

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Medicina Humana

**RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y DEPRESIÓN EN LOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
JULIO – SETIEMBRE 2024**

TESIS

Presentada por:

Bach. Leydy Estefany Nina Charca

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

**RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES
ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024**

TESIS

Presentada por:

Bach. LEYDY ESTEFANY NINA CHARCA

Para optar el Título Profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

Aprobada por , ante el siguiente jurado:

Dr. Claudio Willbert Ramírez Atencio

PRESIDENTE

Dr. José Alberto Revilla Urquiza

MIEMBRO

Mgr. Javier Oscar Lanchipa Picoaga

MIEMBRO

Dr. Eddy Richard Vicente Choque

ASESOR

CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, Eddy Richard Vicente Choque en mi condición de asesor acreditado por la Resolución de Facultad N°12938-2024-FACS-UNJBG de la Tesis de investigación titulada: **RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024**. Presentado por la bachiller Leydy Estefany Nina Charca 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 3%. Por lo que **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** de la tesis enunciado líneas arriba, la cual está expedida para continuar con los trámites para la obtención de TÍTULO PROFESIONAL, según corresponda consiguientemente la publicación en el repositorio institucional.

FIRMA ASESOR

Mgr. Eddy Richard Vicente Choque
DNI N°41607939 CMP N°46126



FIRMA TESISTA

Leydy Estefany Nina Charca
DNI N°77070374



DEDICATORIA

A mi familia, especialmente a mis padres por ser mi luz y soporte de todos mis sueños.

A mis amigas las “superpoderosas e intersección” por ser mi alegría y mi otra familia.

A mis doctores que valen “oro”, en especial a todos los que me acompañaron, motivaron y me enseñaron que “rendirse no era una opción”.

AGRADECIMIENTO

A Dios y mis padres por creer en mí y nunca abandonarme en cada proceso y formar parte de cada logro, “los amo, por ustedes existo”.

A mi escuela médica Basadrina, a mis docentes y mi Director de Escuela Dr. Claudio Ramírez, por la enseñanza y formar parte de los futuros cimientos.

A Romina, Mariel y Nieves por ser las amigas incondicionales de la etapa linda y desafiante llamada “Medicina”.

A la Dra. María Asunción y a la Dra. Huanco, por darme ese empujoncito a la investigación.

Al Dr. Barrios, al Dr. Ancalli, a la Dra. Osis y a la Dra. Nathaly por su disposición, paciencia y enseñanza, “gracias de corazón”.

Al Dr. Diego, al Dr. Cenzano y al Dr. Condori por la motivación con el “¿hasta ahora?”, “no te compliques”, gracias por contagiarme de su alegría.

A mi asesor, al servicio de oncología, al servicio de estadística y epidemiología, al servicio de historias clínicas y a los pacientes de oncología por abrirme las puertas y poder desarrollar con éxito este trabajo, muchísimas gracias. Gracias a ustedes pude definir el rumbo de mi nuevo destino de la especialización.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.2.1. Problema principal	5
1.2.2. Problemas secundarios.....	5
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	5
1.4. OBJETIVOS	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivos específicos.....	6
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
2.1.1. Internacional.....	8
2.1.2. Nacional.....	10
2.2. BASES TEÓRICAS.....	13
2.2.1. El cáncer.....	13
2.2.2. Desnutrición	23
2.2.3. Depresión en pacientes oncológicos	25
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	31
CAPÍTULO III	35
MARCO METODOLÓGICO	35
3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	35
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO	35
3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	38
3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	38
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43

3.6. ACCIONES Y ACTIVIDADES	46
3.7. PROCESAMIENTO DE DATOS	47
3.8. ASPECTOS ÉTICOS	48
CAPÍTULO IV.....	49
DE LOS RESULTADOS.....	49
4.1. RESULTADOS.....	49
4.2. DISCUSIÓN	76
CONCLUSIONES	99
RECOMENDACIONES	100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
ANEXOS.....	108
Anexo 1.....	109
Anexo 2.....	110
Anexo 3.....	112

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociales de los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	50
Tabla 2. Características clínicas de los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	52
Tabla 3. Características clínicas de los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024 (continuación).	54
Tabla 4. Frecuencia del Riesgo de desnutrición y depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	56
Tabla 5. Relación entre las características sociales y el Riesgo de desnutrición en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	59
Tabla 6. Relación entre las características clínicas y el Riesgo de desnutrición en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	60
Tabla 7. Relación entre las características clínicas y el Riesgo de desnutrición en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024 (continuación).	63

Tabla 8.	Relación entre las características sociales y la depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	66
Tabla 9.	Relación entre las características clínicas y la depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	68
Tabla 10.	Relación entre las características clínicas y la depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024(continuación).	71
Tabla 11.	Relación entre la depresión y el riesgo de desnutrición en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Características sociales de los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	51
Gráfico 2. Características clínicas de los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	53
Gráfico 3. Características clínicas de los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024 (continuación).	55
Gráfico 4. Frecuencia del Riesgo de desnutrición y depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	57
Gráfico 5. Relación entre las características sociales y el Riesgo de desnutrición en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	59
Gráfico 6. Relación entre las características clínicas y el Riesgo de desnutrición en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	62
Gráfico 7. Relación entre las características clínicas y el Riesgo de desnutrición en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024 (continuación).	65

Gráfico 8.	Relación entre las características sociales y la depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	67
Gráfico 9.	Relación entre las características clínicas y la depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	70
Gráfico 10.	Relación entre las características clínicas y la depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024(continuación).	73
Gráfico 11.	Relación entre el Riesgo de desnutrición y la depresión y en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.	75

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el riesgo de desnutrición y la frecuencia de depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – setiembre 2024. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo de nivel correlacional. La muestra fue de 240 pacientes oncológicos, quienes fueron encuestados presencialmente. El instrumento utilizado fue el Malnutrition Screening Tool (MTS) y el HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). **Resultados:** Se determinó que el 54,2% de los pacientes oncológicos presenta riesgo de desnutrición. En relación a la frecuencia de depresión la gran mayoría de ellos la presentan con un 91,3%. En cuanto a las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes oncológicos, la mayoría son mujeres y adultos, con una distribución variada en el estado civil. Clínicamente, predominan los pacientes con peso normal o sobrepeso, y casi la mitad fue diagnosticada en los últimos 6 meses, el cáncer en la pelvis y el abdomen en estadio II y III son los que fueron más frecuentes. **Conclusiones:** Se concluye que no existe una relación significativa entre el riesgo de desnutrición y la depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de julio a septiembre de 2024.

Palabras clave: Riesgo, desnutrición, depresión, pacientes oncológicos.

ABSTRACT

Objective: Determine the relationship between the risk of malnutrition and the prevalence of depression in cancer patients at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna, July - September 2024. **Materials and methods:** An observational, descriptive study at a correlational level was carried out. The sample was 240 oncology patients, who were surveyed in person. The instrument used was the Malnutrition Screening Tool (MTS) and the HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). **Results:** It was determined that 54,2% of cancer patients are at risk of malnutrition. In relation to the prevalence of depression, the vast majority of them present it with 91,3%. Regarding the sociodemographic and clinical characteristics of cancer patients, the majority are women and adults, with a varied distribution in marital status. Clinically, patients with normal weight or overweight predominate, and almost half were diagnosed in the last 6 months. Cancer in the pelvis and abdomen in stage II and III were the most frequent. **Conclusions:** It is concluded that there is no significant relationship between the risk of malnutrition and depression in cancer patients at the Hipólito Unanue Hospital in Tacna during the period from July to September 2024.

Keywords: Risk, malnutrition, depression, oncological patients.

INTRODUCCIÓN

El riesgo de desnutrición) y la depresión en los pacientes oncológicos es un tema de creciente preocupación en el ámbito de la atención médica. Los pacientes con cáncer enfrentan un riesgo significativo de desnutrición debido a diversos factores relacionados con la enfermedad misma, así como los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos (1).

Además, la DE (desnutrición) no solo afecta el cuerpo, sino que también tiene un impacto profundo en la salud mental del paciente, especialmente en su bienestar emocional, evidenciando que las personas desnutridas tienen mayor riesgo de sufrir depresión, complicando su recuperación. Los estudios muestran la conexión entre la nutrición y el estado de ánimo, por lo que si el cuerpo no recibe los nutrientes que necesita, los síntomas depresivos pueden empeorar, dificultando el proceso de tratamiento y curación (2).

La identificación temprana y el manejo adecuado de la DE (desnutrición) y la DP (depresión) son cruciales para mejorar la calidad de vida y los resultados de salud en pacientes oncológicos. Intervenciones nutricionales y psicológicas integradas pueden ser efectivas para mitigar estos riesgos y mejorar el bienestar general de los pacientes (3).

La importancia de abordar el riesgo de desnutrición y la depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna radica en la necesidad de garantizar no solo una atención médica integral, sino también un

enfoque multidisciplinario que contemple la salud física y mental de los pacientes. Estos factores, como el riesgo de DE (desnutrición) y la DP (depresión), impactan directamente en la calidad de vida de los pacientes y en su proceso de tratamiento.

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el riesgo de desnutrición y la depresión en los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Hipólito Unanue durante el periodo de julio a septiembre del 2024. Este estudio no solo busca proporcionar datos relevantes sobre los factores sociodemográficos y clínicos de los pacientes, sino también resaltar la importancia de estrategias de intervención que mejoren su bienestar físico y emocional. A través de esta investigación, se espera contribuir al entendimiento y la mejora de la atención oncológica, y servir como base para futuros estudios en el área de salud integral del paciente oncológico.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El cáncer es una enfermedad caracterizada por la multiplicación descontrolada de células anormales en el cuerpo (4). Estas células cancerosas tienen la capacidad de invadir y destruir tejidos sanos, incluyendo órganos vitales, al experimentar cambios en su citoesqueleto y metabolismo, incrementan sus demandas energéticas para soportar una mayor proliferación y crecimiento (5). Esto conlleva a una reprogramación de las vías metabólicas, como el efecto Warburg, donde las células cancerosas prefieren la glucólisis anaeróbica incluso en presencia de oxígeno, lo cual es menos eficiente que la fosforilación oxidativa para la producción de ATP (6) (7).

A nivel global se registran alrededor de 19 millones de casos de cáncer, posicionándose como la 2° causa de muerte, siendo los tipos con mayor índice de mortalidad, el cáncer de pulmón, hígado y de estómago (8) (9). En Estados Unidos, en el 2020, se informaron 2 millones de nuevos casos, con cerca de 600 mil muertes atribuidas a esta enfermedad (10). Por otro lado, en el Perú, se registraron cerca de 69 mil casos anuales, siendo el cáncer de próstata y de mama los más comunes entre ellos (11).

El cáncer no solo afecta la salud física del paciente, sino que también impacta significativamente otros aspectos de su vida, especialmente los psicológicos.

Esta enfermedad puede alterar la estabilidad emocional y física, lo que dificulta la ingesta adecuada de alimentos y puede llevar a la desnutrición. A su vez, la desnutrición puede afectar negativamente la salud mental, intensificando sensaciones de deterioro físico y mental, y generando pensamientos de desesperanza y muerte, lo que agrava el trauma emocional asociado al diagnóstico (5) (12).

Para evaluar este trastorno emocional, se utiliza la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión enfocada en la sección de depresión (HADS-DP) que evalúa la presencia de “síntomas depresivos”, una herramienta particularmente adecuada para esta población, ya que excluye los factores somáticos que podrían distorsionar los resultados (13). Así mismo, para la evaluación sobre riesgo nutricional se utiliza el cuestionario Malnutrition screening Tool (MTS) mediante la pérdida de peso reciente y la disminución del apetito, clasificando a los pacientes según su nivel de riesgo (14).

Dado que estas enfermedades son altamente prevalentes y comparten un factor común, la investigación sobre su interacción es de vital importancia, es así que, varios estudios han sugerido que la DE (desnutrición) podría ser parte de la sintomatología de DP (depresión) en pacientes con estas condiciones (15), por lo tanto, investigar esta relación puede ofrecer información valiosa para diseñar intervenciones multidisciplinarias con el objetivo de mejorar tanto los resultados clínicos como la calidad de vida mientras enfrentan la batalla contra el cáncer.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema principal:

- ¿Existe relación entre el riesgo de desnutrición y la depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de julio a setiembre del 2024?

1.2.2. Problemas secundarios:

- ¿Cuáles son las características sociales y clínicas de los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de julio a setiembre del 2024?
- ¿Cuál es la frecuencia de riesgo de desnutrición y depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de julio a setiembre del 2024?
- ¿Cuál es la relación entre las características sociales y clínicas con el riesgo de desnutrición en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de julio a setiembre del 2024?
- ¿Cuál es la relación entre las características sociales y clínicas con la depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de julio a setiembre del 2024?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El estudio sobre el riesgo de desnutrición y los síntomas depresivos en pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna es clave para entender cómo

estos factores afectan su salud. La DE (desnutrición) y la DP (depresión) son comunes entre los pacientes con cáncer, lo que deteriora su respuesta al tratamiento y su bienestar general. Esta investigación permitirá identificar la relación entre ambos problemas y a su vez brindar información al H.H.U.T. para posteriormente adaptar intervenciones nutricionales y psicológicas según lo amerite. Además, contribuirá al diseño de estrategias de atención más personalizadas y mejorará la atención oncológica en beneficio de los pacientes, influyendo en políticas de salud locales y promoviendo un enfoque integral en el tratamiento.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre el riesgo de desnutrición y la depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – setiembre 2024.

1.4.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociales y clínicas de los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.
- Estimar la frecuencia de riesgo de desnutrición y depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.

- Determinar la relación entre las características sociales y clínicas con el riesgo de desnutrición en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.
- Determinar la relación entre las características sociales y clínicas con la depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Internacional

Yildirim et al. (2022) ejecutaron un estudio transversal, donde evaluaron la probable conexión entre el estado nutricional y la DP (depresión) de 245 pacientes con diagnóstico de cáncer. En sus resultados reportaron se observó que el 39,2% de los pacientes sufrían de desnutrición. En cuanto al Inventario de Depresión de Beck, la puntuación media fue de 35,06, lo que indicó que los pacientes presentaban una depresión grave. Además, se halló una correlación significativa y positiva entre los puntajes del Cribado de riesgos nutricionales (NRS-2002) centrado en las evaluaciones que permiten detectar a personas con riesgo de desnutrición y los del Inventario de Depresión de Beck ($r = 0,409$; $p < 0,001$) (2).

Soria et al. (2022) ejecutaron un estudio prospectivo analizaron la frecuencia de AS (ansiedad) y DP (depresión) en los pacientes con cáncer colorrectal a partir de la información recopilada de 215 individuos. En sus resultados, la escala HADS identificó ansiedad en el 41,9% y depresión en el 29,8% de los pacientes. Según los criterios GLIM (iniciativa global centrada en los criterios diagnósticos de desnutrición), el 53,9% de los pacientes tenía desnutrición. Los pacientes desnutridos mostraron puntuaciones más altas de depresión y tenían 10,19 veces más probabilidades de presentar depresión probable. La mortalidad fue del 1,9% al ingreso, 4,2% a los 6 meses y 5,6% a los 12 meses. Los pacientes

con depresión probable tenían un riesgo de mortalidad significativamente mayor, 14,67 veces durante el ingreso y 6,62 veces a los 6 meses (16).

Sánchez et al. (2022), en su estudio prospectivo determinaron la incidencia de síntomas de AS (ansiedad) y DP (depresión) vinculados con la DE (desnutrición) en un grupo de 282 pacientes que padecían cáncer. En sus resultados encontraron que el 80% de los participantes presentaban desnutrido. Los puntajes promedio de ansiedad ($8,3 \pm 4,4$) y depresión ($7,7 \pm 4,6$) fueron más altos en los desnutridos. Estos tenían 1,98 veces más probabilidad de ansiedad ($p = 0,049$) y 6,29 veces más de depresión ($p = 0,005$) (17).

Nucci et al. (2023), ejecutaron un estudio retrospectivo, en el cual determinaron la prevalencia de DP (depresión) y DE (desnutrición) en 90 adultos diagnosticados con cáncer. En sus resultados, informaron una asociación significativa entre el estado nutricional de los pacientes y la presencia de DP en estos. Se detectó que tanto el estadio de la enfermedad ($OR=2,04$; $1,34 - 3,11$; $p=0,001$) como la caquexia ($OR=3,18$; $1,33 - 7,60$; $p=0,009$) elevan el riesgo de desarrollar DP, con una prevalencia del 71% en el grupo analizado. Los investigadores concluyeron que la DE eleva la probabilidad de que los pacientes oncológicos desarrollen DP (1).

De acuerdo a Marinelli (2021) realizó un estudio prospectivo, para determinar la prevalencia de síntomas de DP (depresión) en pacientes con cáncer colorrectal (CCR) y su asociación con su estado nutricional. Como resultado se halló que el 67,5% presentó ansiedad o depresión. La DE (desnutrición) afectó al 53,9% y se

asoció con mayor depresión ($p = 0,001$). Los desnutridos tenían 10,19 veces más riesgo de DP probable ($p = 0,039$). La mortalidad fue 1,9% al ingreso, 4,2% a los 6 meses y 5,6% a los 12 meses, siendo el riesgo de mortalidad 14,67 veces mayor en pacientes con depresión. Se concluyó que los pacientes bien nutridos recibieron terapias de bajo riesgo, y los malnutridos, nutrición especializada (18).

Por otro parte, así lo expresa Mejía y Castro (2022), en su estudio longitudinal y observacional, busco identificar el estado nutricional y los factores asociados con posibles cambios nutricionales en pacientes oncológicos que iniciaron quimioterapia. Los resultados mostraron que la mayoría (77,8%) presentó cáncer de mama (33,3%) y de tracto digestivo (33,3%), el 55% tuvo categoría B en el cuestionario "Valoración Global subjetiva (VGS-GP). Los parámetros nutricionales mostraron un riesgo elevado. Tras la primera sesión, el 75% presentó problemas como disgeusia (50%), hiporexia (37,5%) y estreñimiento (37,5%), afectando sus medidas antropométricas (19).

2.1.2. Nacional

Según Chávez y Chuquizapón (2023), se realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de autoestima y el nivel de DP (depresión) en pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria. La investigación, de tipo correlacional, incluyó a 101 pacientes de un total de 136, seleccionados en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Los resultados mostraron que, el 51,5% de los pacientes tiene autoestima media, el 31,7% baja y el 16,8% alta. En cuanto a la depresión, el 74% presenta depresión

severa o muy severa. Se encontró que la baja autoestima está asociada significativamente con niveles altos de depresión, confirmando la hipótesis del estudio (20).

Correa y Zapata (2023) realizó un estudio con el objetivo de analizar la relación entre los factores biosocioeconómicos y el nivel de DP (depresión) en pacientes oncológicos que recibían quimioterapia en el Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa de Piura. El estudio fue de tipo descriptivo y correlacional, con un diseño de corte transversal y una muestra de 100 pacientes. Los resultados mostraron que el 78% eran mujeres, el 62% adultos de mediana edad y el 53% casados. El 47% ganaba 950 soles y el 59% tenía estudios superiores. El 82% llevaba más de seis meses con la enfermedad. El 24% presentó funcionamiento familiar normal y el 27% disfunción severa. Se encontró una relación significativa entre depresión y funcionamiento familiar ($\tau=0,201$, $p=0,024$) (21).

Adrianzen (2023), en su investigación, buscó establecer el grado de AS (ansiedad) y DP (depresión) en pacientes con cáncer internados en una entidad de Lima. Se trata de una investigación descriptiva, en la que se utilizó el Cuestionario Hospitalario de Ansiedad y Depresión (HADS). Los hallazgos indicaron un nivel medio de AS y DP; además, se determinó que la prevalencia de estos trastornos emocionales depende del estado de cáncer, el género y el diagnóstico que el paciente tenga. Además, se descubrió que, de acuerdo al estado civil, la categoría predominante en la ansiedad es el problema clínico, mientras que en la depresión es la categoría cuestionable. Respecto al grado de

ansiedad, se determinó que predomina el problema clínico, mientras que la depresión se encuentra bajo sospecha (22).

Cieza (2021) en su estudio que tuvo como propósito establecer los elementos vinculados a la DE (desnutrición) en pacientes de edad avanzada con cáncer gástrico en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. La investigación se llevó a cabo de manera retrospectiva, transversal, analítica, con casos y controles. Por lo tanto, se determinó que los factores de riesgo para la aparición de desnutrición incluyen: la dependencia a las tareas cotidianas (OR 2,45, IC=1,31-4,61, $p = 0,005$), la depresión (OR 5,29, IC= 2,40- 11,65, $p=0,001$) y el riesgo social (OR 3,39, IC= 1,76- 6,52, $p=0,001$). Se deduce que la depresión, el riesgo social y la dependencia en tareas cotidianas son los elementos que inciden en la desnutrición en pacientes de edad avanzada con cáncer gástrico (23).

Paredes (2024), buscó establecer la correlación entre el cáncer de sistema digestivo y la DE (desnutrición) en pacientes adultos con cáncer en un hospital de Lima, durante el periodo 2019-2022. Se llevó a cabo una investigación de observación, análisis, transversalidad y retrospectividad con un grupo de 97 pacientes oncológicos. El 76,3% de las personas atendidas experimentaron desnutrición. No obstante, no se encontró una relación significativa entre ningún tipo de cáncer del sistema digestivo y la desnutrición ($p>0,05$ en todos los casos). Los pacientes que padecen cáncer en el sistema digestivo suelen tener una mayor incidencia de desnutrición; no obstante, esta correlación no resultó ser relevante (24).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. El cáncer

El cáncer se caracteriza por el crecimiento descontrolado de células anormales que pueden invadir otros tejidos o diseminarse a través de metástasis. Factores como la genética, el consumo de tabaco, alcohol y la falta de actividad física son clave en su desarrollo, ya que alteran los mecanismos de control del crecimiento celular. Comprender estos factores es esencial para prevenir el cáncer y promover hábitos de vida saludables que reduzcan el riesgo de enfermedades crónicas (25) (26).

De acuerdo con datos de organizaciones como la Organización mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2020, se han registrado más de 19 millones de casos, de las cuales se estima que una de cada seis personas diagnosticadas fallece, situándolo como la segunda causa de mortalidad a nivel global con 9,6 millones de muertes anuales (1,17). Respecto al sexo de los pacientes, se ha observado una tasa de mortalidad más elevada en hombres que en mujeres (10).

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer señala que la obesidad afecta la supervivencia en tipos de cáncer como el de mama y colorrectal. En 2022, se registraron 19,976,499 casos nuevos de cáncer a nivel mundial, con Asia concentrando el 49,2%, Europa el 22,4% y América del Norte el 13,4%. América Latina y el Caribe representaron el 7,8%, África el 5,9% y Oceanía el

1,3%. Estas cifras reflejan tanto la distribución global de la población como las diferencias en el acceso a la salud (27).

El cáncer se manifiesta con una variada fisiopatología de acuerdo al órgano que se ve afectado, aunque en términos generales este proceso implica la interacción de varios factores, especialmente los genéticos, que suelen estar vinculados a mutaciones del material genético, la cuales confieren a las células la capacidad de eludir los mecanismos de control del ciclo celular, promoviendo una proliferación descontrolada y mantenimiento de la mutación (28). Es así que, pese a que el sistema inmune normalmente elimina células tumorales a través de la inmuno-vigilancia, algunas de estas células pueden adquirir capacidades que les permite evadir estos mecanismos y continuar con el desarrollo de la neoplasia. Además, estas células pueden adquirir la capacidad de invadir tejidos circundantes y diseminarse a otros sitios del cuerpo, dando lugar a metástasis (29).

Además de impactar un órgano específico, el cáncer influye en distintos aspectos incluyendo la alimentación, la cual experimenta notables alteraciones debido a diversos factores físicos, emocionales y metabólicos. La enfermedad y las terapias como la quimioterapia y la radioterapia pueden desencadenar efectos secundarios como la sensación de náuseas, vómitos, disminución en el apetito, cambios en el gusto y dificultad para tragar, lo que dificulta la ingesta de alimentos y puede conducir a la DE (desnutrición). Además, el cáncer puede alterar el metabolismo del cuerpo, aumentando las necesidades nutricionales y generando pérdida de peso involuntaria (30).

En los pacientes con cáncer, se activa una inflamación que afecta las rutas metabólicas del cuerpo, como las de proteínas, grasas y carbohidratos. Las células tumorales alteran su metabolismo para obtener la energía y los nutrientes necesarios para crecer de manera descontrolada. Un ejemplo clave es la glucólisis aeróbica, que aumenta la producción de energía (ATP) y compuestos para la biosíntesis, lo que favorece la proliferación celular. Este proceso puede ocurrir en todos los estadios del cáncer (31).

Epidemiología del cáncer

La epidemiología del cáncer refleja la magnitud del impacto de esta enfermedad a nivel mundial y regional. En el contexto global, el cáncer representa una de las principales causas de mortalidad, con una carga de 20 millones de nuevos casos estimados y 10 millones de muertes en 2020, afectando predominantemente a los países en vías de desarrollo. Las tasas de incidencia y mortalidad varían según el tipo de cáncer y la región. En América Latina, el cáncer de cuello uterino y el cáncer gástrico son comunes debido a factores de riesgo como la infección por *Helicobacter pylori* y el virus del papiloma humano (VPH) (32).

Estos tipos de cáncer están estrechamente relacionados con condiciones socioeconómicas desfavorables y la falta de acceso a programas de tamizaje y prevención adecuados. La detección temprana y el acceso a tratamientos efectivos son fundamentales para reducir las tasas de mortalidad, pero la falta de cobertura médica y la baja efectividad de los programas de salud siguen siendo desafíos importantes en muchas regiones (32).

Etiología

El cáncer es una enfermedad compleja que surge debido a una interacción de factores genéticos, ambientales, hormonales y de estilo de vida. Factores genéticos, como mutaciones heredadas o adquiridas, pueden predisponer a las personas a desarrollar cáncer, mientras que la exposición a carcinógenos en el ambiente, como el tabaco, la radiación solar y productos químicos, aumenta el riesgo. Además, un estilo de vida poco saludable, como una mala alimentación, el consumo excesivo de alcohol y la falta de actividad física, también contribuye a la aparición de la enfermedad. El envejecimiento y un sistema inmunológico debilitado también son factores clave, ya que, con el tiempo, las células acumulan daños y el cuerpo pierde la capacidad de detectar y eliminar células anormales. Aunque no siempre es posible prevenir el cáncer, adoptar hábitos saludables puede reducir significativamente el riesgo de desarrollarlo (12).

Sintomatología

Los síntomas del cáncer pueden ser muy diferentes dependiendo del tipo de cáncer, su ubicación y lo avanzado que esté. En las primeras etapas, muchos de estos síntomas son muy leves o incluso pasan desapercibidos, lo que hace más difícil detectar la enfermedad temprano. Sin embargo, en otros casos, cuando el cáncer ya está más avanzado, los síntomas pueden volverse más evidentes y notables (33).

Uno de los síntomas más comunes que muchas personas experimentan es la pérdida de peso inexplicada. Esta pérdida de peso ocurre porque las células

cancerígenas consumen gran parte de la energía del cuerpo. Es algo que puede suceder sin que la persona lo esté buscando, y es más frecuente en tipos de cáncer como el de páncreas, estómago, pulmón y esófago. Otro síntoma que suele aparecer es una sensación constante de fatiga o cansancio extremo, que no mejora con el descanso. Este agotamiento puede dificultar realizar las tareas diarias y afecta la calidad de vida de quien lo padece (32).

El dolor es otro síntoma importante y puede sentirse de diferentes maneras. Puede ser causado por el crecimiento del tumor, que presiona otros órganos o tejidos cercanos. Dependiendo de dónde se encuentre el cáncer, el dolor puede ser localizado, como en los huesos, o más generalizado si el cáncer se ha diseminado. Además, es posible notar cambios en la piel, como lunares que cambian de color, tamaño o forma, lo que podría ser una señal de melanoma (34).

El sangrado inesperado también puede ser una alerta importante. Este puede manifestarse de muchas formas: sangre en la tos (en caso de cáncer de pulmón), sangre en las heces (en cáncer de colon), sangre en la orina (en cáncer de riñón o vejiga) o sangrados vaginales que no están relacionados con el ciclo menstrual (en cáncer de cuello uterino o uterino). En algunos casos, las personas pueden notar una tos persistente o problemas para respirar, síntomas que suelen estar relacionados con cáncer de pulmón o de órganos cercanos (11).

A veces, también se experimentan cambios en el apetito, como una pérdida o aumento notable, acompañados de náuseas o vómitos. Esto puede ocurrir en

cánceres del tracto digestivo o como efecto secundario de los tratamientos. Otra señal a tener en cuenta es la dificultad para tragar, que puede ser un indicio de cáncer en la garganta o el esófago (12).

Estadios del cáncer

El American Joint Committee on Cancer (AJCC) emplea un sistema de clasificación para el cáncer denominado Sistema TNM (Tumor, Nódulos linfáticos y Metástasis). Este sistema es ampliamente utilizado para describir la extensión del cáncer y orientar las decisiones terapéuticas. El AJCC clasifica el cáncer en estadios que van del I al IV, evaluando la extensión de la enfermedad mediante la combinación de las categorías T (tumor), N (nódulos linfáticos) y M (metástasis). Según la octava edición del AJCC, este sistema ha sido fundamental en el estadiaje de la mayoría de los casos de cáncer, abarcando más del 95% de los diagnósticos (33).

El SEER Cancer (Surveillance, Epidemiology, and End Results Program) es una fuente clave de datos sobre el cáncer en los Estados Unidos, administrada por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI). Este programa clasifica los casos de cáncer en tres estadios principales para su análisis epidemiológico: localizado, cuando el cáncer está confinado al órgano de origen; regional, cuando se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos o a los tejidos adyacentes; y distante, cuando el cáncer ha hecho metástasis a otras partes del cuerpo, dichas categorías permiten entender mejor la extensión del cáncer y se utilizan en los informes de incidencia, mortalidad y supervivencia (35).

Sistema TNM según el AJCC:

1. **T (Tumor):** Representa el tamaño del tumor primario y la extensión en los tejidos cercanos (33):
 - **T0:** No hay evidencia de tumor primario.
 - **T1 - T4:** Indica el tamaño del tumor y la extensión hacia los tejidos adyacentes. A medida que el número aumenta, el tumor es más grande o más invasivo.
2. **N (Nódulos linfáticos):** Mide el grado de afectación de los ganglios linfáticos cercanos al tumor.
 - **N0:** No hay afectación de los ganglios linfáticos regionales.
 - **N1 - N3:** Indica el número y tamaño de los ganglios linfáticos afectados. N1 significa que hay pocos ganglios afectados, mientras que N3 indica una mayor cantidad o afectación más grave.
3. **M (Metástasis):** Se refiere a si el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.
 - **M0:** No hay metástasis.
 - **M1:** Hay metástasis, es decir, el cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Estadios del cáncer (según el AJCC) (33).

1. Estadio I (localizado):

- El tumor es pequeño (T1) y está confinado al órgano de origen. No se han afectado los ganglios linfáticos (N0) ni hay metástasis (M0).

2. Estadio II (localmente avanzado):

- El tumor ha crecido más (T2, T3 o T4), o los ganglios linfáticos cercanos están afectados (N1 o N2), pero no hay metástasis (M0)

3. Estadio III (localmente avanzado):

- El tumor ha invadido más ampliamente los tejidos cercanos (T3 o T4). Los ganglios linfáticos cercanos están significativamente afectados (N2 o N3), pero no hay metástasis (M0).

4. Estadio IV (metastásico):

- El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo (M1), independientemente del tamaño del tumor primario o la afectación de los ganglios linfáticos.

Abandono de tratamiento oncológico

Se refiere a la interrupción o no seguimiento de las terapias indicadas para el tratamiento del cáncer por parte del paciente, lo cual puede tener diversas causas. Estas incluyen factores económicos, la percepción de ineficacia del tratamiento, efectos secundarios adversos, falta de apoyo familiar, y la aparición de depresión o angustia emocional. Este tipo de abandono compromete la efectividad del tratamiento, pudiendo provocar un empeoramiento de la enfermedad o reducir las probabilidades de supervivencia. Además, en algunos casos, el abandono se relaciona con la dificultad del paciente para adaptarse a los regímenes terapéuticos prolongados o agresivos, o bien por la falta de comprensión adecuada de los beneficios del tratamiento a largo plazo (36).

El diagnóstico de cáncer puede generar un gran impacto emocional, provocando ansiedad, miedo e incertidumbre. Estos sentimientos, sumados al estrés de los tratamientos, pueden llevar a algunos pacientes a experimentar depresión. La depresión afecta la motivación y la energía, dificultando el cumplimiento de los tratamientos médicos. En muchos casos, la persona puede sentir que no tiene fuerzas para seguir luchando o que el esfuerzo es en vano, lo que puede llevar al abandono de la terapia. Por eso, es crucial incluir apoyo psicológico en el tratamiento del cáncer para ayudar a los pacientes a afrontar sus emociones y evitar que dejen el tratamiento (37) (38).

Diagnóstico

El diagnóstico de cáncer es un proceso que involucra una serie de pasos cuidadosamente planeados para identificar la presencia de células cancerígenas en el cuerpo. Todo comienza con una evaluación detallada de la salud del paciente, que incluye pruebas de imagen, como radiografías, tomografías computarizadas (TC) o resonancias magnéticas (RM), las cuales permiten a los médicos ver cómo se encuentran los órganos internos y si hay algún tumor. Además, la ecografía es útil para explorar el abdomen y otros órganos, y en algunos casos, una tomografía por emisión de positrones (PET) puede ayudar a identificar áreas donde las células están más activas. Sin embargo, la manera definitiva de confirmar si hay cáncer es a través de una biopsia, en la que se extrae una pequeña muestra de tejido para examinarla más a fondo en un laboratorio. Junto con la biopsia, los análisis de sangre son esenciales para verificar la presencia de marcadores tumorales y asegurarse de que los órganos clave, como el hígado y los riñones, estén funcionando correctamente. Además, las pruebas genéticas y moleculares juegan un papel importante, ya que permiten identificar alteraciones específicas en el ADN de las células tumorales, lo que ayuda a personalizar el tratamiento. Una vez confirmado el cáncer, se procede a determinar en qué etapa se encuentra, es decir, si se ha extendido a otras partes del cuerpo, lo que se evalúa mediante el sistema TNM. Este paso es fundamental, ya que define el tratamiento más adecuado y ayuda a los médicos a comprender el pronóstico del paciente (33).

Tratamiento

El tratamiento del cáncer varía según el tipo de enfermedad, su ubicación y el estado en el que se encuentre, además de tener en cuenta la salud y las necesidades particulares de cada persona. Entre las opciones más comunes se encuentran la cirugía para extirpar los tumores, la quimioterapia para destruir las células cancerígenas, y la radioterapia para reducir o eliminar los tumores. También existen terapias más recientes, como la inmunoterapia, que busca fortalecer el sistema inmunológico del paciente, y los tratamientos dirigidos, que atacan directamente las alteraciones genéticas que permiten que el cáncer crezca. La elección del tratamiento depende de un diagnóstico detallado y de la condición de la persona, así como de su respuesta a tratamientos anteriores. Cada paso del tratamiento se adapta a las circunstancias individuales, con el objetivo de ofrecer la mejor opción para cada caso (27).

2.2.2. Desnutrición

La desnutrición es un problema significativo en pacientes con cáncer y representa un desafío tanto para el tratamiento como para la calidad de vida. Se estima que afecta alrededor del 20% de los pacientes recién diagnosticados, y su frecuencia aumenta dramáticamente en los casos avanzados, alcanzando hasta el 90%. Esto se debe a varios factores, como la propia enfermedad, los efectos secundarios de los tratamientos (quimioterapia, radioterapia), la reducción del apetito, la alteración del metabolismo y la absorción de nutrientes, así como el impacto psicológico que afecta los hábitos alimenticios. La

desnutrición no solo debilita el sistema inmunológico, sino que también complica la recuperación, disminuye la tolerancia a los tratamientos oncológicos y aumenta el riesgo de complicaciones. Por ello, la intervención nutricional oportuna es esencial para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes (29). Con la finalidad de evaluar el riesgo nutricional en pacientes con cáncer, se emplea una amplia gama de métodos que permiten identificar y monitorear la desnutrición de manera precisa, estos métodos varían en su complejidad, desde enfoques clínicos básicos hasta técnicas más sofisticadas (39).

Por otro lado, existen varios métodos para evaluar el riesgo nutricional, pero el Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) se utiliza por su simplicidad, fiabilidad y efectividad en la identificación de la desnutrición. En el estudio sobre el riesgo de desnutrición y síntomas depresivos en pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, el MUST permite evaluar rápidamente factores clave como el IMC, la pérdida de peso reciente y enfermedades agudas, facilitando intervenciones oportunas que mejoran el estado nutricional y el manejo de los síntomas depresivos en estos pacientes (40).

Así el cáncer genera un sufrimiento psicológico considerable, con alteraciones emocionales presentes en aproximadamente el 50% de los pacientes, y más del 30% desarrollando trastornos psicopatológicos, una cifra que supera la frecuencia en la población general. Este impacto psicológico varía dependiendo de diversos factores, tales como el curso y la fase de la enfermedad, así como las circunstancias personales y sociales del paciente. De hecho, este sufrimiento

no se limita a una fase particular de la enfermedad, sino que puede manifestarse a lo largo de todos los estadios oncológicos. Además, la calidad de vida de los pacientes puede verse afectada por estos síntomas, lo que resalta la importancia de abordar estos aspectos de manera integral. Una de las estrategias para mejorar el estado nutricional y la calidad de vida de los pacientes con cáncer es la incorporación de programas de ejercicio físico y rehabilitación muscular (7).

2.2.3. Depresión en pacientes oncológicos

Ahora La depresión (DP) es un trastorno afectivo frecuente entre los pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes y el VIH, y se caracteriza por alteraciones en el estado de ánimo, junto con síntomas cognitivos y físicos. A nivel global, se estima que más de 450 millones de personas sufren de trastornos depresivos. Además, más de la mitad de los pacientes con cáncer experimentan síntomas depresivos, y entre el 25% y el 30% de los pacientes con diabetes también desarrollan depresión, lo que resalta la importancia de abordar la salud mental de manera integral en estos contextos (11).

La depresión, según la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ma edición), es un trastorno que afecta profundamente las emociones y el bienestar de las personas. Se caracteriza principalmente por una tristeza abrumadora y una pérdida de interés por las cosas que antes solían ser agradables o importantes (41).

Existen diferentes formas de depresión, que varían en intensidad y duración. Una de ellas es el episodio depresivo, que puede ser leve, moderado o grave (41):

- Leve: Aquí, los síntomas, aunque molestos, no impiden por completo la realización de actividades diarias, aunque la persona puede sentirse más cansada y sin motivación.
- Moderado: Los síntomas se intensifican, dificultando el día a día, como ir al trabajo o socializar con otros.
- Grave sin psicosis: En este caso, la depresión es tan profunda que interfiere significativamente con la vida diaria, aunque la persona no pierde el contacto con la realidad (no tiene alucinaciones ni delirios).
- Grave con psicosis: Aparte de la depresión intensa, la persona también puede experimentar síntomas psicóticos, como escuchar voces o tener creencias falsas.

Por otro lado, hay personas que sufren de trastorno depresivo recurrente, lo que significa que experimentan episodios depresivos repetidamente a lo largo del tiempo. Cada uno de estos episodios puede ser leve, moderado o grave, y en algunos casos puede incluir síntomas psicóticos., finalmente, está el trastorno depresivo persistente, también conocido como distimia, que se caracteriza por una tristeza constante que dura más de dos años, aunque los síntomas suelen ser menos intensos que en los episodios graves. A pesar de ser menos abrumadora, esta forma de depresión puede tener un impacto significativo en la vida cotidiana (41).

En la actualidad, se utilizan herramientas como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de Montgomery-Asberg (MADRS)

para evaluar la depresión y ansiedad, siendo la HADS la más empleada en pacientes oncológicos debido a su capacidad para evitar falsos positivos relacionados con los síntomas somáticos de la enfermedad. Además, la Malnutrition Screening Tool (MTS) se ha convertido en un instrumento clave para detectar riesgos de malnutrición en estos pacientes, centrándose en la pérdida de peso y la disminución del apetito, lo que permite intervenciones tempranas y mejora su pronóstico (42).

Factores implicados

El impacto del diagnóstico: Recibir la noticia de que se tiene cáncer es un golpe emocional muy fuerte. La incertidumbre sobre el futuro, el miedo a la muerte y la sensación de no poder controlar lo que ocurre con el cuerpo pueden generar un estrés profundo. Este impacto emocional puede desencadenar sentimientos de tristeza y desesperanza, llevando a la depresión (4).

Los efectos secundarios de los tratamientos: Los tratamientos contra el cáncer, como la quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia o cirugía, no solo afectan el cuerpo físicamente, sino también el estado emocional. La quimioterapia, por ejemplo, puede dejar a las personas con un cansancio abrumador, náuseas, pérdida de apetito, caída del cabello y cambios en la apariencia, lo que puede afectar su autoestima y bienestar. Incluso la radioterapia, aunque más localizada, puede causar dolor y debilidad, sumando más dificultades a una situación ya muy difícil (25).

El dolor crónico: Para muchas personas con cáncer, el dolor constante es una de las luchas más difíciles de afrontar, especialmente cuando la enfermedad está más avanzada. Este dolor físico no solo afecta el cuerpo, sino que también impacta profundamente en el estado emocional de la persona, creando una sensación de impotencia y tristeza que puede llevar a la depresión. Cuando el dolor no se controla adecuadamente, puede sentirse aún más abrumador (30).

El avance de la enfermedad: Conforme el cáncer avanza, las personas enfrentan el temor de no saber cuánto tiempo les queda o si el tratamiento está funcionando. La incertidumbre sobre el futuro y la sensación de que la enfermedad podría ser incurable puede generar una profunda desesperanza y ansiedad, aumentando el riesgo de depresión (4).

Aislamiento social: Las personas con cáncer pueden sentirse aisladas debido a las largas estancias en hospitales, la fatiga extrema y la incapacidad de participar en actividades cotidianas. La enfermedad puede hacer que se distancien de sus amigos y familiares, lo que incrementa el sentimiento de soledad. Sin el apoyo emocional adecuado, este aislamiento puede convertirse en un factor clave que agrave la depresión (28).

Escala de medición

El HADS (Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria) es una herramienta diseñada para ayudar a identificar y medir los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes, especialmente en el contexto hospitalario. Esta escala consta de 14 preguntas, divididas en dos partes: una para la ansiedad (7 preguntas) y otra

para la depresión (7 preguntas), cada una abordando diferentes síntomas relacionados con estos trastornos emocionales. Las respuestas se puntúan en una escala de 0 a 3, lo que permite asignar una puntuación total para cada tipo de trastorno, con un rango de 0 a 21 puntos. La puntuación obtenida puede proporcionar una indicación de la gravedad de los síntomas, ayudando a los profesionales a detectar la presencia de ansiedad o depresión. Aunque el HADS-D (depresión) es útil para realizar una evaluación inicial y detectar posibles síntomas emocionales, no es un sustituto de un diagnóstico médico completo. Es un instrumento de detección temprana que puede alertar a los médicos sobre posibles problemas de salud mental, permitiendo así intervenciones más rápidas y adecuadas. Sin embargo, para confirmar la presencia de un trastorno emocional y determinar su causa, se necesita una evaluación más profunda por parte de un especialista. El HADS-D es particularmente útil en entornos donde los pacientes pueden estar pasando por situaciones de estrés o enfermedad crónica, ayudando a monitorear su bienestar emocional a lo largo del tiempo (43).

La DP (depresión) y el riesgo nutricional en pacientes oncológicos están interconectados en un ciclo destructivo. La carga emocional del cáncer puede desencadenar síntomas depresivos que afectan el apetito y la motivación para alimentarse, lo que lleva a una ingesta insuficiente de nutrientes y agrava la DE (desnutrición) causada por la enfermedad y los tratamientos. A su vez, el deterioro nutricional aumenta la sensación de desesperanza, profundizando el estado depresivo. Diversos estudios han relacionado estas variables, aunque persisten discrepancias en sus resultados (7) (11).

Impacto de la depresión en el tratamiento oncológico

La depresión en personas con cáncer no solo afecta su estado emocional, sino que también puede complicar su tratamiento y proceso de recuperación. Cuando alguien está deprimido, el agotamiento y la sensación de desesperanza pueden hacer que sea muy difícil seguir el tratamiento recomendado. Esto puede llevar a que no asistan a sus citas médicas, olviden tomar la medicación o incluso dejen de seguir el tratamiento por completo, lo que solo empeora su situación. Además, la depresión puede hacer que los pacientes perciban el dolor con mayor intensidad o que los tratamientos, como la quimioterapia, no sean tan efectivos, lo que dificulta su recuperación. En general, la calidad de vida se ve profundamente afectada, ya que la depresión no solo aumenta el sufrimiento físico, sino también el emocional, lo que hace más difícil disfrutar de momentos sociales, afrontar las tareas diarias o incluso sobrellevar el proceso del tratamiento (4).

Tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer

El tratamiento de la depresión en personas con cáncer debe ser visto de manera integral, atendiendo tanto el aspecto físico como el emocional. Los medicamentos antidepresivos, como los ISRS, pueden ser útiles, pero siempre se deben tener en cuenta las interacciones con los tratamientos para el cáncer, ya que algunos pueden afectar su efectividad. La psicoterapia, en especial la terapia cognitivo-conductual (TCC), es una herramienta valiosa para ayudar a las personas a cambiar los pensamientos negativos que afectan su bienestar,

aunque otras formas de apoyo, como la terapia interpersonal, también pueden ser beneficiosas. El apoyo emocional es clave, y los grupos de apoyo ofrecen un espacio donde los pacientes pueden compartir experiencias y sentirse comprendidos. Además, contar con el respaldo de familiares y amigos puede ser un gran aliciente en el proceso de recuperación. Controlar el dolor de manera adecuada no solo alivia las molestias físicas, sino que también mejora el estado de ánimo, y tratamientos como la acupuntura o la terapia física pueden ser opciones útiles. Finalmente, promover un estilo de vida saludable, que incluya una alimentación balanceada, actividad física cuando se pueda y un buen descanso, puede ser de gran ayuda para reducir la depresión y mejorar la calidad de vida en este difícil proceso (34).

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Cáncer:** Es un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado de células en diferentes partes del cuerpo. Estas células pueden formar tumores o diseminarse a otros órganos a través de la sangre y los linfáticos, lo que se llama metástasis. El cáncer surge de alteraciones en el material genético de las células, lo que las hace multiplicarse de forma anómala (26).
- **Desnutrición:** Es una condición provocada por la falta o el desequilibrio en la ingesta de nutrientes esenciales como proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales. Este déficit puede afectar el crecimiento, las funciones cognitivas y la capacidad de defensa del organismo, y suele ser más común en enfermedades graves, como el cáncer (39).

- **Depresión:** Es un trastorno emocional caracterizado por una sensación continua de tristeza, desesperanza y desinterés por actividades cotidianas. Puede interferir significativamente en la vida diaria de una persona, afectando su energía, concentración, patrones de sueño y apetito. Las causas de la depresión son diversas e incluyen factores biológicos, psicológicos y sociales (7).
- **Oncología:** Es la especialidad médica que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de los tumores y el cáncer. Los oncólogos estudian tanto las causas del cáncer como las mejores estrategias terapéuticas, que incluyen cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapias biológicas, con el objetivo de mejorar la salud y calidad de vida de los pacientes (38).
- **Metástasis:** Es el proceso en el que las células cancerosas se diseminan desde el tumor original a otras partes del cuerpo mediante la sangre o el sistema linfático. Esta propagación puede formar nuevos tumores en órganos distantes, lo que agrava el tratamiento y empeora el pronóstico de la enfermedad (7).
- **Inflamación:** Es una respuesta del sistema inmune a infecciones, lesiones o irritaciones, caracterizada por la activación de células y la liberación de sustancias químicas que alteran el flujo sanguíneo. Aunque es una reacción protectora natural, cuando la inflamación se vuelve crónica, puede contribuir a enfermedades como el cáncer, enfermedades cardiovasculares o autoinmunes (27).
- **Obesidad:** Es una condición médica que se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, lo que puede afectar

negativamente la salud. Está relacionada con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades como diabetes tipo 2, trastornos cardíacos, ciertos tipos de cáncer y problemas en las articulaciones. Su origen suele estar en un desequilibrio entre las calorías consumidas y las gastadas, influenciado por factores genéticos y ambientales (40).

- **Epidemiología del Cáncer:** Estudia cómo se distribuye y cuáles son los factores que influyen en la aparición del cáncer en las poblaciones. Analiza las tasas de incidencia y mortalidad, y examina los factores de riesgo, como hábitos, exposiciones ambientales y predisposición genética, para mejorar las estrategias de prevención y tratamiento del cáncer (34).
- **Estadios del Cáncer:** Son una forma de clasificar la extensión y el alcance de la enfermedad. Este sistema determina el tamaño del tumor, si se han afectado los ganglios linfáticos cercanos y si ha habido diseminación a otras partes del cuerpo. Los estadios varían desde el I, que es el menos avanzado, hasta el IV, que indica metástasis a otros órganos, y es fundamental para el tratamiento y pronóstico del paciente (44).
- **Abandono de tratamiento oncológico:** Ocurre cuando un paciente decide interrumpir o no continuar con el tratamiento contra el cáncer. Este fenómeno puede estar relacionado con factores como los efectos secundarios de los tratamientos, el miedo a la enfermedad o la falta de apoyo emocional, lo que puede perjudicar la eficacia del tratamiento y el pronóstico de la enfermedad (36).

- **Depresión en pacientes oncológicos:** Es un trastorno emocional que afecta a muchas personas diagnosticadas con esta enfermedad. Puede ser consecuencia de los efectos físicos y emocionales del cáncer y sus tratamientos, y puede empeorar la calidad de vida del paciente. La depresión en estos casos requiere un enfoque integral para manejarla adecuadamente, ya que puede influir en la respuesta al tratamiento (11).
- **Riesgo nutricional:** Hace referencia a la posibilidad de que una persona sufra deficiencias o excesos en los nutrientes necesarios para mantener una buena salud. En pacientes con enfermedades graves, como el cáncer, este riesgo aumenta debido a alteraciones metabólicas, pérdida de apetito o efectos secundarios de los tratamientos. Evaluar y tratar el riesgo nutricional es clave para mejorar el estado general y la capacidad de los pacientes para afrontar el tratamiento (39).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN (45)

Respecto al diseño observacional, es aquel en el que el investigador se limita a observar y registrar el comportamiento o las características de los participantes, sin intervenir o alterar ninguna de las variables. En este tipo de investigación, no se controlan las condiciones ni los tratamientos; simplemente se recopila información sobre lo que sucede de forma natural.

El nivel correlacional tiene como objetivo descubrir si hay una conexión o vínculo entre dos o más variables. A diferencia de los estudios experimentales, en los cuales el investigador interviene y manipula las variables, en un estudio correlacional el investigador simplemente observa cómo se relacionan las variables sin realizar ninguna modificación.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE ESTUDIO

Población:

La población es la agrupación de elementos que comparten ciertas características similares (45).

La red del hospital Hipólito Unanue de la región de Tacna es un hospital del nivel II-2. Por su nivel de complejidad, brinda los diferentes servicios cuyo fin es brindar una atención especializada de calidad e integra en relación a la salud, así como su docencia promoviendo la investigación. Del cual acuden

pacientes de diferentes edades y complejidad en relación a su salud. En donde son atendidos al ingresar por emergencia, consultorio externo y /o hospitalización por diferentes motivos.

Según la ley nacional de cáncer, ley N°31336 garantiza los servicios de salud en las diferentes instituciones públicas y/o privadas a los pacientes oncológicos sin discriminación alguna de manera gratuita e integral cuya política es la promoción, la prevención, el diagnóstico oportuno, el tratamiento, el control, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la investigación en cáncer (46).

El servicio de oncología del Hospital Hipólito Unanue de Tacna fue creado el 19 de junio del 2019 y ha aumentado el recurso humano en los dos últimos años, cubriendo y brindando una atención de calidad para sus pacientes en la lucha contra el cáncer. El equipo está conformado por médicos oncólogos, cirujanos oncólogos, médico subespecialistas ginecólogo oncólogo, urólogo oncólogo, patólogo, radio oncólogo, gastroenterólogo, enfermeras y obstetras especialistas en centro quirúrgico, químico farmacéutico y técnicos de enfermería.

A partir de ello, cabe mencionar que en el presente estudio la población estuvo conformada por 250 pacientes oncológicos con diagnóstico de cáncer del Hospital Hipólito Unanue de Tacna que incluye a los pacientes nuevos y reingresos mas no continuadores, que fueron captados en: Emergencia, Medicina, Neumología, Ginecología, Cirugía y principalmente en Consultorio Externo durante el periodo de julio a setiembre del 2024.

En la presente investigación, respetando los criterios de selección resulta un total de 240 de los cuales fueron 10 excluidos (5 por pacientes con historias clínicas ausentes o incompletas, 1 por ser tener diagnóstico de depresión previo al diagnóstico de cáncer, 1 por tener trastornos alimentarios diagnosticados previos al cáncer, 2 por ser pacientes postrados con criterios de karnofsky menor de 40 con ECOG 4 y 1 paciente por consumo de medicamentos antidepresivos).



Muestra:

No se realizó muestreo debido a que la población analizada se eligió por conveniencia, donde se incluyó a todos los pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en el HHUT durante Julio a Setiembre.

3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN**Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años diagnosticados con cáncer por diagnóstico anatomopatológico, que acuden al HHUT (Consultorio Externo, Emergencia, Medicina, Neumología, Ginecología, Cirugía).
- Pacientes con tolerancia oral adecuada.
- Pacientes y/o familiares que brinden su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de depresión previo al diagnóstico.
- Pacientes que consuman medicamentos antidepresivos.
- Pacientes con trastornos alimentarios diagnosticados previos al cáncer.
- Pacientes postrados con criterios de Karnofsky menor de 40 y ECOG 4.
- Pacientes con historias clínicas ausentes o incompletas.

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- VARIABLE 1: Riesgo de desnutrición
- VARIABLE 2: Depresión
- VARIABLES INTERVINIENTES: Edad, Sexo, Estado civil, IMC, Tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad, ubicación del cáncer

(gastrointestinal vs no gastrointestinal), Tipo de Cáncer, Estadio del cáncer, Tipo de paciente con cáncer.

VARIABLE	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable 1			
Riesgo de desnutrición	Puntaje de 2 a más obtenido en el cuestionario MTS.	Sí No	Nominal
Variable 2			
Depresión	Puntaje de 11 a más obtenido en la sección de depresión del cuestionario HADS – D	Sí No	Nominal
VARIABLES INTERVINIENTES			
Edad	Respuesta en la ficha de recolección de datos.	18-29 30-59 Más de 60	Intervalo
Sexo	Respuesta en la ficha de recolección de datos.	Hombre Mujer	Nominal
Estado civil	Respuesta en la ficha de recolección de datos.	Soltero Conviviente Casado Viudo Divorciado	Nominal
Estado nutricional (IMC)	Respuesta en la ficha de recolección de datos (peso y talla)	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad	Ordinal

Tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad	Respuesta en la ficha de recolección de datos según criterios por conveniencia.	0 – 6 meses 6 – 12 meses 1 – 2 años Mayor de 2 años	Intervalo
Ubicación del cáncer	Localización según la afectación cuyos datos fueron obtenidos de la ficha de recolección de datos.	Gastrointestinal Otro	Nominal
Tipo de Cáncer	Respuesta en la ficha de recolección de datos según los reportados del Hospital Hipólito Unanue.	Ca cérvix Ca mama Ca próstata Ca estómago Ca colon Ca tiroides Ca piel Ca ovario Otros	Nominal
Estadio del cáncer	Según los criterios de la AJCC: Estadio I (localizado): El tumor es pequeño (T1) y está confinado al órgano de origen. No se han afectado los ganglios	I	

	<p>linfáticos (N0) ni hay metástasis (M0).</p> <p>Estadio II (localmente avanzado): El tumor ha crecido más (T2, T3 o T4), o los ganglios linfáticos cercanos están afectados (N1 o N2), pero no hay metástasis (M0).</p> <p>Estadio III (localmente avanzado): El tumor ha invadido más ampliamente los tejidos cercanos (T3 o T4). Los ganglios linfáticos cercanos están significativamente afectados (N2 o N3), pero no hay metástasis (M0).</p> <p>Estadio IV (metastásico): El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo (M1), independientemente del tamaño del tumor primario o la afectación de los ganglios linfáticos.</p>	<p>II</p> <p>III</p> <p>IV</p>	<p>Ordinal</p>
--	--	--------------------------------	----------------

<p>Tipo de paciente</p>	<p>Según criterios por conveniencia:</p> <p>Paciente nuevo = Reciente diagnóstico de cáncer que no inicio ningún tratamiento.</p> <p>Paciente en Tratamiento = Cuando está recibiendo tratamiento oncológico específico (cirugía oncológica, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, terapia target o inmunoterapia).</p> <p>Paciente en controles = Cuando sin evidencia de enfermedad (posterior al tratamiento oncológico específico) pasa a controles periódicos.</p> <p>Paciente en cuidados paliativos = Cuando no están recibiendo tratamiento oncológico específico con intención curativa (se enfocará en los cuidados de fin de la vida principalmente).</p>	<p>Paciente nuevo</p> <p>Paciente en tratamiento</p> <p>Paciente en controles</p> <p>Paciente en cuidados paliativos</p>	<p>Nominal</p>
-------------------------	---	--	----------------

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS RECOLECCIÓN DE DATOS

Se empleó una encuesta el cual se realizó de manera presencial, cuyo diseño fue virtual a través de “google forms”. Este cuestionario fue aplicado en el consultorio externo de oncología y los servicios (medicina, ginecología, neumología, cirugía, emergencia) durante los meses de julio a setiembre del 2024 dirigido a pacientes oncológicos con diagnóstico de cáncer. La encuesta que se utilizó está dividida en tres secciones: la primera está conformado por datos demográficos y variables de interés; la segunda evalúa el riesgo de desnutrición mediante el cuestionario Malnutrition Screening Tool (MTS); y la tercera evalúa los síntomas de depresión mediante el cuestionario HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale) el cual en esta oportunidad se enfoca en la sección de depresión.

Malnutrition Screening Tool (MTS)

El Malnutrition Screening Tool (MTS), desarrollado en 2008 por Gómez y colaboradores, es una herramienta rápida y sencilla diseñada para detectar el riesgo de malnutrición en pacientes, especialmente en entornos hospitalarios. Consta de dos preguntas que evalúan la pérdida de peso reciente y el apetito, asignando puntos según las respuestas, lo que permite calcular un puntaje total de 0 a 5. Dependiendo de la puntuación, se clasifica el riesgo de malnutrición de acuerdo al indicador, si se trata del cribado de malnutrición en pacientes oncológicos si este es ≥ 2 en respuestas afirmativas (riesgo de malnutrición), < 2 en respuestas afirmativas (sin riesgo de malnutrición), si se encarga del nutritional risk screening ≥ 3 presenta riesgo de malnutrición y < 3 sin riesgo de

malnutrición. Esta herramienta facilita a los profesionales de la salud la identificación rápida de pacientes que requieren una intervención nutricional más detallada.

Confiabilidad y validez

El cribado de malnutrición de Gómez y colaboradores es reconocido por la Sociedad Española de Oncología Médica como una herramienta útil para detectar pacientes oncológicos con malnutrición, habiendo sido validado en varios países. En un estudio realizado en el Instituto Nacional del Cáncer en Paraguay, con 100 pacientes oncológicos, la sensibilidad y especificidad del cribado fueron del 80,5% y 84,4%, respectivamente, en comparación con la Valoración Global Subjetiva (VGS). Además, este cribado mostró una correlación positiva con la VGS-GP, considerada el estándar de referencia para el cribaje nutricional en pacientes con cáncer (ROC 0,85, $p < 0,001$), lo que permite una identificación temprana y adecuada de la desnutrición en estos pacientes (47).

El Malnutrition Screening Tool (MTS) ha demostrado ser una herramienta eficaz y adaptada al contexto peruano, gracias a su alta confiabilidad, validez y facilidad de administración. Diversos estudios, como el realizado por Mendoza K. en 2023 en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, han evidenciado que el MTS, adaptado por Gómez, es adecuado para la población local, destacando sus propiedades psicométricas sólidas y su capacidad para ser utilizado en diversos entornos. Su aplicación rápida y sencilla permite a los profesionales de la salud evaluar el riesgo de malnutrición de manera precisa, contribuyendo a la toma de decisiones informadas sobre el tratamiento de los pacientes (48).

HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

El HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) fue creado en 1983 por los psiquiatras Zigmond y Snaith para evaluar la ansiedad y la depresión en pacientes hospitalizados, especialmente en aquellos atendidos en servicios no psiquiátricos. El instrumento se enfoca exclusivamente en los síntomas emocionales, excluyendo los relacionados con condiciones físicas. Consta de dos subescalas independientes para ansiedad y depresión, utilizando una escala Likert de 4 puntos (0-3), con puntuaciones que van de 0 a 21 por subescala y de 0 a 42 en total. Los puntos de corte propuestos son: 0-7 (normal), 8-10 (dudoso) y >11 (problema clínico).

Confiabilidad y validez

La escala original, desarrollada en 1983, demostró una adecuada validez convergente ($p < 0,05$), con sensibilidad que osciló entre 0,74 y 0,84 y especificidad entre 0,78 y 0,80. Además, mostró una alta consistencia interna, con coeficientes alfa entre 0,83 y 0,85, y una notable confiabilidad en el test-retest, con un valor de $r = 0,75$ (49).

En su estudio, Vilela A. evaluó las propiedades psicométricas del HADS en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), encontrando evidencia de validez significativa ($p < 0,01$ y $p < 0,05$), lo que permitió su adecuada contextualización para la población peruana. El instrumento mostró validez en su estructura interna, confirmando dos variables (ansiedad y depresión) con 14 ítems, aunque se propuso una estructura con 12

ítems, que mostró mejores ajustes. Además, presentó validez convergente con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), con altas correlaciones ($>0,80$). Finalmente, la escala demostró consistencia y confiabilidad, con coeficientes internos (ω y α) mayores a 0,70 (49).

3.6. ACCIONES Y ACTIVIDADES

En primera instancia, se solicitó permiso al director del H.H.U.T. información (teléfono y/o celular, dirección, etc.) de los pacientes oncológicos con diagnóstico de cáncer categorizados como pacientes nuevos desde los últimos 5 años a la actualidad del 2024 para la recolección de datos. Luego, se solicitó al área de estadística y epidemiología la cantidad, datos y la relación de los pacientes con diagnóstico de cáncer a la actualidad que asistieron de enero a setiembre del 2024 que incluye consulta externa, hospitalización y/o emergencia, del cual se cogió los meses de julio a setiembre en donde se captó a los pacientes para determinar el cálculo del tamaño de la población y muestra. Así mismo se solicitó la aprobación del comité de ética del Hospital Hipólito Unanue para llevar a cabo el estudio. Para luego solicitar permiso mediante un memorando a los diferentes servicios como el de Consultorio Externo, Emergencia, Medicina, Neumología, Ginecología, Cirugía para efectivizar la encuesta a los pacientes oncológicos.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la encuesta virtual que se hizo presencial específicamente en los ambientes de consultorio externo de oncología, hospitalización, emergencia y unas cuantas por visitas domiciliarias

y/o teléfono. Es importante destacar que la recopilación de datos se realizó mediante una ficha de recolección (Anexo 2) con previa aceptación con firma del consentimiento informado (Anexo 3) de los participantes. Una vez realizado las encuestas, se procedió a revisar las historias clínicas para completar datos de los pacientes como, por ejemplo: el estadio actual y con ello al mismo tiempo poder determinar el tipo de paciente, entre otras.

3.7. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos recopilados se ingresaron al programa SPSS en su versión 28 para llevar a cabo el análisis estadístico. Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo de las variables cualitativas utilizando frecuencias y porcentajes para describir la distribución de las mismas.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis inferencial, donde se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para determinar la asociación y la fuerza de la misma entre la DP y el riesgo nutricional en los pacientes oncológicos. Este mismo procedimiento se aplicó para analizar la asociación con las variables intervinientes.

Finalmente, se calcularon mediante regresión de Poisson las razones de frecuencia crudas y ajustadas con el fin de identificar los factores asociados de forma independiente con el riesgo de DE (desnutrición) en los pacientes. Este análisis permite entender mejor la relación entre la DP (depresión), el riesgo nutricional y otros factores que puedan influir en la DE en esta población.

3.8. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio contó con la aprobación de los comités de ética e investigación de las instituciones participantes como el del Hospital Hipólito Unanue, en estricta conformidad con la Ley General de Salud y la Declaración de Helsinki. Se aseguró el cumplimiento de las normativas éticas y legales pertinentes, particularmente en lo referente al manejo confidencial de la información de los pacientes. Para salvaguardar la privacidad de los participantes contó con el consentimiento informado. Todos los datos recopilados se mantuvieron en secreto y fueron registrados utilizando un sistema de codificación basado en el número de cada historia clínica. Este enfoque garantizó el respeto a los principios éticos y legales, así como la protección de derechos y privacidad de pacientes involucrados en la investigación.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

En la presente sección se muestran los resultados obtenidos a través de una encuesta dividida en tres secciones (la primera conformada por datos demográficos y variables de interés; la segunda evalúa el riesgo de desnutrición mediante el cuestionario Malnutrition Screening Tool (MTS); y la tercera evalúa los síntomas de depresión mediante el cuestionario HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale) el cual en esta oportunidad se enfoca en la sección de depresión. Este cuestionario cuyo diseño fue a través de “google forms” se aplicó de manera presencial a pacientes oncológicos con diagnóstico de cáncer en el consultorio externo de oncología y los servicios de medicina, de ginecología, de neumología, de cirugía y emergencia durante los meses de julio a setiembre del 2024. Obteniendo como base una población de 250, de los cuales, al cumplir con los criterios de selección, se excluyeron a 10 (5 presentaron historias clínicas ausentes o incompletas, 1 por tener diagnóstico de depresión previo al diagnóstico de cáncer, 1 por tener trastorno alimentario diagnosticado previo al cáncer, 2 de ellos resultaron ser pacientes postrados con criterios de karnofsky menor de 40 con ECOG 4 y 1 paciente por consumo de medicamentos antidepresivos), obteniéndose una muestra total de 240 pacientes oncológicos.

TABLA N° 1**CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA,
JULIO – SETIEMBRE 2024**

CARACTERÍSTICAS SOCIALES	FRECUENCIA		
	N	%	
SEXO	Femenino	184	81,3
	Masculino	56	18,7
GRUPO ETARIO	Joven	11	5,2
	Adulto	124	55,7
	Adulto mayor	105	39,2
ESTADO CIVIL	Casado	66	28,3
	Conviviente	69	28,7
	Separado	13	3,6
	Soltero	56	24,8
	Viudo	36	14,7
Total		240	100,0

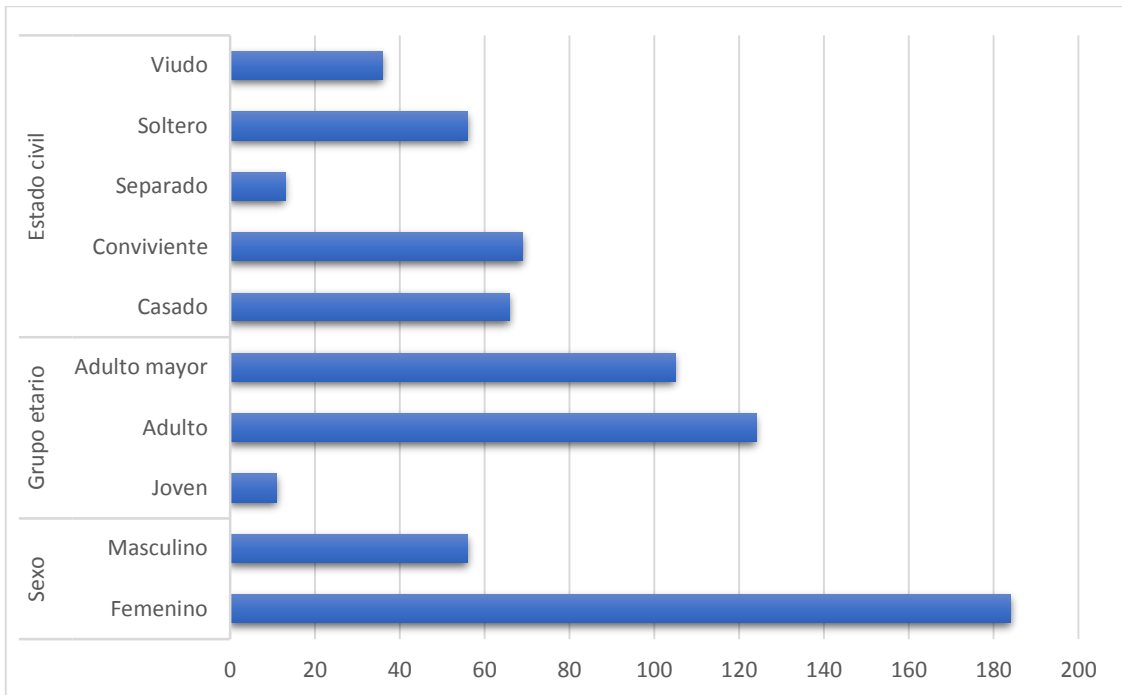
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

La tabla N° 1 muestra que la gran mayoría con un 81,3% de los pacientes oncológicos del H.H.U.T., son mujeres (184), con una notable presencia del 55,7% de adultos (124), seguido de un 39,2% adultos mayores (105) y siendo solo un 5,2% jóvenes (11). En cuanto al estado civil, la distribución es casi equitativa entre convivientes 28,7% (69) y casados con 28,3% (66), seguidos por solteros con un 24,8% (56), viudos con el 14,7% (36) y un pequeño 3,6% de separados (13). Estos datos reflejan una población predominantemente femenina, de mediana edad o adulta, en su mayoría en relaciones de pareja, ya sea formalmente casados o en convivencia.

GRÁFICO N° 1

CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024



Fuente: Tabla 1

TABLA N° 2

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO
– SETIEMBRE 2024**

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		Frecuencia	
		N	%
ESTADO NUTRICIONAL	Bajo peso	16	7,1
	Normopeso	94	41,1
	Sobrepeso	83	34,7
	Obesidad	47	17,1
TIEMPO DE DIAGNOSTICO	<6 meses	95	49,9
	6 a 11 meses	62	21,8
	12 a 23 meses	18	7,1
	>24 meses	65	21,3
TIPO DE PACIENTE	Nuevo	82	44,3
	En controles	23	6,3
	En tratamiento	120	43,7
	Cuidados paliativos	15	5,7
UBICACIÓN DEL CÁNCER	Gastrointestinal	47	19,6
	Otro	193	80,4
ESTADIO DEL CÁNCER	I	43	17,9
	II	83	34,6
	III	72	30,0
	IV	42	17,5
Total		240	100,0

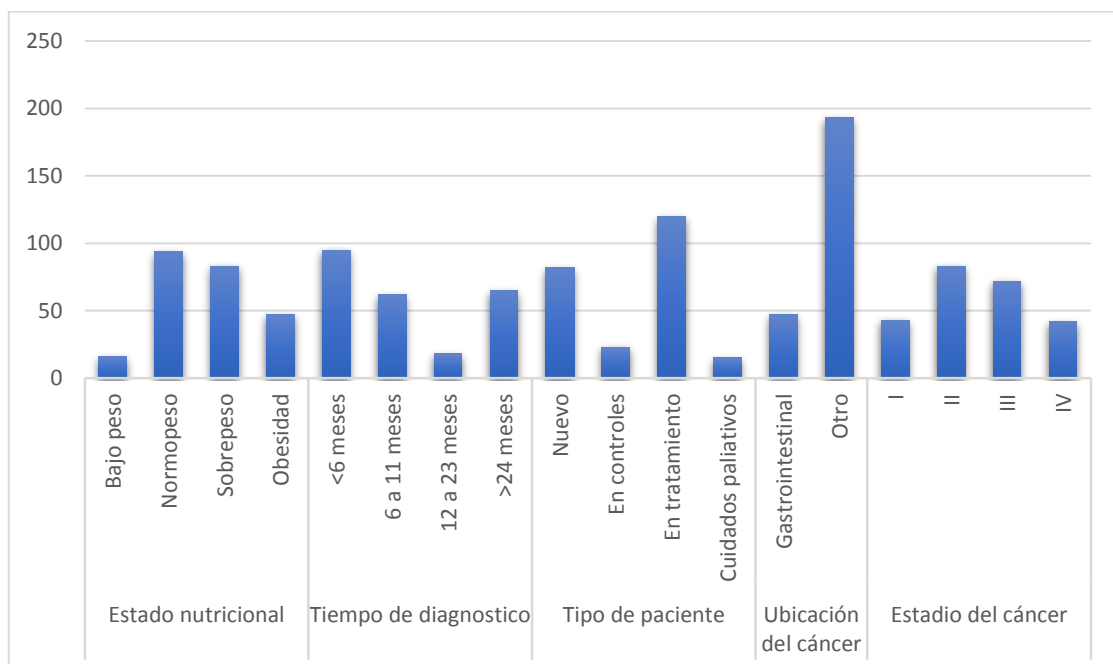
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

La tabla N° 2 presenta las características clínicas de los pacientes oncológicos del H.H.U.T, evidenciando que la mayoría de los pacientes tiene un estado nutricional fuera del rango normal, con un 34,7% en sobrepeso (83) y un 17,1% con obesidad (47). Casi la mitad (49,9%) de los pacientes fueron diagnosticados en los últimos 6 meses (95), mientras que un 21,3% (65) llevan más de dos años desde su diagnóstico. En cuanto al tipo de paciente, el 44,3% son nuevos (82), el 43,7% (120) está en tratamiento activo y un 5,7% recibe cuidados paliativos (15). La mayoría de los pacientes (80,4%) tiene cáncer en ubicaciones fuera del tracto gastrointestinal, y los estadios de cáncer más frecuentes son los intermedios, con un 34,6% en estadio II (83) y un 30% en estadio III (72).

GRÁFICO N°2

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024



Fuente: Tabla 2

TABLA N° 3**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024
(Continuación)**

TIPO DE CÁNCER	N	%
Cérvix	67	27,5
Mama	32	13,1
Piel	24	9,8
Tiroides	23	9,4
Colon	18	7,4
Próstata	17	7,0
Estomago	15	6,2
Ovario	8	3,3
Pulmón	5	2,1
Endometrio	5	2,1
Sarcomas	4	1,7
Riñón	3	1,2
Cerebral	3	1,2
Leucemia	3	1,2
Vejiga	3	1,2
Cabeza y cuello	3	1,2
Mieloma múltiple	2	0,8
Laringe	2	0,8
Testículo	1	0,4
Esófago	1	0,4
Intestino	1	0,4
Hígado	1	0,4
Vías biliares	1	0,4
Ca primario no conocido	2	0,8
Total	**244	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

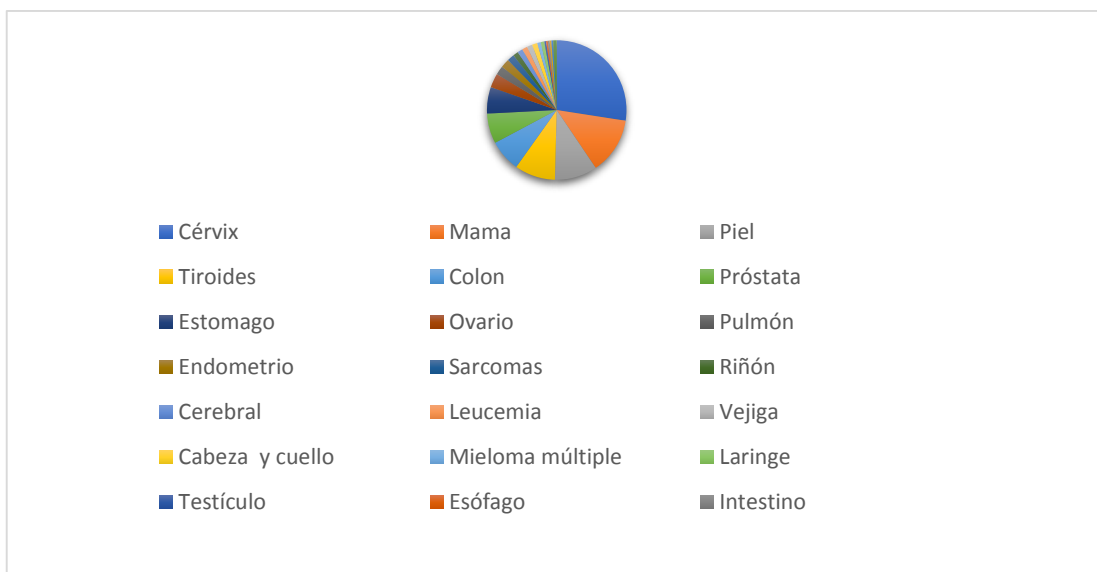
** : La muestra de datos sobre el tipo de cáncer incluye a 240 pacientes, aunque la tabla presenta 244 resultados, lo que indica que 2 pacientes tenían 2 tipos de cáncer y 1 paciente con 3 tipos de cáncer.

INTERPRETACIÓN

La tabla N° 3 presenta los tipos de cáncer diagnosticados en un grupo de pacientes oncológicos del H.H.U.T. El cáncer de cérvix es el más frecuente, con 67 casos, lo que representa el 27,5% del total. Le sigue el cáncer de mama con 32 casos (13,1%) y el de piel con 24 casos (9,8%). Otros tipos destacados incluyen cáncer de tiroides (23 casos, 9,4%), colon (18 casos, 7,4%), próstata (17 casos, 7,0%) y estómago (15 casos, 6,2%). Además, se observan menores porcentajes en cánceres como ovario (8 casos, 3,3%), pulmón (5 casos, 2,1%), endometrio (5 casos, 2,1%), sarcomas (4 casos, 1,7%), y otros menos comunes como riñón, cerebral, leucemia, vejiga y cabeza y cuello, cada uno con 3 casos (1,2%). Finalmente, se registran 2 casos de mieloma múltiple y laringe (0,8%) y un solo caso de testículo, esófago, intestino, hígado y vías biliares (0,4%). También se documentaron 2 casos de cáncer primario no conocido (0,8%).

GRÁFICO N° 3

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024



Fuente: Tabla 3

TABLA N° 4

**FRECUENCIA DEL RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y DEPRESIÓN* EN LOS
PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024**

	FRECUENCIA	
	N	%
RIESGO DE DESNUTRICIÓN		
CON RIESGO	130	54,2
SIN RIESGO	110	45,8
DEPRESIÓN		
CON DEPRESIÓN	219	91,3
SIN DEPRESIÓN	21	8,7
TOTAL	240	100,0

Fuente: Cuestionario MTS para medir el riesgo de desnutrición y el cuestionario HADS – D para evaluar la depresión, aplicado en los pacientes oncológicos del H.H.U.T

*: Según el instrumento usado HADS – D (depresión) se estará enfocando los “Síntomas depresivos”

INTERPRETACIÓN

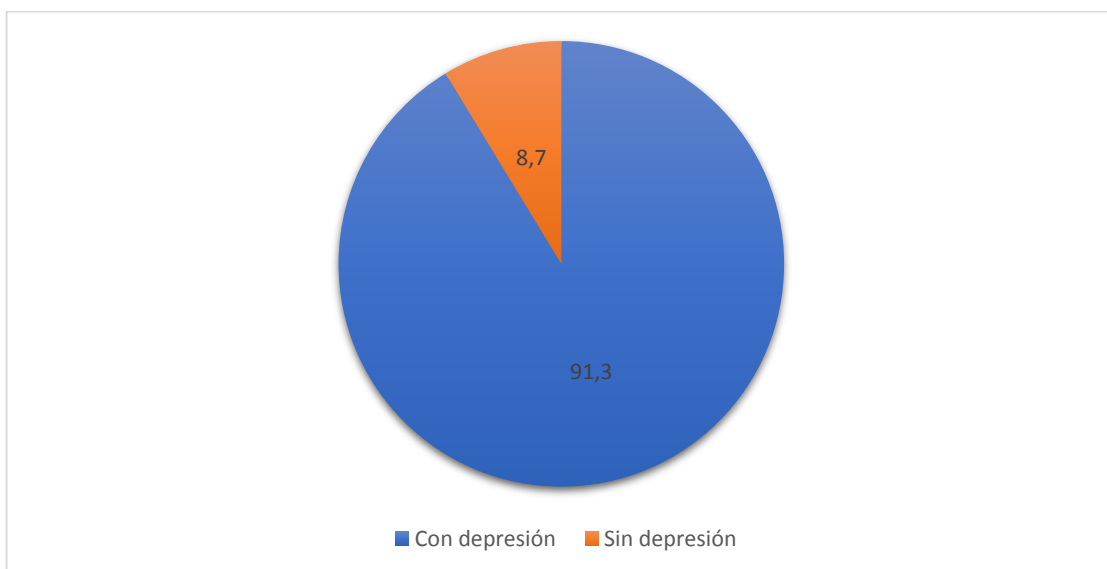
En la Tabla N°4 se muestra la frecuencia de riesgo de desnutrición y depresión* en los pacientes oncológicos del H.H.U.T., en donde de los 240 pacientes analizados en relación a la frecuencia del riesgo de desnutrición, el 54,2% (130) presentaron riesgo de desnutrición, mientras que el 45,8% (110) no tuvieron riesgo. Ello indica que más de la mitad de los pacientes oncológicos evaluados se encuentran en riesgo de desnutrición. Con respecto al total de los pacientes oncológicos evaluados en relación a la frecuencia de los síntomas depresivos, el 91,3% (219) presentan depresión*, mientras que solo el 8,7% (21) no la presentan. Esto indica que la depresión (síntomas depresivos) es una condición muy prevalente en este grupo de pacientes, lo que resalta la importancia de abordar su bienestar emocional y brindarles apoyo psicológico adecuado, dado que el impacto emocional asociado al cáncer puede ser significativo y requiere atención especializada.

GRÁFICO N°4

FRECUENCIA DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y DEPRESIÓN* EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024



Fuente: Tabla 4



Fuente: Tabla 4

*: Según el instrumento usado HADS - D (depresión) se estará enfocando los “Síntomas depresivos”

TABLA N° 5

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024

CARACTERÍSTICAS SOCIALES		CON RIESGO		SIN RIESGO		p	OR	IC 95%	
		N	%	N	%			IC Min.	IC Max.
		SEXO	Femenino	101	54,9			83	45,1
	Masculino	29	51,8	27	48,2	0,68	0,882	0,4848	1,6071
GRUPO ETARIO	Joven	6	54,5	5	45,5	0,97	1,016	0,3015	3,4246
	Adulto	58	46,8	66	53,2	0,01	0,537	0,3209	0,8987
	Adulto mayor	66	62,9	39	37,1	0,01	1,874	1,1157	3,1592
ESTADO CIVIL	Casado	38	57,6	28	42,4	0,51	1,209	0,6829	2,1427
	Conviviente	36	52,2	33	47,8	0,69	0,893	0,5103	1,5648
	Separado	5	38,5	8	61,5	0,24	0,510	0,1619	1,6068
	Soltero	26	46,4	30	53,6	0,18	0,666	0,3656	1,2155
	Viudo	25	69,4	11	30,6	0,04	2,142	1,0017	4,5841
	Total	130	54,2	110	45,8				

Fuente: Ficha de recolección de datos.

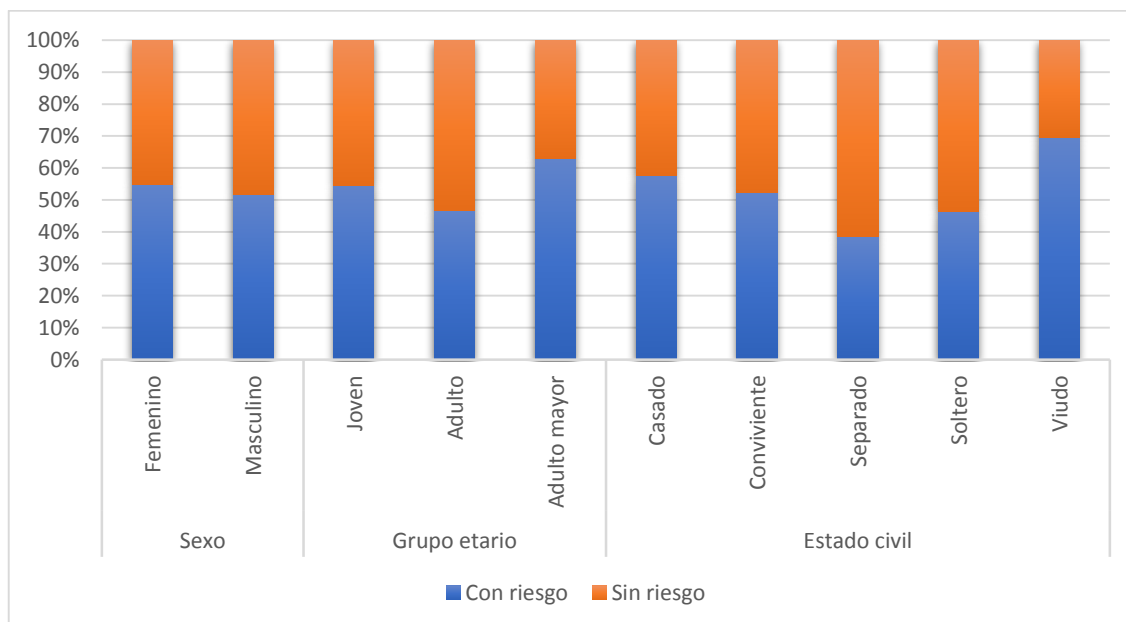
INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 5, se observa que el análisis de las características sociales y el riesgo de desnutrición en pacientes oncológicos del H.H.U.T. muestra varios factores con relación significativa. El sexo no presenta una asociación estadísticamente significativa con el riesgo de desnutrición ($p = 0,683$), tanto en hombres como en mujeres, aunque en términos absolutos, las mujeres tienen una mayor proporción de riesgo. En cuanto al grupo etario, los adultos mayores presentan un riesgo significativamente mayor (62,9%) con un OR de 1,88 (IC 95%: 1,12 – 3,16), lo que indica que son más propensos a la desnutrición, un

factor de riesgo. Por otro lado, los adultos jóvenes tienen una asociación débil y sin significancia estadística ($p = 0,979$). En relación al estado civil, los pacientes viudos muestran un OR de 2,14 (IC 95%: 1,00 – 4,58), lo que sugiere que ser viudo es un factor de riesgo considerable para la desnutrición, ya que este grupo presenta una mayor proporción de riesgo (69,4%). En cambio, el estado civil no mostró una asociación relevante.

GRÁFICO N° 5

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024



Fuente: Tabla 5

TABLA N° 6

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		CON		SIN		p	OR	IC 95%	
		RIESGO		RIESGO				IC	IC
		N	%	N	%				
ESTADO NUTRICIONAL	Bajo peso	11	68.8	5	31.3	0.226	1.941	0.653	5.769
	Normopeso	56	59.6	38	40.4	0.177	1.433	0.848	2.422
	Sobrepeso	44	53.0	39	47.0	0.794	0.931	0.546	1.587
	Obesidad	19	40.4	28	59.6	0.035	0.501	0.262	0.959
TIEMPO DE DIAGNOSTICO	<6 meses	56	58.9	39	41.1	0.229	1.377	0.816	2.323
	6 a 11 meses	31	50.0	31	50.0	0.445	0.798	0.447	1.423
	12 a 23 meses	8	44.4	10	55.6	0.389	0.655	0.249	1.723
	>24 meses	35	53.8	30	46.2	0.952	0.982	0.554	1.739
TIPO DE PACIENTE	Nuevo	49	59.8	33	40.2	0.211	1.411	0.822	2.423
	En controles	13	56.5	10	43.5	0.812	1.111	0.467	2.643
	En tratamiento	59	49.2	61	50.8	0.120	0.667	0.400	1.112
	Cuidados paliativos	9	60.0	6	40.0	0.640	1.289	0.444	3.742
UBICACIÓN DEL CÁNCER	Gastrointestinal	29	61.7	18	38.3	0.248	1.467	0.764	2.818
	No gastrointestinal	101	52.3	92	47.7	0.248	0.681	0.354	1.308
ESTADIO DEL CÁNCER	Estadio I	23	53.5	20	46.5	0.922	0.967	0.499	1.874
	Estadio II – III	76	49.0	79	51.0	0.031	0.552	0.321	0.950
	Estadio IV	31	73.8	11	26.2	0.005	2.818	1.341	5.919
Total		130	54.2	110	45.8				

Fuente: Ficha de recolección de datos.

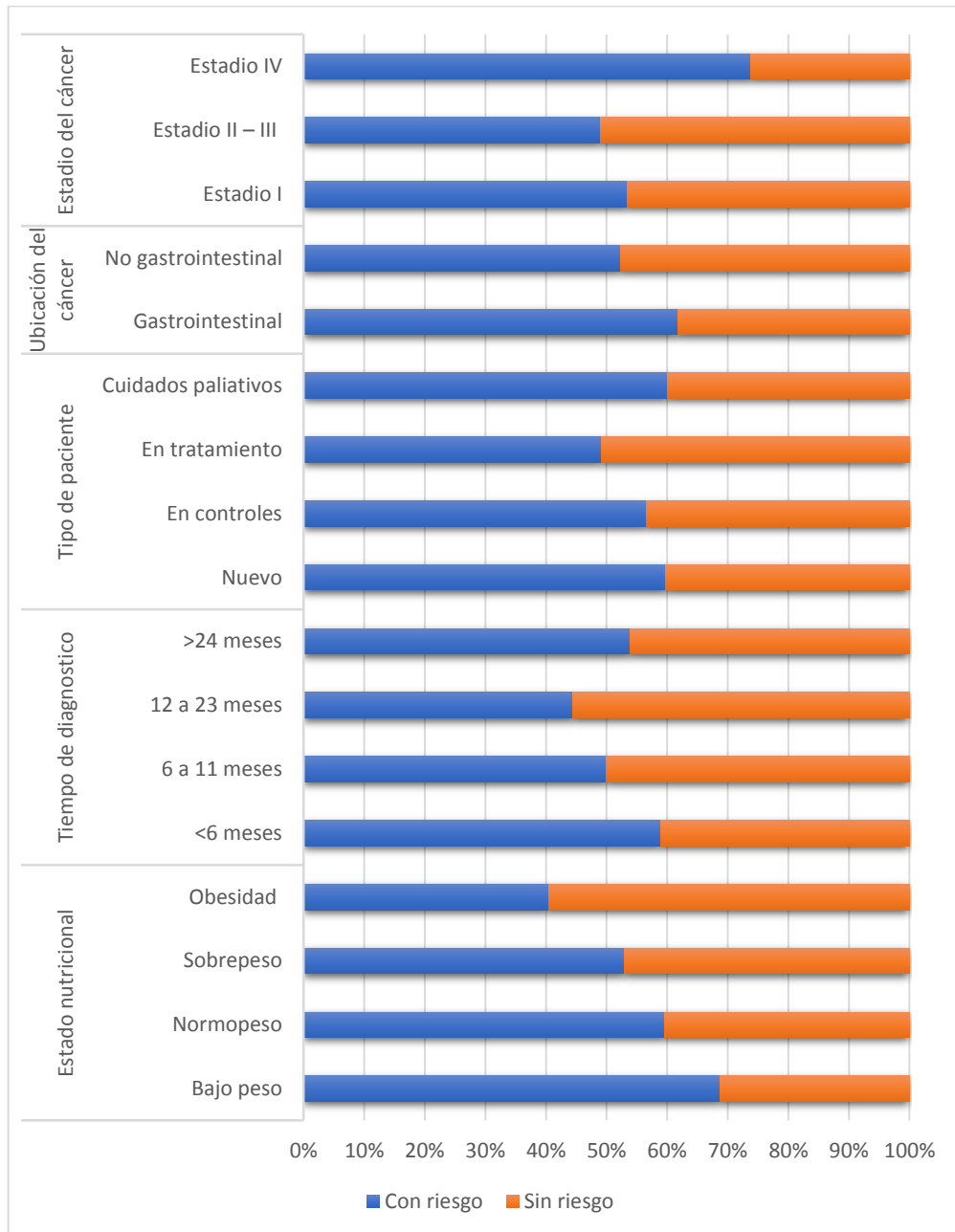
INTERPRETACIÓN

La tabla N° 6 En la tabla muestra que los pacientes con obesidad presentan un factor protector frente a la desnutrición, con una odds ratio (OR) de 0,501 (IC 95% 0,262-0,959, p = 0,035), mientras que aquellos con bajo peso (OR = 1,941,

IC 95% 0,653-5,769, $p = 0,226$) y normopeso (OR = 1,433, IC 95% 0,848-2,422, $p = 0,177$) no muestran una relación significativa. El tiempo de diagnóstico tampoco se asocia de manera significativa con el riesgo de desnutrición, ya que ninguna de las categorías de diagnóstico (menos de 6 meses, de 6 a 11 meses, de 12 a 23 meses y más de 24 meses) presenta una relación estadísticamente significativa. En cuanto al tipo de paciente, los nuevos pacientes tienen un riesgo ligeramente mayor de desnutrición (OR = 1,411, IC 95% 0,822-2,423, $p = 0,211$), mientras que aquellos en tratamiento tienen un riesgo menor (OR = 0,667, IC 95% 0,400-1,112, $p = 0,120$), aunque estos resultados no son significativos. Los pacientes en cuidados paliativos presentan un riesgo moderado (OR = 1,289, IC 95% 0,444-3,742, $p = 0,640$), pero la evidencia es limitada debido al amplio intervalo de confianza. En relación con la ubicación del cáncer, los pacientes con cáncer gastrointestinal tienen un riesgo ligeramente mayor de desnutrición (OR = 1,467, IC 95% 0,764-2,818, $p = 0,248$), pero sin significancia estadística. Finalmente, los pacientes en estadio IV presentan un riesgo significativamente mayor de desnutrición (OR = 2,818, IC 95% 1,341-5,919, $p = 0,005$), lo que sugiere que el avance del cáncer incrementa considerablemente este riesgo debido a la carga metabólica y los efectos sistémicos de la enfermedad avanzada.

GRÁFICO N° 6

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024



Fuente: Tabla 6

TABLA N° 7

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EL RIESGO DE
DESNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024
(Continuación)**

TIPO DE CÁNCER	CON RIESGO		SIN RIESGO		p	OR	IC 95%	
	N	%	N	%			IC Min.	IC Max.
Cérvix	36	53.7	31	46.3	0.758	0.915	0.520	1.609
Mama	15	46.9	17	53.1	0.302	0.676	0.321	1.425
Ovario	6	75.0	2	25.0	0.255	2.488	0.492	12.583
Endometrio	2	40.0	3	60.0	0.486	0.531	0.087	3.238
Piel	10	41.7	14	58.3	0.156	0.542	0.231	1.275
Tiroides	13	56.5	10	43.5	0.904	1.054	0.443	2.507
Estómago	11	73.3	4	26.7	0.148	2.328	0.720	7.529
Colon	9	50.0	9	50.0	0.637	0.793	0.303	2.073
Esófago	1	100.0	0	0.0	0.368	2.442	0.098	60.555
Vías biliares	1	100.0	0	0.0	0.368	2.442	0.098	60.555
Intestino	1	100.0	0	0.0	0.368	2.442	0.098	60.555
Hígado	1	100.0	0	0.0	0.368	2.442	0.098	60.555
Próstata	9	52.9	8	47.1	0.837	0.901	0.335	2.421
Cabeza y cuello	2	66.7	1	33.3	0.694	1.624	0.145	18.152
Vejiga	3	100.0	0	0.0	0.117	5.784	0.295	113.214
Riñón	2	66.7	1	33.3	0.694	1.624	0.145	18.152
Testículo	1	100.0	0	0.0	0.368	2.442	0.098	60.555
Pulmón	4	80.0	1	20.0	0.262	3.297	0.363	29.944
Laringe	1	50.0	1	50.0	0.879	0.806	0.049	13.036
Cerebral	1	33.3	2	66.7	0.456	0.399	0.036	4.456
Mieloma múltiple	1	50.0	1	50.0	0.879	0.806	0.049	13.036
Sarcoma	1	63.6	3	36.4	0.251	0.264	0.027	2.572
Leucemia	2	66.7	1	33.3	0.694	1.624	0.145	18.152
Ca primario o desconocido	2	63.6	0	36.4	0.364	4.101	0.1948	86.330

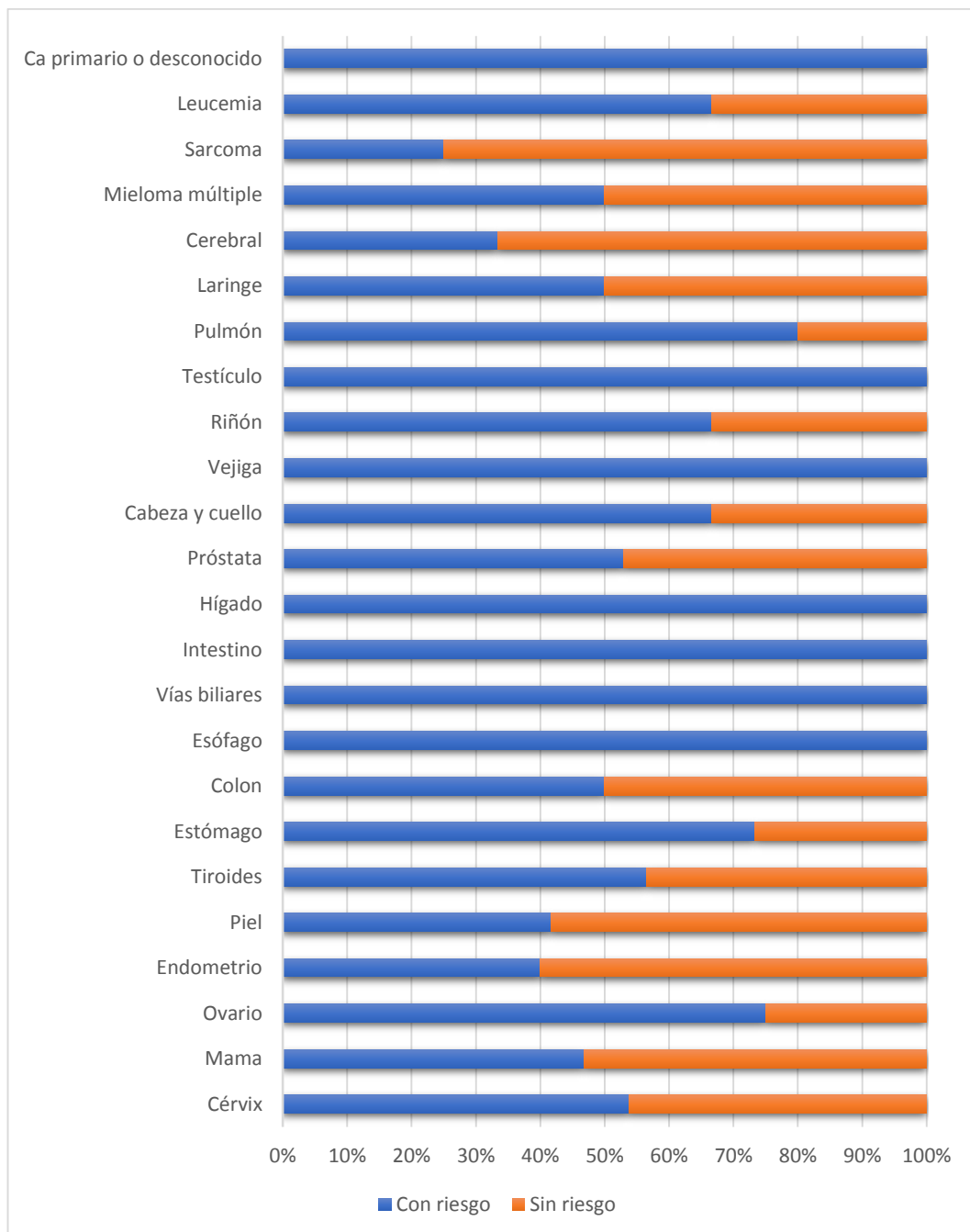
Fuente: Ficha de recolección de datos.

INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 7 se observa que, en su mayoría, los tipos de cáncer no presentan una relación estadísticamente significativa con el riesgo de desnutrición, ya que los valores de p son mayores a 0,05. Por ejemplo, para el cáncer de cérvix, el p valor es 0,758 y el OR es 0,915 (IC 95%: 0,520-1,609), indicando que no es ni un factor de riesgo ni un factor protector. De manera similar, el cáncer de mama tiene un p valor de 0,302 y un OR de 0,676 (IC 95%: 0,321-1,425), sugiriendo una ligera tendencia a ser un factor protector, aunque no significativo. En otros casos, como el cáncer de ovario ($p = 0,255$, OR = 2,488, IC 95%: 0,492-12,583) y de estómago ($p = 0,148$, OR = 2,328, IC 95%: 0,720-7,529), aunque los p valores no son significativos, el OR mayor a 1 sugiere una posible asociación con un factor de riesgo. Por otro lado, el cáncer de vejiga muestra un OR de 5,784 ($p = 0,117$, IC 95%: 0,295-113,214), lo que indica una tendencia hacia un factor de riesgo. Finalmente, el cáncer de pulmón presenta un OR de 3,297 ($p = 0,262$, IC 95%: 0,363-29,944), lo que sugiere también una posible relación con un factor de riesgo, aunque no estadísticamente significativa.

GRÁFICO N° 7

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024. (Continuación)



Fuente: Tabla 7

TABLA N°8

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y LA DEPRESIÓN* EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024

CARACTERÍSTICAS SOCIALES		CON DEPRESIÓN		SIN DEPRESIÓN		p	OR	IC 95%	
		N	%	N	%			IC Min.	IC Max.
		SEXO	Femenino	166	90,2			18	9,8
	Masculino	53	94,6	3	5,4	0,305	1,915	0,543	6,758
GRUPO ETARIO	Joven	10	90,9	1	9,1	0,967	0,956	0,116	7,863
	Adulto	108	87,1	16	12,9	0,019	0,304	0,107	0,859
	Adulto mayor	101	96,2	4	3,8	0,017	3,637	1,185	11,161
ESTADO CIVIL	Casado	59	89,4	7	10,6	0,531	0,737	0,283	1,916
	Conviviente	64	92,8	5	7,2	0,601	1,321	0,464	3,759
	Separado	12	92,3	1	7,7	0,464	1,159	0,143	9,383
	Soltero	50	89,3	6	10,7	0,478	0,739	0,272	2,006
	Viudo	34	94,4	2	5,6	0,462	1,745	0,388	7,842
	Total	219	91,3	21	8,7				

Fuente: Ficha de recolección de datos.

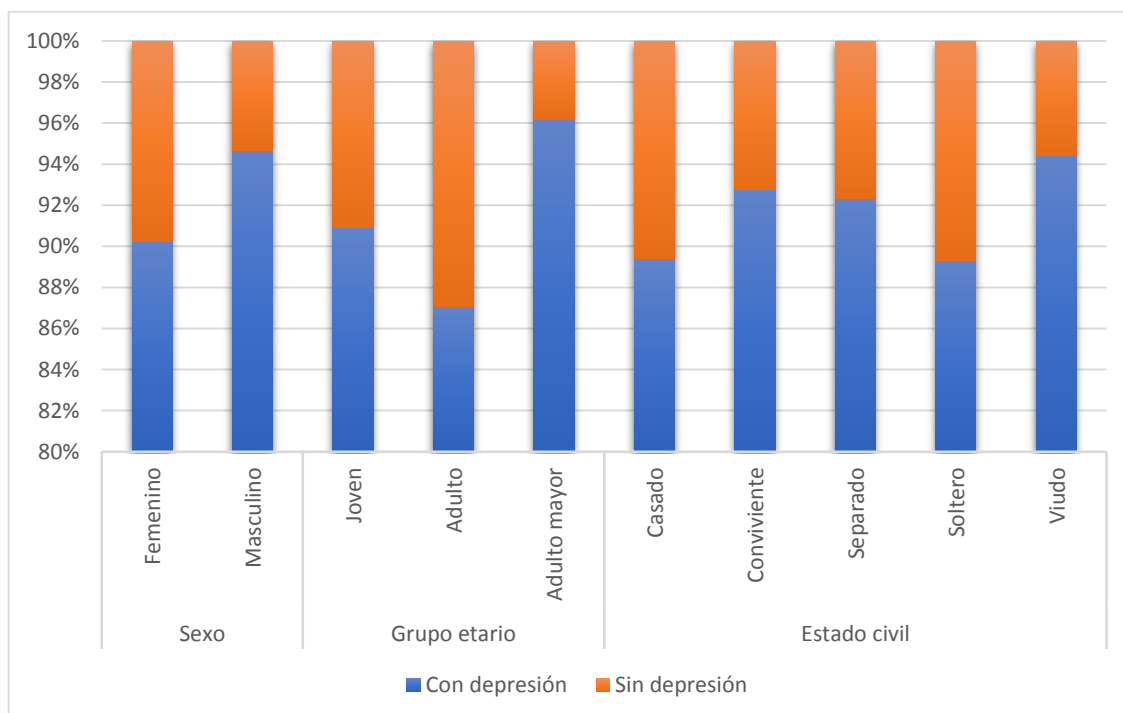
*: Según el instrumento usado HADS - D depresión se estará enfocando los “Síntomas depresivos”

INTERPRETACIÓN

En la tabla N°8, se observa la relación entre las características sociales y la frecuencia de depresión* en pacientes oncológicos, en el caso del sexo, el p valor es 0,305, lo que indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de depresión entre mujeres y hombres. El OR es 0,522 para las mujeres y 1,915 para los hombres, con intervalos de confianza que van de 0,148 a 1,841 para las mujeres y de 0,543 a 6,758 para los hombres, lo que sugiere que no hay un factor de riesgo o protector claro asociado al sexo. En cuanto al grupo etario, los adultos jóvenes tienen un p valor de 0,967, lo que indica que no existe una asociación significativa entre la edad joven y la

depresión. Los adultos tienen un OR de 0,304 (IC 95%: 0,107-0,859, $p=0,019$), lo que sugiere que ser adulto es un factor protector para la depresión, ya que el intervalo de confianza no incluye el valor 1 y el OR es menor que 1. En el caso de los adultos mayores, el OR es 3,637 (IC 95%: 1,185-11,161, $p=0,017$), lo que indica que este grupo tiene un mayor riesgo de depresión, siendo un factor de riesgo, ya que el intervalo de confianza no incluye el valor 1 y el OR es mayor que 1. En el estado civil, ninguna categoría muestra significancia estadística ($p>0,05$), lo que sugiere que no existen factores de riesgo o protectores claros asociados al estado civil en relación con la depresión en estos pacientes.

GRÁFICO N° 8
RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y LA DEPRESIÓN
EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024



Fuente: Tabla 8

TABLA N° 9

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LA DEPRESIÓN*
EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024**

FACTORES CLÍNICOS		CON		SIN		p	OR	IC 95%	
		DEPRESIÓN		DEPRESIÓN				IC Min.	IC Max.
		N	%	N	%				
ESTADO NUTRICIONAL	Bajo peso	15	93.8	1	6.3	0.714	1.470	0.184	11.721
	Normopeso	85	90.4	9	9.6	0.717	0.845	0.341	2.092
	Sobrepeso	77	92.8	6	7.2	0.470	1.355	0.505	3.635
	Obesidad	42	89.4	5	10.6	0.609	0.759	0.263	2.189
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO	<6 meses	87	91.6	8	8.4	0.884	1.071	0.426	2.691
	6 a 11 meses	55	88.7	7	11.3	0.411	0.670	0.257	1.747
	12 a 23 meses	16	88.9	2	11.1	0.712	0.748	0.160	3.504
	>24 meses	61	93.8	4	6.2	0.386	1.640	0.530	5.072
TIPO DE PACIENTE	Nuevo	74	90.2	8	9.8	0.691	0.829	0.329	2.089
	En controles	22	95.7	1	4.3	0.438	2.233	0.285	17.459
	En tratamiento	108	90.0	12	10.0	0.493	0.729	0.295	1.802
	Cuidados paliativos	15	100.0	0	0.0	0.215	3.259	0.188	56.403
UBICACIÓN DEL CÁNCER	Gastrointestinal	37	94.9	2	5.1	0.382	1.931	0.431	8.649
	Otro	182	90.5	19	9.5	0.382	0.517	0.115	2.318
ESTADIO DEL CÁNCER	Estadio I	39	90.7	4	9.3	0.887	0.920	0.293	2.887
	Estadio II -III	138	89.0	17	11.0	0.101	0.400	0.130	1.232
	Estadio IV	42	100.0	0	0.0	0.027	10.295	0.611	173.390
Total		219	91.3	21	8.7				

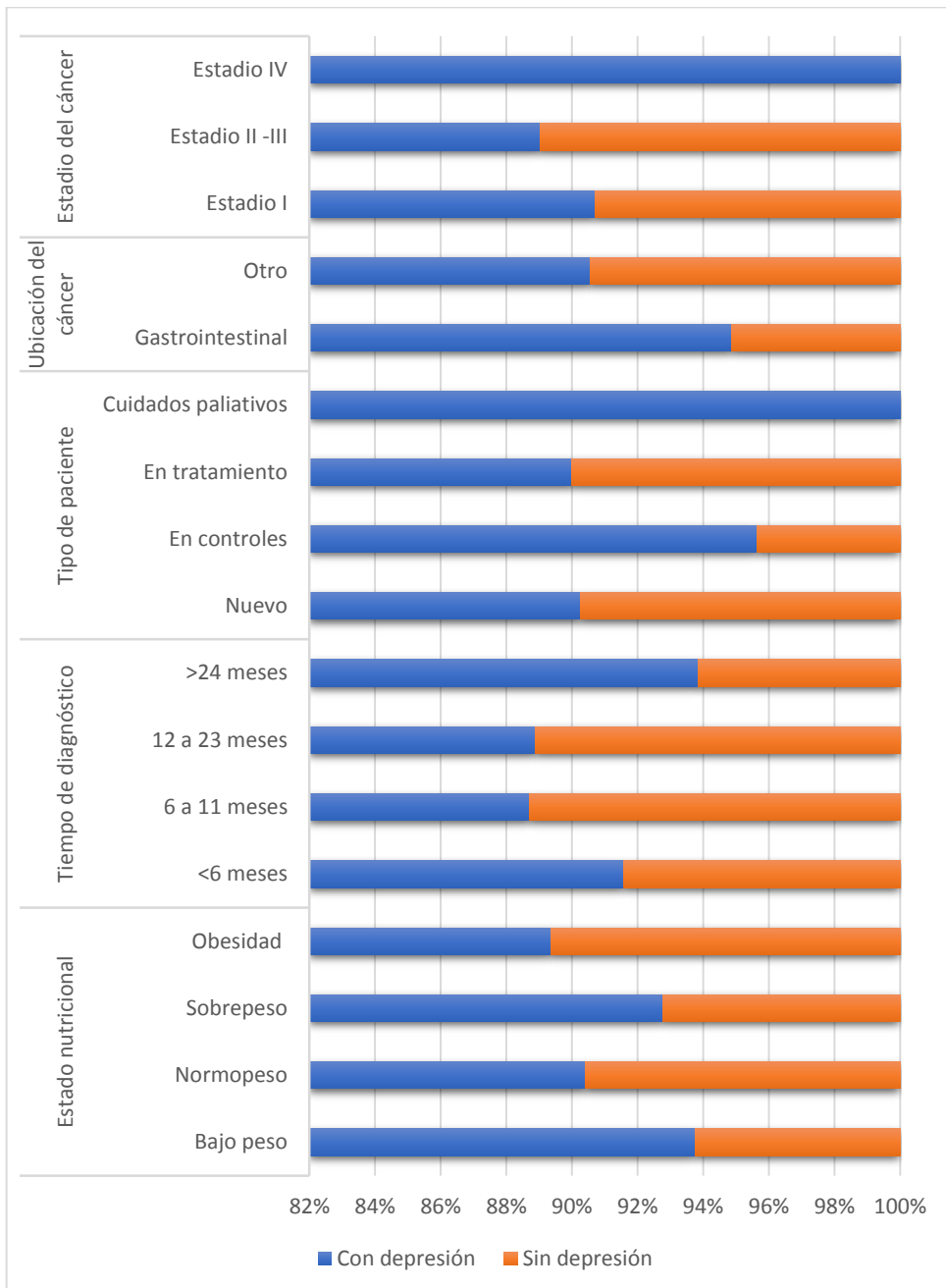
Fuente: Ficha de recolección de datos

*: Según el instrumento usado HADS - D depresión se estará enfocando los “Síntomas depresivos”.

INTERPRETACIÓN

La tabla N°9 muestra la relación de las características clínicas con la frecuencia de depresión* en los pacientes oncológicos del H.H.U.T., se observa que, en cuanto al estado de depresión (síntomas depresivos), no se encuentran asociaciones significativas, ya que el p valor en todos los grupos es superior a 0,05 ($p > 0,05$), lo que indica que no hay un factor de riesgo ni protector relacionado con el estado nutricional y la depresión. Sin embargo, se observa que el grupo de "obesidad" tiene un OR de 0,759 (IC 95%: 0,263-2,189), lo que podría sugerir una leve tendencia a ser un factor protector, aunque no significativo. Respecto al tiempo de diagnóstico, el p valor también es mayor a 0,05 en todos los subgrupos, indicando que no hay un factor de riesgo ni protector claro asociado. En el tipo de paciente, el grupo de "cuidados paliativos" muestra un p valor de 0,215 y un OR de 3,259 (IC 95%: 0,188-56,403), lo que sugiere una posible relación con un factor protector, aunque el intervalo de confianza es amplio. En cuanto al estadio del cáncer, los pacientes en "estadio IV" presentan un OR de 10,295 (IC 95%: 0,611-173,390) con un p valor de 0,027, lo que indica que este estadio podría ser un factor de riesgo significativo para la depresión* en pacientes oncológicos.

GRÁFICO N°9
RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LA DEPRESIÓN*
EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024



Fuente: Tabla 9

*: Según el instrumento usado HADS - D depresión se estará enfocando los "Síntomas depresivos"

TABLA N° 10

**RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LA DEPRESIÓN*
EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024
(Continuación)**

TIPO DEL CÁNCER	CON		SIN		p	OR	IC 95%	
	DEPRESIÓN		DEPRESIÓN				IC Min.	IC Max.
	N	%	N	%				
Cérvix	60	89.2%	7	10.8%	0.430	0.679	0.258	1.783
Mama	30	93.8%	2	6.3%	0.667	1.391	0.307	6.304
Ovario	8	100.0%	0	0.0%	0.390	1.609	0.089	28.904
Endometrio	5	100.0%	0	0.0%	0.500	1.027	0.054	19.245
Piel	23	95.8%	1	4.2%	0.448	2.174	0.278	17.001
Tiroides	18	78.3%	5	21.7%	0.013	0.262	0.085	0.804
Estómago	15	100.0%	0	0.0%	0.232	3.033	0.175	52.572
Colon	17	94.4%	1	5.6%	0.671	1.560	0.196	12.376
Esófago	1	100.0%	0	0.0%	0.765	0.275	0.010	6.973
Vías biliares	1	100.0%	0	0.0%	0.765	0.275	0.010	6.973
Intestino	1	100.0%	0	0.0%	0.765	0.275	0.010	6.973
Hígado	1	100.0%	0	0.0%	0.765	0.275	0.010	6.973
Próstata	15	88.2%	2	11.8%	0.578	0.645	0.136	3.049
Cabeza y cuello	3	100.0%	0	0.0%	0.603	0.647	0.032	12.982
Vejiga	3	100.0%	0	0.0%	0.603	0.647	0.032	12.982
Riñón	3	100.0%	0	0.0%	0.603	0.647	0.032	12.982
Testículo	1	100.0%	0	0.0%	0.765	0.275	0.010	6.973
Pulmón	5	100.0%	0	0.0%	0.500	1.027	0.054	19.245
Laringe	1	50.0%	1	50.0%	0.030	0.085	0.005	1.416
Cerebral	3	66.7%	0	33.3%	0.671	0.460	0.021	9.923
Mieloma múltiple	2	100.0%	0	0.0%	0.671	0.460	0.021	9.923
Sarcoma	4	100.0%	0	0.0%	0.906	0.837	0.044	16.093
Leucemia	3	100.0%	0	0.0%	0.671	0.460	0.021	9.923
Ca primario o desconocido	1	50.0%	1	50.0%	0.086	0.085	0.005	1.417

Fuente: Ficha de recolección de datos.

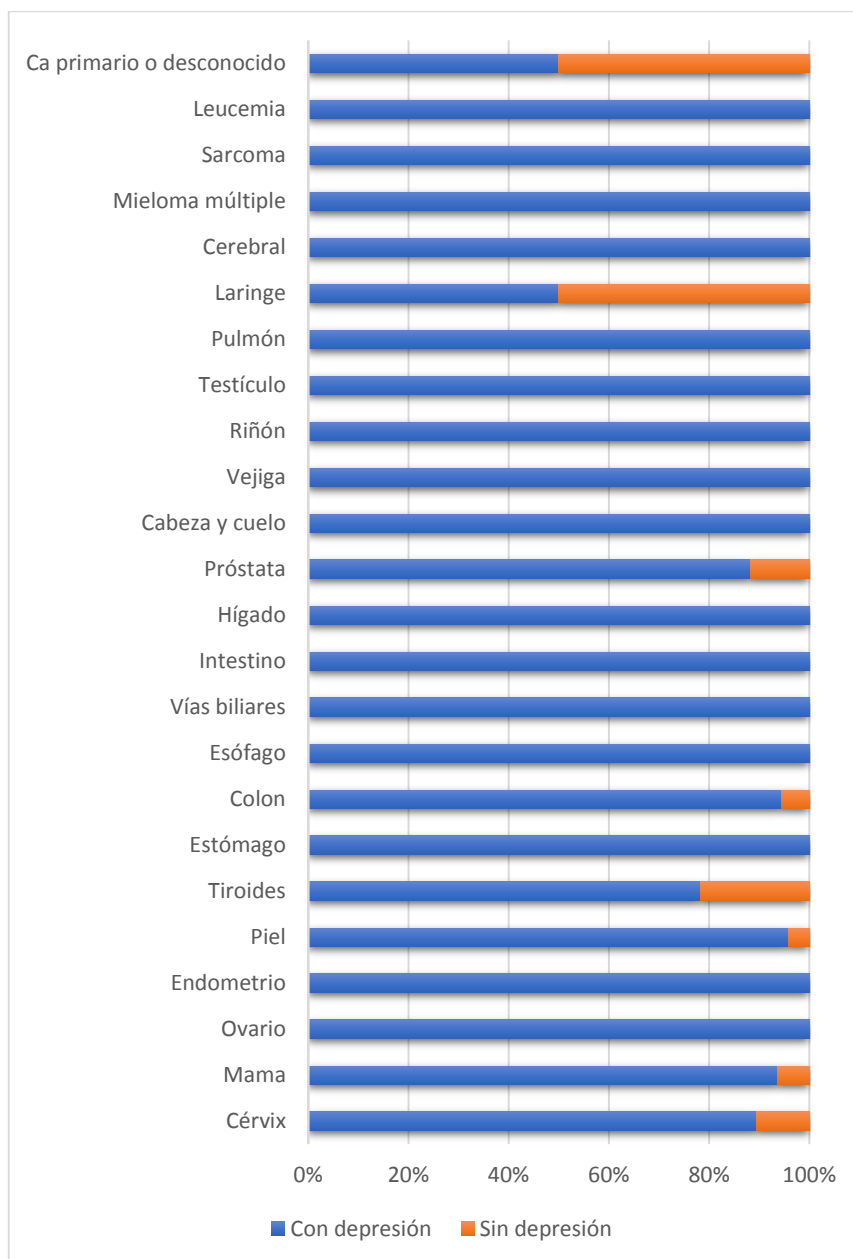
*: Según el instrumento usado HADS - D depresión se estará enfocando los “Síntomas depresivos”

INTERPRETACIÓN

La tabla N°10 muestra la relación entre las características clínicas y la frecuencia de depresión en pacientes oncológicos del H.H.U.T, considerando varios tipos de cáncer. En los pacientes con cáncer de tiroides ($p=0,013$, $OR=0,262$), se observa un factor protector, ya que el OR es menor que 1, lo que sugiere que este tipo de cáncer se asocia con una menor frecuencia de depresión. En contraste, el cáncer de piel ($p=0,448$, $OR=2,174$) y el cáncer de estómago ($p=0,232$, $OR=3,033$) presentan un OR superior a 1, indicando un factor de riesgo, aunque sus p valores no son estadísticamente significativos. Por otro lado, otros tipos de cáncer como el de mama ($p=0,667$, $OR=1,391$) y ovario ($p=0,390$, $OR=1,609$) también muestran OR superiores a 1, pero con p valores que indican que las asociaciones no son estadísticamente significativas. En conclusión, la interpretación de estos datos sugiere que ciertos tipos de cáncer, como el de tiroides, podrían tener un efecto protector en la frecuencia de depresión, mientras que otros, como el de piel y estómago, podrían ser factores de riesgo.

GRÁFICO N° 10

RELACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN* EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024



Fuente: Tabla 10

*: Según el instrumento usado HADS - D depresión se estará enfocando los "Síntomas depresivos"

TABLA N° 11

**RELACIÓN ENTRE EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y LA DEPRESIÓN* EN
LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024**

DEPRESIÓN	CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN		SIN RIESGO DE DESNUTRICIÓN		p	OR	IC 95%	
	N	%	N	%			IC	IC
							Min.	Max.
CON DEPRESIÓN	123	56,2	96	45,8	0,045	2,562	0,995	6,597
SIN DEPRESIÓN	7	33,3	14	66,7	0,045	0,390	0,151	1,004
TOTAL	130	54,2	110	45,8				

Fuente: Cuestionario MTS para medir el riesgo de desnutrición y el cuestionario HADS – D para evaluar la depresión, aplicado en los pacientes oncológicos del H.H.U.T

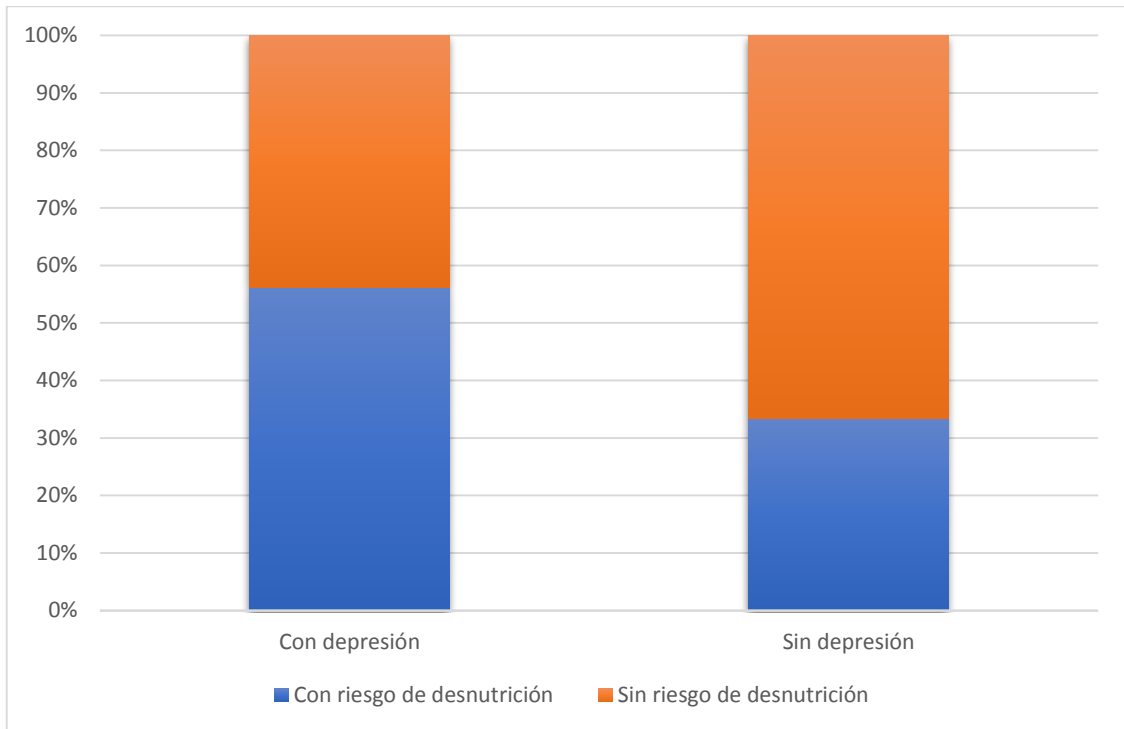
*: Según el instrumento usado HADS - D depresión se estará enfocando los “Síntomas depresivos”

INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 11 se muestra la relación entre el riesgo de desnutrición y la frecuencia de depresión* en los pacientes oncológicos del H.H.U.T. A pesar de que el valor de p de 0,045 sugiere una posible relación entre la depresión y el riesgo de desnutrición en los pacientes oncológicos, los valores del Odds Ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza (IC 95%) no son estadísticamente significativos. En el grupo con depresión, el OR de 2,562 incluye el valor 1 en su intervalo de confianza (0,995 a 6,597), lo que indica que no se puede afirmar con certeza que exista una relación clara. En el grupo sin depresión, el OR de 0,390 también incluye el 1 en su intervalo (0,151 a 1,004), lo que refuerza la falta de evidencia suficiente. Por lo tanto, a pesar de que el valor de p podría indicar una asociación, la falta de significancia estadística en los OR sugiere que no existe una relación consistente entre las variables de estudio.

GRÁFICO N°11

RELACIÓN ENTRE EL RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y LA DEPRESIÓN* EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024



Fuente: Tabla 11

4.2. DISCUSIÓN

En esta sección se lleva a cabo un análisis comparativo con estudios previos a nivel global, nacional y local que anteceden a la investigación actual.

La presente investigación se realizó con un grupo de 240 pacientes oncológicos con diagnóstico de cáncer atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna que incluye a los pacientes nuevos y reingresos mas no continuadores, así mismo se tuvo en cuenta que cuenten con los criterios de inclusión establecidos.

Así mismo se utilizó el cuestionario MTS para medir el riesgo de desnutrición, el cuestionario HADS – D(depresión) para evaluar riesgo de depresión (síntomas depresivos), de igual manera una ficha socio-clínica. A partir de ello se buscó obtener un panorama amplio del riesgo de desnutrición y depresión de los pacientes oncológicos, así como la relación entre dichas variables.

En la **tabla 1**, con respecto a las características sociales de los pacientes oncológicos, los resultados mostraron que la gran mayoría con un 81,3% de los pacientes oncológicos son mujeres, con una notable presencia del 55,7% de adultos, seguido de un 39,2% adultos mayores y siendo solo un 5,2% jóvenes. En cuanto al estado civil, la distribución es casi equitativa entre convivientes 28,7% y casados con 28,3%, seguidos por solteros con un 24,8%, viudos con el 14,7% y un pequeño 3,6% de separados. Dichos datos reflejan predominancia femenina de mediana edad adulta, la mayoría con relaciones en pareja ya sean casados o en convivencia.

A nivel internacional el estudio de Soria et al. (2022) en España “Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión y su relación con el estado nutricional y la mortalidad en pacientes con cáncer colorrectal” con un estudio prospectivo que abarcó a una muestra de 282 pacientes con cáncer, hallaron que un 42,8% de mujeres, lo cual fue una proporción menor, pero significativa frente a los hombres (57,2%). En cuanto a la edad, la mayoría de los pacientes en nuestro estudio son adultos (55,7%) seguidos de adultos mayores (39,2%), datos que muestran similitud en la distribución de edades, ya que en ambos estudios la mayoría de los pacientes son adultos, seguidos por los adultos mayores. Sin embargo, se observa una discrepancia en el género, ya que en el estudio hay una predominancia clara de mujeres y en esta la distribución de género es más equilibrada entre hombres y mujeres.

Otro estudio internacional fue el de Mejía y Castro (2022) en Honduras, con su estudio “Estado Nutricional en pacientes oncológicos en quimioterapia que asisten al Instituto” la cual tuvo una metodología longitudinal y observacional con una muestra de 9 pacientes, lo hallado mostró que el 77,8% de participantes fueron adultos mayores con una media de edad de 68 años. Por lo tanto, se observa una discrepancia en la distribución de edades de los pacientes oncológicos. Mientras que en nuestro estudio predomina una mayor proporción de adultos jóvenes y adultos de mediana edad, en este estudio la mayoría de los participantes son adultos mayores. Sin embargo, ambos estudios coinciden en señalar que la mayoría de los pacientes se encuentran en una situación de

convivencia o matrimonio, lo que refleja un patrón común en cuanto a las relaciones de pareja de los pacientes oncológicos.

En la **tabla 2**, con respecto a las características clínicas de los pacientes oncológicos, los resultados mostraron que la mayoría de los pacientes oncológicos del H.H.U.T., tienen un estado nutricional fuera del rango normal, con un 34,7% en sobrepeso y un 17,1% con obesidad. Casi la mitad (49,9%) de los pacientes fueron diagnosticados en los últimos 6 meses, mientras que un 21,3% lleva más de dos años desde su diagnóstico. En cuanto al tipo de paciente, el 44,3% son nuevos, el 43,7% está en tratamiento activo y un 5,7% recibe cuidados paliativos. La mayoría de los pacientes (80,4%) tiene cáncer en ubicaciones fuera del tracto gastrointestinal, y los estadios de cáncer más frecuentes son los intermedios, con un 34,6% en estadio II y un 30% en estadio III.

A nivel internacional el estudio de Mejía y Castro (2022) en Honduras, con su estudio “Estado Nutricional en pacientes oncológicos en quimioterapia que asisten al Instituto” la cual tuvo una metodología longitudinal y observacional con una muestra de 9 pacientes, mostraron en términos clínicos, que un 34,7% de los pacientes presentaron sobrepeso y un 17,1% obesidad, encontrando similitud con nuestro estudio especialmente en el estado nutricional de los pacientes oncológicos, donde se observa una frecuencia de sobrepeso y obesidad. Además, ambos estudios coinciden en la distribución de los tipos de pacientes, con la mayoría en etapas intermedias de la enfermedad y con diagnósticos

recientes. Esto sugiere patrones comunes en las características clínicas de los pacientes oncológicos en diferentes contextos.

Por otro lado, Sánchez et al. (2022) en España y su estudio “Relación entre desnutrición y presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos hospitalizados” cuya metodología fue prospectiva con una muestra de 282 pacientes que padecían cáncer, reportaron la predominancia de obesidad sarcopénica (37,9%), así mismo un 92,9% de diagnósticos en estadios avanzados (III y IV), a partir de lo que se observa que ambos estudios destacan alteraciones en el estado nutricional de los pacientes, pero en nuestro caso, hay una mayor proporción de pacientes diagnosticados en etapas tempranas, mientras que en el estudio español predominan los diagnósticos en estadios avanzados. Además, este estudio resalta la obesidad sarcopénica, mientras que, en el nuestro, la mayoría de los pacientes está en tratamiento activo o son nuevos diagnósticos. Ambos estudios subrayan la complejidad del manejo clínico de los pacientes oncológicos, pero con enfoques distintos sobre el estado nutricional y los estadios de cáncer.

A nivel nacional, Correa y Zapata (2023) en Trujillo y su estudio “Factores biosocioeconómicos y nivel de depresión en pacientes que reciben quimioterapia, Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa Piura, 2022” con una metodología descriptiva y correlacional y una muestra de 100 pacientes, encontraron que un 49,9% de los pacientes fueron diagnosticados en los últimos 6 meses, evidenciando resultados similares especialmente en cuanto al diagnóstico reciente de los pacientes, con una proporción significativa

diagnosticada en los últimos meses. Además, ambos estudios reflejan una diversidad en los tipos de pacientes, abarcando desde diagnósticos recientes hasta aquellos en tratamiento activo o cuidados paliativos, y un predominio de cánceres fuera del tracto gastrointestinal.

En la **tabla 3**, con respecto a las características clínicas de los pacientes oncológicos, específicamente en el tipo de cáncer los resultados evidenciaron que el cáncer de cérvix es el más frecuente, con 67 casos, lo que representa el 27,5% del total. Le sigue el cáncer de mama con 32 casos (13,1%) y el de piel con 24 casos (9,8%). Otros tipos destacados incluyen cáncer de tiroides (23 casos, 9,4%), colon (18 casos, 7,4%), próstata (17 casos, 7,0%) y estómago (15 casos, 6,2%). Además, se observan menores porcentajes en cánceres como ovario (8 casos, 3,3%), pulmón (5 casos, 2,1%), endometrio (5 casos, 2,1%), sarcomas (4 casos, 1,7%), y otros menos comunes como riñón, cerebral, leucemia, vejiga y cabeza y cuello, cada uno con 3 casos (1,2%). Finalmente, se registran 2 casos de mieloma múltiple y laringe (0,8%) y un solo caso de testículo, esófago, intestino, hígado y vías biliares (0,4%). También se documentaron 2 casos de cáncer primario no conocido (0,8%).

A nivel internacional, Sánchez et al. (2022) en España y su estudio “Relación entre desnutrición y presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos hospitalizados” cuya metodología fue prospectiva con una muestra de 282 pacientes que padecían cáncer, en sus resultados encontraron que el de cérvix (27,5%) y mama (13,1%) fueron los más frecuentes en nuestra muestra, estos resultados son similares en cuanto a la frecuencia de estos tipos de cáncer,

sin embargo, otros tipos de cáncer como piel, tiroides, colon y próstata no se mencionan en su estudio, lo que indica diferencias en la distribución de tipos de cáncer entre ambos estudios.

Por otro lado, a nivel nacional Correa y Zapata (2023) en Trujillo y su estudio “Factores biosocioeconómicos y nivel de depresión en pacientes que reciben quimioterapia, Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa Piura, 2022” con una metodología descriptiva y correlacional y una muestra de 100 pacientes evidenciaron que el cáncer de mama fue prevalente (78%), a partir del cual se desprende que los resultados del estudio actual muestran una mayor frecuencia de cáncer de cuello uterino y otros tipos como tiroides y colon, mientras que este estudio destacó el cáncer de mama como el más prevalente. Estas diferencias podrían deberse a las características específicas de las poblaciones y contextos regionales de cada estudio.

Así mismo, Paredes (2024) en Lima, con su estudio “Relación entre cáncer del sistema digestivo y desnutrición en pacientes oncológicos adultos en un Hospital de Lima Sur, 2019 – 2022” cuya metodología fue observacional, transversal y retrospectiva con una muestra de 97 pacientes oncológicos, demostrando resultados donde el cáncer gástrico predominó en un 37,1% de los pacientes, a partir de lo cual, podemos decir que nuestros resultados mostraron que el cáncer de cuello uterino es el más frecuente entre los pacientes oncológicos, seguido por el de mama y piel, mientras que este estudio destacó el cáncer gástrico como el más común. Esto indica una discrepancia entre ambos estudios en cuanto a los tipos de cáncer predominantes.

En relación a la **tabla 4**, respecto a la frecuencia de riesgo de desnutrición y depresión* en los pacientes oncológicos, este estudio encontró que el 54,2% (130) presentaron riesgo de desnutrición, mientras que el 45,8% (110) no tuvieron riesgo. Ello indica que más de la mitad de los pacientes oncológicos evaluados se encuentran en riesgo de desnutrición. Con respecto al total de los pacientes oncológicos evaluados, el 91,3% (219) presentan síntomas depresivos, mientras que solo el 8,7% (21) no la presentan. Esto indica que la depresión es una condición muy prevalente en este grupo de pacientes.

A nivel internacional, el estudio de Sánchez et al. (2022) en España y su estudio “Relación entre desnutrición y presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos hospitalizados” cuya metodología fue prospectiva con una muestra de 282 pacientes que padecían cáncer, reportaron un 80% de desnutrición según criterios GLIM, mientras que para depresión reportó cifras menores de un 45,3%, se observa una discrepancia en la frecuencia de desnutrición, ya que en nuestra investigación es mayor, mientras que la de depresión es menor. Esto sugiere que, aunque ambos estudios destacan la depresión como prevalente, la frecuencia de desnutrición varía entre las poblaciones evaluadas.

Así mismo, Yildirim et al. (2022) en Turquía, realizaron el estudio “Relación entre niveles de depresión y estado nutricional de pacientes con cáncer en estadio avanzado” con una metodología transversal y una muestra de 245 pacientes con diagnóstico de cáncer, reportaron un 39,2%, de la misma manera hallaron una puntuación media de 35,06, reflejando depresión grave en la mayoría de los

pacientes, los resultados muestran similitud con una alta incidencia de depresión. Sin embargo, nuestro estudio encontró un mayor riesgo de desnutrición en comparación con este estudio, lo que sugiere diferencias en los contextos o metodologías de ambos estudios.

Por otro lado, en España, Soria et al. (2022) y su estudio “Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión y su relación con el estado nutricional y la mortalidad en pacientes con cáncer colorrectal” con un estudio prospectivo que abarcó a una muestra de 282 pacientes con cáncer, hallaron un 53,9%, similar a nuestro estudio, nuestros resultados coinciden con este estudio, quienes también encontraron una alta frecuencia de riesgo nutricional y trastornos psicológicos en pacientes con cáncer, destacando la importancia de una evaluación integral.

Lo mismo que Marinelli (2021) en Uruguay y su estudio “Evaluación del riesgo nutricional en pacientes oncológicos que asisten al centro de terapia radiante Dr. José Miechi en la ciudad de Rosario, enero 2021” de metodología prospectiva, con una muestra de 50 personas, donde descubrieron que un 53,9% padecía desnutrición, así mismo, el 67,5% de los pacientes presentó depresión. Nuestro estudio mostró coincidencia con este estudio en Uruguay, al encontrar una alta frecuencia de riesgo de desnutrición y depresión en pacientes oncológicos, aunque la depresión es más prevalente en el presente estudio. Esto refleja una problemática común en este grupo de pacientes.

Mientras que en Honduras, Mejía y Castro (2022) con su estudio “Estado Nutricional en pacientes oncológicos en quimioterapia que asisten al Instituto” la

cual tuvo una metodología longitudinal y observacional con una muestra de 9 pacientes encontraron un 55%, acorde con nuestra cifra. Los resultados de nuestro estudio sobre el riesgo de desnutrición y la depresión en pacientes oncológicos coinciden con estos hallazgos, ya que ambos muestran una alta frecuencia de desnutrición y depresión en este grupo de pacientes, lo que resalta la importancia de atender estas condiciones en el contexto oncológico.

Finalmente, en el ámbito internacional Soria et al. (2022) en España con su estudio “Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión y su relación con el estado nutricional y la mortalidad en pacientes con cáncer colorrectal” con un estudio prospectivo que abarcó a una muestra de 282 pacientes con cáncer, reportaron frecuencias más bajas, con un 21,9% de depresión posible y un 7,9% de depresión probable, reflejando una menor frecuencia que el presente estudio. Nuestros resultados muestran una mayor frecuencia de riesgo de desnutrición y depresión en pacientes oncológicos en comparación con este estudio, que reportó cifras significativamente más bajas de depresión. Esta discrepancia podría deberse a diferencias en las muestras, metodologías o contextos de los estudios.

A nivel nacional, Chávez y Chuquizapón (2023) en Trujillo con su estudio “Relación entre el nivel de autoestima y el nivel de depresión en pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria” metodología de tipo correlacional, incluyendo a 101 pacientes, de los cuales el 74% de los pacientes sometidos a quimioterapia ambulatoria tenían depresión severa o muy severa. Entre nuestros resultados y los resultados de Chavez y Chuquizapón quienes

encontraron una alta frecuencia de depresión en pacientes oncológicos, aunque en su caso, la mayoría presentó depresión severa o muy severa. Ambos estudios destacan la depresión como un problema común en este grupo.

De la misma manera, Correa y Zapata (2023) en Trujillo y su estudio “Factores biosocioeconómicos y nivel de depresión en pacientes que reciben quimioterapia, Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa Piura, 2022” con una metodología descriptiva y correlacional y una muestra de 100 pacientes señalaron que el 27% tenía depresión severa,

Por su parte Adrianzen (2023) en Lima con su estudio “Ansiedad y depresión en pacientes oncológicos hospitalizados en una institución de Lima del Sector Salud de categoría III-2, 2022” cuya metodología fue descriptiva y no experimental, con una muestra de 70 pacientes oncológicas, evidenciando que el 59% mostraba indicios de depresión, nuestros resultados en comparación con este estudio se asemejan al encontrar una alta frecuencia de depresión en pacientes con quimioterapia, los resultados de este estudio reflejan una mayor frecuencia general de depresión, aunque ambos coinciden en la importancia de estas condiciones en este grupo.

En relación a la **tabla 5**, respecto a las características sociales y el riesgo de desnutrición se halló que el sexo no presenta una asociación estadísticamente significativa con el riesgo de desnutrición ($p = 0,683$), tanto en hombres como en mujeres, aunque en términos absolutos, las mujeres tienen una mayor proporción de riesgo. En cuanto al grupo etario, los adultos mayores presentaron

un riesgo significativamente mayor (62,9%) con un OR de 1,88 (IC 95%: 1,12 – 3,16), lo que indica que son más propensos a la desnutrición, un factor de riesgo. Por otro lado, los adultos jóvenes tienen una asociación débil y sin significancia estadística ($p = 0,979$). En relación al estado civil, los pacientes viudos mostraron un OR de 2,14 (IC 95%: 1,00 – 4,58), lo que sugiere que ser viudo es un factor de riesgo considerable para la desnutrición, ya que este grupo presenta una mayor proporción de riesgo (69,4%). En cambio, el estado civil no mostró una asociación relevante.

A nivel internacional, Mejía y Castro (2022) en Honduras con su estudio “Estado Nutricional en pacientes oncológicos en quimioterapia que asisten al Instituto” la cual tuvo una metodología longitudinal y observacional con una muestra de 9 pacientes, reportaron que el 55% de los pacientes presentaron desnutrición leve, aunque no especificaron el grupo de edad al que se referían. Además, su estudio identificó que los pacientes viudos tenían un riesgo significativamente elevado de desarrollar desnutrición, con una odds ratio (OR) de 2,14, con un intervalo de confianza del 95% de 1,00 a 4,58. Este hallazgo sugiere que la condición marital podría influir en la vulnerabilidad de los pacientes a la desnutrición, aunque se necesitan más estudios para determinar la relación exacta. Nuestros resultados coinciden en cuanto al riesgo de desnutrición asociado con el estado civil, ya que ambos estudios encuentran que ser viudo aumenta significativamente el riesgo. Sin embargo, nuestro estudio no encuentra una asociación significativa entre el sexo y el riesgo de desnutrición, mientras que este no especifica este factor. Además, ambos estudios coinciden en que los adultos mayores tienen un mayor riesgo, aunque no se detallan los grupos etarios en el estudio previo.

En línea con esto a nivel nacional, Cieza (2021) en Lima y su estudio “Factores asociados a desnutrición en adultos mayores con cáncer gástrico Lima-Perú 2012-2016” con una metodología retrospectiva, transversal, analítica, con casos y controles y la muestra conformada por 168 pacientes, observó que los pacientes que presentaban dependencia para realizar actividades diarias, como la movilidad o el cuidado personal, tenían un riesgo mayor de sufrir desnutrición. En su análisis, encontró que la dependencia estaba asociada con una OR de 2,45, con una significancia estadística de $p = 0,005$, lo que refuerza la idea de que las limitaciones funcionales son un factor importante en el desarrollo de la desnutrición. El sexo no muestra una relación significativa con el riesgo de desnutrición, aunque las mujeres tienen una mayor proporción de riesgo. Los adultos mayores y los viudos presentan un mayor riesgo de desnutrición, lo que sugiere que la edad avanzada y el estado civil son factores importantes. Se evidencia similitud en cuanto a la relación de la dependencia en actividades diarias con un mayor riesgo de desnutrición.

En relación a la **tabla 6**, respecto a las características clínicas y el riesgo de desnutrición se encontró que los pacientes con obesidad presentan un factor protector frente a la desnutrición, con una odds ratio (OR) de 0,501 (IC 95% 0,262-0,959, $p = 0,035$), mientras que aquellos con bajo peso (OR = 1,941, IC 95% 0,653-5,769, $p = 0,226$) y normopeso (OR = 1,433, IC 95% 0,848-2,422, $p = 0,177$) no muestran una relación significativa. El tiempo de diagnóstico tampoco se asocia de manera significativa con el riesgo de desnutrición, ya que ninguna de las categorías de diagnóstico (menos de 6 meses, de 6 a 11 meses, de 12 a 23 meses y más de 24 meses) presenta una relación estadísticamente

significativa. En cuanto al tipo de paciente, los nuevos pacientes tienen un riesgo ligeramente mayor de desnutrición (OR = 1,411, IC 95% 0,822-2,423, $p = 0,211$), mientras que aquellos en tratamiento tenían un riesgo menor (OR = 0,667, IC 95% 0,400-1,112, $p = 0,120$), aunque estos resultados no son significativos. Los pacientes en cuidados paliativos presentan un riesgo moderado (OR = 1,289, IC 95% 0,444-3,742, $p = 0,640$), pero la evidencia es limitada debido al amplio intervalo de confianza. En relación con la ubicación del cáncer, los pacientes con cáncer gastrointestinal tienen un riesgo ligeramente mayor de desnutrición (OR = 1,467, IC 95% 0,764-2,818, $p = 0,248$), pero sin significancia estadística. Finalmente, los pacientes en estadio IV presentan un riesgo significativamente mayor de desnutrición (OR = 2,818, IC 95% 1,341-5,919, $p = 0,005$), lo que sugiere que el avance del cáncer incrementa considerablemente este riesgo debido a la carga metabólica y los efectos sistémicos de la enfermedad avanzada.

Internacionalmente, Mejía y Castro (2022), con su estudio “Estado Nutricional en pacientes oncológicos en quimioterapia que asisten al Instituto” la cual tuvo una metodología longitudinal y observacional con una muestra de 9 pacientes, se halló que los pacientes obesos presentaron una OR de 0,501 (IC 95%: 0,262-0,959, $p = 0,035$), lo que indica que la obesidad podría reducir el riesgo de desnutrición en esta población. Se encontró similitud, ya que ambos indican que los pacientes obesos tienen un menor riesgo de desnutrición. Además, no se encontró relación significativa entre el riesgo de desnutrición y el bajo peso, normopeso, tiempo de diagnóstico, tipo de paciente o ubicación del cáncer. Sin embargo, se observa que los pacientes en estadio IV presentan un riesgo

significativamente mayor de desnutrición, lo que respalda la idea de que el avance del cáncer afecta negativamente la nutrición. Así mismo hallaron que los pacientes en estadio IV presentaban una OR de 2,818 (IC 95%: 1,341-5,919, $p = 0,005$), lo que concuerda con la literatura previa que sugiere que los estadios avanzados del cáncer están estrechamente relacionados con un mayor riesgo de desnutrición, debido a la progresión de la enfermedad y los tratamientos agresivos. Se evidencia que los estudios muestran similitudes, especialmente en el riesgo mayor de desnutrición en pacientes en estadio IV del cáncer. Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas en otras variables, como el tipo de paciente o la ubicación del cáncer, lo que difiere de algunos estudios previos.

En relación a la **tabla 7**, respecto a las características clínicas específicamente con los tipos de cáncer y el riesgo de desnutrición, se halló que, para el cáncer de cérvix, el p valor fue de 0,758 y el OR fue de 0,915 (IC 95%: 0,520-1,609), indicando que no es ni un factor de riesgo ni un factor protector. De manera similar, el cáncer de mama tuvo un p valor de 0,302 y un OR de 0,676 (IC 95%: 0,321-1,425), sugiriendo una ligera tendencia a ser un factor protector, aunque no significativo. En otros casos, como el cáncer de ovario ($p = 0,255$, OR = 2,488, IC 95%: 0,492-12,583) y de estómago ($p = 0,148$, OR = 2,328, IC 95%: 0,720-7,529), aunque los p valores no son significativos, el OR mayor a 1 sugiere una posible asociación con un factor de riesgo. Por otro lado, el cáncer de vejiga muestra un OR de 5,784 ($p = 0,117$, IC 95%: 0,295-113,214), lo que indica una tendencia hacia un factor de riesgo. Finalmente, el cáncer de pulmón presenta un OR de 3,297 ($p = 0,262$, IC 95%: 0,363-29,944), lo que sugiere también una

posible relación con un factor de riesgo, aunque no estadísticamente significativa.

Entorno al nivel nacional, Cieza (2021) en Lima y su estudio “Factores asociados a desnutrición en adultos mayores con cáncer gástrico Lima-Perú 2012-2016” con una metodología retrospectiva, transversal, analítica, con casos y controles y la muestra conformada por 168 pacientes, identificó que los pacientes con cáncer de vejiga tuvieron una OR de 5,784 ($p = 0,117$) y los pacientes con cáncer de pulmón una OR de 3,297 ($p = 0,262$). Estos resultados sugieren que estos tipos de cáncer podrían estar asociados con un mayor riesgo de desnutrición, pero se necesita mayor evidencia para confirmar estas observaciones. Nuestros resultados coinciden parcialmente con esta investigación en cuanto a la posible asociación entre el cáncer de vejiga y de pulmón con un factor de riesgo, aunque ambos estudios presentan resultados no significativos. Sin embargo, en otros tipos de cáncer, como cervix, mama, ovario y estómago, no se encontró una relación clara con el riesgo de desnutrición, lo que sugiere la necesidad de más investigación para confirmar estas observaciones.

Así mismo, Paredes (2024) en Lima, con su estudio “Relación entre cáncer del sistema digestivo y desnutrición en pacientes oncológicos adultos en un Hospital de Lima Sur, 2019 – 2022” cuya metodología fue observacional, transversal y retrospectiva con una muestra de 97 pacientes oncológicos, no encontró una relación significativa entre el tipo de cáncer y la desnutrición en su estudio de pacientes con cáncer digestivo, con valores de p entre 0,754 y 0,954. entre nuestros resultados y este estudio se muestran que no hay una relación

significativa entre el tipo de cáncer y los factores evaluados, con valores p altos en ambos casos, sugiriendo la ausencia de una asociación clara. Aunque algunos cánceres presentan una tendencia hacia un posible factor de riesgo, ninguna de las asociaciones fue estadísticamente significativa.

En cuanto a la **tabla 8**, con respecto a las características sociales y la frecuencia de depresión* se halló que, en el caso del sexo, el p valor fue de 0,305, lo que indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de depresión (síntomas depresivos) entre mujeres y hombres. El OR es 0,522 para las mujeres y 1,915 para los hombres, con intervalos de confianza que van de 0,148 a 1,841 para las mujeres y de 0,543 a 6,758 para los hombres, lo que sugiere que no hay un factor de riesgo o protector claro asociado al sexo. En cuanto al grupo etario, los adultos jóvenes tuvieron un p valor de 0,967, lo que indica que no existe una asociación significativa entre la edad joven y la depresión. Los adultos tienen un OR de 0,304 (IC 95%: 0,107-0,859, $p=0,019$), lo que sugiere que ser adulto es un factor protector para la depresión, ya que el intervalo de confianza no incluye el valor 1 y el OR es menor que 1. En el caso de los adultos mayores, el OR es 3,637 (IC 95%: 1,185-11,161, $p=0,017$), lo que indica que este grupo tiene un mayor riesgo de depresión, siendo un factor de riesgo, ya que el intervalo de confianza no incluye el valor 1 y el OR es mayor que 1. En el estado civil, ninguna categoría muestra significancia estadística ($p>0,05$), lo que sugiere que no existen factores de riesgo o protectores claros asociados al estado civil en relación con la depresión en estos pacientes.

A nivel internacional, Sánchez et al. (2022) en España y su estudio “Relación entre desnutrición y presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos hospitalizados” cuya metodología fue prospectiva con una muestra de 282 pacientes que padecían cáncer, encontraron que no existían diferencias significativas en las puntuaciones de la escala HADS entre hombres ($7,5 \pm 4,8$) y mujeres ($7,8 \pm 4,3$). Estos resultados sugieren que no hay una variabilidad considerable en los niveles de depresión según el sexo en su muestra de pacientes con cáncer. Se encontró similitud con nuestro estudio en cuanto a que no se encontró una diferencia significativa en la frecuencia de depresión entre hombres y mujeres. Sin embargo, el presente estudio identificó a los adultos mayores como un grupo con mayor riesgo de depresión y a los adultos como un factor protector, mientras que el estudio de Sánchez et al. no reportó diferencias por edad. Ambos estudios también coincidieron en que el estado civil no se asocia significativamente con la depresión.

Así mismo, Nucci et al. (2023) Italia con su estudio “Asociación entre desnutrición y depresión en pacientes con cáncer: la importancia de la evaluación del estado nutricional en la atención del cáncer” cuya metodología fue retrospectivo, con una muestra de 90 pacientes, reportaron una mayor prevalencia de depresión en hombres, alcanzando un 73,2%. Los pacientes de mayor edad presentaron una mayor frecuencia de depresión, con un promedio de edad de $62,1 \pm 11,8$ años. De manera similar, se observó que los adultos mayores tenían un mayor riesgo de depresión, con un odds ratio (OR) de 3,637 ($p=0,017$). Se muestra similitud en cuanto a que los adultos mayores tienen un mayor riesgo de depresión. Sin embargo, difieren en la frecuencia por sexo, ya que en este estudio no se

encontró diferencia significativa entre hombres y mujeres, mientras que en el estudio de Nucci et al. se reportó mayor prevalencia en hombres. Además, este estudio identificó a los adultos como un grupo con menor riesgo de depresión, lo cual no se mencionó en el estudio italiano. Ambos estudios coinciden en que el estado civil no mostró una relación clara con la depresión.

En cuanto a la **tabla 9**, con respecto a la relación entre las características clínicas y la depresión* se encontró que, en cuanto al estado de depresión (síntomas depresivos), no se encuentran asociaciones significativas, ya que el p valor en todos los grupos es superior a 0,05 ($p > 0,05$), se observa que el grupo de "obesidad" tiene un OR de 0,759 (IC 95%: 0,263-2,189), lo que podría sugerir una leve tendencia a ser un factor protector, aunque no significativo. Respecto al tiempo de diagnóstico, el p valor también fue mayor a 0,05 en todos los subgrupos, indicando que no hay un factor de riesgo ni protector claro asociado. En el tipo de paciente, el grupo de "cuidados paliativos" mostraron un p valor de 0,215 y un OR de 3,259 (IC 95%: 0,188-56,403), lo que sugiere una posible relación con un factor protector, aunque el intervalo de confianza es amplio. En cuanto al estadio del cáncer, los pacientes en "estadio IV" presentaron un OR de 10,295 (IC 95%: 0,611-173,390) con un p valor de 0,027, lo que indica que este estadio podría ser un factor de riesgo significativo para la depresión en pacientes oncológicos.

En un plano internacional, Nucci et al. (2023) Italia con su estudio "Asociación entre desnutrición y depresión en pacientes con cáncer: la importancia de la evaluación del estado nutricional en la atención del cáncer" cuya metodología

fue retrospectivo, con una muestra de 90 pacientes, hallaron una mayor frecuencia de depresión en pacientes con cáncer avanzado (66,7%). Este resultado concuerda con el hallazgo del estudio general, que identificó que el estadio IV del cáncer estaba asociado con un riesgo significativamente mayor de depresión (OR=10,295, $p=0,027$). Los resultados muestran una leve tendencia protectora en el grupo de obesidad. Sin embargo, el estadio IV del cáncer se asocia con un mayor riesgo de depresión, hallazgo consistente con el estudio de Nucci et al. que también identificó una mayor prevalencia de depresión en pacientes con cáncer avanzado, lo que sugiere una similitud entre ambos estudios en cuanto a la relación entre el estadio del cáncer y la depresión.

Mientras que, a nivel nacional, Correa y Zapata (2023) en Trujillo y su estudio “Factores biosocioeconómicos y nivel de depresión en pacientes que reciben quimioterapia, Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa Piura, 2022” con una metodología descriptiva y correlacional y una muestra de 100 pacientes, no encontraron asociaciones claras entre la depresión o el tipo de tratamiento. Nuestros resultados no muestran asociaciones significativas entre la depresión y factores como el tiempo de diagnóstico, aunque el estadio IV del cáncer podría ser un factor de riesgo. Estos hallazgos son similares puesto que tampoco encontró relaciones claras entre la depresión y el tipo de tratamiento en pacientes en quimioterapia.

En cuanto a la **tabla 10**, con respecto a la relación de las características clínicas (específicamente con el tipo de cáncer) y la depresión* se encontró que en los pacientes con cáncer de tiroides ($p=0,013$, OR=0,262), se observa un factor

protector, ya que el OR es menor que 1, lo que sugiere que este tipo de cáncer se asocia con una menor frecuencia de depresión (síntomas depresivos). En contraste, el cáncer de piel ($p=0,448$, $OR=2,174$) y el cáncer de estómago ($p=0,232$, $OR=3,033$) presentan un OR superior a 1, indicando un factor de riesgo, aunque sus p valores no fueron estadísticamente significativos. Por otro lado, otros tipos de cáncer como el de mama ($p=0,667$, $OR=1,391$) y ovario ($p=0,390$, $OR=1,609$) también muestran OR superiores a 1, pero con p valores que indican que las asociaciones no son estadísticamente significativas. En conclusión, la interpretación de estos datos sugiere que ciertos tipos de cáncer, como el de tiroides, podrían tener un efecto protector en la frecuencia de depresión (síntomas depresivos), mientras que otros, como el de piel y estómago, podrían ser factores de riesgo.

A nivel internacional, Sánchez et al. (2022) en España y su estudio “Relación entre desnutrición y presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos hospitalizados” cuya metodología fue prospectiva con una muestra de 282 pacientes que padecían cáncer, reportaron una frecuencia de depresión de 17,9% en pacientes con cáncer de pulmón, 16,5% en cáncer ginecológico y 15,6% en cáncer de mama. Nuestros hallazgos son similares con lo reportado en este estudio quienes también reportaron frecuencias de depresión en pacientes con cáncer, aunque las asociaciones varían según el tipo de cáncer.

Con respecto a la tabla 11, sobre la relación entre el riesgo de desnutrición y la depresión* se halló que A pesar de que el valor de p de 0,045 sugiere una posible relación entre el riesgo de desnutrición y la depresión (síntomas depresivos) en

los pacientes oncológicos del H.H.U.T., los valores del Odds Ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza (IC 95%) no son estadísticamente significativos. En el grupo con depresión, el OR de 2,562 incluye el valor 1 en su intervalo de confianza (0,995 a 6,597), lo que indica que no se puede afirmar con certeza que exista una relación clara. En el grupo sin depresión, el OR de 0,390 también incluye el 1 en su intervalo (0,151 a 1,004), lo que refuerza la falta de evidencia suficiente. Por lo tanto, a pesar de que el valor de p podría indicar una asociación, la falta de significancia estadística en los OR sugiere que no existe una relación consistente entre las variables de estudio.

A nivel internacional, el estudio discrepa con Yildirim et al. (2022) en Turquía, realizaron el estudio “Relación entre niveles de depresión y estado nutricional de pacientes con cáncer en estadio avanzado” con una metodología transversal y una muestra de 245 pacientes con diagnóstico de cáncer, quien encontró una correlación positiva significativa entre la depresión y el riesgo de desnutrición ($r = 0,409$; $p < 0,001$) en pacientes con cáncer en estadio avanzado, con un OR de 2,562, similar al que obtuvimos en nuestro estudio. Este hallazgo podría ser interpretado como indicativo de que la depresión* podría actuar como un factor de riesgo para la desnutrición, aunque los valores de OR en nuestra investigación no alcanzan la significancia necesaria para confirmar esta asociación.

Así mismo, Soria et al. (2022) en España y su estudio “Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión y su relación con el estado nutricional y la mortalidad en pacientes con cáncer colorrectal” con un estudio prospectivo que abarcó a

una muestra de 282 pacientes con cáncer mostró que los pacientes desnutridos presentaban puntuaciones más altas en la subescala de depresión, con una diferencia significativa ($p = 0,001$). Además, estos pacientes tuvieron 10,19 veces más probabilidades de sufrir depresión probable (IC 95%: 1,13-92,24). En este sentido, nuestros resultados discrepan con los de Soria et al., ya que ambos sugieren que la depresión* podría ser un factor de riesgo para la desnutrición. Sin embargo, el estudio español destaca una relación bidireccional, en la que la desnutrición podría predisponer a los pacientes a desarrollar depresión, lo que amplía el alcance de nuestra comprensión sobre esta interrelación.

Por su parte, Sánchez et al. (2022) en España y su estudio “Relación entre desnutrición y presencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos hospitalizados” cuya metodología fue prospectiva con una muestra de 282 pacientes que padecían cáncer, informaron que los pacientes desnutridos tenían 6,29 veces más probabilidades de presentar sintomatología depresiva (IC 95%: 1,73-20,47; $p = 0,005$), lo cual discrepa con nuestros resultados, especialmente en cuanto a la probabilidad de que los pacientes con depresión presenten un mayor riesgo de desnutrición. Esta evidencia sugiere que la depresión podría tener un impacto significativo en el estado nutricional de los pacientes oncológicos, pero nuestros datos no permiten confirmar la magnitud exacta de este impacto.

Mientras que, Nucci et al. (2023) en Italia con su estudio “Asociación entre desnutrición y depresión en pacientes con cáncer: la importancia de la evaluación del estado nutricional en la atención del cáncer” cuya metodología

fue retrospectivo, con una muestra de 90 pacientes, encontraron una relación significativa entre la depresión y el riesgo de desnutrición en pacientes oncológicos, han señalado que, aunque se observa una relación significativa entre depresión y riesgo de desnutrición, factores adicionales como el estadio de la enfermedad pueden influir de manera determinante en este vínculo. Este punto refuerza la complejidad del fenómeno, indicando que la relación entre depresión y desnutrición no puede ser abordada de manera aislada, sino que debe considerarse dentro de un contexto más amplio que incluya el grado de avance de la enfermedad.

Finalmente, Marinelli (2021) en Uruguay y su estudio “Evaluación del riesgo nutricional en pacientes oncológicos que asisten al centro de terapia radiante Dr. José Miechi en la ciudad de Rosario, enero 2021” de metodología prospectiva, con una muestra de 50 personas, reportó discrepancia con nuestros resultados al reportar una asociación significativa entre depresión y desnutrición ($p = 0,001$). A diferencia de nuestro estudio, la investigación de Marinelli destaca la depresión como un factor de riesgo importante para la desnutrición en pacientes oncológicos.

CONCLUSIONES

1. No existe asociación entre el riesgo de desnutrición y la depresión de los pacientes oncológicos del H.H.U.T.
2. Las principales características sociales y clínicas de los pacientes oncológicos son: ser mujeres adultas, casadas y/o convivientes con sobrepeso u obesidad, diagnosticadas en los últimos 6 meses siendo pacientes nuevas y/o en tratamiento en los estadios II y III, siendo el cáncer de cérvix de ubicación no gastrointestinal.
3. La frecuencia del riesgo de desnutrición fue del 54,2% y la frecuencia de la depresión fue del 91,3% en los pacientes oncológicos.
4. Las características sociales y clínicas, que se asoció al riesgo de desnutrición fue ser adulto mayor, el estado civil de viudez y el estadio IV de la enfermedad. Y solo ser adulto mayor se asoció a un mayor riesgo de depresión.

RECOMENDACIONES

- Es fundamental diseñar estrategias de atención multidisciplinaria (equipo oncológico, médicos psiquiatras, psicólogos y nutricionistas) donde se monitorice de manera integral, en especial a los pacientes oncológicos del H.H.U.T. cuyas características sociales y clínicas, tales como la edad, estado civil, estadio y tipo de cáncer, independientemente mostraron un mayor riesgo con la desnutrición y la depresión.
- Se recomienda para futuras investigaciones, diseñar estudios longitudinales donde se evalúe en los pacientes oncológicos si la desnutrición y la depresión tienen algún tipo de implicancia a lo largo del tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nucci D, Gianfredi V, Ferrera P, Enzo O, Varotto B, Feltrin A, et al. Association between Malnutrition and Depression in Patients with Cancer: The Importance of Nutritional Status Evaluation in Cancer Care. MDPI. 2023 Agosto; XX(3).
2. Yildirim D. Relationship between the depression levels and nutritional statuses of advanced stage cancer patients. Cambridge University. 2021 Septiembre; XX(5).
3. Calderón C, Carmona A, Beato C. Risk of malnutrition and emotional distress as factors affecting health-related quality of life in patients with resected cancer. Clinical and Translational Oncology. 2018; 21(1).
4. OMS. Día Mundial contra el Cáncer 2022: Cerrar la brecha de atención. [Online].; 2022 [cited 2022 Enero 24. Available from: <https://boletin.bireme.org/2022/03/02/dia-mundial-contra-el-cancer-2022-cerrar-la-brecha-de-atencion/#:~:text=D%C3%ADa%20Mundial%20contra%20el%20C%C3%A1ncer%202022%3A%20Cerrar%20la%20brecha%20de%20atenci%C3%B3n,-Publicado%20en%202&text=La%20Organizaci%C3%>
5. Peña A, Torrado G, Azorín J, González R. El farmacéutico y la alimentación del paciente oncológico / The pharmacist and nutrition for cancer patients. Portal Regional da BVS. 2022 Junio; XIV(1).
6. López M. Estudio del papel del citoesqueleto en las propiedades físicas y mecánicas de células cancerosas. Tesis de doctoral. Oviedo: Universidad

- de Oviedo, Programa doctoral en Física de la materia condensada, nanociencia y biofísica; 2023.
7. Slobodianik N, Feliu M. Importancia de la evaluación nutricional en pacientes con cáncer. NUTRICIÓN. 2022 Octubre; LVII(1).
 8. Mattiuzzi C, Lippi G. Current Cancer Epidemiology. Springer Link. 2019 Octubre; IX(27).
 9. Schwartz S. Epidemiology of Cancer. Clinical Chemistry. 2024 Junio; LXX(1).
 10. Siegel R, Miller K, Sandeep N, Jemal A. Cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2023 Junio; LXXIII(1).
 11. MINSA. Día Mundial contra el Cáncer: Más de 69 000 casos se diagnostican en el Perú cada año. [Online].; 2022 [cited 2022 Febrero 4. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/581437-dia-mundial-contra-el-cancer-mas-de-69-000-casos-se-diagnostican-en-el-peru-cada-ano>.
 12. Cullin N, Azevedo C, Straussman R, Stein C, Elinav E. Microbiome and cancer. Best of Stem Cell. 2021 Octubre; XII(10).
 13. Goycochea N. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Tesis de pregrado. Trujillo: Universidad César Vallejo, Escuela profesional de Psicología; 2024.
 14. Malnutrition Advisory Group A Standing Committee of BAPEN. Malnutrition Universal Screening Tool. ; 2015.
 15. Ponce de León C. La perversa relación entre la depresión y los trastornos de conducta alimentaria del adulto. ; 2018.

16. Soria V, Sánchez F, González I, Mera S, Porras N, Toval J, et al. Prevalence of Anxiety and Depression Symptoms and Their Relationship with Nutritional Status and Mortality in Patients with Colorectal Cancer. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Octubre; XIX(19).
17. Relationship between malnutrition and the presence of symptoms of anxiety and depression in hospitalized cancer patients. *Support Care Cancer*. 2022 Febrero; XXX(2).
18. Marinelli O. Evaluación del riesgo nutricional en pacientes oncológicos que asisten al centro de terapia radiante Dr. José Miechi en la ciudad de Rosario, enero 2021. Tesis de Pregrado. Concepción: Universidad de Concepción del Uruguay, Facultad de Ciencias Médicas; 2021.
19. Mejía A, Castro M. Estado Nutricional en pacientes oncológicos en quimioterapia que asisten al Instituto Tegucigalpa; 2022.
20. Chávez C, Chuquizapón H. Nivel de autoestima y Nivel de depresión en pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia ambulatoria, en Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo 2022. Tesis de segunda especialidad. Trujillo: UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD; 2023.
21. Correa V, Zapata K. Factores biosocioeconómicos y nivel de depresión en pacientes que reciben quimioterapia, Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa Piura, 2022. Tesis de pregrado. Trujillo: UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD; 2023.

22. Adrianzen A. Ansiedad y depresión en pacientes oncológicos hospitalizados en una institución de Lima del Sector Salud de categoría III-2, 2022. Lima: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2023.
23. Cieza Á. Factores asociados a desnutrición en adultos mayores con cáncer gástrico Lima-Perú 2012-2016. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2021.
24. Paredes J. Relación entre cáncer del sistema digestivo y desnutrición en pacientes oncológicos adultos en un Hospital de Lima Sur, 2019 - 2022. Lima: Universidad San Ignacio de Loyola, Escuela de Posgrado; 2024.
25. MINSA. Plan operativo institucional anual 2024. INEN. 2024 Enero; I(1).
26. REDECAN. Estimaciones de la incidencia del Cáncer en España, 2022. Red Española de Registro de Cáncer. 2022 Junio; I(1).
27. International Agency for Research on Cancer. Cancer. ; 2022.
28. González C, Agudo A, Atalah E, López L, Navarro A. Nutrición y cáncer. Azucar de Caña. 2022 Abril; I(1).
29. Quirós M, Hernández A. Actualización: Fisiopatología, Diagnóstico y Manejo de la Hipercalcemia Maligna. Ciencia & Salud. 2020 Diciembre; IV(4).
30. Restrepo C, Gaviria L, Betancur F. Cambios en la alimentación de pacientes con recurrencia de cáncer. Rev Cuid. 2021 Agosto; XII(2).
31. Slobodianik N, Feliu M. Importancia de la evaluación nutricional en pacientes con cáncer. Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana. NUTRICIÓN. 2022 Octubre; LVII(1).

32. Islas L, Martínez J, Ruiz A, Ruvalcaba J, Benítez A, Beltran M, et al. Epidemiología del cáncer de próstata, sus determinantes y prevención. Journal of Negative and No Positive Results. 2021 Diciembre; V(9).
33. American College of Surgeons. American Joint Committee on Cancer. Estados Unidos;; 2024.
34. García J, Quinde V, Bucaram R, Sánchez S. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO EN EL ECUADOR. 2020. Revista Venezolana de Oncología. 2021 Febrero; XXXIII(2).
35. National Cancer Institute. SEER is an authoritative source for cancer statistics in the United States. ; 2021.
36. Morer J, Lacuesta R, Ferre A. Diseño de Aplicaciones mHealth Dirigidas a la Monitorización y Seguimiento de Pacientes Oncológicos Mayores. Interaccion. 2023 Noviembre; IV(2).
37. Montealegre A, Pacheco R, Martínez H, Vaca F, Ardila J, Cayol F, et al. La biopsia líquida en el diagnóstico y monitoreo de pacientes oncológicos: Oportunidades y retos en Latinoamérica. Revista Colombiana de Cancerología. 2020 Diciembre; IV(4).
38. Miranda J, Lira M, Bermúdez J, Celedón F. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS (SARS-COV-2) EN EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS. Rev Chil Salud Pública. 2021 Junio; XXV(1).
39. Echepeare M, Belén M, Vilas S, Villarreal E. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS QUE

- CONCURREN AL HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA DEL HIGA
“PROFESOR DR. LUIS GÜEMES”. Actualización en Nutrición. 2024
Junio; XXV(2).
40. Cortés R, Malih N, Abbate M, Fresneda S, Yañez A, Bennasar M. Validity of nutrition screening tools for risk of malnutrition among hospitalized adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition*. 2024 Mayo; XLIII(5).
41. Organización Panamericana de Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 2003; 2(554).
42. Corea M. La depresión y su impacto en la salud pública. 2023; LXXXIX(1).
43. Yamamoto J, Sarmiento A, García M, Gómez L, Toledo J, Olivares L, et al. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología*. 2018;; p. 477-482.
44. Instituto Nacional de Cáncer. Estadificación del cáncer. Estados Unidos;; 2022.
45. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2018.
46. El Peruano. Ley Nacional del Cáncer. Diario Oficial del Bicentenario El Peruano. 2021 Aug 10.

47. Gómez C, Olivar J, García M, Marín M, Madero R. Utilidad de un método de cribado de malnutrición en pacientes con cáncer. Nutr Hosp. 2010; 25(3).
48. Mendoza K. Concordancia en el diagnóstico nutricional según tamizajes nutricionales en oncológicos del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Concepción - Junín 2021. Universidad Nacional del Centro del Perú; 2023.
49. Vilela A. Adaptación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, Lima 2018. Universidad César Vallejo; 2018.

ANEXOS

Anexo 1

Matriz de Consistencia

TÍTULO: Riesgo de desnutrición y depresión en pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue, Julio – Setiembre 2024 AUTOR: Leydy Estefany Nina Charca					
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	MUESTRA	METODOLOGIA
¿Existe relación entre el de riesgo de desnutrición y depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de julio a setiembre del 2024?	Determinar la relación entre el riesgo de desnutrición y depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de julio a setiembre del 2024.	HG1: Existe relación entre el riesgo de desnutrición y depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Regional Hipólito Unanue de Tacna, 2024.	Independientes: V1: Riesgo de desnutrición V2: Depresión Intervinientes: ✓ Edad ✓ Sexo ✓ Estado civil ✓ Estado nutricional (IMC) ✓ Tiempo de enfermedad desde el inicio del diagnóstico ✓ Localización del Cáncer ✓ Tipo de cáncer ✓ Estadio del cáncer ✓ Tipo de paciente	La muestra inicial se constituyó por 250 pacientes, sin embargo, se excluyeron puesto que no cumplían con los criterios de inclusión. Muestreo no probabilístico o por conveniencia, donde se incluyó a todos los pacientes diagnosticados con cáncer atendidos en el HHUT durante Julio a Setiembre que tras criterios de selección resultan 240.	Observacional, correlacional.

Anexo 2

Instrumento

TITULO DEL PROYECTO: Riesgo de desnutrición y depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024

Sección I – Datos Generales

- a) Edad
18-35 años () 36-50 años () Más de 50 años ()
- b) Sexo
Masculino () Femenino ()
- c) Estado civil
Soltero () Casado () Viudo ()
Divorciado ()
- d) Peso
- e) Talla
- f) Tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad
0 a 6 meses () 6 a 12 meses () 1 a 2 años () mayor a 2 años ()
- g) Localización del cáncer
Abdomen () pelvis () otros ()
- h) Tipo de cáncer
Cáncer de mama () cérvix () próstata () otros ()
- i) Estadio del cáncer (información encontrada de la revisión de HCl y/o serv. Epidemiología)
I () II () III () IV ()
- j) Tipo de paciente
P. Nuevo () P. en TTO oncológico () P. en controles ()
P. en cuidados paliativos ()
- k) ¿Actualmente toma pastillas para la depresión?
Sí () No ()

Sección II – Riesgo de desnutrición

1. ¿Ha perdido peso de manera involuntaria recientemente?
No ()
No estoy seguro
- Si ha perdido peso ¿cuántos kilogramos? (2 semanas)
 - 1-5 kg ()
 - 6-10 kg ()
 - 11-15 kg ()
 - 15 kg ()

- No estoy seguro ()

2. ¿Ha comido menos de lo normal a causa de disminución del apetito?

No ()

Si ()

Sección III – Cuestionario HADS-D (Depresión: ITEMS 2,4,6,8,10,12,14)

Pregunta				
1. Me siento tenso o nervioso	Todos los días ()	Muchas veces ()	A veces ()	Nunca ()
2. Todavía disfruto las cosas como antes	Muchísimo ()	No mucho ()	Un poco ()	Nada ()
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo malo me va a suceder	Definitivamente, y es muy fuerte ()	Si, pero no es muy fuerte ()	Un poco, pero no me preocupa ()	Nada ()
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	Al igual que siempre lo hice ()	No tanto ahora ()	Casi nunca ()	Nunca ()
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones	La mayoría de veces ()	Con bastante frecuencia ()	A veces, aunque no muy a menudo ()	Sólo en ocasiones ()
6. Suelo sentirme alegre	Nunca ()	No muy a menudo ()	A veces ()	Casi siempre ()
7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado	Siempre ()	Por lo general ()	No muy a menudo ()	Nunca ()
8. Me siento como si estuviera más lento para pensar y/o realizar mis actividades diarias	Por lo general, en todo momento ()	Muy a menudo ()	A veces ()	Nunca ()
9. Tengo una sensación extraña, como hormigueo en el estómago	Nunca ()	En ciertas ocasiones ()	Con bastante frecuencia ()	Muy a menudo ()
10. He perdido interés por mi aspecto físico y/o cuidado personal	Totalmente ()	No me preocupa tanto como debería ()	Podría tener un poco más de cuidado ()	Me preocupo igual que siempre ()
11. Me siento tan inquieto que no puedo dejar de moverme	Mucho ()	Bastante ()	No mucho ()	Nada ()
12. Veo las cosas con optimismo	Igual que siempre ()	Menos de lo que se acostumbra ()	Muchos menos de lo que acostumbraba ()	Nada ()
13. Tengo sentimientos repentinos de pánico	Muy frecuentemente ()	Bastante a menudo ()	No muy a menudo ()	Nada ()
14. Puedo disfrutar de un buen libro, la radio, un programa de televisión o alguna actividad que antes solía hacer.	A menudo ()	A veces ()	No muy a menudo ()	Rara vez ()

Anexo 3

Consentimiento informado

TITULO DEL PROYECTO: Riesgo de desnutrición y Depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Julio – Setiembre 2024

PROPÓSITO: Evaluar la relación entre el Riesgo de desnutrición y los síntomas de depresión en los pacientes oncológicos del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2024.

Yo _____ de _____ años, identificada con DNI

_____, habiendo sido informada sobre el propósito del presente estudio; acepto participar voluntariamente respondiendo con veracidad a cada una de las preguntas planteadas.

Por su parte la investigadora se compromete a guardar la confidencialidad de los datos obtenidos, anonimato y secreto profesional. Respetando la decisión de los participantes que, en caso de retiro voluntario, sin afectar el trato y la atención.

Los resultados revelaran datos generales y siempre se procurará el bien y el respeto a los derechos humanos de los participantes.

Por lo cual se firma en señal de aceptación voluntaria.

Tacna, de ... del 2024

FIRMA

DNI:

Evidencias fotográficas

SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL H.H.U.T.: Encuesta a pacientes oncológicos de Julio a Setiembre del 2024



SERVICIO DE HISTORIAS CLÍNICAS: Revisión de HCI



SERVICIO DE ONCOLOGÍA

Paciente diagnosticada en Agosto 2011 de un Ca de Mama. Tratada con EC, TEB + ACx4 + Radioc. en Mamaria. RM en ox. (Mucosa). AP: Carcinoma ductal infiltrante. T1V(c). T1N1. SE. (L). T1N1. (L). T1N1. (L). Continúa. Paliat. sistémica. + RT en parilla sistémica en HMERM (Lima) de Abril a Mayo 2012. 50 Gy/25 fr.

→ En IMR de los 2012: FISH: AMPD/ELN(2), continua... con RT. Pali + Trastuzumab (re. enzimasiz. dda).

→ En vigilancia médica del 09/04/2024. Tumor condigno: NM. Mama Izq + HT + RT + Lipo. implante + Síndrome de Ca. de Mama. Ovario. Hereditario asociado a variante patogénica en el GEN. BRCA2, por operado de Salpingooforectomía bilateral laparoscópica (12/02/2024), con AP: Sin evidencia de NM, último control el 27/02/2024.

→ Paciente con control irregular.

→ 25/04/2024. Poni. molecular: GEN. BRCA2, Helicóptico, variante (NM-00059) c.700A>T>A, Patogénica - BRCA2 NM-00059, Helicóptico, variante c.437T>S, p.(L62146P) KUS. Ayuda para examen control.

Al examen no se observan lesiones. Remisión de la consistencia en CSE. Mama derecha de 1.5 x 1 cm.

TAN Mammografía. Unilateral.

[Handwritten signature and stamp]

1.1. Solicitudes de Permiso: Información para Ejecución de proyecto en H.H.U.T, Aprobación por comité de Ética, Facilidades de Aplicación d instrumento por parte del servicio de Oncología que involucra los departamentos de Emergencia, Medicina, Ginecología, Cirugía, Neumología), Epidemiología y Salud Mental, Estadística e Informática.

UNANUE

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE F.U.T.

Gobierno Regional de Tacna
Hospital Hipólito Unanue
Dirección Ejecutiva
20 JUN. 2024
TRAMITE DOCUMENTARIO
REG. N° 7789
FIRMA: [Firma] HORA: 11:00

1. NOMBRES Y APELLIDOS: (DATOS DEL SOLICITANTE)
LEYDY ESTEFANY NINA CHARCA

2. D.N.I. : 77070374

3. DOMICILIO : ASOC. VIV. 26 DE AGOSTO CMTÉ. 3 MZ. 305 LT. 10

4. DISTRITO : CIUDAD NUEVA

CONSTANCIA DE TRABAJO
 CONSTANCIA DE INCENTIVOS
 PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES
 AUTORIZACIÓN ACCESO INFORMACIÓN
 LICENCIA POR CAPACITACIÓN

LICENCIA SIN COPE DE HABER
 USO DE VACACIONES
 LICENCIA MATERNI-PATERNID
 ÓRDENES DE SERVICIO
 OTROS

5. TEXTO :
Quiero ejecutar mi proyecto de tesis para titulación de médico
Cuyoano es que solicito permiso para poder ejecutar (encuestas y acceso
de información (tele, email, correo, etc) de los pacientes oncológicos del HHUT, 2023
2024 o la capacidad. Y además de revisión por comité de ética de la institución
Adjunto mi cel. 9767360192 y correo electrónico linnace@uniba.pe

6. ADJUNTA :
 COPIA D.N.I.
 RECIBO DE PAGO
 OTROS:

7. FIRMA
[Firma]

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



HHUT
HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA

Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CIÉI-HHUT.

Por Resolución Directoral N°270-2024-ETARRHH-OEGDRRHH-DRS.T/GOB.REG.TACNA, otorga

CREDENCIAL

Del Proyecto de Investigación.

ÍNDICE DE RIESGO NUTRICIONAL Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024	CÓDIGO
	42-CIÉI-HHUT-2024

Autora (es):

LEYDY ESTEFANY NINA CHARCA

Dictamen otorgado por: **MÉD. GERSON ROBERTO GÓMEZ ZAPANA**, Miembro activo del Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular Suplente

Según Resolución Directoral N°88-2024-UADI-DIREC-EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Que puede ejecutarse: SI NO

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos SI NO

Vulnera derechos SI NO

Aplicará Instrumentos:

Pacientes

Personal

Otros

Consentimiento informado:

Verbal SI NO Escrito SI NO Pertinente SI NO

Impacto Ambiental Positivo Negativo

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI NO Cumple con los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado

y en consecuencia SI NO Otorga la Aprobación, por intermedio del Comité Institucional de Ética en Investigación

Se expide el presente documento el día 02 de julio del 2024

Válido hasta el día 02 de julio del 2025



MÉD. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE
Director Ejecutivo
Hospital Hipólito Unanue Tacna



LIC. BLANCA RAQUEL ZEVALLOS DELGADO
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Hipólito Unanue Tacna



HHUT

"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

MEMORANDO CIRC. N° 166 - 2024-UADI-DIRECC.EJECT.-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA

DE : MÉD. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE
 Director Ejecutivo del Hospital Hipólito Unanue de Tacna

A : JEFE DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA
 JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA Y HOSPITALIZACIÓN
 Hospital Hipólito Unanue de Tacna

ASUNTO : FACILIDADES PARA APLICAR INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

FECHA : Tacna, 09 de julio del 2024



Previo cordial saludo me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Comité Institucional de Ética en Investigación, ha visto la pertinencia para ejecutar el trabajo de investigación denominado: **ÍNDICE DE RIESGO NUTRICIONAL Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS** del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, de la Invest. LEYDY ESTEFANY NINA CHARCA, por lo que agradeceré brindar las facilidades pertinentes para la recabación de datos, se adjunta credencial aprobado por la autoridad competente.

Es todo cuanto tengo que informar.

Atentamente,



[Handwritten Signature]
 DIRECCION EJECUTIVA DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA
 HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA
 MED. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE
 DIRECTOR EJECUTIVO DEL HHUT
 CIP N° 45126 RNE N° 33581



Adj. (CREDENCIAL N° 42-CIE-HHUT-2024)

ERVCH/BRZD/iva
C c Archivo

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE
DIRECCIÓN EJECUTIVA

28 OCT. 2024

TRAMITE DOCUMENTARIO

REG. N°: 13268
FIRMA: [Firma] HORA: 11:35

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE
F.U.T.

1. NOMBRES Y APELLIDOS: (DATOS DEL SOLICITANTE)

LEYDY ESTEFANY NINA CHARCA

2. DNI

77070314

3. DOMICILIO

ASOC VIV 28 DE AGOSTO CITE 3 HZ 3-5 UTO

4. DISTRITO

Ciudad Nueva

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CONSTANCIA DE TRABAJO | <input type="checkbox"/> LICENCIA SIN GOFE DE HABER |
| <input type="checkbox"/> CONSTANCIA DE INCENTIVOS | <input type="checkbox"/> USO DE VACACIONES |
| <input type="checkbox"/> PRACTICAS PRE PROFESIONALES | <input type="checkbox"/> LICENCIA MATERNI-PATERNID |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZACIÓN ACCESO INFORMACIÓN | <input type="checkbox"/> ÓRDENES DE SERVICIO |
| <input type="checkbox"/> LICENCIA POR CAPACITACIÓN | <input type="checkbox"/> OTROS |

5. TEXTO : A ESTADISTICA E INFORMATICA

Quiero culminar con la ejecución de mi proyecto de tesis para la titulación de médico cirujano es que solicito información a estadística informática la relación y/o nro de pacientes atendidos de Enero a Setiembre del 2024 del HH UT de los señores C. Exmo. Ek. Por oncología específicamente con Diagnóstico de cáncer (nuevo - reingreso). Adjunto mi cel 976736092 y correo electrónico lina@unjs.edu.pe Bachiller de Medicina Humana de la Univ Nacional Jorge Basadre Grohmann

6. ADJUNTA

- COPIA D.N.I.
 RECIBO DE PAGO
 OTROS:

7. FIRMA

[Firma]

ATENDIDO
29.10.24

1.6. Cambio de título



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 13339-2024-FACS-UN/JBG

Tacna, 29 de Noviembre del 2024

VISTO:

El Oficio N° 535-2024-ESMH/FACS, el Director de la Escuela Profesional de Medicina Humana, solicitando Modificación del título del Proyecto de Tesis, presentado por el(la) BACH. LEYDY ESTEFANY NINA CHARCA;

CONSIDERANDO:

Que, mediante la R.F. N° 12938-2024-FACS, del 14.06.24, se designa como Asesor al MGR. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE, del Proyecto de tesis titulado: INDICE DE RIESGO DE NUTRICIONAL Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, 2024, presentado por la el(la) Bach. LEYDY ESTEFANY NINA CHARCA;

Que, a través del Oficio N° 535-2024-ESMH/FACS, el Director de la Escuela Profesional de Medicina humana, solicita la MODIFICACION DEL TITULO DEL PROYECTO, por el de: RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO – SETIEMBRE 2024, proyecto que presento el(la) Bach. LEYDY ESTEFANY NINA CHARCA;

De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, Art. 169 inc) b. del Estatuto de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, y en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;



SE RESUELVE:

ART. UNICO: MODIFICAR el Título del Proyecto de Tesis, presentado por el(la) BACH. LEYDY ESTEFANY NINA CHARCA, alumna de la Escuela Profesional de Medicina Humana, debiendo ser en adelante: RIESGO DE DESNUTRICIÓN Y DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA, JULIO-SETIEMBRE 2024.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. Rinna Myriam Pilco Velásquez
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DISTR. ESMH, ARCH.



Dra. Vanessa Varleth Valle Cohaila
SECRETARIA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

VVC/trr -

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria - Central Telefónica 583000 Anexo 2226 Casilla Postal 316.