independiente.

- Cognitiva: Para atenuar las ideas melancólicas, el tratamiento a corto plazo se orienta en identificar y rectificar las alteraciones mentales persistentes que fundamentan la depresión.
- Conductual: Este método aplica los principios del aprendizaje mediante el condicionamiento operante y clásico, centrándose en conductas específicas y no deseadas.
- Interpersonal: Una intervención concreta de corta duración diseñada para tratar la depresión en pacientes ambulatorios no psicóticos ni bipolares, con énfasis en resolver conflictos interpersonales recurrentes.
- Psicoanalítica: Un tratamiento que impulsa la autoexploración y el análisis profundo de motivos y tensiones latentes.
- Terapia de apoyo: Suele recetarse a pacientes que sufren una crisis repentina, como una pérdida, o que empiezan a sentirse mejor tras un episodio depresivo grave, pero aún no están preparados para una terapia interactiva más intensiva.
- Grupal: El apoyo del grupo, el consuelo, el refuerzo positivo y la corrección rápida de las distorsiones cognitivas son beneficiosos, al igual que la transferencia de otras personas del grupo. Los pacientes que muestren signos evidentes de ideación suicida no deben utilizar este producto.

- La familia: El asesoramiento resulta especialmente importante si la depresión del paciente que afecta la estabilidad familiar está vinculada a sucesos familiares o se sustenta en costumbres familiares (13).

### **2.1.2. Cáncer**

#### **A. Definición**

Proceso causado por anomalías en el material genético de las células (ADN), caracterizadas por el crecimiento descontrolado de células anormales (American Cancer Society). Los cánceres que no son tratados pueden derivar en graves afecciones y resultar fatales. El organismo humano se compone de innumerables células activas que, en situaciones comunes, se desarrollan, se reproducen para generar nuevas células y desaparecen de manera sistemática. Durante las etapas iniciales de la vida de un individuo, las células regulares se dividen con mayor rapidez para favorecer el desarrollo. Al llegar a la madurez, la mayoría de las unidades celulares únicamente se reproducen para sustituir a aquellas que han envejecido o dejado de existir, así como para restaurar lesiones (14).

El cáncer surge cuando las unidades celulares de una región del organismo comienzan a multiplicarse sin regulación. La acción de las células malignas contrasta con la de las células sanas: en vez de extinguirse, estas continúan reproduciéndose y generando nuevas unidades celulares irregulares.

Además, tienen la capacidad de invadir o propagarse a otros tejidos, algo que las células normales no pueden hacer. Este crecimiento descontrolado y la invasión a otros tejidos son lo que confiere a estas células su naturaleza neoplásica.

Las células se convierten en cancerosas debido a alteraciones en el ADN (ácido desoxirribonucleico). En condiciones normales, cuando el ADN de una célula sufre un daño, esta lo repara o, en su defecto, muere. Sin embargo, en las células cancerosas, el ADN dañado no se repara, y la célula no muere. En cambio, persiste y se multiplica, originando nuevas células. Todas estas células hijas comparten el mismo ADN alterado de la célula original y forman lo que se denomina un clon.

Los individuos pueden adquirir un material genético alterado, aunque con mayor frecuencia las modificaciones en el ADN son causadas por fallos durante la replicación de células sanas o por agentes externos del entorno (14).

### **Factores de riesgo, etiología y oncogénesis**

Las investigaciones epidemiológicas han identificado factores asociados al riesgo de desarrollar cáncer. Estos factores, en muchas ocasiones, no son las causas directas, sino indicadores que señalan la presencia de los verdaderos agentes responsables. Por otro lado, los agentes *etiológicos* representan la causa directa de la transformación maligna, activando diferentes procesos genéticos y bioquímicos que culminan en la formación de un tumor. Este conjunto de eventos se conoce como carcinogénesis u oncogénesis.

el cáncer

## **B. Causas**

El cáncer surge cuando las células normales se convierten en células tumorales mediante un proceso compuesto por varias etapas, que comúnmente incluye la evolución de una lesión precancerosa hacia un tumor maligno. Estas transformaciones resultan de la interacción entre los factores genéticos del individuo y tres tipos principales de agentes externos:

- Carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes.
- Carcinógenos químicos, entre ellos el amianto, las sustancias presentes en el humo del tabaco, las aflatoxinas (un contaminante en alimentos) y el arsénico (un contaminante en el agua potable).
- Carcinógenos biológicos, como ciertos virus, bacterias y parásitos.

La incidencia del cáncer incrementa significativamente con la edad, probablemente debido a la acumulación progresiva de factores de riesgo asociados a ciertos tipos de cáncer. Este fenómeno se ve agravado por la disminución en la eficacia de los mecanismos de reparación celular que suele acompañar al envejecimiento (13).

## **C. Factores de riesgo**

El consumo de tabaco y alcohol, una dieta desequilibrada, el sedentarismo y la contaminación del aire son factores que incrementan

el riesgo de desarrollar cáncer, además de contribuir a otras enfermedades no transmisibles.

Asimismo, ciertas infecciones crónicas representan un riesgo importante, especialmente en países de ingresos bajos y medianos. En 2018, aproximadamente el 13% de los casos de cáncer diagnosticados a nivel mundial fueron atribuidos a infecciones carcinógenas, entre las que destacan las causadas por *Helicobacter pylori*, los papilomavirus humanos, los virus de la hepatitis B y C, y el virus de Epstein-Barr.

Los virus de la hepatitis B y C incrementan el riesgo de desarrollar cáncer de hígado, mientras que ciertos tipos de papilomavirus humanos aumentan significativamente el riesgo de cáncer de cuello uterino. Por su parte, la infección por el VIH multiplica por seis la probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino y eleva considerablemente el riesgo de otros tipos de cáncer, como el sarcoma de Kaposi (14).

#### **D. Prevención**

El riesgo de desarrollar cáncer puede disminuirse mediante las siguientes acciones:

- Evitar el consumo de tabaco.
- Mantener un peso corporal adecuado.
- Seguir una dieta equilibrada que incluya frutas y verduras.
- Practicar actividad física de manera regular.
- Limitar o evitar el consumo de alcohol.

- Vacunarse contra el papilomavirus humano y la hepatitis B, especialmente en los grupos para los que estas vacunas están recomendadas.
- Reducir la exposición a la radiación ultravioleta, ya sea evitando la exposición prolongada al sol o el uso de aparatos de bronceado artificial, o protegiéndose adecuadamente de la luz solar.
- Utilizando de manera segura y apropiada las radiaciones en el ámbito de la atención médica, ya sea para diagnósticos o tratamientos terapéuticos.
- Reduciendo al mínimo la exposición laboral a las radiaciones ionizantes.
- Limitando la exposición a la contaminación del aire, tanto en espacios cerrados como al aire libre, incluyendo el radón, un gas radiactivo generado por la descomposición natural del uranio que puede acumularse en edificios como hogares, escuelas y lugares de trabajo.

### **Detección precoz**

La mortalidad por cáncer puede disminuirse significativamente si se identifica y trata en etapas iniciales. La detección temprana consta de dos aspectos principales: el diagnóstico temprano y el tamizaje (cribado).

## **E. Diagnóstico**

### **Diagnóstico precoz**

La detección del cáncer en etapas iniciales aumenta la probabilidad de que el tratamiento sea efectivo, lo que puede mejorar las tasas de supervivencia, reducir las complicaciones y disminuir los costos del tratamiento. Una identificación temprana de la enfermedad, junto con una atención oportuna, puede mejorar considerablemente la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

#### **El diagnóstico precoz consta de tres componentes:**

- Reconocer los síntomas asociados a diferentes tipos de cáncer y entender la importancia de consultar al médico ante la aparición de anomalías preocupantes.
- Garantizar el acceso a servicios clínicos para evaluación y diagnóstico.
- Asegurar la derivación rápida del paciente a los servicios de tratamiento adecuados.

El diagnóstico temprano de cánceres sintomáticos debe realizarse en todas las circunstancias posibles para la mayoría de los tipos de cáncer. Los programas oncológicos deben estar diseñados para minimizar los retrasos y eliminar los obstáculos que dificulten el acceso a servicios de diagnóstico, tratamiento y cuidado.

### **Tamizaje (cribado)**

El objetivo del tamizaje es identificar signos de un cáncer específico o lesiones precancerosas en personas que no presentan síntomas. Si durante el tamizaje se detectan anomalías, es necesario realizar pruebas adicionales para confirmar o descartar el diagnóstico y, si corresponde, derivar al paciente para tratamiento.

Las iniciativas de cribado son eficaces para determinados tipos de cáncer, pero no en todos los casos. En general, son más complicadas y exigen mayores recursos que la detección precoz, ya que necesitan tecnología avanzada y personal especializado. Incluso con la implementación de estas estrategias, resulta crucial disponer de programas de diagnóstico temprano para identificar el cáncer en individuos que no cumplen con los parámetros de edad o carecen de factores de riesgo definidos.

La selección de las personas que participan en los programas de tamizaje se fundamenta en la presencia de factores de riesgo y en la edad, con el propósito de evitar un exceso de estudios que generen un alto número de falsos positivos. A continuación, algunos ejemplos de métodos de tamizaje:

- Pruebas para la detección del papilomavirus humano (como el análisis de ADN o ARNm) como técnica principal para identificar el cáncer de cuello uterino.

- Mamografía para la detección del cáncer de mama en mujeres de 50 a 69 años, en regiones donde el sistema de salud tenga la capacidad de ofrecer este servicio.

Es esencial que tanto el diagnóstico temprano como los programas de tamizaje incluyan un control riguroso de su calidad (14)

## **F. Tratamiento**

Un diagnóstico preciso es esencial para tratar el cáncer de manera adecuada y efectiva, ya que cada tipo de cáncer requiere un enfoque terapéutico específico. Entre los tratamientos disponibles se encuentran las intervenciones quirúrgicas, la radioterapia y la terapia sistémica, que incluye quimioterapia, tratamientos hormonales y terapias biológicas dirigidas.

Para elegir la estrategia de tratamiento adecuada, es necesario considerar tanto el tipo de cáncer como las características del paciente. Además, completar el protocolo de tratamiento dentro del período definido es crucial para alcanzar los resultados terapéuticos esperados. Un paso crucial en el tratamiento del cáncer es establecer sus objetivos. El principal suele ser lograr la curación o prolongar significativamente la vida del paciente. Otro objetivo fundamental es mejorar la calidad de vida del enfermo, promoviendo su bienestar físico, psicosocial y espiritual, complementado con cuidados paliativos durante las etapas terminales. Algunos tipos de cáncer comunes, como el de mama, cuello uterino, bucal o colorrectal, tienen altas probabilidades de curación cuando se

detectan en etapas tempranas y se tratan siguiendo las mejores prácticas disponibles.

De manera similar, otros cánceres como el seminoma y ciertos tipos de leucemias y linfomas infantiles también alcanzan altas tasas de curación si reciben un tratamiento adecuado, incluso en casos donde las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo.

No obstante, existen marcadas diferencias en el acceso a tratamientos según el nivel de ingresos de los países. De acuerdo con diversos informes, más del 90% de los países de ingresos altos disponen de tratamientos integrales para el cáncer, mientras que en los países de ingresos bajos esta proporción es inferior al 15% (14).

### **Cuidados paliativos**

El propósito de la atención paliativa no es sanar la enfermedad, sino mitigar las manifestaciones que esta origina y optimizar el bienestar tanto de los individuos afectados como de sus allegados. Estos cuidados buscan brindar mayor comodidad y son especialmente necesarios en contextos donde una alta proporción de pacientes se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad, con escasas posibilidades de curación. En más del 90% de los pacientes en etapas avanzadas, los cuidados paliativos son efectivos para aliviar los problemas físicos, psicosociales y espirituales.

Las estrategias de salud pública que incluyan atención comunitaria y a domicilio son fundamentales para proporcionar servicios de cuidados paliativos y alivio del dolor tanto a los pacientes como a sus familias.

Se destaca la necesidad urgente de mejorar el acceso al tratamiento con morfina oral, esencial para aliviar el dolor moderado o severo que afecta a más del 80% de los pacientes oncológicos en fase terminal (14)

## **2.2. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK – II (IDB-II)**

### **2.2.1. Descripción del instrumento**

El Inventario de Depresión de Beck fue desarrollado por Aron Beck junto con Robert A. Steer y Gregory K. Brown. El examen se publicó inicialmente en 1961 y posteriormente se revisó en español en 2011. El inventario está diseñado para cuantificar los síntomas de la depresión. Se basa en el modelo cognitivo de la depresión (Beck, 1963, 1964, 1967).

El BDI-II es un cuestionario de autoinforme que evalúa la presencia y gravedad de los síntomas depresivos. La población a evaluar en este test está compuesta por individuos mayores de 18 años en adelante. Puede administrarse de forma individual, colectiva o independiente. La duración estimada es de 10 a 15 minutos, siendo las áreas de utilización la clínica, la forense y la neuropsicología. La prueba comprende 21 categorías de síntomas distintas, cada una de las cuales se apoya en dos respuestas alternativas. Las respuestas se fragmentan en a y b para significar sus respectivos niveles, y a la puntuación se le asigna un valor entre 0 y 3 por pregunta (15)

La interpretación de las puntuaciones obtenidas en el BDI generalmente se realiza utilizando puntos de corte que permiten identificar distintos niveles de gravedad en los síntomas depresivos. El manual original del BDI-II (Beck et al., 1996). propone las siguientes:

- 0-13 sin depresión
- 14-19 depresión leve
- 20-28 depresión moderada
- 29-63 depresión grave

Estas puntuaciones han sido adoptadas en la adaptación española del BDI-II y, recientemente, un estudio ha confirmado empíricamente su validez para diferenciar niveles de gravedad de la depresión en pacientes con trastornos psicológicos (15).

- Por otro lado, Hopko en el 2009 relacionó los síntomas depresivos con depresión clínica en pacientes oncológicos encontrando el mejor punto de corte para IDB-II de 22 pts de la siguiente manera dado que presenta los mejores índices de sensibilidad y especificidad en el inventario de depresión de Beck-II (10).
  - **Menor de 22 pts:** Sin depresión clínica
  - **Mayor o igual a 22 pts:** Con depresión clínica

Aunque el BDI-II no fue diseñado específicamente para diagnosticar trastornos depresivos, la información que proporciona puede ser útil para identificar a personas con un posible trastorno depresivo, lo que permitiría su posterior confirmación diagnóstica mediante instrumentos más adecuados, como

una entrevista diagnóstica estructurada. Además, puede servir como una fuente complementaria de datos para apoyar el diagnóstico de un trastorno depresivo (15).

### **2.2.2 Validez del instrumento**

Aquí se presentan pruebas de la fiabilidad y validez de la prueba IDB, que sirvió como estudio experimental preliminar previo al uso de metodologías adicionales.

En 1977, Beck, Kovaes y Holla estudiaron a 44 pacientes; estos individuos presentaban síntomas depresivos de moderados a graves (medidos por el inventario de Beck). Al finalizar el tratamiento, ambos grupos mostraron una notable mejoría de los síntomas depresivos; el primer grupo estaba formado por 18 pacientes a los que se administró terapia cognitiva y el segundo grupo por 24 pacientes a los que se administró terapia con alternativas farmacológicas (15).

Por otro lado, Galindo et al. (2016) investigaron las propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), estructurado por Beck, Steer y Brown (1996), en pacientes con cáncer. El BDI-II es un instrumento de autoinforme compuesto por 21 ítems elaborados para evaluar los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2016). En el citado estudio, se llegó a las siguientes conclusiones: “El BDI-II ha demostrado ser un instrumento válido y confiable para detectar sintomatología depresiva, mostró características psicométricas adecuadas en su aplicación a pacientes con cáncer en población mexicana. La relevancia de los resultados obtenidos radica en que se trata de una población

que puede requerir atención oportuna en su salud mental a lo largo del tratamiento oncológico (16).

Tras analizar la asociación con otras pruebas, Novara, Sotillo y Wharton (1985, citado por Pimentel, 1996) estudiaron en Perú a 178 pacientes deprimidos utilizando la escala de Zung y el IDB, mientras que Hamilton utilizó la misma escala con una muestra separada de 49 personas. Las pruebas IDB y Zung mostraron una correlación muy significativa de 0,76, lo que indica que las dos evaluaciones estaban conectadas (17).

## **2.3 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.3.1 Investigaciones internacionales**

**Cahuana B, Iglesias A, Tafur B. Trastorno depresivo en pacientes con diagnóstico de cáncer: revisión narrativa de la literatura. Universidad Libre, Barranquilla, Colombia. 2024.**

La depresión es la entidad psiquiátrica más frecuente en oncología, el diagnóstico o posible diagnóstico de cáncer impacta en la salud mental del paciente y los familiares, por el significado que atribuye la enfermedad al nuevo estado de salud. El objetivo del presente artículo es actualizar los conocimientos recientes sobre la epidemiología, la etiología, la patogenia, las herramientas diagnósticas y el tratamiento, en cuanto a la relación del trastorno depresivo con el cáncer. Con este fin se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando los términos depresión, cáncer y el comando and para el término depresión y cáncer

en las bases de datos PubMed, Scopus, SciELO y Google Académico, en español, inglés y francés, en el periodo del 2016 hasta el 2022. Fueron elegidos un total de 50 artículos factibles para el objetivo del artículo, en donde se evidenció asociación del cáncer con el desarrollo del trastorno depresivo mayor con una alta prevalencia de al menos el 40%. Esto se origina por una combinación de factores genéticos, epigenéticos y ambientales. Para evaluar la depresión en pacientes se encuentran validadas la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), la escala de depresión de Beck y la escala de evaluación de la depresión Montgomery-Åsberg (MADRS). Finalmente, la farmacoterapia y/o psicoterapia se debe considerar una vez confirmado el diagnóstico de trastorno depresivo en la población oncológica para mejorar la calidad de vida, prevenir el incumplimiento del tratamiento y aumentar las tasas de supervivencia. (18)

**Ochoa A, Vásquez N. Características de la depresión en pacientes oncológicos adultos entre 40-65 años en Hospital de SOLCA. Cuenca-Ecuador. 2023.**

Llevaron a cabo un estudio analítico, transversal y observacional con 362 pacientes de entre 40 y 65 años atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA en Cuenca, Ecuador. Se utilizó un instrumento para recolectar datos sociodemográficos y antecedentes patológicos oncológicos, y se aplicó el Inventario de Depresión de Beck para evaluar la severidad de la depresión. Los resultados fueron presentados en tablas descriptivas y de contingencia.

La investigación evidencia una mayor proporción de mujeres (51,1%) y una escolaridad media (50,6%). El carcinoma mamario fue el tipo de cáncer más

prevalente (19,3%), mientras que la etapa inicial (grado I) fue la más común al diagnóstico (34,8%). La quimioterapia resultó ser el tratamiento más empleado (31,2%). Se registró que el 26% de los pacientes experimentó caída. Además, todos los sujetos estudiados presentaron algún nivel de afectación depresiva, siendo la depresión severa la más predominante (59,1%).

Se observaron asociaciones significativas entre el trastorno depresivo y variables como el nivel educativo, la franja etaria, la categoría de cáncer, el estadio al momento del diagnóstico. Estos hallazgos son consistentes con estudios realizados en otras regiones, confirmando la relación entre estos factores y la depresión (19).

**Machado G, Silva L. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer: asociación con aspectos clínicos y adherencia al tratamiento oncológico. 2024.**

Objetivo: identificar síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer y su asociación con aspectos clínicos y con la adherencia al tratamiento oncológico. Método: estudio transversal, con muestra por conveniencia, realizado entre septiembre de 2020 y mayo de 2021, que incluyó pacientes diagnosticados con cáncer de todas las regiones de Brasil. Los instrumentos utilizados fueron la *Hospital Anxiety and Depression Scale* y el Test de Morisky. Se realizaron análisis de regresión logística multivariada para comprobar las asociaciones. Resultados: la muestra estuvo compuesta por 69 pacientes, el 69,6% de ellos presentó ansiedad y el mismo porcentaje presentó depresión. Se observó ansiedad y depresión simultáneas en el 59,4%. La ansiedad se asoció con la presencia de fatiga. La depresión se asoció con el tiempo de diagnóstico,

la astenia y el lugar del tratamiento. La aparición simultánea de ansiedad y depresión se asoció con la astenia y el lugar del tratamiento. Conclusión: los altos índices de ansiedad y depresión indican que es necesario implementar acciones de apoyo psicosocial a los pacientes con cáncer (20).

**Jaimes T, Ramírez R, Romero M. Ansiedad y Depresión en Pacientes Oncológicos. Universidad Cooperativa de Colombia Programa Psicología. Bucaramanga Colombia. 2020.**

El objetivo de esta investigación es identificar la relación en los diferentes niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos durante su tratamiento médico, para ello se utilizó como método el enfoque cuantitativo de tipo correlacional no experimental transversal a una población de 100 pacientes oncológicos del Hospital Universitario de Santander, los instrumentos utilizados fueron: el Inventario de Depresión de Beck (BDI II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Los resultados arrojados en los niveles de Ansiedad, puntuaron un porcentaje mínimo en el nivel leve con un 11 %; el nivel moderado con un 14 %, el nivel grave con un 24% y, por último, el nivel mínimo con la mayor parte de los participantes registrando un 51%. En cuanto a la variable de Depresión, los resultados indicaron el menor porcentaje en el nivel leve con un 13 %; un nivel moderado con un 16 %; un nivel grave puntuando un 25% y finalmente, el nivel mínimo con la mayor parte de los participantes con el 46%. En resumen, la correlación de estas dos variables resulta ser significativa y negativa, siendo igual a  $-0,618$ , es decir, inversamente proporcionales (21).

**Bernal G, Muñoz M. Tratamiento farmacológico de la depresión en cáncer. *Psicooncología*, Universidad Complutense de Madrid, España. 2017.**

Objetivo: La depresión mayor es uno de los trastornos psiquiátricos más ampliamente reconocidos en los enfermos de cáncer. En España alrededor de un 16,49% de los pacientes oncológicos desarrollan un Trastorno Depresivo Mayor. Cuando la sintomatología depresiva interfiere en el adecuado funcionamiento del paciente oncológico, los antidepresivos son el tratamiento de primera línea. El objetivo de este estudio es analizar la eficacia de las distintas opciones farmacológicas utilizadas para la depresión en pacientes oncológicos.

Método: Se realiza una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed mediante los términos: cáncer, depresión, tratamiento antidepresivo en cáncer.

Se analizaron un total de 36 artículos con un diseño tipo ensayo clínico.

Resultados: Se ha encontrado que los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) son eficaces para el tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer. La paroxetina es una de las más eficaces. Los antidepresivos de perfil dual también han demostrado eficacia por su rapidez de acción y su utilidad en síntomas colaterales como los síntomas vasomotores y los dolores. La mirtazapina es de gran utilidad en síntomas como el dolor, náuseas, insomnio y ansiedad.

Conclusiones: la cantidad de pacientes con cáncer afectados por depresión va de 15 a 25%; además, afirman que “el estilo de afrontamiento depresivo se relaciona con un menor tiempo de supervivencia, alarga el tiempo de hospitalización, empeora la adherencia terapéutica y disminuye la calidad de

vida". La elección de la medicación debe estar basada en el perfil de síntomas del paciente, el potencial beneficio, la tolerabilidad y el riesgo/beneficio con el propósito de diseñar una estrategia para cada paciente. Los fármacos que han demostrado mayor eficacia y tolerabilidad en nuestro estudio han sido los ISRS, la mirtazapina y los antidepresivos de acción dual (22).

### **2.3.2. Investigaciones nacionales**

#### **Vásquez M. Depresión en pacientes oncológicos de un Instituto Neoplásico de Junín 2024.**

Objetivos: Determinar la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Junín durante el año 2024. Metodología: Se empleó un enfoque de investigación mixto, con un tipo de investigación observacional, transversal y descriptivo, y un diseño de investigación no experimental. Además, el instrumento utilizado para la recolección de datos fue el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). La muestra estuvo compuesta por 376 pacientes oncológicos que estaban recibiendo tratamiento de quimioterapia. Resultados: La prevalencia de depresión en pacientes oncológicos mostró que el 79% (297 pacientes) presentaba depresión moderada, el 10,9% (41 pacientes) depresión leve, el 2,7% (10 pacientes) depresión mínima y el 7,4% (28 pacientes) depresión grave. Además, la depresión moderada fue la categoría más común, afectando al 59,3% de las mujeres y al 19,7% de los hombres. Conclusiones: La alta prevalencia de depresión en pacientes atendidos en el servicio de oncología médica destaca la

necesidad de integrar apoyo psicológico en los tratamientos y asegurar el acceso a servicios de salud mental para mejorar su calidad de vida (23).

**Vidaurre G, Vicuña P. Sintomatología depresiva y funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Lima 2024.**

Objetivo: Esta investigación buscó explorar la relación entre la sintomatología depresiva y la funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásica. Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo-correlacional de diseño no experimental de corte transversal; debido a que se hizo uso de la observación, análisis y descripción de variables para poder determinar la posible relación entre ellas. La muestra fue conformada por 374 pacientes mayores de 18 años. Para recolectar la información se utilizó el inventario de depresión de Beck (BDI), la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) y una ficha sociodemográfica; además se aplicaron pruebas estadísticas como la normalidad de Shapiro-Will y el chi cuadrado con el fin de analizar las variables. Resultados: El 53,94% de los pacientes tenían cáncer urológico y el 47,06% cáncer ginecológico. Con depresión mínima el 5,35 %, con depresión leve el 51,07 %, con depresión moderada el 33,15 % y Depresión severa el 10,43 %; el 62,56% tenía una funcionalidad familiar con aspectos por mejorar, no se encontró una relación significativa entre las variables principales ( $p=1,54$ ); pero si entre la dimensión cohesión familiar y la sintomatología depresiva ( $p=0,00$ ). Conclusiones: Los pacientes con menor funcionalidad familiar no mostraron

indicadores significativos de depresión, posiblemente ocasionado por el apoyo externo y las estrategias proporcionadas por la institución (24).

**Chávez C. Nivel de autoestima y Nivel de depresión en pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria, en Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo. 2023.**

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de autoestima y nivel de depresión en los pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria, en Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo 2022, se utilizó una metodología de carácter no experimental, aplicada y de tipo correlacional en una muestra conformada por 136 pacientes con diagnóstico de cáncer que reciben tratamiento en quimioterapia ambulatoria. Para medir la variable nivel de autoestima, se utilizó el cuestionario evaluación de autoestima en pacientes oncológicos de Coopersmith. Los resultados, muestran que el 51,% de pacientes presentan autoestima media, mientras que el 31,7% autoestima baja y el 16,8% autoestima alta. Así también, para la variable nivel de depresión, se contó con el instrumento Test de depresión de Hamilton. Los resultados, muestran que el 74% de pacientes posee un estado de depresión muy severo y severo, mientras que el 26% restante, moderado ha no deprimido; además, el 74% de pacientes con una autoestima bajo a medio presentan depresión severa y muy severa por lo que se indica que los niveles de depresión y los niveles de autoestima se relacionan de manera significativa, por medio del coeficiente Chi-cuadrado de asociación ( $X^2=121,962$ ), confirmando la hipótesis del investigador (25).

**Correa L, Zapata K. Factores biosocioeconómicos y nivel de depresión en pacientes que reciben quimioterapia, Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa Piura, 2023.**

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre factores biosocioeconómicos y nivel depresión en pacientes que reciben quimioterapia en el Hospital de la Amistad Perú Corea II-2 Santa Rosa – Piura, estudio descriptivo, correlacional de corte transversal, realizado los meses setiembre - octubre 2022. La muestra fue 100 pacientes, se aplicó dos instrumentos: un cuestionario para medir factores biosocioeconómicos, y un cuestionario para el nivel de depresión. Los resultados obtenidos fueron: 78% mujeres, el 19% adultos jóvenes, 62% adulto medio y 19% adultos mayores, de los cuales 15% solteros, 53% casados, 25% convivientes, 3% divorciados y 5% viudos; se encontró al 2% sin educación y el 59% con estudios superiores. El 47% tiene ingresos económicos de 950 soles, 17% percibía más de 2000 soles y el 48% tiene hijos menores de edad. El 23% tiene estadio 2, 51% estadio 3 y el 26% estadio 4; el 82% tiene más de 6 meses de enfermedad; y el 71% de los pacientes no tiene metástasis al momento de la entrevista; en cuanto al funcionamiento familiar el 24% obtuvo un puntaje normal, y el 27% disfunción familiar severa. Se encontró relación entre el funcionamiento familiar y el nivel depresión; con el 13% de pacientes con nivel de depresión ligera con funcionamiento familiar leve, el 12,0% con depresión moderada presentan un funcionamiento familiar moderada, y el 6% de pacientes con depresiones severa al igual que la disfunción familiar, además se observó

un valor tau c de Kendall de 0,201 con probabilidad 0,024 siendo esto significativo (26).

**Maita K, Ruiz E. Factores asociados a depresión durante la quimioterapia en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022.**

La presente investigación tuvo como objetivo Determinar qué factores tienen relación en la depresión durante la quimioterapia en el HRDC, para ello se aplicaron el instrumento de evaluación de inventario de depresión de Beck. El estudio fue de diseño no experimental, descriptiva de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 800 pacientes con cáncer del servicio de oncología del Hospital Regional Docente de Cajamarca, donde se obtuvo que las mujeres el más alto porcentaje (69,5%; N=139), seguido de la edad de 27 a 59 años (56%; N=112), el estado de conviviente (93,0%; N=186); con un grado de instrucción de primaria (47,5%; N= 95) y con ocupación de ama de casa siendo un 57,5% (N=115); la edad de 27 a 59 años tiene una depresión moderada de 45,5% (N=85) y una depresión leve de 13,5% (N=27) en la edad de 65 años a más en los pacientes del Hospital; el grado de instrucción: primaria tiene una depresión moderada de 41,3% (N=62) y una depresión leve de 6,0% (N=09) en el grado de instrucción: superior; el estadio 4 tiene una depresión moderada de 51,0% (N=102) es la etapa muy avanzada del cáncer donde se disemina en otros órganos; seguido de un estadio 2 y 3 de 13,5%(N=27), 12,0% (N=24); el tratamiento con terapia combinada se tiene una depresión moderada de 56,5% (N=113), seguido de ello la terapia sola con una depresión de 22,0% (N=44); el tiempo de tratamiento farmacológico de 1 año a más causa una depresión moderada de 39,0% (N=78), seguido de 6 a 1 año una depresión

moderada de 22,5% (N=45). la relación significativa entre el tiempo de tratamiento oncológico ( $p < 0,05$ ), el grado de instrucción ( $p < 0,05$ ), la etapa del cáncer ( $p < 0,01$ ), tipo de tratamiento oncológico ( $p < 0,01$ ), y el tiempo de tratamiento oncológico ( $p < 0,05$ ) con la depresión durante la quimioterapia (27).

**Montalván R. Factores Asociados a los Niveles de depresión y ansiedad en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche, Arequipa. 2022.**

El presente estudio tiene como objetivo evidenciar los factores asociados a los niveles de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche de Arequipa. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, no experimental, observacional. La muestra estuvo constituida por todos los pacientes oncológicos médicos quirúrgicos atendidos en el Servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche en el período de estudio, que cumplieron con los criterios de inclusión, pacientes desde 15 a más de 60 años. Se utilizó encuesta como técnica y cuestionarios como instrumentos, uno simple de autoadministración para la recolección de datos con preguntas relacionados a los factores demográficos, sociales y características del cáncer, y el cuestionario de la Escala de HADS (Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión), la cual a través de 7 ítems evalúa ansiedad y 7 ítems evalúa depresión y el consentimiento informado. Para la estadística se aplicó la prueba de Chi Cuadrado y/o la prueba exacta de Fisher, según correspondió. Los índices psicométricos fueron estudiados de manera exhaustiva, mostrando la consistencia interna alfa de Cronbach. Resultados: En el presente estudio se

encontró que solo el 11,5% de los pacientes presentan tanto ansiedad como depresión. Los factores socio demográficos como edad, sexo, estado civil, ocupación e ingreso económico, no mostraron asociación con la ansiedad y depresión. Además, el tipo de cáncer que se asocia más con la ansiedad es el cáncer de cuello uterino. CONCLUSIONES: Se concluye que la mayoría de los pacientes internados en el Servicio de Oncología, no presentan síntomas de ansiedad y depresión, y que es el síndrome de ansiedad el que está asociado al tipo de cáncer (28).

**Beltran K. Prevalencia y factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer que asisten a consultorio externo de un Hospital, Arequipa. 2019.**

La investigación se propuso determinar la prevalencia y algunos factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer que asisten a consultorio externo de un hospital. Se utilizó la técnica de la entrevista a los pacientes que acudieron a consultorios externos del servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche, donde se consignó en una ficha los datos que correspondían a factores sociodemográficos y al cuestionario de la escala de HADS (Escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión), esta última conformada por 7 ítems para evaluar ansiedad y 7 ítems para evaluar depresión. La población estuvo conformada por 92 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Se analizaron los resultados con la prueba del chi cuadrado. Se encontró que la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes del grupo de estudio fue del 64,13%. Los factores socio-demográficos como edad, sexo, procedencia, estado civil, grupo familiar, ingreso económico familiar y ocupación antes de

enfermar, no mostraron asociación con ansiedad y depresión. Asimismo, algunas características del cáncer como: el tipo de cáncer de Piel, el estadio clínico del cáncer avanzado y el tratamiento recibido con radioterapia, están asociados con la ansiedad y depresión en el grupo de estudio. Se concluye que la mayoría de pacientes con cáncer tienen síntomas de ansiedad y depresión y que este síndrome está asociado al tipo de cáncer, al tipo de tratamiento y al estadio del cáncer (29).

#### **Olivares D. Factores asociados a depresión en pacientes oncológicos del Hospital Regional del Cusco, 2018.**

Tiene como Objetivo identificar cuáles son los factores asociados a depresión en pacientes oncológicos del Hospital Regional del Cusco, 2018. Metodología: Estudio de tipo observacional, prospectivo, analítico y corte transversal que encuestó a 254 pacientes entre 20 y 95 años de edad en las diferentes áreas de hospitalización del Hospital Regional del Cusco en el periodo de Enero a Diciembre del 2018. Resultados: Del total de pacientes encuestados, 61% presentaron depresión. La población que presentó mayores casos de depresión se caracterizó por: estar comprendida entre las edades de 36 y 50 años (70,7%), en su mayoría fueron del sexo femenino (63%), eran desempleados (83,9%), convivientes (82%), sin instrucción (69,6%), su diagnóstico fue cáncer de cabeza y cuello (91,7%), recibieron como tratamiento terapia combinada (81,3%), tenían como cuidador primario a su cónyuge (71,8%), la persona con quien vivían era su cónyuge (92%), “nunca” percibieron apoyo social de su entorno (86,4%), y fueron los que “algunas veces” utilizaron estrategias de afrontamiento religioso (76,4%). Los factores que mostraron

asociación estadísticamente significativa con la depresión fueron: la edad ( $p=0,034$ ), situación laboral ( $p=0,000$ ), estado civil ( $p=0,000$ ), nivel de instrucción ( $p=0,046$ ), tipo de cáncer ( $p=0,002$ ), tipo de tratamiento oncológico ( $p=0,001$ ), cuidador primario ( $p=0,000$ ), persona con quien vive ( $p=0,018$ ) y apoyo social ( $p=0,000$ ). Conclusiones: la edad, situación laboral, estado civil, nivel de instrucción, tipo de cáncer, tipo de tratamiento oncológico, cuidador primario, persona con quien vive y apoyo social son factores asociados a depresión en pacientes oncológicos (30).

**Alvarado M, Bustamante F. Apoyo Social y Depresión en Pacientes Diagnosticados con una Enfermedad Oncológica del Hospital Essalud de Arequipa. 2018.**

Esta investigación tuvo por objetivo determinar la relación existente entre las variables del Apoyo Social y los niveles de Depresión en pacientes hospitalizados que se encuentran en tratamiento médico clínico quirúrgico del servicio de oncología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segura Escobedo de la Red Asistencial de Arequipa. La muestra estuvo constituida por 225 pacientes hospitalizados. Para la consecución de los resultados se aplicaron los siguientes instrumentos: el cuestionario de Apoyo Social Percibido de Moss y el inventario de depresión de Beck. Los resultados más significativos a los que se llegaron, fue el de encontrar un 71,6% con bajo apoyo social, 64,5% con depresión leve, 25,3% depresión moderada y 4,4% depresión severa llegando a encontrar una relación significativa entre la baja percepción de apoyo social y niveles depresión en los pacientes evaluados (31).

**Espinoza R, Machco K, Torres T. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer. servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao. 2017.**

Se propuso cuantificar la frecuencia de la ansiedad y la depresión entre los pacientes con cáncer teniendo en cuenta factores demográficos como la edad y el sexo. Además, sería útil comprender la correlación entre los niveles de ansiedad, las modalidades de tratamiento y el momento del diagnóstico. Para ello, se incluyó en la muestra a un total de 120 pacientes adultos, todos mayores de 19 años. Una de las encuestas fue el Inventario de Depresión de Beck, y la otra, el Inventario de Ansiedad de Beck. Los resultados mostraron que, entre los pacientes con cáncer, el 40,4% sufría depresión leve, el 32,7% depresión grave y el 26,9% no sufría ningún tipo de depresión. En pocas palabras, todos los pacientes con cáncer que participaron en la encuesta manifestaron un 73,1% de depresión. Por otra parte, los individuos cuyo diagnóstico se produjo entre siete y doce meses antes declararon un mayor nivel de preocupación (32).

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

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

El presente estudio es tipo básico, de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, y de diseño no experimental observacional.

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.2.1. Población**

La población de estudio estuvo conformada por todos los pacientes nuevos diagnosticados con cáncer y atendidos en consulta externa del Servicio de Oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el período de enero a junio de 2024. El total de pacientes atendidos en el año 2023 fueron de 135, en el año de 2024, en el periodo de estudio (6 meses) se registraron 91 pacientes nuevos los cuales fueron elegibles para nuestro estudio.

Se decidió trabajar con los datos correspondientes a este período en lugar de los del año 2023 debido a la importancia de utilizar información reciente que refleje con mayor precisión la realidad actual del servicio de oncología, lo que permite obtener hallazgos más pertinentes y aplicables en la toma de decisiones. Además, la información de 2024 se encontraba más accesible y organizada, lo que facilitó su recopilación y análisis, reduciendo posibles sesgos derivados de registros incompletos o inconsistentes en períodos anteriores.

### **3.2.2. Muestra y muestreo**

Dado el número limitado de pacientes nuevos diagnosticados con cáncer en el período de estudio, no se realizó un cálculo de tamaño muestral y se optó por incluir a toda la población elegible, aplicando un muestreo censal. Se procuró entrevistar a los 91 pacientes identificados, pero finalmente se logró la participación de 80 de ellos, por lo que el muestreo adoptado se considera no probabilístico por autoselección.

El marco muestral estuvo conformado por la lista de pacientes oncológicos atendidos en consulta externa durante el período de enero a junio de 2024, proporcionada por el servicio de archivo de historias clínicas del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Este registro contenía información necesaria para el contacto con los pacientes, incluyendo nombres, apellidos, documento de identidad y número telefónico, garantizando en todo momento la confidencialidad y el uso ético de los datos en conformidad con las normativas de protección de la privacidad y derechos de los pacientes.

#### **Selección de la Muestra:**

##### **1. Depuración de la base de datos:**

- La lista inicial contenía pacientes repetidos (nuevos y en control), por lo que se realizó un filtrado para contar con sólo con pacientes nuevos.
- Se priorizó a aquellos con datos de contacto completos y disponibilidad para participar.

#### **Método de recolección de datos:**

Se aplicó una encuesta estructurada, fue impresa donde el participante seleccionaba las respuestas según su caso específico. Se realizó la entrevista de forma presencial tanto en consulta externa del Servicio de Oncología como en domicilios de los pacientes participantes.

**Criterios de Inclusión:**

- Pacientes mayores de 18 años.
- Diagnóstico confirmado de cáncer mediante anatomía patológica.
- Aceptación para participar mediante firma del consentimiento informado.

**Criterios de Exclusión:**

- Pacientes con diagnóstico previo de otro trastorno mental distinto a la depresión.
- Pacientes con deterioro cognitivo o limitaciones que impidan la comunicación oral o escrita.
- Encuestas incompletas o mal diligenciadas.
- Pacientes en estado avanzado con síntomas severos que dificulten su participación.

### **3.3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos:

**a. Ficha de Datos Clínicos y Sociodemográficos**

- Instrumento diseñado y validado por el hospital para la recolección de información clínica y sociodemográfica. Ver Anexo N° 02.
- Contiene:
  - **Variables sociodemográficas:** edad, sexo, nivel socioeconómico.

- **Variables clínicas:** Índice de masa corporal, comorbilidades, tipo de cáncer, tiempo desde el diagnóstico, estadio, tipo de tratamiento en curso (33).
- La información fue obtenida mediante **entrevista directa** y **revisión de historias clínicas**.

**b. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)**

- Cuestionario autoadministrado compuesto por **21 ítems**, diseñado para evaluar la presencia y gravedad de síntomas depresivos.
- Cada ítem se califica en una escala de **0 a 3**, con una puntuación total que oscila entre **0 y 63 puntos**.
- La interpretación de los puntajes es la siguiente:
  - **0 – 13:** Sin síntomas depresivos
  - **14 – 19:** Síntomas depresivos leves
  - **20 – 28:** Síntomas depresivos moderados
  - **29 – 63:** Síntomas depresivos severos
- Se utilizó la **versión validada en español** para poblaciones clínicas, asegurando su fiabilidad y validez según Vega-Dienstmaier (2014).
- Según Hopko en el 2009 relacionó los síntomas depresivos con depresión clínica en pacientes oncológicos encontrando el mejor punto de corte en 22 pts de la siguiente manera:
  - **Menor de 22 pts:** Sin depresión clínica
  - **Mayor o igual a 22 pts:** Con depresión clínica

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

#### **a. Autorización Institucional:**

- Se obtuvo aprobación del estudio mediante un **oficio dirigido a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI)** del hospital Hipólito Unanue de Tacna, mediante autorización N° 270-2024-ETARRHH-OEGDRRHH-DRS.T/GOB.REG.TACNA
- Posteriormente, se gestionó la autorización con el **Servicio de Oncología** para la aplicación de los instrumentos.

#### **b. Aplicación de instrumentos**

Se aplicó los instrumentos descritos (Ficha de recolección de datos, y cuestionario de Inventario de depresión de Beck-II) de manera directa mediante entrevista.

#### **c. Confidencialidad y Seguridad de los Datos:**

- Se asignaron códigos anonimizados a cada participante para proteger su identidad.
- Los datos recolectados fueron almacenados en una **base de datos protegida**, asegurando su integridad y confidencialidad.

### **2.5 Procesamiento y Análisis de Datos**

#### **1. Codificación y Organización de Datos:**

- Los datos fueron **codificados y registrados en Microsoft Excel 2016** para su posterior análisis.

## 2. Análisis Estadístico:

- El procesamiento de datos se realizó en el software **SPSS versión 30,0**.
- Se emplearon **estadísticas descriptivas** para caracterizar la muestra mediante:
  - **Frecuencias y porcentajes** (para variables categóricas).
  - **Medias y desviaciones estándar** (para variables continuas). Se realizará un análisis estadístico de Chi cuadrado. (35)

### 3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

#### VARIABLE DEPENDIENTE

Depresión

#### VARIABLES INDEPENDIENTES

##### - Factores sociodemográficos

- Edad
- Sexo
- Nivel Socioeconómico (34)

##### - Factores clínicos

- Índice de Masa Corporal (IMC)
- Comorbilidades
- Tiempo de Diagnóstico
- Tipo de Diagnóstico Oncológico
- Estadio de Cáncer
- Tipo de Tratamiento

VARIABLES	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	VALOR
<b>VARIABLE DEPENDIENTE</b>						
<b>DEPRESIÓN</b>	Nivel de depresión	Trastorno mental caracterizado por sentimientos intensos de tristeza, falta de energía, baja autoestima, desinterés general y una reducción de la actividad psicológica.	Cualitativa	Nominal	Sin Depresión Clínica Con depresión Clínica	< <b>22 pts:</b> Sin depresión clínica ≥ <b>22 pts:</b> Con depresión clínica
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>						

<b>FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS</b>	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio.	Cualitativa	Ordinal	Joven Adulto Adulto Mayor	a. 18 a 29 años b. 30 a 59 años c. 60 años a más
	Sexo	Una condición biológica que diferencia a los hombres de las mujeres en el estudio.	Cualitativa	Nominal	Femenino/ Masculino	Femenino/ Masculino
	Nivel Socioeconómico (33)	Descripción de la situación de una persona según la educación, los	Cualitativa	Ordinal	Alto Medio Alto Medio	- Escolaridad del jefe de hogar - Número de personas

		ingresos y el tipo de trabajo que tiene			Medio Bajo Bajo	ocupadas $\geq$ 14 años -Número de dormitorios y baños -Número de autos -Tenencia de internet fijo -Vivienda -Bienes -Tecnología -Hábitos de consumo
<b>FACTORES CLÍNICOS</b>	Índice de Masa Corporal (34)	Medida que relaciona el peso y la estatura del cuerpo humano para obtener un diagnóstico nutricional de la persona	Cuantitativa	Razón	Bajo peso Normopeso Sobrepeso Obesidad I Obesidad II Obesidad III	< 18,49 18,5 – 24,9 25 – 29,9 30 – 34,9 35 – 39,9 $\geq$ 40
						Colelitiasis Diabetes Tipo 2

<b>FACTORES CLÍNICOS</b>	Conmorbididades	Coexistencia de 2 o más enfermedades en un mismo individuo	Cualitativa	Nominal	Enfermedades Transmisibles y no transmisibles	Dislipidemias Enfermedad Neurológica Enfermedad Reumatológica Enfermedad Renal Enfermedad Cardiovascular Hipertensión Arterial Pielonefritis Hemorroides Tuberculosis Gastritis o Ulcera Sin Conmorbididades
	Conmorbididades (34)					
	Tiempo de Diagnóstico	Hace referencia a la razón por la cual el paciente incluido en el estudio busca atención médica.	Cuantitativa	Razón	En intervalos de 3 meses	a. 1 a 3 meses b. 4 a 7 meses c. 8 a 11 meses d. ≥12 meses

	Diagnóstico Oncológico	Comprende los diagnósticos de cáncer más frecuentes demostrados por biopsia	Cualitativa	Nominal	Tipo de Cáncer	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ca de cérvix</li> <li>2. Ca de mama</li> <li>3. Ca de piel</li> <li>4. Otros cánceres</li> </ol>
	Estadio de Cáncer	Se refiere a la extensión del cáncer, como el tamaño del tumor y la diseminación del cáncer.	Cualitativa	Nominal	Estadificación del cáncer	<p>Estadio I  Estadio II  Estadio III  Estadio IV  No especificado</p>

<p><b>FACTORES CLINICOS</b></p>	<p>Tipo de Tratamiento</p>	<p>Manejo dirigido dependiendo del tipo y Estadio de Cáncer.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Quimioterapia, Radioterapia, Combinada, Cirugía, Tratamiento no especificado</p>	<p>Quimioterapia, Radioterapia, Combinada, Cirugía, Tratamiento no especificado</p>
---------------------------------	----------------------------	--	--------------------	----------------	---	---

## **CAPÍTULO IV**

### **DE LOS RESULTADOS**

#### **4.1 RESULTADOS**

Una vez finalizada la recolección y el procesamiento de datos, de los pacientes que acuden a la consulta del servicio de Oncología del Hospital Hipolito Unanue de Tacna durante los meses de enero a junio de 2024, se entrevistaron a 80 pacientes de forma presencial que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Luego de aplicar la ficha de recolección de datos y el Inventario de Depresión de Beck-II, se obtuvieron los siguientes resultados:

**TABLA N° 1**

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN  
CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA ENTRE  
EL PERIODO ENERO - JUNIO DE 2024**

DEPRESIÓN	N°	Frecuencia (%)
Sin depresión clínica (< 22 pts)	33	41,2%
Con depresión clínica (≥ 22 pts)	47	58,8%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos HHUT. N = 80

**Interpretación:**

En la Tabla N° 1 se evidencia que participaron en el estudio un total de 80 pacientes oncológicos. De entre estos , 33 no personas mostraron sintomatología de depresión , que representa el 41,2 % . Por otro lado 47 personas si mostraron sintomatología depresiva, abarcando el 58,8% % del total de pacientes evaluados.Se usó el punto de corte del cuestionario IDB-II de depresión clínica según HOPKO (2009).

**TABLA N° 2**  
**GRADOS DE SEVERIDAD DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS**  
**DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE**  
**DE TACNA ENTRE EL PERIODO ENERO - JUNIO DE 2024.**

NIVEL DE DEPRESIÓN	N°	%
Depresión mínima	5	6,2
Leve	11	13,8
Moderada	41	51,2
Severa	23	28,8
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Ficha de Recolección de Datos HHUT. N = 80

**Interpretación:**

En la Tabla N°2. En términos generales la mayoría de la población presenta algún grado de depresión. De la población que tiene depresión hay más casos de nivel de depresión moderada, representando el 51,2% del total de la población (n=41) seguida de la depresión severa con 28,8% (n=23) y finalmente siendo menos los casos de depresión leve 13,8 % (n=11) y mínima depresión 6,2% Estos puntos de cortes se basaron en la validez del cuestionario IDB-II según VEGA-DIENSTMAIER (2014).

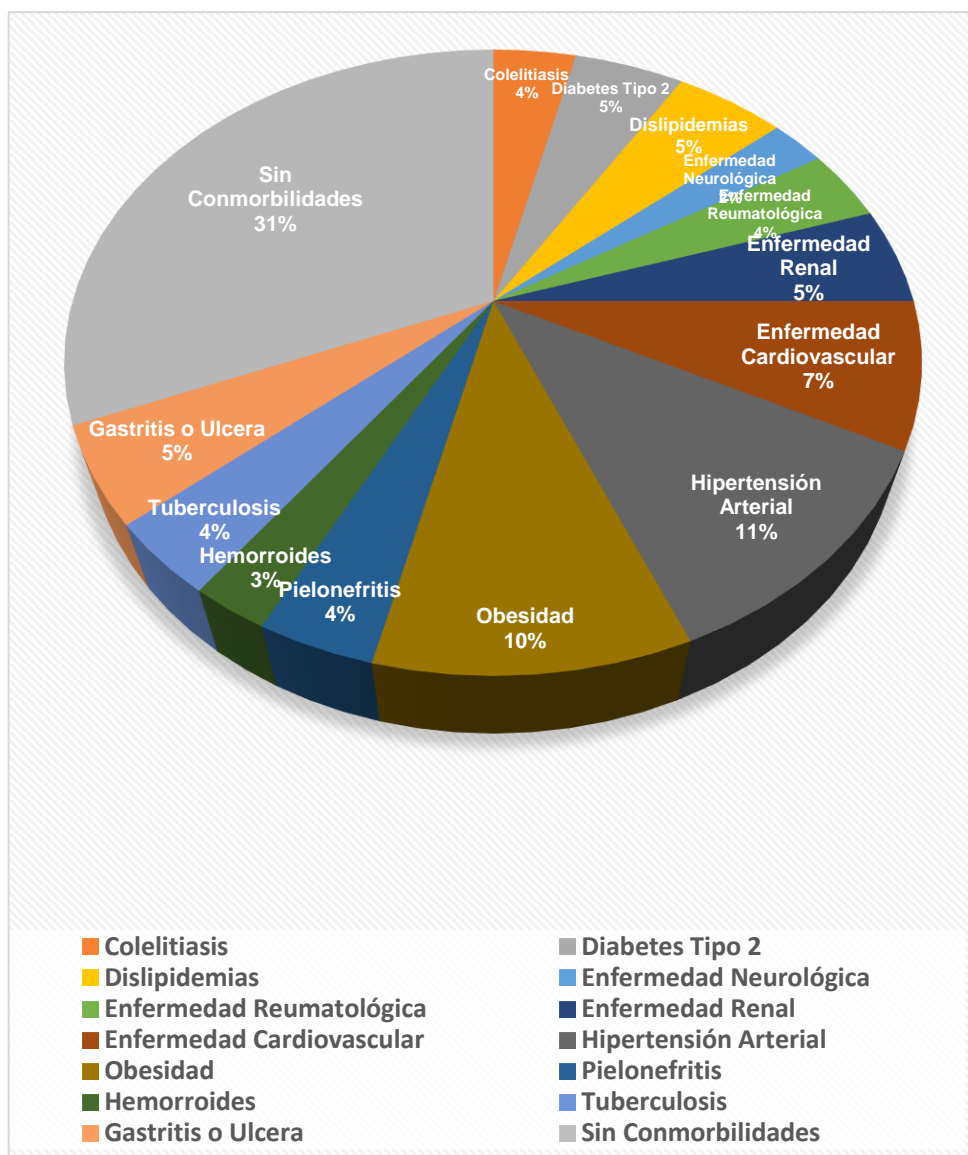
**TABLA N° 3**  
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS EN PACIENTES**  
**ATENDIDOS DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO**  
**UNANUE DE TACNA ENTRE EL PERIODO ENERO - JUNIO DE 2024.**

CARACTERÍSTICAS DE LAS VARIABLES	N°	%
<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>		
<b>EDAD (GRUPO ETÁREO)</b>		
JOVEN	7	9%
ADULTO	64	80%
ADULTO MAYOR	9	11%
<b>SEXO</b>		
MASCULINO	21	26,20%
FEMENINO	59	73,80%
<b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b>		
ALTO	0	0.00%
MEDIO ALTO	3	3,75%
MEDIO	35	43,75%
MEDIO BAJO	27	33,75%
BAJO	15	18,75%
<b>CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>		
<b>INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)</b>		
BAJO PESO (IMC ≤ 18.49)	4	5%
NORMOPESO (IMC 18.5 - 24.9)	32	40%
SOBREPESO (IMC 25 - 29.9)	36	45%
OBESIDAD I (IMC 30 - 34.9)	6	7,50%
OBESIDAD II (IMC 35 - 39.9)	1	1,25%
OBESIDAD III (IMC ≥40)	1	1,25%
<b>CONMORBILIDADES</b>		
Colelitiasis	3	3,75%
Diabetes Tipo 2	4	5,00%
Dislipidemias	4	5,00%
Enfermedad Neurológica	2	2,50%
Enfermedad Reumatológica	3	3,75%
Enfermedad Renal	4	5,00%
Enfermedad Cardiovascular	6	7,50%
Hipertensión Arterial	9	11,25%
Pielonefritis	3	3,75%

Hemorroides	2	2,50%
Tuberculosis	3	3,75%
Gastritis o Ulcera	4	5,0%
Sin Comorbilidades	33	41,25%
<b>TIEMPO DE DIAGNÓSTICO</b>		
1 - 3 meses	28	35,00%
4 - 7 meses	13	16,20%
8 -11 meses	15	18,80%
12 meses a más	24	30,00%
<b>TIPO DE CÁNCER</b>		
Cérvix	22	27,50%
Colon	3	3,75%
Endometrio	2	2,50%
Estomago	2	2,50%
Linfoma	4	5,00%
Mama	11	13,75%
Ovario	4	5,00%
Piel	14	17,50%
Pulmón	3	3,75%
Testiculo	4	5,00%
Vejiga	2	2,50%
Duodeno	2	2,50%
Recto	2	2,50%
Vesicula	2	2,50%
Mieloma Múltiple	1	1,25%
Útero	1	1,25%
Vulva	1	1,25%
<b>ESTADIOS DE CANCER</b>		
ESTADIO I	14	17,50%
ESTADIO II	22	27,50%
ESTADIO III	10	12,50%
ESTADIO IV	3	3,75%
NO ESPECIFICADO	31	38,75%
<b>TIPO DE TRATAMIENTO</b>		
CIRUGIA	32	40%
QUIMIOTERAPIA	11	13,75%
RADIOTERAPIA	1	1,25%
COMBINADA	24	30%
NO ESPECIFICADO	12	15%
<b>TOTAL DE PACIENTES</b>	<b>80</b>	<b>100%</b>

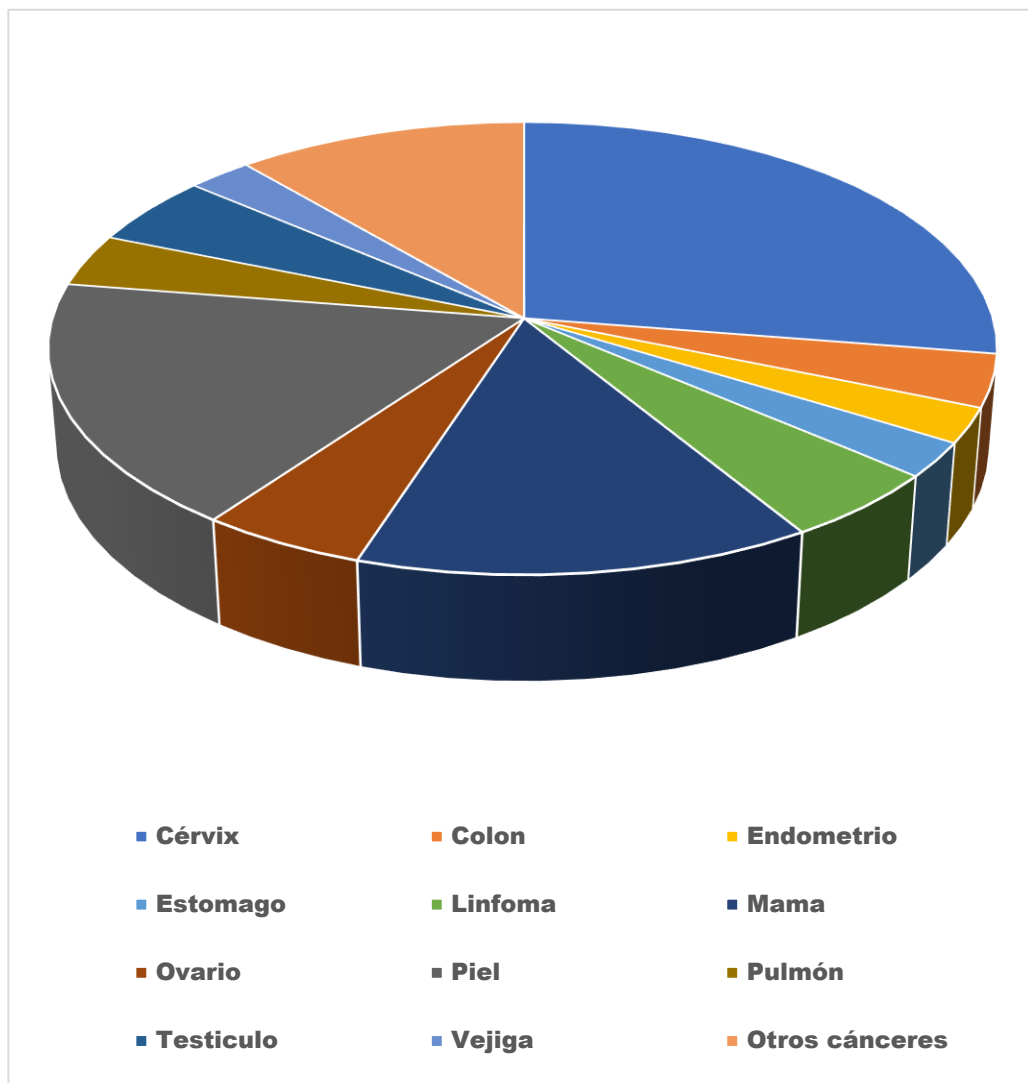
FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HHUT. N = 80

**GRÁFICO N° 1**  
**CONMORBILIDADES EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA**  
**EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL**  
**HIPÓLITO UNANUE DE TACNA ENTRE EL**  
**PERIODO ENERO - JUNIO DE 2024**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos HHUT. N = 80

**GRÁFICO N° 2**  
**TIPO DE DIAGNÓSTICO, EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA**  
**EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO**  
**UNANUE DE TACNA ENTRE EL PERIODO ENERO - JUNIO DE 2024**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos HHUT. N = 80

**TABLA N° 4**

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y LA DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA ENTRE ENERO – JUNIO 2024**

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		SIN DEPRESIÓN CLÍNICA		CON DEPRESIÓN CLÍNICA		TOTAL	$\chi^2$	gl	p	Φ ó V de Cramer
		f	%	f	%					
SEXO	FEMENINO	23	39,0	36	61,0	59	0,477	1	0,670	0,77
	MASCULINO	10	47,6	11	52,4	21				
GRUPO ETÁREO	JOVEN	0	0,00	7	100,0	7	0,420	2	0,560	0,273
	ADULTO	30	46,9	34	53,1	64				
	ADULTO MAYOR	3	33,3	6	66,7	9				
NIVEL SOCIOECONÓMICO	ALTO	0	0,00	0	0,00	0	0,96	3	0,113	0,276
	MEDIO ALTO	2	66,7	1	33,3	3				
	MEDIO	19	54,3	16	45,7	35				
	MEDIO BAJO	8	29,6	19	70,4	27				
	BAJO	4	26,7	11	73,3	15				
TOTAL		33	41,2	47	58,8	80				

FUENTE: Ficha de Recolección de Datos HHUT. N = 8

### **Interpretación:**

Realizamos un análisis Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) para conocer la relación entre las variables sociodemográficas y la presencia de depresión . Los resultados indicaron:

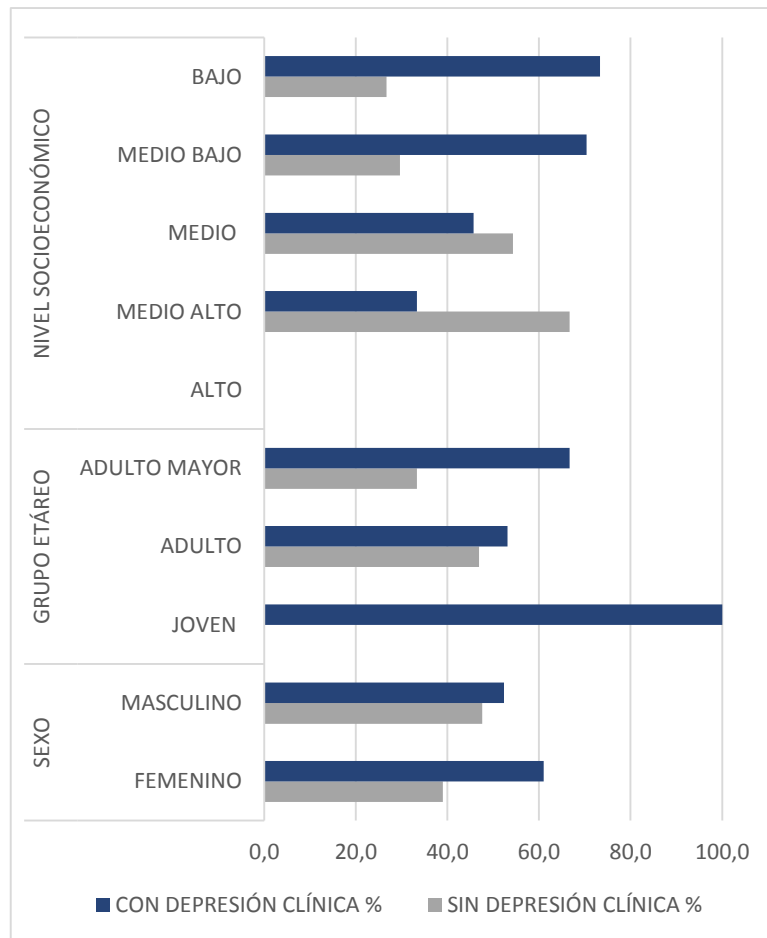
Variable sexo: Que de las 59 mujeres que participaron del estudio, 36 mujeres (61 %) presentan depresión clínica, mientras que las restantes 23 mujeres (39%) no presentan depresión . Por su parte, de los 21 varones que participaron de la investigación, 11 varones presentaron depresión (52.4%), mientras que los otros 10 (47.6%) no presentaron depresión.Los resultados de la prueba de asociación no fueron estadísticamente significativos ( $\chi^2(1,n=80)=0,477;p>0,05$ ) con una fuerza de asociación fuerte ( $\Phi=0,77$ ) indicando que el sexo del paciente se asocia fuertemente a la presencia de depresión.

Variable grupo etáreo:De los 7 pacientes jóvenes, todos presentaron depresión. De los 64 pacientes adultos, 34 (53,1%) presentaron depresión y el resto de los 30 adultos (46,9%) no presentaron depresión. De los 9 pacientes adultos mayores, 6 (66,7%) presentaron depresión y los restantes 3 (33,3%) no presentaron depresión.Los resultados de la prueba de asociación no son estadísticamente significativos ( $\chi^2(1,n=80)=0,420;p>0,05$ ) con una fuerza de asociación moderada ( $\Phi=0,273$ ) indicando que el grupo etáreo del paciente se asocia moderadamente a la depresión.

Variable nivel socioeconómico: De las 35 personas de nivel socioeconómico medio, 16 de ellas (45,7%) sí presentaron depresión mientras que las restantes 19 (54,3%) no presentaron indicios de depresión. Los resultados de la prueba de asociación no son estadísticamente significativos ( $\chi^2(1, n=80)=0,96; p>0,05$ ) con una fuerza de asociación moderada (V de Cramer=0,276) indicando que el nivel socioeconómico del paciente se asocia moderadamente a la presencia de la depresión.

**GRÁFICO N° 3**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DE CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos HHUT. N = 80

**TABLA N° 5**

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LA DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA ENTRE ENERO – JUNIO 2024**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		SIN DEPRESIÓN CLÍNICA		CON DEPRESIÓN CLÍNICA		TOTAL, f	$\chi^2$	gl	p
		f	%	f	%				
INDICE DE MASA CORPORAL	BAJO PESO (IMC $\leq$ 18,49)	3	75,0	1	25,0	4	0,099	5	0,112
	NORMOPESO (IMC 18.5 - 24,9)	17	53,1	15	46,9	32			
	SOBREPESO (IMC 25 - 29,9)	10	27,8	26	72,2	36			
	OBESIDAD I (IMC 30 - 34,9)	3	50,0	3	50,0	6			
	OBESIDAD II (IMC 35 - 39,9)	0	0,0	1	100,0	1			
	OBESIDAD III (IMC $\geq$ 40)	0	0,0	1	100,0	1			
CONMORBILIDADES	Colelitiasis	3	100,0	0	0,0	3	0,218	12	0,323
	Diabetes Tipo 2	3	75,0	1	25,0	4			
	Dislipidemias	1	25,0	3	75,0	4			
	Enfermedad Neurológica	1	50,0	1	50,0	2			
	Enfermedad Reumatológica	1	33,3	2	66,7	3			
	Enfermedad Renal	3	75,0	1	25,0	4			
	Enfermedad Cardiovascular	3	50,0	3	50,0	6			
	Hipertensión Arterial	5	55,6	4	44,4	9			
	Pielonefritis	1	33,3	2	66,7	3			
	Hemorroides	1	50,0	1	50,0	2			
	Tuberculosis	1	33,3	2	66,7	3			
	Gastritis o Úlcera	2	50,0	2	50,0	4			
	Sin Comorbilidades	8	24,2	25	75,8	33			

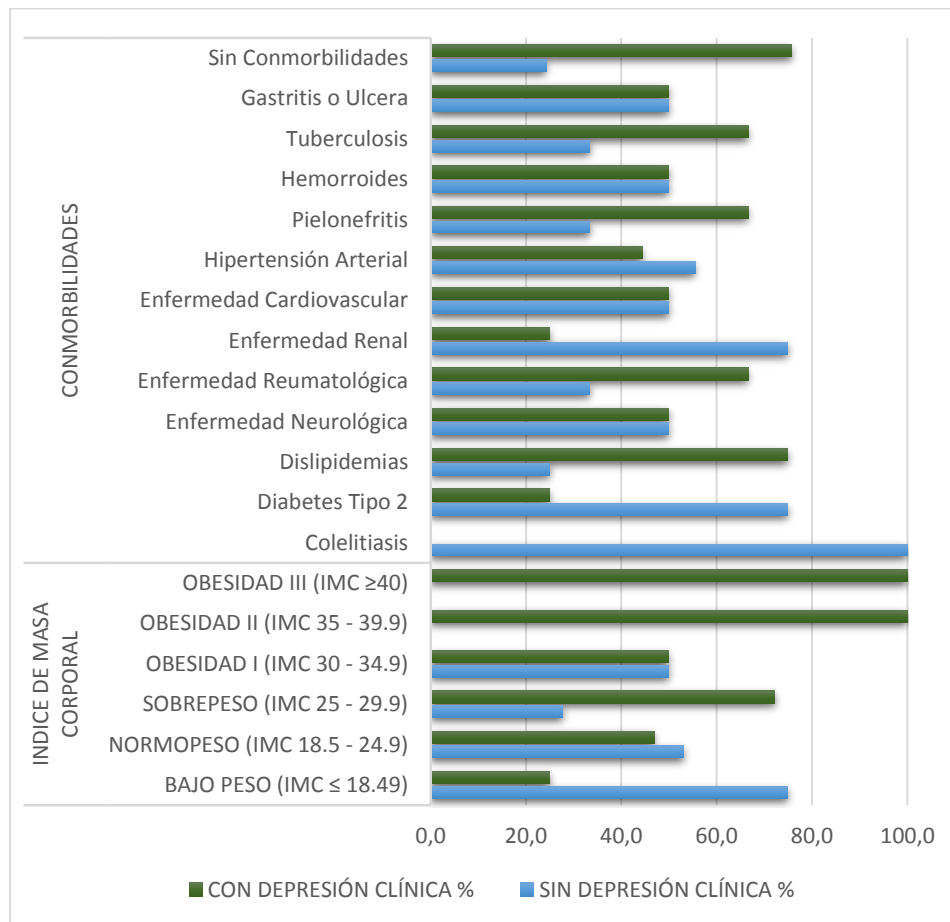
Fuente: Ficha de Recolección de Datos HHUT. N = 80

### **Interpretación:**

Variable Índice de Masa Corporal (IMC): Que de los 32 pacientes que presentan normopeso, 15 pacientes (46,9%) presentan depresión clínica y los restantes 17 (53,1%) no presentan depresión. Por su parte, de los 36 pacientes que presentan sobrepeso, 26 de ellos (72,2 %) presentan depresión y 10 (27,8%) no lo presentan..Los resultados de la prueba de asociación no fueron estadísticamente significativos ( $\chi^2(1,n=80)=0,099;p>0,05$ ) con una fuerza de asociación débil (V de Cramer=0,11) indicando que el IMC del paciente se asocia débilmente a la depresión.

Variable Conmorbididades:De los 33 pacientes sin comorbilidades, 25 de ellos (75,8%) sí presentaron depresión mientras que las restantes 8 (24,2%) no presentaron depresión. Los resultados de la prueba de asociación no son estadísticamente significativos ( $\chi^2(1,n=80)=0,22;p>0,05$ ) con una fuerza de asociación moderada (V de Cramer=0,32) indicando que las comorbilidades del paciente se asocia moderadamente a la presencia de la depresión.

**GRÁFICO N° 4**  
**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (IMC Y CONMORBILIDADES) DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA**  
**EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA**  
**ENTRE ENERO – JUNIO 2024.**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos HHUT. N = 80

**TABLA N° 6**

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LA DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA ENTRE ENERO – JUNIO 2024**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		SIN DEPRESIÓN CLÍNICA		CON DEPRESIÓN CLÍNICA		TOTAL	$\chi^2$	gl	p	$\Phi$ ó V de Cramer
		f	%	f	%					
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	1 - 3 meses	12	42,9	16	57,1	28	0,417	17	0,393	0,478
	4 - 7 meses	8	61,5	5	38,5	13				
	8 -11 meses	5	33,3	10	66,7	15				
	12 meses a más	8	33,3	16	66,7	24				
TIPO DE CÁNCER	Cérvix	6	27,3	16	72,7	22	<0,001	16	<0,001	0,65
	Colon	1	33,3	2	66,7	3				
	Endometrio	1	50,0	1	50,0	2				
	Estomago	2	100,0	0	0,0	2				
	Linfoma	1	25,0	3	75,0	4				
	Mama	4	36,4	7	63,6	11				
	Ovario	1	25,0	3	75,0	4				
	Piel	12	85,7	2	14,3	14				
	Pulmón	1	33,3	2	66,7	3				
	Testiculo	1	25,0	3	75,0	4				
	Vejiga	1	50,0	1	50,0	2				
	Duodeno	0	0,0	2	100,0	2				
	Recto	1	50,0	1	50,0	2				
	Vesicula	0	0,0	2	100,0	2				
	Mieloma Múltiple	0	0,0	1	100,0	1				
	Útero	0	0,0	1	100,0	1				
Vulva	1	100,0	0	0,0	1					

Fuente: Ficha de Recolección de Datos HHUT. N = 80

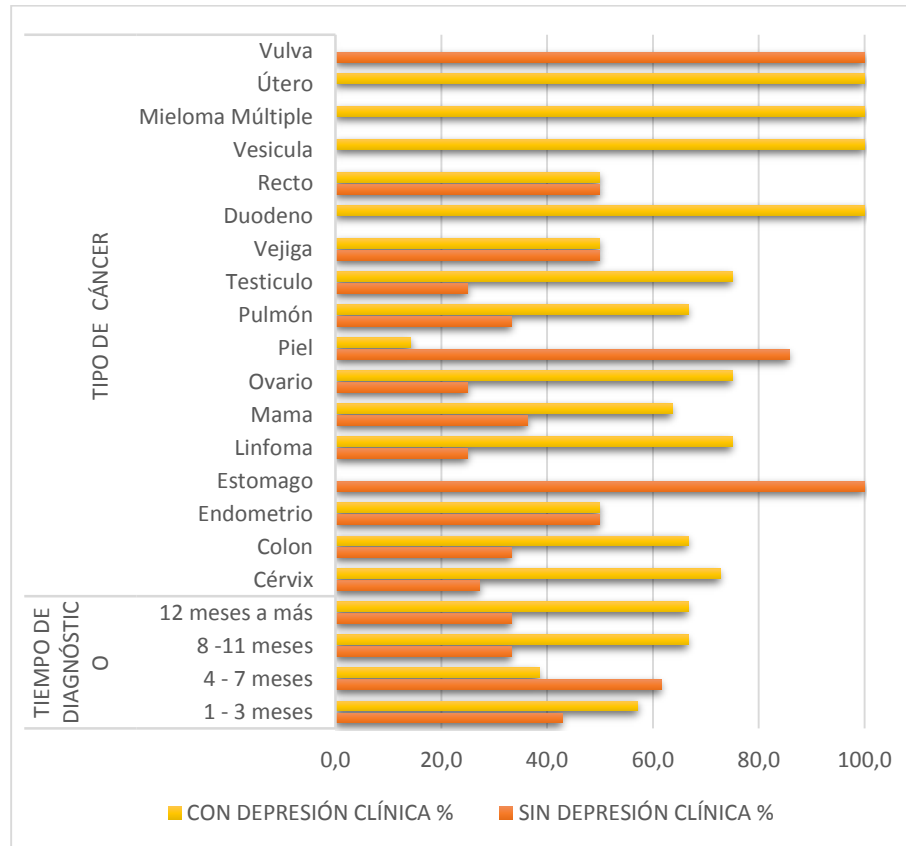
### **Interpretación:**

Variable Tiempo de Diagnóstico: Que de los 28 pacientes con tiempo de diagnóstico de 1 - 3 meses, 16 de estos pacientes (57.1%) presentan depresión clínica y los restantes 12 (42,9 %) no presentan depresión. Por su parte, de los 24 pacientes con tiempo de diagnóstico de 12 meses a más, 16 de ellos (66,7 %) presentan depresión y 8 (33,3 %) no lo presentan..Los resultados de la prueba de asociación no fueron estadísticamente significativos ( $\chi^2(1,n=80)=0,42$ ;  $p>0,05$ ) con una fuerza de asociación moderada (V de Cramer= $0,48$ ) indicando que el tiempo de diagnóstico del paciente se asocia débilmente a la depresión.

Variable Tipo de Cáncer: Que de las 22 pacientes con Cáncer de Cérvix , 16 de ellas (72,7%) presentan depresión y las restantes 6 (27.3%) no lo presentan.De los 14 pacientes con cáncer de piel, 2 (14,3%) presentan depresión y 12 pacientes (85.7%) no lo presentan.Las pruebas de asociación mostraron que hay una asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2(1,n=80)= <0,001$ ;  $p<0,001$ ) con una fuerza de asociación fuerte (V de Cramer = $0,65$ ) indicando que el tipo de cáncer tiene una fuerte asociación con la depresión.

**GRÁFICO N° 5**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (TIEMPO DE DIAGNÓSTICO Y TIPO DE CÁNCER) DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA ENTRE ENERO – JUNIO 2024**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos HHUT. N = 80

**TABLA N° 7**

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LA DEPRESIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA ENTRE ENERO – JUNIO 2024**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		SIN DEPRESIÓN CLÍNICA		CON DEPRESIÓN CLÍNICA		TOTAL	$\chi^2$	gl	p	$\Phi$ ó V de Cramer
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%					
ESTADIO DE CÁNCER	ESTADIO I	9	64,3	5	35,7	14	0,036	4	0,041	0,347
	ESTADIO II	11	50,0	11	50,0	22				
	ESTADIO III	1	10,0	9	90,0	10				
	ESTADIO IV	2	66,7	1	33,3	3				
	NO ESPECIFICADO	10	32,3	21	67,7	31				
TIPO DE TRATAMIENTO	CIRUGIA	19	59,4	13	40,6	32	0,015	4	0,014	0,378
	QUIMIOTERAPIA	6	54,5	5	45,5	11				
	RADIOTERAPIA	0	0,0	1	100,0	1				
	COMBINADA	6	25,0	18	75,0	24				
	NO ESPECIFICADO	2	16,7	10	83,3	12				
TOTAL		33	41,2	47	58,8	80				

Fuente: Ficha de Recolección de Datos HHUT. N = 80

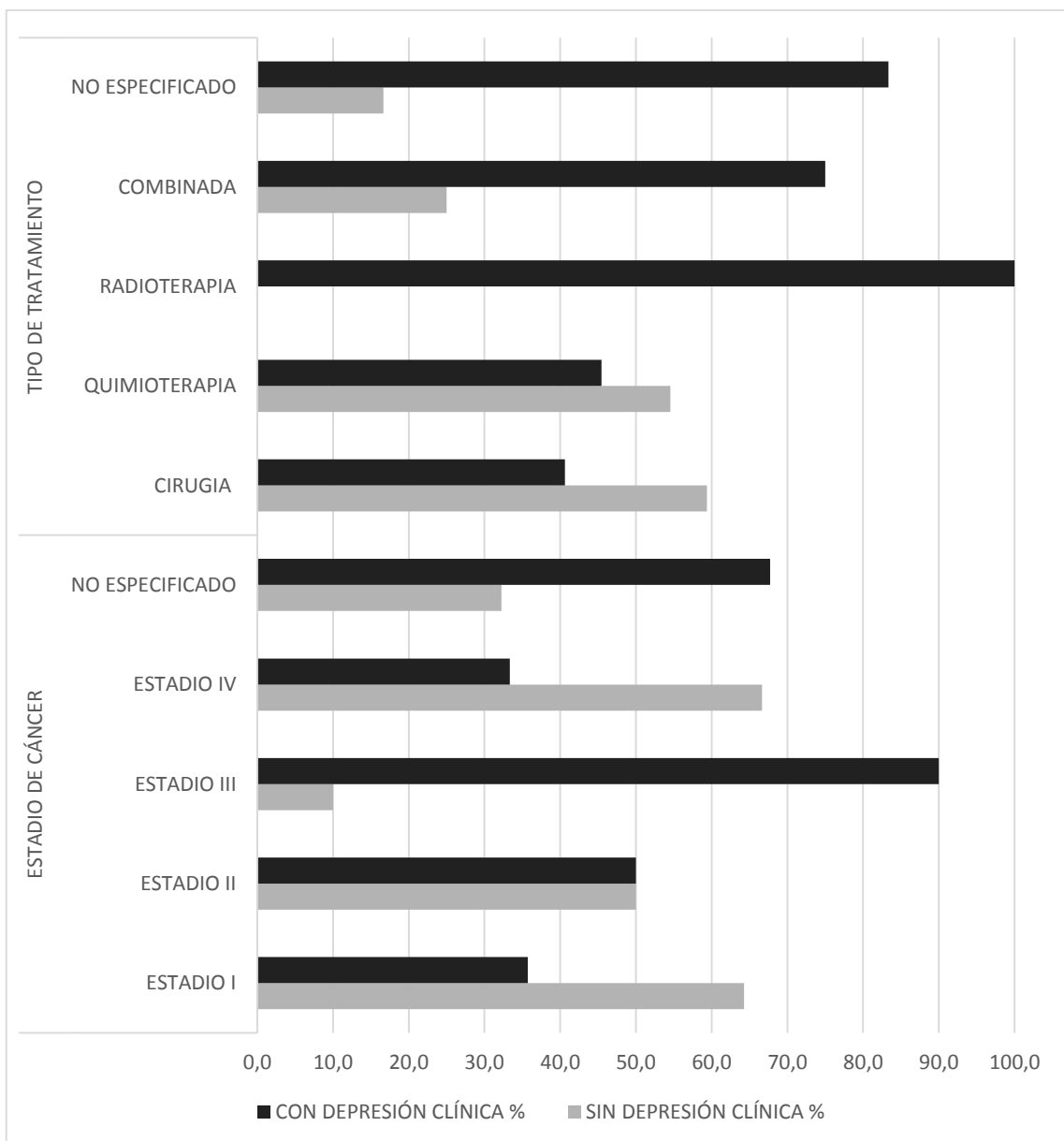
### **Interpretación:**

Variable Estadio de Cáncer: De los 31 pacientes con estadio de Cáncer no especificado, 21 de ellos (67,7%) presentan depresión y los 10 restantes (32,3%) no lo presentan. Por otra parte, de los 22 pacientes con estadio de cáncer de grado II, tanto el 50% presentan depresión como el otro 50% no lo presentan. Los resultados de las pruebas de asociación no fueron estadísticamente significativas ( $\chi^2(1, n=80)=0,036$ ;  $p>0,05$ ) con una fuerza de asociación moderada (V de Cramer=0,35) que nos indica que el estadio de cáncer de los pacientes están moderadamente asociados a la depresión.

Variable Tipo de Tratamiento: De los 32 pacientes en tratados con cirugía, 13 de ellos (40,6%) presentan depresión y los otros 19 (59,4%) no lo presentan. Por otra parte, de los 24 pacientes tratados con terapia combinada, 18 de ellos (75%) presentan depresión y los otros 6 (25%) no presentan depresión. Las pruebas de asociación no fueron estadísticamente significativas ( $\chi^2(1, n=80)=0,015$ ;  $p>0,05$ ) con una fuerza de asociación moderada (V de Cramer=0,38) por lo que el tipo de tratamiento de los pacientes oncológicos está moderadamente asociado a la depresión.

**GRÁFICO N° 6**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS (ESTADIO DE CÁNCER Y TIPO DE TRATAMIENTO) DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA ENTRE ENERO – JUNIO 2024.**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos HHUT. N = 80

## **4.2. DISCUSIÓN**

Se realizó el presente estudio con la intención de conocer las características que van de la mano con la depresión en pacientes que acuden a consulta del servicio de Oncología del nosocomio regional, para lo cual se hizo uso de la ficha de recolección de datos y del Inventario de Depresión de Beck-II que es un cuestionario dirigido sobre todo para pacientes con enfermedades crónicas como los pacientes con cáncer. Se pudo encuestar a 80 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

### **EN LA TABLA N° 1. Prevalencia de Depresión,**

Luego de los cálculos realizados a la información obtenida, se menciona que el 58.8% de los pacientes oncológicos presentan un nivel de depresión clínica según los puntos de corte del cuestionario de IDB-II de Hopko de 2009 que menciona que un punto de corte  $\geq 22$  pts (de puntaje de 0 a 63 puntos ) es compatible con un cuadro depresivo más sintomático como estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, cambios en el apetito, irritabilidad, mientras que el restante 41,2 % del total no lo presenta ( < 22 puntos en el inventario de depresión de Beck -II)

A nivel Internacional, otros autores reportan resultados similares y/o diferentes al estudio.

Machado G et.al (2024) tenía como objetivo identificar síntomas de depresión en pacientes con cáncer y su asociación con aspectos clínicos y con la adherencia

al tratamiento oncológico. En un estudio transversal descriptivo que incluyó pacientes diagnosticados con cáncer de todas las regiones de Brasil. con muestra por conveniencia usando la escala de HADS encontró que, de 69 pacientes, el 69,6% de ellos presentó depresión.

Jaimes T, Ramírez R. (2020) en un estudio descriptivo con una muestra de 100 pacientes oncológicos y usando el Inventario de depresión de Beck – II encuentra una frecuencia del 54 % de depresión.

Bernal y Muñoz (2017) refieren que la cantidad de pacientes con cáncer afectados por depresión va de 15 a 25%; además, afirman que “el estilo de afrontamiento depresivo se relaciona con un menor tiempo de supervivencia, alarga el tiempo de hospitalización, empeora la adherencia terapéutica y disminuye la calidad de vida”.

A nivel Nacional, otros autores reportan resultados similares y/o diferentes al estudio.

Vidaurre G, Vicuña P. (2024) en el INEN mediante un estudio descriptivo con una muestra fue conformada por 374 pacientes mayores de 18 años, utilizó el inventario de depresión de Beck (BDII), la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) encontró que el 94,6 % presentó algún grado de depresión.

Olivares D. (2019) tuvo como objetivo identificar cuáles son los factores asociados a depresión en pacientes oncológicos del Hospital Regional del Cusco. Con un estudio descriptivo estudio a 254 pacientes entre 20 y 95 años de edad en las diferentes áreas de hospitalización del Hospital Regional del

Cusco en el periodo de enero a diciembre del 2018. Resultados: Del total de pacientes encuestados, 61% presentaron depresión.

Alvarado M, Bustamante F. (2018). De una muestra constituida por 225 pacientes hospitalizados se usaron los siguientes instrumentos: el cuestionario de Apoyo Social Percibido de Moss y el inventario de depresión de Beck. Encontró una prevalencia del 94.3 % de depresión.

Espinoza R, Machco K, Torres T. (2017). Estudiaron una muestra de 120 pacientes adultos, utilizando como instrumento el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados mostraron que todos los pacientes con cáncer que participaron en la encuesta manifestaron un 73,1% de depresión.

**Interpretación de los resultados:** El hallazgo de una frecuencia de depresión de más 58.8% en pacientes oncológicos es alarmante y sugiere que la salud mental de esta población está profundamente comprometida. Este nivel de prevalencia es mayor que las tasas reportadas en pacientes oncológicos en estudios previos internacionales, que suelen oscilar entre el 15% y el 50%, y es muy similar en estudios nacionales del mismo grupo específico estudiado. Este resultado podría estar relacionado con la carga física y emocional que representa el cáncer, incluyendo el impacto del diagnóstico, el pronóstico, el dolor crónico, los efectos adversos del tratamiento, y el miedo a la progresión o recaída de la enfermedad.

Lo cual es un gran indicio de que la gran mayoría de los pacientes diagnosticados o por diagnosticar tienen una tendencia a manifestar cuadros depresivos tempranos que perduran a lo largo de todo el tiempo de enfermedad.

Las diferencias encontradas en los diversos estudios contrastan con distintas realidades y enfoques del estudio del paciente oncológico, la mayoría entrevistada ya se encuentra recibiendo tratamiento y/o hospitalización mientras que nuestro estudio se encuestaron mayormente personas con poco tiempo de diagnóstico por ello la elevada frecuencia de depresión. También el manejo multidisciplinario juega un papel importante en los estudios de pacientes, se maneja mejor el estado mental de los pacientes recibiendo la atención oportuna como el rápido diagnóstico y buena cobertura en los tratamientos. Otros factores que varían los resultados son el subregistro de los pacientes, poco conocimiento de parte del paciente sobre patología depresiva y oncológica desde antes durante y después del diagnóstico.

Limitaciones del Estudio: Aunque los resultados son relevantes, es necesario considerar las limitaciones que podrían influir en la interpretación de los datos:

Los instrumentos utilizados como el inventario de depresión de Beck-II son más específicos en el ámbito ambulatorio que del contexto hospitalario, la muestra incluyó solo a paciente ambulatorios, por lo que los resultados podrían no ser representativos de pacientes en etapas tardías o en pacientes hospitalizados. Se ha tomado como base en el ámbito de la depresión a los pacientes con un diagnóstico clínico de depresión mayor que es más específica para el Inventario de Depresión de Beck – II.

Por último, los distintos instrumentos aplicados para la recolección de datos como las escalas de ámbito hospitalario de Hamilton y la escala de depresión de Zung de otros estudios que tienen distintos puntos de corte al Inventario de

depresión de Beck-II son más dirigido a pacientes ambulatorios, por lo que la comparación de las muestras no sería tan representativa.

**EN LA TABLA N° 2. Grados de severidad de depresión,**

los grados de depresión que manifestaron los 80 pacientes oncológicos son los siguientes: mínima depresión 6,25%, depresión leve, depresión moderada 51,25%, depresión severa 28,75%. Estos resultados reflejan una alta prevalencia de sintomatología depresiva en la población estudiada, destacándose particularmente los niveles moderados y severos. Los puntos de corte se basaron en el modelo adaptado del Inventario de Depresión de Beck-II de Vega-Dienstmaier de 2014.

A nivel Internacional, otros autores reportan resultados similares y/o diferentes al estudio

Nuestros resultados son similares con Ochoa A, Vásquez N. (2023): Estudiaron a 362 pacientes oncológicos en Ecuador entre los 40 y 65 años en un estudio descriptivo. Se utilizó un instrumento para recolectar datos sociodemográficos y antecedentes patológicos oncológicos, y se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II para evaluar la severidad de la depresión. El 100 % de pacientes tenía algún grado de depresión: Sin depresión 0 %, depresión leve 0 ,0% depresión moderada 8,3% depresión grave 32,6% depresión extrema 59,1%.

Los resultados de nuestro estudio difieren con Jaimes T, Ramírez R, Romero M. (2020), Realizaron un estudio descriptivo en una población de 100 pacientes oncológicos. Los instrumentos utilizados fueron: el Inventario de Depresión de

Beck (BDI II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). En cuanto a la variable de Depresión, los resultados indicaron el menor porcentaje en el nivel leve con un 13 %; un nivel moderado con un 16 %; un nivel grave puntuando un 25% y finalmente, el nivel mínimo con la mayor parte de los participantes con el 46%.

En cuanto a investigaciones realizadas a nivel nacional:

Nuestro guarda similitud con Vásquez M. (2024). Que tenía como objetivo determinar la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos atendidos en el IREN Junín durante el año 2024, con un estudio descriptivo y usando como instrumento el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y con una muestra de 376 pacientes oncológicos que estaban recibiendo tratamiento de quimioterapia. Resultados: La prevalencia de depresión en pacientes oncológicos mostró que el 79% (297 pacientes) presentaba depresión moderada, el 10,9% (41 pacientes) depresión leve, el 7,4% (28 pacientes) depresión grave y el 2,7% (10 pacientes) depresión mínima.

Por ello, la severidad de la depresión está determinada por la presencia y duración en el tiempo de los signos/síntomas que hacen diferencia entre una depresión mayor y menor. La depresión mayor es la más común en los pacientes oncológicos en los diversos estudios, y en cuanto a severidad de depresión moderada- severa la más frecuente. Esto evidencia que no es fácil afrontar un diagnóstico de cáncer desde el inicio.

Interpretación de resultados: El predominio de la depresión moderada (51,2%) podría explicarse por la carga psicológica que conlleva enfrentar un diagnóstico oncológico, así como el impacto físico, emocional y social asociado con la

enfermedad y su tratamiento. Además, la presencia de depresión severa en el 28,8% de los pacientes resalta la necesidad de intervenciones psicológicas y psiquiátricas tempranas, especialmente en aquellos pacientes que enfrentan estadios avanzados de la enfermedad o que carecen de una red de apoyo social sólida.

En la mayoría de los estudios comparados con el nuestro, predominan los niveles moderados de depresión, seguido de los niveles severos. Por otro lado, la baja proporción de pacientes con mínimos síntomas de depresión (6,2%) coincide con estudios que sugieren que el cáncer, al ser una enfermedad de alto impacto psicológico, afecta significativamente el bienestar emocional de la mayoría de los pacientes. Esto se debe tanto al estrés emocional del diagnóstico como a los efectos secundarios de los tratamientos, como quimioterapia o radioterapia. Los niveles de depresión más altos podrían estar relacionados con factores clínicos y psicosociales específicos. La depresión severa suele ser más común en pacientes con: Estadios avanzados de cáncer, dolor crónico o síntomas no controlados, falta de apoyo social o familiar, historial previo de trastornos depresivos.

Estos factores, ampliamente documentados en la literatura, subrayan la necesidad de personalizar las estrategias de atención para abordar las necesidades individuales de los pacientes oncológicos. Los datos obtenidos en este estudio evidencian la importancia de implementar evaluaciones regulares de salud mental en pacientes oncológicos, especialmente en aquellos con niveles moderados y severos de depresión, quienes podrían beneficiarse significativamente de intervenciones psicológicas, psiquiátricas y terapias

integrales. La detección temprana de la depresión mediante herramientas como el Inventario de Depresión de Beck o la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) puede facilitar el diseño de planes de tratamiento interdisciplinarios que incluyan terapia psicológica, manejo del dolor y apoyo social.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentran el posible sesgo de selección, ya que los pacientes que participaron pudieron tener mayor predisposición a reportar síntomas emocionales. Además, el diseño transversal no permite analizar cómo evolucionan los niveles de depresión a lo largo del tratamiento oncológico.

Los resultados del presente estudio evidencian una alta prevalencia de depresión en pacientes oncológicos, Estos hallazgos subrayan la necesidad de integrar la evaluación y manejo de la salud mental como parte esencial del tratamiento oncológico, mejorando así la calidad de vida y los resultados terapéuticos en esta población.

### **EN LA TABLA N° 3. Las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes oncológicos.**

**Con respecto a las variables sociodemográficas** como sexo, grupo étnico y nivel socioeconómico

La mayoría de los pacientes estudiados son de sexo femenino (73,8%) con respecto al masculino (26,2%), la mayoría de los pacientes son adultos (80%), y en menor medida adulto mayor (11%) y joven (9%). La gran mayoría de los

pacientes oncológicos estudiados son de nivel socioeconómico medio (43,75%), seguido de nivel medio bajo (33,75%), baja (18,75%), medio alto (3,75%).

**Con respecto a las variables clínicas como** índice de masa corporal, comorbilidades, tiempo de diagnóstico, tipo de cáncer, estadio de cáncer, tipo de tratamiento

En IMC, el normopeso (40%) y el sobrepeso (36%) y son los más frecuentes.

En comorbilidades, los pacientes sin comorbilidades son los más frecuentes con un 41.3% seguido con los que presentan hipertensión arterial con un 11,25%

En tiempo de diagnóstico, los pacientes con un diagnóstico de 1 a 3 meses (35%) son los más prevalentes, seguidos de los diagnosticados de 12 meses a más (30%), 8 a 11 meses (18,8%), 4 a 7 meses (16,2%).

En los tipos de cáncer, el cáncer más frecuente es el de Cérvix (27,5%) seguido del de Piel (17,5%) y mama (13,75%).

En los estadios de cáncer, el Estadio no especificado es el más frecuente con un 38,75%, II seguido del Estadio II con un 27,5%, Estadio I con 17,5% y Estadio III con 12,5%.

En cuanto a tipo de Tratamiento, la Cirugía es el tratamiento más priorizado con un 40% de los casos totales, seguido de la terapia combinada con 30% y tratamiento no especificado con 15%.

Con respecto a otros estudios

Guarda similitud con los resultados con Ochoa A, Vásquez N. (2023) que los pacientes femeninos reportados en su estudio son el 70% del total de pacientes estudiados,

En cuanto a grupo etáreo, discrepa con el estudio de Li et al. (2020) que menciona que los adultos mayores son los pacientes oncológicos más frecuentes (36).

En cuanto a nivel socioeconómico discrepa con varios metaanálisis de la variable, porque muestran que no hay diferencias en cuanto a nivel socioeconómico, el cáncer no es selectivo respecto a lo económico y social, pero si con otras variables como las clínicas. el cáncer puede tener un impacto socioeconómico profundo en los pacientes y sus familias, ya que los costos asociados con el diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos pueden ser abrumadores.

En cuanto a IMC y Comorbilidades en otros estudios concordamos que el sobrepeso y otras comorbilidades como la hipertensión arterial están vinculados a un aumento en la incidencia de al menos 13 tipos de cáncer según el Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) en 2017.

En cuanto a tiempo de diagnóstico y tipo de diagnóstico difieren con López y col. (2019) que menciona que el tiempo diagnóstico y tipo de cáncer es variable en las distintas realidades y lugares en cuanto a su frecuencia en particular, pueden ser modificadas con las mejoras en cuanto a cobertura de salud, la única similitud

es con la prevalencia de las neoplasias ginecológicas como cáncer de cérvix y mama.

Con respecto a las variables estadio de cáncer y tipo de tratamiento

Difiere con Ochoa A, Vásquez N. (2023), que menciona que la cobertura de atención de los pacientes oncológicos son los que modifican las frecuencias de estadio de cáncer y tipo de tratamiento, el tiempo y frecuencia de atención a estos pacientes y la existencia de tratamiento oncológico o no en regiones geográficas específicas permiten variar enormemente la epidemiología de estas variables.

#### **TABLA N° 4: Relación entre las características sociodemográficas y la depresión**

Las pruebas de asociación entre las variables sociodemográficas como sexo, grupo étnico y nivel socioeconómico con la presencia de depresión mostraron que no hay una gran asociación entre ambas, pero podrían mostrar una fuerte asociación si es que el tamaño muestral fuera mucho más grande para una mejor representación de las variables y proporcione más valor al estudio.

##### **Variable sexo con respecto a la depresión:**

Gran parte de los pacientes estudiados que presentan depresión son mujeres.

Por mencionar, de las 59 mujeres que participaron del estudio, 36 mujeres (61 %) presentan depresión, mientras que las restantes 23 mujeres (39%) no presentan depresión. Por su parte, de los 21 varones que participaron de la

investigación, 11 varones presentaron depresión (52,4%), mientras que los otros 10 (47,6%) no presentaron depresión. Los resultados de la prueba de asociación de Chi cuadrado, no fueron estadísticamente significativos pero mostraron una fuerza de asociación fuerte con Phi ( $\Phi=0.77$ ) indicando que el sexo del paciente se asocia fuertemente a la presencia de depresión. Eso se refleja mayormente en el sexo femenino y masculino, que sobrepasan el 50 % de la depresión en ambos casos.

Con respecto a otros estudios

Estos resultados coinciden con otras investigaciones que señalan que las mujeres tienen una mayor predisposición a experimentar síntomas depresivos más severos en contextos de enfermedades crónicas.

Estos resultados guardan similaridad con el estudio de Ochoa A, Vásquez N. (2023) que los pacientes femeninos que acuden a consulta y posteriormente diagnosticadas con un proceso oncológico presentan altos niveles de depresión inclusive antes de su diagnóstico, también se concuerda en que más del 70 % de los pacientes que acuden a consulta oncológica son mujeres, esto debido a que se preocupan más con respecto a su salud en comparación a los varones, por lo que realizan con más frecuencias chequeos médicos rutinarios anuales con respecto a los varones. El sexo femenino se caracteriza por ser más emocional que el sexo opuesto, lo que condiciona que desarrollen estados emocionales más volubles. Una vez se diagnostica la patología oncológica, va mermando de forma lenta y constante la autoestima de la persona, cada persona lo afronta de manera distinta por lo que no todos mantienen una mentalidad de superación.

Además, es importante considerar las posibles diferencias en los tipos de cáncer y tratamientos que reciben hombres y mujeres, así como las redes de apoyo disponibles. Por ejemplo, se ha observado que las mujeres suelen tener redes sociales más sólidas y una mayor disposición para buscar apoyo emocional, lo que podría influir en el manejo de los síntomas depresivos moderados, pero no necesariamente en los severos.

Otro aspecto clave es la influencia de los factores biológicos, como el tipo de cáncer predominante en cada sexo. Por ejemplo, el cáncer de mama, más común en mujeres, está ampliamente asociado con altos niveles de estrés psicológico, mientras que tipos de cáncer más prevalentes en hombres, como el cáncer de próstata, tienden a generar preocupación principalmente en etapas avanzadas.

Es importante señalar que los datos analizados en este estudio no consideraron variables adicionales como las comorbilidades psiquiátricas previas y antecedentes familiares de otras patologías y psiquiátricos, lo que podría influir en los resultados obtenidos. Futuras investigaciones deberían incorporar estas variables para lograr un análisis más completo. Además, se recomienda la implementación de estrategias de intervención específicas para cada sexo, teniendo en cuenta las diferencias en la expresión y manejo de la depresión.

En resumen, los resultados resaltan la necesidad de un enfoque diferencial en el manejo de la depresión en pacientes oncológicos según el género. Es fundamental que los equipos médicos y psicológicos consideren estas

diferencias al diseñar programas de intervención y apoyo, con el objetivo de abordar tanto los síntomas moderados como severos de manera eficaz.

**Variable grupo etáreo con respecto a depresión:**

La depresión es muy frecuente en pacientes jóvenes, que según nuestro estudio, de los 7 pacientes jóvenes, todos presentaron depresión (100%), seguido de pacientes adultos con 34 pacientes adultos (53,1%) y de adultos mayores con 6 (66,7%)

Las pruebas de asociación no mostraron una relación de importancia del grupo etáreo del paciente con respecto a la presencia de depresión.

Con respecto a otros estudios

Los resultados son coherentes con investigaciones previas que destacan cómo las características sociodemográficas y clínicas influyen en la percepción y el afrontamiento de la enfermedad oncológica. Por ejemplo, un estudio de Karadeniz y col. (2021) señaló que los pacientes más jóvenes (18-29 años) experimentan mayores niveles de angustia debido a las interrupciones en sus planes de vida y expectativas futuras, lo que podría explicar el predominio de la depresión moderada en este grupo (37).

Por otro lado, los adultos de 30 a 39 años tienden a experimentar mayores niveles de estrés relacionado con las responsabilidades laborales, familiares y financieras, lo que podría agravar los síntomas depresivos y derivar en casos de depresión severa<sup>45</sup> En cuanto a los adultos mayores (60 años o más), el desarrollo de depresión severa podría estar relacionado con el impacto psicológico de la enfermedad en el contexto del deterioro físico natural y la

percepción de una disminución en el soporte social y la autonomía, tal como lo sugieren estudios de Li et al. (2020) (36).

Los hallazgos subrayan la importancia de diseñar intervenciones psicológicas adaptadas a las necesidades específicas de cada grupo etario, teniendo en cuenta los desafíos únicos que enfrentan los pacientes oncológicos en diferentes etapas de la vida.

#### **Variable nivel socioeconómico con respecto a depresión:**

El estudio mostró que los índices de depresión más elevados están en los estatus económicos más bajos. En el nivel socioeconómico medio, 16 de ellas (45,7%) presentaron depresión, en el nivel socioeconómico medio bajo 70,4 % y en el nivel socioeconómico bajo 73,3%. Las pruebas de asociación no son estadísticamente significativas y tienen una fuerza de asociación moderada ( $V$  de Cramer=0,276) indicando que el nivel socioeconómico del paciente se asocia moderadamente a la presencia de la depresión, pero es muy próxima a una relación débil entre las variables.

Estos resultados resaltan la importancia de desarrollar estrategias de intervención psicosocial específicas para cada nivel socioeconómico. Por ejemplo, para el NSE medio y bajo, sería relevante implementar programas que mejoren el acceso a la atención psicológica y el soporte económico. En el caso del NSE medio bajo, se podrían priorizar intervenciones que reduzcan las barreras de acceso a los servicios de salud mental, como el fortalecimiento de redes comunitarias y el diseño de políticas públicas inclusivas.

Finalmente, este estudio aporta evidencia a la literatura existente sobre la relación entre el NSE y la salud mental en pacientes oncológicos, pero también pone de manifiesto la necesidad de investigaciones futuras que analicen otros factores asociados, como el apoyo familiar, el tipo de cáncer y el acceso a tratamiento especializado.

El cáncer puede tener un impacto socioeconómico profundo en los pacientes y sus familias, ya que los costos asociados con el diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos pueden ser abrumadores. Algunos de los gastos adicionales que pueden afrontar los pacientes y sus familias son: Compra de fármacos, Compra de material ortopédico, Gastos adicionales en la ayuda a domicilio, Gastos extras relacionados con los traslados necesarios para acceder a tratamientos médicos pueden, en ocasiones, no ser cubiertos adecuadamente por las ayudas estatales, resultandos insuficientes para afrontar dichos desembolsos. El sistema de aseguramiento en salud actual no cubre todos los gastos en el diagnóstico y tratamiento de los distintos tipos de cáncer, por lo que el impacto económico es uno de los más altos que la mayoría de las enfermedades por su costoso tratamiento y limitada cobertura geográfica.

**EN LA TABLA N° 5: Variable Índice de Masa Corporal (IMC) con respecto a depresión:**

La frecuencia de depresión en pacientes que presentan normopeso con 15 pacientes es de 46,9%, de los 36 paciente que tienen sobrepeso, 26 de ellos que es el 72,2 % , presentan depresión .Las pruebas de asociación no fueron estadísticamente significativos y con una fuerza de asociación débil (V de

Cramer=0.11) indicando que la variable IMC del paciente se asocia débilmente a la depresión. Por lo que no hay relación entre la variable IMC y la presencia de depresión.

#### Pacientes con Bajo Peso

Más de la mitad de los pacientes clasificados con bajo peso presentaron una depresión. Esto sugiere que el estado de desnutrición, característico en pacientes con bajo peso, podría estar asociado con un mayor riesgo de desarrollar alteraciones emocionales. La fragilidad física derivada de la desnutrición, combinada con el estrés psicológico inherente al diagnóstico oncológico, puede potenciar la aparición de síntomas depresivos en este grupo de pacientes. Además, el bajo peso podría reflejar una progresión avanzada de la enfermedad o efectos secundarios del tratamiento, ambos factores relevantes en la génesis de trastornos del ánimo.

#### Pacientes con Normopeso

En los pacientes con normopeso, se observó una prevalencia destacada de depresión. Este patrón podría indicar que, aunque el normopeso generalmente se asocia con un mejor pronóstico y estado funcional, el impacto psicológico del cáncer continúa siendo significativo. La incidencia elevada de depresión moderada podría deberse al choque emocional del diagnóstico y a las preocupaciones relacionadas con el tratamiento y el pronóstico, independientemente de un estado nutricional. Este grupo también puede beneficiarse menos de la percepción de mejora o empeoramiento físico visible, como ocurre en otros extremos del IMC, lo que podría contribuir a mantener elevados los niveles de angustia psicológica.

## Pacientes con Sobrepeso

El análisis muestra que, en pacientes con sobrepeso, la depresión es la categoría predominante, afectando al 72,2% de los casos. Este hallazgo es consistente con estudios previos que asocian el sobrepeso y la obesidad con mayores niveles de inflamación crónica, lo cual podría estar relacionado con alteraciones en los neurotransmisores y el desarrollo de síntomas depresivos<sup>53</sup>. Además, los pacientes con sobrepeso pueden enfrentar sentimientos de estigmatización social, imagen corporal deteriorada y dificultades en la movilidad física, que contribuyen al riesgo de depresión, especialmente en un contexto oncológico donde la autoimagen ya puede estar comprometida. Esto podría estar relacionado con diferencias en la percepción del estado de salud, el apoyo social y las respuestas emocionales según el estado nutricional.

Estos hallazgos subrayan la necesidad de integrar estrategias de manejo psicológico en la atención integral de pacientes oncológicos, considerando el IMC como un posible factor asociado con la severidad de la depresión. El tamizaje temprano y las intervenciones psicoterapéuticas específicas podrían ser particularmente útiles para prevenir la progresión de la depresión en este grupo vulnerable.

### **Variable Comorbilidad con respecto a depresión:**

En cuanto a la frecuencia de la depresión en las comorbilidades, en 33 pacientes sin comorbilidades, 25 de ellos (75,8%) sí presentaron depresión, seguido de Hipertensión Arterial con 4 pacientes (44,4%). Los resultados de la prueba de asociación no son estadísticamente significativos con una fuerza de

asociación moderada ( $V$  de Cramer=0,32) por lo que no hay una relación importante entre las comorbilidades y la depresión.

Este hallazgo destaca cómo las comorbilidades contribuyen al aumento de la carga emocional y psicológica en los pacientes, lo que coincide con investigaciones previas que señalan que las enfermedades coexistentes amplifican el estrés y la vulnerabilidad psicológica en las personas con cáncer.

En los pacientes sin comorbilidades, se observa un patrón similar, donde predomina también la depresión. Si bien este grupo presenta un comportamiento semejante al de los pacientes con comorbilidades, la prevalencia de los niveles más altos de depresión es ligeramente menor, lo que sugiere que la presencia de enfermedades coexistentes puede exacerbar la respuesta depresiva. Este hallazgo es consistente con la literatura, que identifica a las comorbilidades como factores de riesgo para la depresión en diversas poblaciones clínicas.

La relación entre comorbilidades y depresión en pacientes oncológicos puede explicarse por varios mecanismos fisiológicos y psicosociales. Desde el punto de vista biológico, la inflamación crónica y la carga sistémica generada por las enfermedades concomitantes pueden contribuir al desarrollo de síntomas depresivos mediante alteraciones neuroendocrinas y del sistema inmunológico. Además, las comorbilidades suelen estar asociadas con un aumento en la carga de tratamiento, mayores limitaciones funcionales y una percepción de menor calidad de vida, lo que agrava la experiencia de sufrimiento emocional en estos pacientes.

Estos resultados refuerzan la necesidad de un enfoque integral en el manejo de los pacientes oncológicos, considerando no solo la atención al cáncer primario,

sino también a las comorbilidades y su impacto en la salud mental. Implementar estrategias de evaluación psicológica temprana y proporcionar apoyo psicosocial personalizado podría ser clave para reducir la prevalencia de depresión severa en esta población vulnerable. Además, futuros estudios podrían enfocarse en explorar intervenciones específicas para mejorar los resultados psicosociales en pacientes con múltiples comorbilidades.

En conclusión, los datos obtenidos sugieren que la presencia de comorbilidades es un factor relevante en el desarrollo y mantenimiento de la depresión en pacientes oncológicos, extendiendo potencialmente su duración a lo largo de la enfermedad. Este hallazgo subraya la importancia de abordar la salud mental como una parte fundamental del tratamiento integral del cáncer.

Por lo que nuestro estudio demuestra que la presencia de comorbilidades va acompañada del incremento de síntomas depresivos

#### **DE LA TABLA N° 6: Variable Tiempo de Diagnóstico con respecto a depresión:**

Las frecuencias de la depresión en cuanto a tiempo de diagnóstico: En el tiempo de diagnóstico de 1-3 meses, 16 de estos pacientes (57,1%) presentan depresión. Por su parte, pacientes con tiempo de diagnóstico de 12 meses a más, 16 de ellos (66,7 %) presentan depresión. Las pruebas de asociación no fueron estadísticamente significativas, con una fuerza de asociación moderada ( $V$  de Cramer=0,48) por lo que no hay una relación de importancia con respecto al tiempo de diagnóstico y la depresión.

Resultados similares han sido reportados en estudios previos. Por ejemplo, Martínez-González et al. (2020), en su investigación sobre trastornos emocionales en pacientes oncológicos, indicaron que la prevalencia de depresión moderada era constante a lo largo de diferentes etapas del tratamiento, influenciada principalmente por la incertidumbre sobre el pronóstico y el impacto físico y emocional del tratamiento.

Asimismo, Hernández M, Cruzado J. (2013) encontraron que la depresión está significativamente correlacionadas con la duración de la enfermedad oncológica, pero no necesariamente aumentan con el tiempo, destacando factores como el apoyo familiar y la intervención psicológica como moduladores claves (38).

Por último, es relevante considerar las limitaciones del presente análisis, como la posible influencia de factores no controlados, entre ellos el tipo de cáncer, las características socioeconómicas y la red de apoyo del paciente. Estudios futuros deberían incluir análisis longitudinales y considerar la interacción entre variables psicológicas y clínicas para profundizar en la comprensión de estos hallazgos.

#### **Variable Tipo de Cáncer con respecto a depresión:**

La prevalencia de depresión en los distintos tipos de cáncer en el estudio menciona que: De las 22 pacientes con Cáncer de Cérvix , 16 de ellas (72,7%) presentan depresión. De los 14 pacientes con cáncer de piel, 2 (14,3%) presentan depresión y 12 pacientes (85,7%) no lo presentan. Las pruebas de asociación mostraron que hay una asociación estadísticamente significativa ( $\chi^2(1,n=80) = <0,001$ ;  $p < 0,001$ ) con una fuerza de asociación fuerte (V de Cramer = 0,65) indicando que el tipo de cáncer tiene una fuerte asociación con la

depresión. Por lo que la Variable tipo de Cáncer está relacionada a la presencia de depresión.

#### Cáncer de cérvix

El predominio de depresión en pacientes con cáncer de cérvix podría atribuirse a factores socioculturales, como el estigma asociado con enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo femenino, así como el impacto en la calidad de vida debido a las consecuencias físicas y psicológicas del tratamiento (como cirugía o radioterapia). Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas, que destacan la alta carga psicológica en mujeres con enfermedades ginecológicas avanzada como Hernández M, Cruzado J. (2013).

#### Cáncer de piel

En el caso del cáncer de piel, el predominio de depresión refleja la percepción menos amenazante que algunos pacientes tienen sobre este tipo de cáncer, especialmente si es detectado en estadios tempranos. Sin embargo, los cambios visibles en la apariencia física, producto de cirugías reconstructivas o cicatrices, pueden ser un detonante importante de síntomas depresivos,

#### Cáncer de mama

El cáncer de mama se asocia con el mayor porcentaje de depresión en el estudio, lo cual podría explicarse por el impacto emocional de los procedimientos quirúrgicos (mastectomías), las preocupaciones relacionadas con la feminidad y la sexualidad, así como la amenaza percibida por la recurrencia o progresión del cáncer. Investigaciones como las de Hernández M, Cruzado J. (2013) confirman

que el cáncer de mama tiene un fuerte impacto en el bienestar psicológico, particularmente en mujeres jóvenes.

#### Otros tipos de cáncer

En los casos de menor prevalencia oncológica, la predominancia de depresión sugiere que, independientemente del tipo de cáncer, los factores comunes como el dolor, la incertidumbre diagnóstica y los efectos secundarios del tratamiento contribuyen significativamente a los niveles de depresión. Se enfatiza la importancia de estrategias psicosociales para pacientes con cáncer menos prevalentes.

Nuestro estudio discrepa con otros estudios como el de Ochoa A, Vásquez N.(2023), el cáncer de mama fue el cáncer más frecuente con depresión (19,3%). Estas diferencias se pueden deber a las diferentes realidades y epidemiología local, al ámbito de solo consulta externa respecto a la hospitalaria.

Estos resultados sugieren la necesidad de intervenciones psicológicas específicas para cada grupo oncológico, ajustadas al tipo de cáncer y a las particularidades de los pacientes. Además, sería beneficioso implementar programas de psicoeducación y terapias integrativas para manejar los niveles de depresión.

#### **EN LA TABLA N° 7: Variable Estadio de Cáncer con respecto a depresión:**

La frecuencia de depresión en los diferentes estadios de cáncer es: En cáncer no especificado, 21 de ellos (67,7%) presentan depresión. Por otra parte, de los 22 pacientes con estadio de cáncer de grado II, tanto el 50% presentan depresión como el otro 50% no lo presentan. Los resultados de las pruebas de asociación no fueron estadísticamente significativa con una fuerza de asociación moderada

(V de Cramer=0,35) por lo que no hay una relación de importancia entre ambas variables.

Con respecto a otros estudios, una revisión orientada a la práctica clínica destaca que la depresión puede afectar negativamente la evolución del cáncer, disminuyendo la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente. La detección y evaluación de la depresión en pacientes oncológicos es fundamental, recomendándose el uso de herramientas como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) para su identificación temprana.

Estos hallazgos subrayan la importancia de una evaluación psicológica integral en pacientes oncológicos, especialmente en aquellos con estadios avanzados o con recurrencia de la enfermedad, para implementar intervenciones oportunas que mejoren su bienestar emocional y resultados clínicos.

#### **Variable Tipo de Tratamiento con respecto a depresión:**

La prevalencia de depresión en los distintos tipos de manejo de la patología menciona que: De los pacientes en tratados con cirugía, 13 de ellos (40,6%) presentan depresión. Por otra parte, de los pacientes tratados con terapia combinada, 18 de ellos (75%) presentan depresión. Las pruebas de asociación no fueron estadísticamente significativas con una fuerza de asociación moderada (V de Cramer=0,38) por lo que no hay una relación de importancia del tipo de tratamiento con respecto a la depresión.

La evaluación de la depresión en pacientes oncológicos según el tipo de tratamiento recibido demuestra que los trastornos depresivos son una comorbilidad altamente prevalente, con una predominancia significativa en los

niveles moderados y severos. Este hallazgo coincide con estudios previos que relacionan el estrés emocional y físico del tratamiento del cáncer con el desarrollo de trastornos depresivos, destacando la necesidad de intervenciones psicosociales específicas.

El estudio encuentra similitudes con Ochoa A, Vasquez N. (2023) que encontró mayores niveles de depresión en pacientes tratados con Cirugía y Quimioterapia respecto a la terapia combinada o paliativa.

Puede deberse en si a los efectos secundarios de Quimioterapia, Radioterapia o a la solución limitada que ofrecen en casos avanzados de enfermedad oncológica y por lo tanto un pronóstico poco favorable a largo plazo. La cobertura del tratamiento oncológico es limitada en nuestra realidad, ya sea por política públicas aun insuficientes.

Otro estudio de Vásquez M. (2024) en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Junín, Perú, evaluó a 376 pacientes en tratamiento de quimioterapia. La prevalencia de depresión moderada fue del 79%, y se observó una mayor incidencia en mujeres. Aunque el estudio no detalla la correlación directa entre el estadio del cáncer y la depresión, resalta la alta prevalencia de esta comorbilidad en la población oncológica.

La alta prevalencia en pacientes oncológicos tratados con distintos enfoques terapéuticos resalta la necesidad de incluir un enfoque integral en el manejo del cáncer, que contemple la atención psicológica como parte fundamental. Se recomienda la implementación de programas de apoyo psicológico en etapas tempranas del tratamiento, así como el desarrollo de estrategias de intervención personalizadas basadas en las características del tratamiento recibido.

## CONCLUSIONES

1. La prevalencia de la depresión fue de 58,7% en los pacientes oncológicos de consulta externa.
2. Según las características sociodemográficas y clínicas, la mayoría de los pacientes oncológicos son mujeres adultas con normopeso y sobrepeso, el cáncer de cérvix es la patología más frecuente.
3. No existe una asociación entre las variables sociodemográficas como sexo, edad, nivel socioeconómico con la depresión. La única variable clínica asociada a depresión es el tipo de cáncer.

## RECOMENDACIONES

1. No se recomienda el estudio de las variables sociodemográficas en relación a la depresión clínica.
2. Se recomienda usar los puntos de corte de la depresión clínica del inventario de depresión de Beck según Hopko (2009) en vez de la interpretación de los grados de depresión según Vega-Dienstmaier (2014).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Revilla L. Situación del Cáncer en el Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. CDC - Perú. Viceministerio de Salud Pública. Ministerio de Salud; 2021.
2. Machado I, Guimarães I, Leão I, Silva G, Camargo J . Anxiety and depression in cancer patients: association with clinical aspects and adherence to oncological treatment. [Online]. 2024.[cited "2024 November 18]. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.94978>.
3. Cahuana J., Iglesias J., Tafur A. Trastorno depresivo en pacientes con diagnóstico de cáncer: revisión narrativa de la literatura. Revista Méd, 31(2), 79–88. 2024.
4. Ministerio de Salud del Perú. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el tamizaje, Diagnóstico y Tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el 1er nivel de atención.RM 136-2023. MINSA; 2023
5. Organización Mundial de la Salud [Internet]. OMS [citada 15 julio 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es>.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ED.). Ciudad de México: Editorial Médica Panamericana.2016.
7. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. LA DEPRESIÓN (2021).. La depresion 2021.Disponible en <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/depression>

8. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao replicación. Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXIX. 2013.
9. Ferlay J, Ervik M, Lam F et.al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2024.
10. Vega & Dienstmaier. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 77, núm. 2, 2014, pp. 95-103. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. 2014
11. Hopko D. Behavioral Activation Therapy for Depressed Cancer Patients: Factors Associated with Treatment Outcome and Attrition. The University of Tennessee – Knoxville. USA. 2009.
12. Krebber A, Buffart M, Kleinjn G, et al.: Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments. *Psychooncology* 23 (2): 121-30, 2014.
13. Arroyo A. Psicooncología y Calidad de Vida. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima – Perú. 2020.
14. Diz R, Garza A, Olivas E, Montes J, Fernández G. Cáncer y depresión: una revisión. *Psicología y Salud*, 29(1), 115-124. 2019.
15. Beck A, & Brown G. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Adaptación en español realizada en 2011.
16. Galindo V, Benjet C, et al. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.2015.

Sanz J, Gutiérrez, Gesteira C, et al. Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del “Inventario de Depresión de Beck-II” (BDI-II). Manuscrito bajo revisión editorial. 2013.

17. Cahuana B, Iglesias A, Tafur B. Trastorno depresivo en pacientes con diagnóstico de cáncer: revisión narrativa de la literatura. Universidad Libre, Barranquilla, Colombia. Revista Med, 31(2), 79-88. 2024.

18. Ochoa A, Vásquez N. Características de la depresión en pacientes oncológicos adultos entre 40-65 años en Hospital de SOLCA. Cuenca- Ecuador. 2023.. Ecuador.

19. Machado G, Silva L. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer: asociación con aspectos clínicos y adherencia al tratamiento oncológico. 2024.

20. Jaimes T, Ramírez R, Romero M. Ansiedad y Depresión en Pacientes Oncológicos. Universidad Cooperativa de Colombia Programa Psicología. Bucaramanga Colombia. 2020.

21. Bernal G, Muñoz M. Tratamiento farmacológico de la depresión en cáncer. Psicooncología, Universidad Complutense de Madrid, España. 2017.

22. Vásquez M. Depresión en pacientes oncológicos de un Instituto Neoplásico de Junín 2024.

23. Vidaurre G, Vicuña P. Sintomatología depresiva y funcionalidad familiar en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas Lima 2024.

24. Chávez C. Nivel de autoestima y Nivel de depresión en pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria, en Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo. 2023.

25. Correa L, Zapata K. Factores biosocioeconómicos y nivel de depresión en pacientes que reciben quimioterapia, Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa Piura, 2023.
26. Maita K, Ruiz E. Factores asociados a depresión durante la quimioterapia en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2022.
27. Montalván R. Factores Asociados a los Niveles de depresión y ansiedad en pacientes Hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital III Goyeneche, Arequipa. 2022.
28. Beltran K. Prevalencia y factores de riesgo de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer que asisten a consultorio externo de un Hospital, Arequipa. 2019.
29. Olivares D. Factores asociados a depresión en pacientes oncológicos del Hospital Regional del Cusco, 2018.
30. Alvarado M, Bustamante F. Apoyo Social y Depresión en Pacientes Diagnosticados con una Enfermedad Oncológica del Hospital Essalud de Arequipa. 2018.
31. Espinoza R, Machco K, Torres T. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer. servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao. 2017.
32. Junta Editorial del Cáncer. Depresión. Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica.2022.
33. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Económica Anual. 2018.

34. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: estudios cuantitativo, cualitativo y mixto. 2018.
35. Li et al. Management of depression in patients with cancer: A clinical practice guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 38(3), 292-307.2020.
36. Karadeniz G, Kizilcik S & Aydin A. The prevalence of depression in cancer patients: A systematic review. *Journal of Psycho-Oncology*, 29(5), 10-17.2021.
37. Hernández M., Cruzado J, et al. Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*. 2013.

## ANEXOS

### ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

<b>TITULO: NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA ENTRE EL PERIODO ENERO - JUNIO DE 2024.</b> <b>AUTOR: LUIS ANTONIO TICONA MAMANI</b>				
<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>MUESTRA</b>	<b>METODOLOGIA</b>
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL</b></p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes atendidos en consulta externa del servicio de Oncología del Hospital Hipolito Unanue entre el periodo enero – junio de 2024?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar el nivel de depresión en pacientes oncológicos atendidos en el servicio de Oncología del Hospital Hipolito Unanue entre el periodo enero - junio de 2024</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la prevalencia y la severidad de la depresión en pacientes atendidos en consulta externa del servicio de</li> </ul>	<p><b>VARIABLE PRINCIPAL</b></p> <p>Depresión</p> <p><b>VARIABLES SECUNDARIAS</b></p> <p><b>Factores sociodemográficos</b></p> <p>Edad Sexo Nivel Socioeconómico</p>	<p>80 pacientes oncológicos que cumplieron con los criterios de selección.</p> <p><b>Criterios de Inclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes mayores de 18 años.</li> <li>• Diagnóstico confirmado de cáncer mediante anatomía patológica.</li> <li>• Aceptación para participar mediante firma del consentimiento informado.</li> </ul> <p><b>Criterios de Exclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con diagnóstico previo de otro</li> </ul>	<p>El presente estudio es tipo básico, de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, y de diseño no experimental observacional.</p> <p><b>INSTRUMENTO</b></p> <p>Ficha de recolección de Datos e Inventario de Depresión de Beck – II.</p>

	<p>Oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante enero - junio 2024.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que recibieron atención en consulta externa del servicio de Oncología del Hospital Hipólito Unanue durante enero - junio de 2024.</li> <li>• Determinar la relación de las características sociodemográficas y clínicas con los niveles de depresión de los pacientes que recibieron atención en consulta externa del servicio de Oncología del Hospital Hipólito Unanue durante enero - junio de 2024.</li> </ul>	<p><b>Factores clínicos</b></p> <p>Índice de Masa Corporal  Conmorbididades  Tiempo de Diagnóstico  Tipo de Diagnóstico Oncológico  Estadio de Cáncer  Tipo de Tratamiento</p>	<p>trastorno mental distinto a la depresión.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con deterioro cognitivo o limitaciones que impidan la comunicación oral o escrita.</li> <li>• Encuestas incompletas o mal diligenciadas.</li> <li>• Pacientes en estado avanzado con síntomas severos que dificulten su participación.</li> </ul>	<p><b>ESTADÍGRAFO</b></p> <p>Microsoft Excel 2023, SPSS Staticcs v30.0 para estadística descriptiva.</p>
--	--	--	---	--

**ANEXO 2**  
**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N° PACIENTE \_\_\_\_\_

**1. FACTORES ASOCIADOS:**

**A. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS**

- Edad: \_\_\_\_\_ años
- Sexo: Femenino (    ) Masculino (    )
- Nivel Socioeconómico Alto (    ), Medio Alto (    ) Medio (    ), Medio Bajo (    ), Bajo (    )

**B. FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS**

- Peso (kg)\_\_\_\_\_ Talla (m.)
- Comorbilidades \_\_\_\_\_
- Tiempo de diagnostico: \_\_\_\_\_ días/meses/años
- Diagnóstico (motivo de consulta):  
\_\_\_\_\_
- Estadio de Enfermedad \_\_\_\_\_
- Tipo de Tratamiento: \_\_\_\_\_

Cirugia (    ) Radioterapia (    ) Quimioterapia (    ) Combinada (    )

No Especificado (    )

## INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK BDI-II

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

<p><b>Tristeza</b>          No me siento triste          Me siento triste gran parte del tiempo          Me siento triste todo el tiempo          Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo</p>	<p><b>12 sentimientos de castigo</b>          0. No siento que estoy siendo castigado.          Siento que tal vez pueda ser castigado.          Espero ser castigado.          Siento que estoy siendo castigado</p>
<p><b>Pesimismo</b>          No me siento especialmente desanimado respecto al futuro          Me siento desanimado respecto al futuro          Siento que no tengo que esperar nada          Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar</p>	<p><b>Disconformidad con Uno Mismo</b>          Siento acerca de mí lo mismo de siempre.          He perdido la confianza en mí mismo.          Estoy decepcionado conmigo mismo.          No me gusto a mí mismo.</p>
<p><b>Fracaso</b>          No me siento fracasado          He fracasado más que de lo que hubiera debido.          Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos          Me siento una persona totalmente fracasada</p>	<p><b>Autocrítica</b>          No me critico ni me culpo más de lo habitual.          Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.          Me critico a mí mismo por todos mis errores.          Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p><b>Pérdida de placer</b>          Obtengo tanto placer como siempre por las cosas que disfruto.          No disfruto de las cosas tanto como antes          Obtengo muy poco placer una satisfacción auténtica con las cosas          No puedo obtener ningún placer de las cosas que disfrutaba</p>	<p><b>Pensamientos o Deseos Suicidas</b>          No tengo ningún pensamiento de matarme.          He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.          Querría matarme.          Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>
<p><b>Sentimiento de Culpa</b>          No me siento particularmente culpable.          Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.          Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.          Me siento culpable todo el tiempo.</p>	<p><b>Llanto</b>          No lloro más de lo que solía hacerlo.          Llora más de lo que solía hacerlo.          Llora por cualquier pequeñez.          Siento ganas de llorar, pero no puedo</p>

<p><b>Agitación</b>  No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.  Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.  Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.  Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>	<p><b>Irritabilidad</b>  No estoy más irritable que lo habitual.  Estoy más irritable que lo habitual.  Estoy mucho más irritable que lo habitual.  Estoy irritable todo el tiempo.</p>
<p><b>Perdida de Interés</b>  No he perdido el interés en otras actividades.  Estoy menos interesando que antes en otras personas o cosas.  He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.  Me es difícil interesarme por algo.</p>	<p><b>18. Cambio en el Apetito</b>  0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a  Mi apetito es un poco menor que lo habitual.  1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.  2a Mi apetito es mucho menor que antes.  2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual. 3a  No tengo apetito en absoluto.  3b Quiero comer todo el tiempo.</p>
<p><b>Indecisión</b>  Tomo mis decisiones tan bien como siempre.  Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.  Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.  Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p><b>19. Dificultad de Concentración</b>  0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.  No puedo concentrarme tan bien como habitualmente  Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.  Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>
<p><b>Desvalorización</b>  No siento que yo no sea valioso.  No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.  Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.  Siento que no valgo nada.</p>	<p><b>20. Cansancio o Fatiga</b>  No estoy más cansado que lo habitual.  Me fatigo o canso más fácilmente que lo habitual.  Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.  Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p>
<p><b>Perdida de Energía</b>  Tengo tanta energía como siempre.  Tengo menos energía que la que solía tener.  No tengo suficiente energía para hacer demasiado.  No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>	<p><b>21. Perdida de Interés en el Sexo</b>  No he notado ningún cambio reciente en mí interés por el sexo.  Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.  Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.  He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
<p><b>11. Cambio en los Hábitos de Sueño</b>  o he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.  Duermo un poco más que lo habitual. 1b Duermo un poco menos que lo habitual.  2a Duermo mucho más que lo habitual. 2b  Duermo mucho menos que lo habitual. 3a  Duermo la mayor parte del día.  3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	

<b>Puntaje Total:</b>
-----------------------

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA**

### **Propósito del Estudio:**

Este es un estudio desarrollado con la finalidad de determinar los factores y asociados a la depresión y su frecuencia en pacientes atendidos del Servicio de Oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en la primera mitad de 2024.

### **Procedimientos:**

Si usted acepta participar en este estudio se le hará unas preguntas sobre sus datos epidemiológicos (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil y procedencia) y se le aplicará un cuestionario sobre depresión, el Inventario de Depresión de Beck - II.

### **Riesgos:**

No se prevén riesgos para su salud derivados de la participación en el estudio, puesto que el recojo de la información necesaria se realizará mediante un cuestionario.

### **Beneficios:**

El participar en el estudio no producirá beneficio económico, pero se beneficiará la institución pues se obtendrán resultados que permitirán implementar las mejoras correspondientes.

### **Costos e incentivos:**

Usted no recibirá ningún incentivo económico, únicamente la satisfacción de colaborar para lograr un conocimiento más amplio sobre la depresión de los pacientes atendidos en el servicio de Oncología.

### **Confidencialidad y Custodia de la Información:**

Nosotros guardaremos su información mediante códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

### **Derechos del paciente y retroalimentación:**

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Usted al participar tiene el derecho a solicitar los resultados del test que lleno de forma confidencial. También los resultados finales de la presente Investigación una vez concluya esta. Dependiendo de los resultados usted también tiene derecho a pedir sugerencias y/o consejos para sobrellevar su estado emocional coherentes con sus valores y principios.

### **Contacto**

El personal asignado a coordinar este estudio tendrá todo el deber de responder amablemente a sus dudas, si usted presenta alguna duda adicional al cuestionario

### **AUTORIZACION DEL PACIENTE**

Yo, paciente atendido en Consulta Externa de Servicio de Oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, he tenido la oportunidad de hacer preguntas necesarias para solventar mis dudas y siento que todas han sido correctamente contestadas.

He comprendido que, con mi participación, estoy dando el permiso necesario para que se procese la información que he plasmado en los cuestionarios brindados previa confidencialidad y custodia de datos personales.

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

-----  
**Participante**

-----  
**Investigador**