

Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa
Facultad de Medicina



**Factores asociados a niveles de ansiedad y depresión en
pacientes oncológicos atendidos en el Hospital
Goyeneche, Arequipa Marzo - 2013**

**Trabajo de Investigación presentado por:
RICARDO HUMBERTO TALLEDO SALINAS
Para Optar el Título Profesional de
Médico Cirujano**

**Tutor:
DR. OSCAR CABRERA HUACO**

**Arequipa – Perú
2013**

DEDICATORIA

A Dios que me permitió llegar a cumplir mis objetivos.

A mis padres que fueron un apoyo constante en todo momento de mi carrera.

A mi hermano que batalló conmigo cada vez que las cosas salían mal, siendo el bastión y la fuerza para continuar adelante.

A mi enamorada que me acompañó en esta última etapa de mi carrera.

AGRADECIMIENTO

A las personas e instituciones que han hecho posible el desarrollo de este trabajo.

ÍNDICE GENERAL

Resumen	iv
Abstract.....	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: FUNDAMENTO TEÓRICO	5
CAPÍTULO II: MÉTODOS	19
CAPÍTULO III: RESULTADOS	23
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	37
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS	46

INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN

La presencia de trastornos psicopatológicos en el paciente oncológico y su identificación de estos trastornos es insuficiente debido a diferentes motivos, como: la confluencia de sintomatología somática y psíquica, y considerar como normal la presencia de ansiedad y depresión en el paciente con cáncer, por ello es indispensable que los profesionales dedicados a estos pacientes dispongan del conocimiento y de los instrumentos necesarios para diferenciar los trastornos psicopatológicos de los trastornos mentales debidos a la enfermedad médica (incluyendo los tratamientos médicos y/o oncológicos), en el presente trabajo se abordará los trastornos de ansiedad y depresión en el paciente oncológico por su elevada frecuencia en este tipo de población.

En estudios realizados durante las dos últimas décadas sobre la prevalencia de los trastornos mentales en los pacientes oncológicos, debido a la propia naturaleza de la enfermedad neoplásica que es generadora de un malestar emocional, que pueden afectar directamente el tratamiento, bajando las defensas o indirectamente afectando su vida social, cultural, laboral y familiar; además no es inevitable pensar que el diagnóstico de cáncer produce entre otras, reacciones de miedo y desesperanza, producidas por el conocimiento que la población tiene en general del cáncer y sus tratamientos. (1)

A veces, los pacientes tienen que adaptarse a profundas modificaciones en su apariencia física y en los aspectos más básicos de su vida, como caminar, hablar, comer y evacuar. Sólo un apoyo psicológico permanente por parte de amigos, familiares y el personal del hospital puede ayudar a estos pacientes a afrontar la enfermedad.

Los resultados de varios grupos de investigación han aportado evidencia sobre las relaciones de los factores asociados a estos acontecimientos estresantes de la vida, apoyo social, actitudes de desesperanza, malestar emocional, supresión de emociones negativas y progresión del cáncer, estos resultados no son inequívocos fundamentalmente por las deficiencias metodológicas de muchas de las investigaciones que los sustentan y por la evidencia contraria aportada por diferentes estudios, manteniéndose por ello abierta la polémica y la necesidad de nuevas investigaciones que aporten nuevos datos sobre la posible influencia de los factores psicosociales en el cáncer. Lo que muestra la necesidad de describir inicialmente qué factores y variables se relacionan con la depresión y la ansiedad de los pacientes oncológicos, por lo que opte por presentar esta propuesta de

investigación de relevancia social que contribuya un conocimiento para las familias y la sociedad. (2)

Es necesario realizar más investigaciones, que permitan analizar los factores asociados que pueden estar influyendo en el proceso de recuperación y de la enfermedad, para la aparición de respuestas emocionales negativas, por tal motivo es que, el presente trabajo aborda los factores asociados a ansiedad y la depresión por ser trastornos de los más frecuentes en el paciente con cáncer y por su incidencia en su bienestar.

Antecedentes

- 1) Moscoso Pinares Sara encuestó prospectivamente una muestra de 148 pacientes oncológicos aplicando una ficha para indagar los antecedentes epidemiológicos del cáncer, y la escala de Hamilton para depresión de 17 ítems y para ansiedad de 14 ítems. Según la escala de Hamilton; 78,38% de pacientes mostraron ansiedad (46,62% ansiedad menor y 31,76% ansiedad mayor). La frecuencia de depresión es de 80,41% con predominio de depresión severa (25%) o muy severa (21,62%), llegando a moderada en 16,22% y leve en 17,57%. Para la ansiedad, los factores epidemiológicos más frecuentes fueron el sexo femenino (82,76% en el grupo con ansiedad versus 56,25%), el estado civil sin pareja (49,14% versus 25%), familia incompleta (47,41% versus 18,75%) y falta de ocupación en el momento del diagnóstico (68,97% versus 34,38%). En relación a las características oncológicas y la ansiedad, el único factor más frecuente en pacientes con cáncer fue el encontrarse en tratamiento oncológico, aunque con una diferencia marginal en relación al grupo sin ansiedad ($p = 0,08$). Para la depresión, los factores epidemiológicos relacionados fueron el sexo femenino (84,03% de pacientes con depresión, 48,28% sin depresión), la instrucción baja (iletrada o primaria en 64,71% de pacientes deprimidos versus 27,59%), y la falta de ocupación (70,59% versus 24,14%).

- 2) Fuentes Fuentes Melva evaluó la depresión e ideación suicida en pacientes con cáncer. Hospital Goyeneche de Arequipa en el 2009. Evaluó 120 pacientes, encontrando depresión en el 86,6%, sobre todo moderada. La ideación suicida se presentó en 30% de pacientes. El grupo más afectado fue el femenino (70%). La depresión se presenta con mayor frecuencia en solteros, analfabetos. La ideación suicida se relaciona directamente con la depresión.

- 3) Tejada Guillén R evaluó la prevalencia de depresión clínica en pacientes con cáncer en pacientes atendidos en hospitales MINSA y de ESSALUD en el 2004, aplicando la escala de Hamilton a una muestra de 208 pacientes. Se encontró depresión en 71,2% de pacientes, siendo leve en 38,9%, moderada en 18,35 y grave en 13,9%. No hubo relación con el género, y los pacientes con educación primaria, desempleados, técnicos, convivientes o divorciados, pacientes en estadio IV, el cáncer de piel, óseo, hígado estómago, páncreas, cerebro y leucemia mostraron mayor depresión, y la edad de 52 años fue la que presentó más depresión.
- 4) El estudio de Bragado C y cols. en México evaluó el autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. Adicionalmente, se analiza la capacidad predictiva del autoconcepto y la autoestima sobre el malestar emocional. Se administró la versión española del PSDQ (Physical Self-Concept Description Questionnaire), CDI (Children's Depression Inventory) y STAIC (The State-Trait Anxiety Inventory for Children) a 30 niños con cáncer y 90 escolares sin historia de cáncer. Los resultados señalaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables de estudio, excepto en dos de las 11 dimensiones del PSDQ, salud y flexibilidad. La autoestima fue el mejor predictor de depresión, mientras la salud y el autoconcepto predecían ansiedad.

2. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA:

¿Cuáles son los factores asociados a niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa Marzo - 2013?

3. HIPÓTESIS

Es probable que existan factores sociodemográficos y factores dependientes de enfermedad oncológica que se asocian a la severidad de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa Marzo – 2013.

4. OBJETIVOS

4.1.Objetivo General

Determinar los factores asociados a niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa marzo 2013.

4.2.Objetivos específicos

- a. Describir las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, grado de instrucción) de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa Marzo - 2013.
- b. Describir las características de las neoplasias (tipo y ubicación de tumor, metástasis y manejo) de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa Marzo - 2013.
- c. Identificar los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa Marzo - 2013.
- d. Establecer la relación entre las características sociodemográficas y oncológicas con los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa Marzo - 2013.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTO TEÓRICO

1. DEPRESIÓN

1.1. Definición:

La depresión y el trastorno bipolar son dos formas de enfermedad psiquiátrica que se localizan en los extremos del espectro del afecto. Ambos se caracterizan por trastornos en los sentimientos, pensamientos y comportamientos, por lo que causan deterioro considerable en el funcionamiento. (3)

1.2. Trastornos del ánimo

Los trastornos del ánimo se dividen con base en su polaridad. La depresión unipolar se caracteriza solo por episodios depresivos, mientras que el trastorno bipolar (antes denominada enfermedad maníaco-depresiva) cursa con episodios hipomaníacos, maníacos o mixtos, con frecuencia aunado a episodios depresivos. Las clasificaciones empleadas en forma más común se basan en esta división, incluyendo los dos estándares de oro en este campo, la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (ICD-10).(3)

Los trastornos del ánimo (también conocidos como trastornos afectivos) son síndromes que consisten en signos y síntomas que son claramente anormales para el individuo que los experimenta. Los episodios tienden a ocurrir en forma de enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, con base en la presencia o ausencia de síntomas específicos y la larga duración de la enfermedad. Muchos pacientes satisfacen los criterios diagnósticos tanto para un trastorno del ánimo como para otros trastornos psiquiátricos, como los trastornos de ansiedad, el trastorno por abuso de sustancias y los trastornos de personalidad. (3)

1.3. Trastornos depresivos

Los criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor especifican un grado de intensidad y una duración de los síntomas como requisitos mínimos del diagnóstico. Aunque los criterios son el reflejo de numerosas investigaciones y discusión, resultan necesariamente arbitrarios. En opinión de numerosos clínicos, especialmente médicos de atención primaria, existen muchos pacientes con síntomas depresivos que les provocan deterioro psicosocial, pero que no cumplen los criterios diagnósticos de un episodio depresivo mayor; por regla general, sus síntomas no son suficientemente graves o no han durado suficiente tiempo. El DSM-IV intenta solucionar el problema diagnóstico planteado por estos pacientes añadiendo dos categorías adicionales. (4)

Los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo menor proceden de los *Research Diagnostic Criterio* y se aplican a pacientes cuyos síntomas depresivos no alcanzan los criterios para un trastorno depresivo mayor en cuanto a gravedad, pero sí en cuanto a duración. Los criterios diagnósticos para el trastorno depresivo breve recurrente proceden de la décima revisión de la CIE-10 y se aplican a pacientes con síntomas depresivos que cumplen los criterios de episodio depresivo mayor en cuanto a duración, pero no en cuanto a gravedad.

El trastorno depresivo menor y el trastorno depresivo breve recurrente se diferencian del trastorno distímico en que éste es un trastorno depresivo crónico. En cambio, tanto el episodio depresivo menor como el episodio depresivo breve recurrente se caracterizan por ser episodios discretos. (4)

1.4. Diagnóstico:

a) Manifestaciones clínicas

Un episodio de depresión mayor consiste en un periodo de por lo menos 2 semanas durante el que se presentan cinco o más síntomas específicos que representan un cambio en la función previa. Por lo menos uno de estos síntomas debe ser el ánimo deprimido o pérdida del interés o del placer (anhedonia). Otros síntomas potenciales incluyen un cambio significativo en el apetito o peso corporal, insomnio o sueño excesivo, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de minusvalía o culpa inapropiada, mala concentración o indecisión y pensamientos suicidas. Los pacientes con un episodio de depresión mayor suelen tener patrones cognitivos negativos, incluyendo

desesperanza y excesiva preocupación. Son frecuentes la baja autoestima y la culpa excesiva o autoreproche. Cuando el episodio se acompaña de datos psicóticos, éstos suelen concordar con el ánimo, por ejemplo, el paciente puede tener alucinaciones nilhistas o auditivas de comentarios negativos. Es importante distinguir entre la depresión psicótica y el trastorno esquizoafectivo porque estas dos entidades tienen pronósticos y tratamientos diferentes. (5)

Los pacientes que presentan episodios depresivos en ocasiones tienen características descritas como melancólicas, estas incluyen despertar temprano por la mañana, pérdida de apetito, cambios psicomotores importantes, variación diurna del ánimo (el estado de ánimo es peor en la mañana que durante el día) y anhedonia persistente. La depresión melancólica puede ser más severa y con más probabilidad da alteraciones biológicas. Se trata en forma más adecuada con farmacoterapia o TEC. El término depresión atípica describe un síndrome de reactividad prominente del estado de ánimo, síntomas neurovegetativos inversos (aumento del apetito y sueño excesivo en lugar del patrón típico de síntomas neurovegetativos que incluyen menor apetito e insomnio), ansiedad considerable, variación diurna inversa del ánimo (los síntomas son más severos por la tarde), fatiga importante y sensibilidad extrema al rechazo.

Otros subtipos de depresión incluyen los caracterizados por un patrón estacional de recurrencia y, en mujeres, empeoramiento de la depresión durante la fase premenstrual. (6).

Esta entidad clínica se conoce como trastorno disfórico premenstrual (7) Los trastornos depresivos unipolares incluyen al trastorno depresivo mayor (caracterizado por un solo o varios episodios) y al trastorno distímico (caracterizado por síntomas depresivos crónicos que no satisfacen todos los criterios para un episodio depresivo mayor. El trastorno distímico es una forma leve de depresión que suele tener un inicio temprano (en la infancia, adolescencia o edad adulta temprana) y suele durar por periodos largos (por lo menos 2 años en los adultos, de acuerdo con el DSM-IV). El trastorno distímico es una condición subtratada, (8) a pesar de la alteración psicosocial significativa asociada al trastorno.

1.5. Diagnóstico Diferencial

La manifestación inicial de un paciente con depresión clínicamente significativa puede incluir un rango amplio de síntomas, como molestias somáticas (fatiga, insomnio,

anorexia u otros síntomas inespecíficos), preocupaciones emocionales (tristeza, ansiedad o sentimientos de culpa) y otros problemas (dificultades en el trabajo, problemas maritales, irritabilidad o trastornos de memoria). Antes de hacer el diagnóstico de trastorno depresivo mayor o trastorno distímico, el clínico debe investigar causas médicas del trastorno depresivo. Varios padecimientos pueden simular los síntomas de la depresión. Además, diversas sustancias susceptibles de abuso han sido implicadas en la depresión.

Estas incluyen alcohol, sedantes hipnóticos y cocaína. Las causas iatrogénicas de depresión incluyen antihipertensivos que reducen la neurotransmisión central de catecolaminas (beta bloqueadores, reserpina, metildopa, guanetidina, clonidina), esteroides, agentes antineoplásicos, interferón alfa y quizá isotretinoína. Si la depresión se debe a alguna sustancia o a un trastorno médico deberá tratarse la causa subyacente; si no ocurre mejoría de los síntomas depresivos después de alrededor de 4 a 6 semanas la depresión deberá diagnosticarse y tratarse en forma independiente (9).

Después de excluir depresión médica o inducida por sustancias, el clínico debe considerar las condiciones psiquiátricas primarias que se asocian con síntomas depresivos. La diferencia entre depresión unipolar (un episodio depresivo mayor sin historia de hipomanía o manía) y depresión bipolar (un episodio depresivo mayor en un paciente con historia de hipomanía o manía) es de vital importancia y afecta en forma significativa las decisiones terapéuticas. En el trastorno bipolar no es raro que los pacientes presenten varios episodios de depresión antes de su primer episodio maníaco, por lo que el trastorno bipolar debe ser siempre parte del diagnóstico diferencial de la depresión. Debe revisarse cualquier antecedente de episodios hipomaníacos o maníacos. (10)

Los pacientes con depresión bipolar sufren más un cambio a hipomanía o manía o aceleración en el ciclamiento del ánimo si se tratan con antidepresivos en ausencia de tratamiento concomitante con un estabilizador del ánimo. En las mujeres la incidencia de depresión aumenta durante los periodos de cambio hormonal, incluyendo el embarazo y el posparto. De hecho, ocurre depresión posparto en alrededor del 13 por ciento de las pacientes. (11). La depresión después de un aborto es una condición común y pocas veces detectada.

Deben excluirse otros trastornos psiquiátricos. Se considerarán en el diagnóstico diferencial de la depresión los trastornos primarios de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad social). En los ancianos la depresión con deterioro cognitivo que revierte con tratamiento antidepresivo

puede ser un predictor para el desarrollo de demencia irreversible. (12) pero es común la llamada pseudodemencia de la depresión, que no debe confundirse con una demencia primaria.

1.6. Tratamiento:

Con frecuencia la depresión no se diagnostica o se trata en forma inadecuada. Esto es desafortunado porque se dispone de varios tratamientos eficaces. El incluir el tratamiento de la depresión en los programas de atención primaria mejora la salud mental y la evolución social (13) y la Fuerza de Servicios Preventivos de los Estados Unidos recomienda realizar escrutinio de depresión en los adultos durante la práctica clínica, para asegurar un diagnóstico exacto, un tratamiento eficaz y seguimiento adecuado (14).

a) Tratamiento farmacológico

Existe gran variedad de antidepresivos para el tratamiento de la depresión, lo que permite a los clínicos seleccionar un esquema con base en su perfil de potenciales efectos adversos, subtipo de depresión, historia familiar o personal de respuesta a medicamentos específicos y condiciones psiquiátricas o médicas concomitantes. (15)

- **Inhibidores de la monoamino oxidasa**

Los IMAO, una de las primeras clases de antidepresivos desarrollada, bloquean la enzima que metaboliza aminas biogénicas, aumentando la disponibilidad de estos neurotransmisores. En los Estados Unidos se dispone en la actualidad de 3 IMAO: fenelzina, isocarboxazida y tranilcipromina. Rara vez se usan por sus efectos adversos (incluyendo hipotensión), letalidad con las sobredosis y porque la dosificación no es fácil.

- **Antidepresivos tricíclicos**

Los ATC actúan en varios transportadores y receptores, pero su efecto antidepresivo parece deberse al bloqueo de la recaptura de NE, 5-HT o ambos en las terminales presinápticas, aumentando la biodisponibilidad de estos neurotransmisores. Los ATC pueden subdividirse en aminas terciarias, que son inhibidores de la recaptura dual de 5-HT/NE (amitriptilina, imipramina,

clomipramina) y las aminas secundarias, que son principalmente inhibidores de la recaptura de norepinefrina (desipramina, nortriptilina). (11)

- **Nuevos antidepresivos**

El primer ISRS, la fluoxetina, fue introducido en los Estados Unidos en 1988. En la actualidad seis ISRS han sido autorizados por la FDA: fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram y escitalopram.

Estos agentes comparten todos la propiedad de bloquear la recaptura de 5-HT, pero existe cada vez mayor evidencia de que tienen también otros efectos. (16)

Los ISRS son eficaces para tratar la depresión y muchos trastornos de ansiedad primaria. Tienen varias ventajas importantes sobre los medicamentos más antiguos, requieren un incremento gradual mínimo en la dosis y la dosis de inicio en ocasiones es eficaz e incluso la óptima. Quizá más importante es que estos medicamentos son seguros aún en sobredosis. (17). El costo puede ser un problema, la fluoxetina es el único ISRS disponible en la actualidad en forma genérica y los ISRS originales son más costosos que los antiguos antidepresivos, aunque esta diferencia puede no persistir una vez que se considera el costo de la vigilancia con los antidepresivos antiguos. (18)

b) Psicoterapia

La psicoterapia suele usarse en conjunto con medicamentos para la depresión mayor o el trastorno distímico. Solo dos formas de psicoterapia han demostrado en estudios controlados ser eficaces en el tratamiento de la depresión: la psicoterapia interpersonal (PIP) y el tratamiento cognitivo-de comportamiento (TCC).

La PIP explora por lo menos 3 componentes de interacción: la formación de síntomas, las experiencias sociales e interpersonales y los patrones de resistencia de la personalidad. La PIP es una terapia estructurada de corto plazo que consiste en 12 a 16 sesiones, los objetivos del tratamiento son reducir los síntomas depresivos del paciente, mejorar su autoestima y ayudar al paciente a desarrollar estrategias más eficaces para manejar las relaciones sociales e interpersonales. (19).

1.7. DSM-IV

A medida que los investigadores de los aspectos clínicos y biológicos han estudiado los trastornos del estado de ánimo, las diferencias clínicas previas identificadas entre los pacientes han cobrado mayor valor y son ahora reconocidas oficialmente en el DSM-IV. Los dos principales trastornos de este grupo son el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar I. Estos dos trastornos a menudo son denominados trastornos afectivos, pero la patología fundamental de estos trastornos radica en el ánimo, el estado emocional interno continuo de una persona, y no en el afecto, expresión externa del contenido emocional presente. Los pacientes que sufren únicamente episodios depresivos se dice que padecen un trastorno depresivo mayor, llamado también, a veces, depresión unipolar (no es un término del DSM-IV). Los pacientes que presentan episodios depresivos y maníacos y los pacientes que sólo tienen episodios maníacos se dice que sufren un trastorno bipolar I. Los términos *muñía unipolar* y *maníapuní* (no son conceptos del DSM-IV) se utilizan a veces para designar a los pacientes con un trastorno bipolar I que no presentan episodios depresivos. (4)

1.8. CIE-10

La CIE-10 describe los trastornos del humor (afectivos) como «una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia». El cambio de humor va acompañado de un cambio en el nivel de actividad, y «la mayoría del resto de los síntomas son consecuencia de tales cambios». Se trata de trastornos recurrentes. Y el inicio de cada episodio se relaciona con «acontecimientos o situaciones estresantes». Entre los trastornos del estado de ánimo se incluyen también aquellos que ocurren en la infancia. (20)

1.9. Depresión en el paciente Oncológico

El diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad generan frecuentemente un malestar emocional importante, ya que suele afectar al paciente globalmente, tanto a nivel físico, como psíquico y social.

Por ello la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones ansiosas y depresivas. Aproximadamente un 50% de los pacientes oncológicos presentarán

algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la enfermedad; frecuentemente un trastorno adaptativo con ánimo depresivo. (21)

Muchos de estos trastornos no se tratan porque no son diagnosticados, ya que suelen considerarse reacciones “normales” a la enfermedad o bien porque se considera que los síntomas observados pueden ser debidos no sólo a la propia depresión sino también al cáncer y los tratamientos oncológicos.

La depresión clínica o trastorno depresivo mayor es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un periodo al menos de 2 semanas de duración durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. La prevalencia de depresión mayor en pacientes con cáncer se estima entre el 5% y el 8%. (22)

2. ANSIEDAD

La ansiedad es un sistema de alerta y activación ante situaciones consideradas amenazantes. Es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a circunstancias amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente. Por ejemplo, nos ayuda a estudiar si estamos frente a un examen, estar alerta ante una cita o una entrevista de trabajo, huir ante un incendio. (23)

Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales. Puede limitar la libertad de movimientos y opciones personales. En estos casos no estamos ante un simple problema de "nervios", sino ante una alteración. Existen varios tipos de trastornos por ansiedad cada uno con sus características propias. (24).

2.1. Ansiedad: el por qué de los síntomas

Trataremos de explicar qué pasa en nuestro organismo en situaciones de alerta: qué mecanismos fisiológicos se ven implicados, qué cambios se producen, en qué momento la ansiedad se convierte en un problema y cómo se mantiene como tal.

En 1929 W. Cannon se refirió a la ansiedad como **Respuesta de lucha-huida**, dado que se trata de una reacción primitiva y refleja que nos prepara para luchar o bien para huir del peligro. Y, efectivamente, si nos encontramos ante una situación de peligro (fuego en el edificio, por ejemplo) tenemos que estar preparados para una acción inmediata, necesitamos que en nuestro cuerpo se produzcan una serie de cambios, encaminados a superar con éxito la situación (escapar de la llamas, sobrevivir). La finalidad de la ansiedad es proteger al organismo y sus intereses. (25)

Nuestro actual mecanismo de defensa es heredero del que como especie hemos ido desarrollando a lo largo de miles de años de evolución. Los peligros a los que estaban expuestos nuestros antepasados estaban ligados a la supervivencia y a funciones primarias de lucha y huida (luchar contra los animales, competir contra otros humanos, correr, pelear, esconderse...). Todas estas, son acciones que requieren una activación muscular alta. En la actualidad hay muchos peligros que no se resuelven atacando o luchando pero, sin embargo, seguimos conservando el componente de alta sobre-activación motora cuando interpretamos que una situación es peligrosa. (24)

2.2. Ansiedad en pacientes con cáncer

La ansiedad es una reacción normal ante el cáncer. Uno puede experimentar ansiedad al someterse al examen de detección del cáncer, al esperar los resultados, al recibir el diagnóstico, al someterse a los tratamientos o al anticipar una recaída. La ansiedad asociada con el cáncer puede contribuir a un incremento en la sensación de dolor, interferir con el sueño, causar náusea y vómito e interferir con la calidad de vida no sólo del paciente sino también de su familia. Si se deja sin tratamiento, la ansiedad grave puede acortar la vida del paciente. (26)

Las personas con cáncer notarán que sus sentimientos de ansiedad tienden a aumentar o reducirse en diferentes épocas. El paciente puede experimentar mayor grado de ansiedad según vea el cáncer expandirse o al intensificarse el tratamiento. Los niveles de ansiedad varían de un paciente a otro. La mayoría de los pacientes logran reducir sus niveles de ansiedad aprendiendo más sobre su condición y los tratamientos que ésta conlleva. Algunos pacientes, particularmente aquellos que ya habían experimentado episodios de ansiedad intensa antes del diagnóstico de cáncer, pueden verse afectados por una ansiedad abrumadora que puede interferir con el tratamiento. La metástasis al sistema

nervioso central y los tumores pulmonares pueden crear estados físicos que producen ansiedad, y muchas medicinas y tratamientos para el cáncer pueden agravar los sentimientos de ansiedad. Al contrario de lo que se suele pensar, la ansiedad de los pacientes con cáncer en etapa avanzada no se debe a su miedo a la muerte, sino que muchas veces se debe al temor a no poder controlar el dolor, a quedarse solos o a depender de otros. Muchos de estos factores se pueden aliviar con tratamiento. (22).

2.3. Miedo y Ansiedad

La ansiedad es una señal de alerta: adviene del peligro inminente y permite a una persona tomar medidas contra la amenaza. El miedo es un signo que debe ser distinguido de la ansiedad. El miedo es una respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva; la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interior, vaga, o conflictiva.

Esta distinción entre el miedo y la ansiedad surgió accidentalmente, cuando un traductor de Freud tradujo equivocadamente *Angst*, «miedo» en alemán, como ansiedad. (4)

2.4. Fobias

Las fobias son miedos persistentes a un objeto o situación en particular que a veces hacen que la persona evite dicho objeto o situación. Las personas con fobias suelen sentir ansiedad intensa y evitar situaciones que les puedan asustar. Los pacientes con cáncer pueden tener miedo a las jeringas. Otra fobia común es el miedo a los espacios pequeños, por lo que evitarán las pruebas que se deban realizar en espacios reducidos, como las imágenes por resonancia magnética (IRM). (27)

2.5. Trastornos obsesivo-compulsivos

Las personas con un trastorno obsesivo-compulsivo tienen pensamientos, ideas e imágenes persistentes (obsesiones) que vienen acompañadas de conductas repetitivas (compulsiones). Estos pacientes pueden ser incapaces de llevar a cabo un tratamiento efectivo de su enfermedad debido a que sus pensamientos y acciones pueden interferir con su capacidad de funcionar con normalidad. Los trastornos obsesivo-compulsivos se tratan

con medicamentos y psicoterapia. Este tipo de trastornos es raro en pacientes con cáncer que no tuvieran ya un historial previo de los mismos antes de recibir el diagnóstico. (20)

2.6. Trastorno por tensión postraumática

El diagnóstico de cáncer puede provocar que una persona que ya ha experimentado un acontecimiento que haya puesto su vida en peligro reviva el trauma asociado a ese evento. Los pacientes con cáncer que padezcan este trastorno pueden experimentar ansiedad extrema antes de la cirugía, la quimioterapia, los procedimientos médicos dolorosos o el cambio de vendajes. Este trastorno se trata con psicoterapia. (28)

2.7. Ansiedad generalizada

Los pacientes con ansiedad generalizada pueden experimentar ansiedad extrema y constante y una preocupación poco realista. Por ejemplo, hay pacientes con amigos y familiares que le apoyan que pudieran sentir miedo de que nadie llegue a preocuparse por ellos. También se pueden preocupar de no poder pagar por sus gastos médicos y tratamientos aún cuando cuentan con recursos financieros adecuados. Este tipo de ansiedad puede presentarse cuando el paciente ha estado sometido a una severa depresión. Los pacientes con un trastorno por ansiedad generalizada se pueden sentir irritados o inquietos, tener músculos tensos, quedarse sin aliento, sentir palpitaciones del corazón, sudar, sentirse mareados y fatigarse con facilidad. (29)

2.7.1. Trastornos por ansiedad causados por otras afecciones médicas generales

Los pacientes con cáncer pueden experimentar ansiedad producida por otras afecciones médicas. Los pacientes que experimentan dolores graves se sienten ansiosos y la ansiedad puede aumentar la sensación de dolor. La aparición repentina de ansiedad extrema puede ser un síntoma de infección, neumonía o desequilibrio en la composición química del cuerpo. La ansiedad es un efecto secundario directo o indirecto de algunos medicamentos. Algunos medicamentos producen ansiedad, mientras que otros producen intranquilidad, agitación, depresión, pensamientos suicidas, irritabilidad o temblores.

Ciertos tumores pueden causar ansiedad o producir síntomas parecidos a la ansiedad y al pánico al crear desequilibrios químicos en el organismo o problemas para respirar. (30).

2.8. Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

Como cualquier otro síndrome importante (como los síntomas de psicosis y de trastornos del ánimo), los trastornos de ansiedad debido a enfermedad médica se incluyen dentro de la sección pertinente para alentar la formulación y consideración de un diagnóstico diferencial completo.

a) Epidemiología.

La aparición de síntomas de ansiedad relacionada con enfermedades médicas es un fenómeno común, aunque la incidencia de este trastorno varía para cada enfermedad específica.

b) Etiología

Una amplia gama de enfermedades médicas puede producir síntomas similares a los presentados en los trastornos de ansiedad. El hipertiroidismo, el hipotiroidismo, el hipoparatiroidismo, y la deficiencia de la vitamina B12 se asocian frecuentemente con síntomas de ansiedad. El feocromocitoma produce adrenalina, que puede causar episodios paroxísticos de síntomas de ansiedad. Ciertas lesiones cerebrales y estados post encefálicos producen síntomas idénticos a los observados. (4)

2.9. Ansiedad Patológica

Los trastornos de ansiedad forman uno de los grupos más comunes de los trastornos psiquiátricos. El Estudio Nacional de Comorbilidad informó que una de cada cuatro personas cumple los criterios de diagnóstico de, por lo menos, uno de los trastornos de ansiedad y que la tasa anual de prevalencia es del 17.7%. Las mujeres presentan una probabilidad mayor de tener un trastorno de ansiedad (30.5% de prevalencia a lo largo de la vida) que los hombres (19,2% de prevalencia a lo largo de la vida). Finalmente, la

prevalencia de los trastornos de ansiedad disminuye en los estatus socioeconómico más altos. (4)

2.10. Pautas diagnósticas del trastorno mixto ansioso-depresivo, según la CIE10

- Estado de ánimo bajo o tristeza.
- Pérdida de interés o de capacidad de disfrutar.
- Ansiedad o preocupaciones predominantes.
- Frecuentemente aparecen síntomas asociados:
 - Trastornos del sueño.
 - Temblores.
 - Astenia y pérdida de energía.
 - Palpitaciones.
 - Falta de concentración.
 - Mareos.
 - Trastornos del apetito.
 - Sequedad de boca.
 - Ideas o actos suicidas.
 - Tensión o intranquilidad.
 - Pérdida de la libido.

2.11. Criterios diagnósticos del Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo (DSM-IV)

A. Humor disfórico persistente o recurrente de al menos, 1 mes de duración.

B. El humor disfórico se acompaña, durante al menos un mes, de 4 o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultades de concentración.

2. Alteraciones del sueño (dificultad en quedarse o permanecer dormido o sueño insatisfactorio).
3. Fatiga o poca energía.
4. Irritabilidad.
5. Preocupaciones.
6. Llanto fácil.
7. Hipervigilancia.
8. Anticiparse a lo peor.
9. Desesperanza.
10. Baja autoestima o sentimientos de inutilidad. (20)

CAPÍTULO II

MÉTODOS

A. **Ámbito de estudio**

El presente estudio se realizó en el Hospital Goyeneche Arequipa, durante el mes de Marzo del 2013.

B. **Poblacióna estudiar**

Pacientes oncológicos que acuden al Hospital Goyeneche.

Población: Total de pacientes oncológicos que acudieron al Hospital Goyeneche durante el mes de Marzo del 2013.

Muestra: No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra ya que se estudió a todos los pacientes que cumplieron los criterios de selección.

Criterios de selección

a. Criterios de inclusión:

- Pacientes oncológicos que acuden al Hospital Goyeneche Arequipa marzo 2013, con un estado de conciencia lúcido.
- Pacientes hospitalizados y ambulatorios del servicio de oncología.
- Participación voluntaria en el estudio, capaz, en condiciones físicas y emocionales de responder a los instrumentos de investigación.
- Aplicar el estudio mediante consentimiento informado.

b. Criterios de exclusión:

- Pacientes en tratamiento psiquiátrico.
- Pacientes con uso de Ansiolíticos.
- Mala evolución del cuadro clínico que imposibilitase la participación del paciente durante la recolección de datos.
- Decisión del paciente para no continuar con su participación.

C. Tipo de investigación

El presente estudio observacional transversal prospectivo según Douglas Altman.

D. Definición operacional de variables

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
Niveles de ansiedad en pacientes con cáncer	Escala de Hamilton	Escala de Hamilton Ausente 0-5 Moderada 6-14 Grave mayor o igual 15
Niveles de depresión en pacientes con cáncer	Escala de Hamilton	Escala de Hamilton No deprimido 0-7 Levemente deprimido 7-15 Moderadamente deprimido 15-25 Gravemente deprimido mas 25
Paciente con diagnóstico de cáncer	Edad	Años
	Sexo	Caracteres sexuales secundarios
	Estado civil	Soltero, casado, conviviente, viudo
	Grado de instrucción	Iletrado, primaria, secundaria, superior
	Tiempo de enfermedad	Meses
	Topografía anatómica	Colon Mama Pulmón Melanoma Otorrino laríngeo Hodgkin Urológico Digestivo Cabeza y cuello Ginecológico Otros
	Metástasis	SI – NO
	Tratamiento	QT.actual Radioterápico actual

E. Producción y registro de datos

Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se contactó a los pacientes con diagnóstico de cáncer que acudieron a los servicios de Oncología del Hospital, a los cuales se aplicó la escala de ansiedad y depresión.

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

Instrumentos:

Se emplearon las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton (escalas de heteroaplicación).

Para la Ansiedad (Anexo 01), consta de 14 ítems, el cual cada uno presenta puntajes: 0=ausente, 1=intensidad ligera, 2=intensidad media, 3=Intensidad elevada, 4= Intensidad máxima (invalidante), el puntaje total es 56, de este puntaje se la categoriza de la siguiente manera:

- ✓ Ausente : 0-5
- ✓ Moderada: 6-14.
- ✓ Grave: mayor o igual 15 puntos.

Para la Depresión (Anexo 02), consta de 17 ítems, el cual cada uno presenta puntajes: los ítems 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10 y 11 van de 0 hasta 4; los ítems 4, 5, 6, 12, 13,14 y 16 que van de 0 hasta 3 y los ítems 15 y 17 van desde 0 hasta 2 puntos, el puntaje total es 52, de este puntaje se la categoriza de la siguiente manera:

- ✓ No deprimido 0-7.
- ✓ Levemente deprimido 8-14.
- ✓ Moderadamente deprimido 15-24.
- ✓ Gravemente deprimido más 25.

Fiabilidad: La prueba muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

Validez: La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety byCovi1 8, 19 ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck20 ($r = 0,56$). Distingue adecuadamente

entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton^{21, 22} ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento.

F. Análisis estadístico

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y como medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. La asociación entre grupos se realizó mediante prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSSv.19.0.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

**FACTORES ASOCIADOS A NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA MARZO - 2013**

Tabla 1

Distribución de pacientes según edad y sexo

Edad(años)	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 30 a	1	2,22%	2	4,44%	3	6,67%
30-39 a	3	6,67%	3	6,67%	6	13,33%
40-49 a	4	8,89%	3	6,67%	7	15,56%
50-59 a	3	6,67%	6	13,33%	9	20,00%
60-69 a	6	13,33%	7	15,56%	13	28,89%
70-79 a	3	6,67%	3	6,67%	6	13,33%
≥ 80 a	0	0,00%	1	2,22%	1	2,22%
Total	20	44,44%	25	55,56%	45	100,00%

Edad promedio \pm D. estándar (Mín. – Máx.)

- Varones: 53,55 \pm 16,11 años (18-78 años)
- Mujeres: 55,08 \pm 15,60 años (23-81 años)

Prueba t = -0,32

G. libertad = 43

p = 0,75

**FACTORES ASOCIADOS A NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA MARZO - 2013**

Tabla 2

Distribución de pacientes con cáncer según estado civil

	N°	%
Soltero	5	11,11%
Casado	17	37,78%
Conviviente	7	15,56%
Viudo	10	22,22%
Separado	6	13,33%
Total	45	100,00%

**FACTORES ASOCIADOS A NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA MARZO - 2013**

Tabla 3

Distribución de pacientes con cáncer según grado de instrucción

	N°	%
Iletrado	4	8,89%
Primaria	12	26,67%
Secundaria	18	40,00%
Superior	11	24,44%
Total	45	100,00%

**FACTORES ASOCIADOS A NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA MARZO - 2013**

Tabla 4

Distribución de pacientes con cáncer según tiempo de enfermedad

	N°	%
< 6 m	9	20,00%
6-11 m	15	33,33%
12-17 m	5	11,11%
18-23 m	4	8,89%
24-36 m	10	22,22%
> 36 m	2	4,44%
Total	45	100,00%

Tiempo de enf promedio \pm D. estándar (Mín-Máx): 15,31 \pm 12,10 meses (1-48 m)

**FACTORES ASOCIADOS A NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA MARZO - 2013**

Tabla 5

Distribución de pacientes con cáncer según ubicación de la neoplasia

	N°	%
Ca. Digestivo	9	20,00%
Melanoma	7	15,56%
Ca. Urológico	7	15,56%
Ca. Ginecológico	6	13,33%
Ca. Mama	3	6,67%
Ca. Pulmón	3	6,67%
Otros	10	22,22%
Total	45	100,00%

**FACTORES ASOCIADOS A NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA MARZO - 2013**

Tabla 6

Presencia de metástasis según ubicación de la neoplasia

Ubicación	Total	Con metástasis		Sin metástasis	
		N°	%	N°	%
Ca. Mama	3	1	33,33%	2	66,67%
Ca. Pulmón	3	1	33,33%	2	66,67%
Melanoma	7	0	0,00%	7	100,00%
Ca. Urológico	7	4	57,14%	3	42,86%
Ca. Digestivo	9	6	66,67%	2	22,22%
Ca. Ginecológico	6	1	16,67%	5	83,33%
Otros	10	0	0,00%	10	100,00%
Total	45	13	28,89%	32	71,11%

**FACTORES ASOCIADOS A NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA MARZO - 2013**

Tabla 7

Distribución de pacientes con cáncer según tratamiento

	N°	%
Quimioterapia	25	55,56%
Radioterapia	20	44,44%
Total	45	100,00%

**FACTORES ASOCIADOS A NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA MARZO - 2013**

Tabla 8

Distribución de pacientes con cáncer según nivel de ansiedad

	N°	%
Sin ansiedad	4	8,89%
A. moderada	12	26,67%
A. grave	29	64,44%
Total	45	100,00%

**FACTORES ASOCIADOS A NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA MARZO - 2013**

Tabla 9

Distribución de pacientes con cáncer según nivel de depresión

	N°	%
No deprimido	8	17,78%
D. leve	13	28,89%
D. moderada	19	42,22%
D. grave	5	11,11%
Total	45	100,00%

**FACTORES ASOCIADOS A NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE,
AREQUIPA MARZO – 2013**

Tabla 10

Distribución de pacientes según factores sociodemográficos relacionados a ansiedad

		Total	Sin ansiedad		A. moderada		A. grave		Chi ² (p)
			N°	%	N°	%	N°	%	
Edad (años)	< 30 a	3	1	33,33%	2	66,67%	0	0,00%	19,60 (0,08)
	30-39 a	6	1	16,67%	4	66,67%	1	16,67%	
	40-49 a	7	1	14,29%	2	28,57%	4	57,14%	
	50-59 a	9	0	0,00%	3	33,33%	6	66,67%	
	60-69 a	13	1	7,69%	1	7,69%	11	84,62%	
	70-79 a	6	0	0,00%	0	0,00%	6	100,00%	
	≥ 80 a	1	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	
Sexo	Varones	20	3	15,00%	4	20,00%	13	65,00%	2,11 (0,35)
	Mujeres	25	1	4,00%	8	32,00%	16	64,00%	
E. civil	Soltero	5	1	20,00%	3	60,00%	1	20,00%	11,21 (0,19)
	Casado	17	1	5,88%	4	23,53%	12	70,59%	
	Conviviente	7	0	0,00%	2	28,57%	5	71,43%	
	Viudo	10	0	0,00%	2	20,00%	8	80,00%	
	Separado	6	2	33,33%	1	16,67%	3	50,00%	
G. instrucción	Iletrado	4	0	0,00%	0	0,00%	4	100,00%	7,91 (0,24)
	Primaria	12	1	8,33%	1	8,33%	10	83,33%	
	Secundaria	18	1	5,56%	7	38,89%	10	55,56%	
	Superior	11	2	18,18%	4	36,36%	5	45,45%	
Total		45	4	8,89%	12	26,67%	29	64,44%	

**FACTORES ASOCIADOS A NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE,
AREQUIPA MARZO - 2013**

**Tabla 11
Distribución de pacientes según factores de la neoplasia relacionados a ansiedad**

		Total	Sin ansiedad		A. moderada		A. grave		Chi ² (p)
			N°	%	N°	%	N°	%	
T. enfermedad (m)	< 6 m	9	2	22,22%	5	55,56%	2	22,22%	16,67 (0,08)
	6-11 m	15	1	6,67%	5	33,33%	9	60,00%	
	12-17 m	5	0	0,00%	1	20,00%	4	80,00%	
	18-23 m	4	1	25,00%	0	0,00%	3	75,00%	
	24-36 m	10	0	0,00%	0	0,00%	10	100,00%	
	> 36 m	2	0	0,00%	1	50,00%	1	50,00%	
Ubicación	Ca. Digestivo	9	0	0,00%	1	11,11%	8	88,89%	20,71 (0,05)
	Melanoma	7	2	28,57%	2	28,57%	3	42,86%	
	Ca. Urológico	7	0	0,00%	0	0,00%	7	100,00%	
	Ca. Ginecológico	6	1	16,67%	1	16,67%	4	66,67%	
	Ca. Mama	3	0	0,00%	2	66,67%	1	33,33%	
	Ca. Pulmón	3	0	0,00%	0	0,00%	3	100,00%	
	Otros	10	1	10,00%	6	60,00%	3	30,00%	
Metástasis	Con metástasis	13	0	0,00%	0	0,00%	13	100,00%	10,09 (0,01)
	Sin metástasis	32	4	12,50%	12	37,50%	16	50,00%	
Tratamiento	Quimioterapia	25	2	8,00%	3	12,00%	20	80,00%	6,70 (0,04)
	Radioterapia	20	2	10,00%	9	45,00%	9	45,00%	
Total		45	4	8,89%	12	26,67%	29	64,44%	

**FACTORES ASOCIADOS A NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE,
AREQUIPA MARZO - 2013**

Tabla 12

Distribución de pacientes según factores sociodemográficos relacionados a depresión

		Total	Sin depresión		D. leve		D. moderada		D. grave		Chi ² (p)
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Edad (años)	< 30 a	3	3	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	40,88
	30-39 a	6	2	33,33%	2	33,33%	2	33,33%	0	0,00%	(0,00)
	40-49 a	7	2	28,57%	2	28,57%	3	42,86%	0	0,00%	
	50-59 a	9	0	0,00%	4	44,44%	5	55,56%	0	0,00%	
	60-69 a	13	1	7,69%	5	38,46%	6	46,15%	1	7,69%	
	70-79 a	6	0	0,00%	0	0,00%	3	50,00%	3	50,00%	
	≥ 80 a	1	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	100,00%	
Sexo	Varones	20	1	5,00%	8	40,00%	9	45,00%	2	10,00%	4,95
	Mujeres	25	7	28,00%	5	20,00%	10	40,00%	3	12,00%	(0,18)
E. civil	Soltero	5	2	40,00%	1	20,00%	2	40,00%	0	0,00%	7,88
	Casado	17	3	17,65%	4	23,53%	7	41,18%	3	17,65%	(0,79)
	Conviviente	7	2	28,57%	2	28,57%	3	42,86%	0	0,00%	
	Viudo	10	0	0,00%	4	40,00%	4	40,00%	2	20,00%	
	Separado	6	1	16,67%	2	33,33%	3	50,00%	0	0,00%	
G. instrucción	lletrado	4	0	0,00%	1	25,00%	0	0,00%	3	75,00%	24,45
	Primaria	12	1	8,33%	3	25,00%	8	66,67%	0	0,00%	(0,00)
	Secundaria	18	3	16,67%	6	33,33%	7	38,89%	2	11,11%	
	Superior	11	4	36,36%	3	27,27%	4	36,36%	0	0,00%	
Total		45	8	17,78%	13	28,89%	19	42,22%	5	11,11%	

FACTORES ASOCIADOS A NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE,
AREQUIPA MARZO - 2013

Tabla 13
Distribución de pacientes según factores de la neoplasia relacionados a depresión

		Total	Sin depresión		D. leve		D. moderada		D. grave		Chi ² (p)
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
T. enfermedad (m)	< 6 m	9	3	33,33%	3	33,33%	3	33,33%	0	0,00%	22,44 (0,10)
	6-11 m	15	3	20,00%	4	26,67%	8	53,33%	0	0,00%	
	12-17 m	5	1	20,00%	1	20,00%	2	40,00%	1	20,00%	
	18-23 m	4	1	25,00%	0	0,00%	3	75,00%	0	0,00%	
	24-36 m	10	0	0,00%	3	30,00%	3	30,00%	4	40,00%	
	> 36 m	2	0	0,00%	2	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	
Ubicación	Ca. Digestivo	9	1	11,11%	3	33,33%	2	22,22%	3	33,33%	19,49 (0,36)
	Melanoma	7	3	42,86%	1	14,29%	3	42,86%	0	0,00%	
	Ca. Urológico	7	0	0,00%	2	28,57%	4	57,14%	1	14,29%	
	Ca. Ginecológico	6	2	33,33%	2	33,33%	1	16,67%	1	16,67%	
	Ca. Mama	3	1	33,33%	1	33,33%	1	33,33%	0	0,00%	
	Ca. Pulmón	3	0	0,00%	0	0,00%	3	100,00%	0	0,00%	
	Otros	10	1	10,00%	4	40,00%	5	50,00%	0	0,00%	
Metástasis	Con metástasis	13	0	0,00%	6	46,15%	4	30,77%	3	23,08%	8,06 (0,04)
	Sin metástasis	32	8	25,00%	7	21,88%	15	46,88%	2	6,25%	
Tratamiento	Quimioterapia	25	2	8,00%	7	28,00%	14	56,00%	2	8,00%	6,06 (0,11)
	Radioterapia	20	6	30,00%	6	30,00%	5	25,00%	3	15,00%	
Total		45	8	17,78%	13	28,89%	19	42,22%	5	11,11%	

CAPITULO IV

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se realizó el presente estudio con la finalidad de determinar los factores asociados a niveles de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa 2013.

Para realizar el estudio se realizó una entrevista a una muestra de 45 pacientes con diagnóstico de cáncer, a los que se administró una ficha epidemiológica y se aplicó las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton. Se comparan grupos de severidad de ansiedad y depresión mediante prueba chi cuadrado.

En la **Tabla 1** se observa la distribución de los pacientes según edad y sexo. De los pacientes con cáncer estudiados, el 55,56% fueron mujeres y 44,44% fueron varones, con edad predominante de 60 a 69 años (28,89%); la edad promedio para los varones fue de 53,55 años y para mujeres fue de 55,08 años, sin diferencia significativa entre los pacientes, encontrando relación con diversos estudios y revisiones que demuestran la relación directa que tiene el riesgo de padecer cáncer con la edad, de tal manera que en la actualidad se conoce que el riesgo de presentar algún tipo de cáncer se incrementa con la edad de la persona, es decir a mayor edad mayor riesgo de desarrollar cáncer. En relación al sexo, no se evidencia mucha diferencia, sin embargo los reportes de cáncer en la actualidad muestran una mayor tendencia de cáncer en el sexo femenino en comparación con los varones. Los reportes epidemiológicos en nuestro país muestran que por cada dos mujeres con cáncer existe un hombre con cáncer. (38)

Entre las características sociodemográficas de los pacientes, la **Tabla 2** muestran que el 37,78% de los pacientes fueron casados y 15,56% fueron convivientes, con 11,11% de solteros, 22,22% de viudos y 13,33% de separados. Con relación a otros estudios referentes al estado civil en pacientes oncológicos, podemos concluir que la condición de estar casado o soltero influye en la manera de enfrentarse a la enfermedad ya que la condición de estar casado no le protege de la sintomatología depresiva. (40)

En la **Tabla 3** se muestra el nivel de instrucción de los pacientes; el 40% tuvo educación secundaria, 26,67% educación primaria y 8,89% de casos no tuvieron educación; el 24,44% tuvieron educación superior. De acuerdo con diversos estudios el grado de instrucción contribuye para un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente, permitiendo una readaptación rápida, con la finalidad de volver a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria, con la máxima calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita.(37)

Entre las características de la enfermedad de los pacientes con cáncer, la **Tabla 4** muestran que un tercio de los pacientes tuvieron de 6 a 11 meses de enfermedad, con 20% menos de 6 meses, y 22,22% con 24 a más meses de enfermedad; la duración promedio de la enfermedad fue de 15,31 meses, oscilando entre 1 y 48 meses. En relación con otro estudio realizado (Betancourt y Aristizabal) en el caso del tiempo de evolución en los pacientes con trastorno de ansiedad y depresión se presentan con más frecuencia en pacientes con 6 meses – 1 año de diagnóstico de la enfermedad en un 17,5 %, mostrando como la ansiedad aumenta con el diagnóstico, alcanza su nivel más elevado antes de iniciar tratamiento, se mantiene elevado durante el tratamiento y/o tras la cirugía, comenzando a descender después del primer año de tratamiento y/o tras la intervención quirúrgica. (40)

La ubicación topográfica de la neoplasia se puede apreciar en la **Tabla 5**; el 20% de casos evaluados tuvo neoplasias del tubo digestivo, con 15,56% de casos con melanoma o cáncer urológico, mientras que 13,33% tuvo cáncer ginecológico y 6,675 incluyó al cáncer de mama entre otros. El 28,89% del total de casos presentó metástasis, siendo predominante en dos terceras partes de casos con neoplasia del aparato digestivo (**Tabla 6**). Es importante destacar el tipo de neoplasia ya que un paciente con melanoma afrontara mejor la enfermedad a diferencia de un paciente con otro tipo de cáncer que genere algún tipo de pérdida en su estructura anatómica. El cáncer de mama es uno de los ejemplos más patentes de alteraciones en las que se mezclan el temor al cáncer y en definitiva al sufrimiento y a la muerte, con las consecuencias de una intervención quirúrgica, a veces, agresiva para la auto-imagen de la mujer, y todas las posibles consecuencias de varios tipos de tratamientos, administrados y llevados a cabo al mismo tiempo. (40)

El 55,56% de pacientes recibe quimioterapia en la actualidad, y 44,44% recibe radioterapia, como se muestra en la **tabla 7**. Los efectos secundarios generados por la quimioterapia, la castración química con inhibidores de la LH o por la administración de hormonoterapia) son otros de los factores que contribuyen a la aparición posterior de una depresión; eso sin mencionar que existe evidencia de que el tratamiento antineoplásico es inductor de agentes que pueden influir en el metabolismo de las aminos biógenas, que están directamente relacionados con los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad mental. Por lo que pueden generar psicopatología por acción biológica directa. El tratamiento radioterápico ha demostrado incrementar los niveles de ansiedad en relación a los siguientes aspectos: aproximación a la idea de una muerte segura, temor a que los equipos no funcione correctamente y los posibles efectos secundarios indeseables. Sin embargo, los niveles de ansiedad vuelven a niveles normales a las dos semanas de finalizar el tratamiento. (40)

Luego de aplicar la escala de ansiedad (**Tabla 8**), se encontró que 8,89% de pacientes no mostraron ansiedad, y que 64,44% tuvo ansiedad grave, mientras que 26,67% tuvo ansiedad moderada. Al comparar los datos de esta investigación con el estudio realizado por Moscoso Pinares Sara, se demuestran que los resultados obtenidos son similares ya que la gran mayoría de pacientes (78,38%) mostraron ansiedad. (36)

Al aplicar la escala de depresión (**Tabla y Gráfico 9**), se identificó que 17,78% de casos no mostró depresión, y que 28,89% de casos tenía depresión leve, 42,22% depresión moderada, y un 11,11% de pacientes con cáncer tenía depresión grave.

Casos similares se presentan en el estudio realizado por Fuentes Melva, encontrando depresión en el 86,6%, sobre todo moderada, con resultados similares al presente estudio (37), al igual que el con el estudio realizado por Moscoso Pinares, donde la frecuencia de depresión es de 80,41% con predominio de depresión severa (25%) o muy severa (21,62%), llegando a moderada en 16,22% y leve en 17,57%, ya que utilizó la guía de práctica clínica para depresión del MINSA. (36)

Al comparar los factores sociodemográficos con la ansiedad en los pacientes con cáncer (**Tabla 10**), no se encontró ninguno asociados significativamente a la severidad de la ansiedad ($p > 0,05$), mientras que de las características de la neoplasia (**Tabla 11**), la presencia de metástasis y el tratamiento con quimioterapia se asociaron de manera significativa con el desarrollo de ansiedad ($p < 0,05$).

Al comparar estos datos obtenidos con otro estudio realizado por Moscoso Pinares se encontró que para la ansiedad, los factores epidemiológicos más frecuentes fueron el sexo femenino (82,76% en el grupo con ansiedad versus 56,25%), el estado civil sin pareja (49,14% versus 25%), familia incompleta (47,41% versus 18,75%) y falta de ocupación en el momento del diagnóstico (68,97% versus 34,38%), diferenciándose de los resultados obtenidos del presente estudio. Sin embargo, se demuestra que en relación a las características oncológicas y la ansiedad, los resultados son similares ya que en este estudio el único factor más frecuente en pacientes con cáncer fue el encontrarse en tratamiento oncológico, aunque con una diferencia marginal en relación al grupo sin ansiedad ($p = 0,08$), demostrando que estos resultados coinciden con los datos obtenidos en el presente estudio. (36)

Los factores sociodemográficos asociados con la presencia de depresión se muestran en la **Tabla 12**; la mayor edad, y el menor grado de instrucción se dieron en pacientes con depresión más severa, y entre los factores de la neoplasia, la presencia de metástasis se asoció de manera significativa al desarrollo de niveles severos de depresión ($p < 0,05$), como se aprecia en la **Tabla 13**.

Casos similares se han presentado en el estudio realizado por Moscoso Pinares, los factores epidemiológicos relacionados fueron el sexo femenino (84,03% de pacientes con depresión, 48,28% sin depresión), la instrucción baja (iletrada o primaria en 64,71% de pacientes deprimidos versus 27,59%), y la falta de ocupación (70,59% versus 24,14%) (36). Al igual que los resultados obtenidos por el estudio realizado por Tejada Guillén donde se no se encontró relación alguna con el género, sin embargo en los pacientes con educación primaria, desempleados, técnicos, convivientes o divorciados, pacientes en estadio IV, el cáncer de piel, óseo, hígado estómago, páncreas, cerebro y leucemia mostraron mayor depresión, y la edad de 52 años fue la que presentó más depresión. (38)

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

PRIMERA: Los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa marzo 2013 fueron de número semejante varones o mujeres con edad predominante de 60 a más años, de estado civil casados, e instrucción secundaria.

SEGUNDA.- Las neoplasias de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa marzo 2013 tuvieron un tiempo promedio de 15 meses, se ubicaron en su mayor número en el aparato digestivo, presentaron metástasis en menos de un tercio de casos, y en la actualidad la mayoría recibe quimioterapia como tratamiento.

TERCERA.- El 64% de pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche presentaron en el test de Hamilton niveles positivos de ansiedad grave, y el 11% de casos presentaron niveles positivos de depresión severa.

CUARTA.- Ninguna de las características sociodemográficas de los pacientes oncológicos atendidos en el Hospital Goyeneche, Arequipa marzo 2013, se relacionó a ansiedad, y la presencia de metástasis y el tratamiento con quimioterapia se asoció con niveles elevados de ansiedad, mientras que la mayor edad y la presencia de metástasis se asociaron a mayores niveles de depresión.

5.2. RECOMENDACIONES

- 1.** Al Servicio de Oncología del Hospital Goyeneche, se recomienda realizar seguimiento de los pacientes identificados con ansiedad o depresión graves, para realizar visitas domiciliarias y/o consejería psicológica o espiritual.
- 2.** Al Ministerio de Salud, se recomienda hacer campañas de información y prevención sobre el cáncer y las posibles repercusiones en su salud mental tanto del paciente como de su entorno familiar de no ser tratado a tiempo.
- 3.** A la Universidad Nacional de San Agustín, se recomienda dar a conocer la importancia de la salud mental y sus repercusiones en el paciente oncológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) SALUD GLOBAL, AÑO 11, NÚMERO 3, 2009, Pág. 3,4. Dr. J. Valle Fernández, Jefe de Sección de la Unidad de Internamiento del Hospital Universitario de La Princesa. Madrid
- 2) SchatzbergAF, PratherMR, KellerMB, et al: Clinical use of nefazodone in majordepression: a 6-year perspective. J ClinPsychiatry 63:18, 2012.
- 3) Regier DA, Narrow WE, Rae DS, et al: The de facto US mental and addictive disorders service system: Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. Arch Gen Psychiatry 50:85, 2010.
- 4) Kaplan H., Sadock B. Sinopsis de Psiquiatria. Ed. Panamericana. 8va Ed. 2008, 594, 595, 602, 658, 659, 662, 670.
- 5) NemeroffCB, DeVane CL, PollockBG: Newerantidepressants and thecytochromeP450system. Asm J Psychiatry 153:311, 2006.
- 6) FaeddaGL, Tondo L, TeicherMH, et al: Seasonal mood disorders: patterns of seasonal recurrence of mania and depression. ArchGenPsychiatry 50:17, 2009.
- 7) Gold JH: Premenstrual dysphoricdisorder: an update. J PractPsychiatryBehavHealth 5:209, 2009.
- 8) Shelton RC, Davidson J, Yonkers KA, et al: Theundertreatment of dysthymia. J ClinPsychiatry 58:59, 2008.
- 9) Bhatia SC, BhatiaSK: Majordepression: selectingsafe and effectivetreatment. Am FamPhysician 55:1683, 2009.
- 10) CouplandNJ, Bell CJ, Potokar JP: Serotoninreuptakeinhibitorwithdrawal. J ClinPsychopharmacol 16:356, 2006.
- 11) Wisner KL, ParryBL, Piontek KM: Postpartumdepression: clinicalpractice. N Engl J Med 347:194, 2011.
- 12) Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al: Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. JAMA 278:1186, 2007.

- 13) Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, et al: Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 283:212, 2000.
- 14) Screening for Depression: Recommendations and Rationale. May 2010. U.S. Preventive Services Task Force: Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
- 15) Steiner M, Korzekwa M, Lamont J, et al: Intermittent fluoxetine dosing in the treatment of women with premenstrual dysphoria. *Psychopharmacol Bull* 33:771, 2007.
- 16) Pearlstein TB, Stone AB, Lund SA, et al: Comparison of fluoxetine, bupropion, and placebo in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol* 17:261, 2007.
- 17) Buckley NA, McManus PR: Fatal toxicity of serotonergic and other antidepressant drugs: analysis of United Kingdom mortality data. *BMJ* 325:1332, 2009.
- 18) Davidson JR, Connor KM: Bupropion sustained release: a therapeutic review. *J Clin Psychiatry* 59(suppl 4):25, 2008.
- 19) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* 157(suppl):1, 2010.
- 20) Marchant N., Monchablan A. Tratado de Psiquiatría. Ed. Buenos Aires 1ra Ed. 2009
- 21) Yonkers KA, Halbreich U, Freeman E, et al: Symptomatic improvement of premenstrual dysphoric disorder with sertraline treatment: a randomized controlled trial. *JAMA* 278:983, 2007.
- 22) Watzlawick, P., Weakland, J. H., y Fisch, R. (1994). *Change, Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. Nueva York: W.W. Norton, Inc. Ed. Española (2006): *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder, S. A.
- 23) Rudolph RL, Feiger AD: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of once-daily venlafaxine extended release (XR) and fluoxetine for the treatment of depression. *J Affect Disord* 56:171, 2009.

- 24) Rojas, E. La ansiedad: Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. Madrid: Ediciones temas de hoy. 2009.
- 25) Thase ME, Fava M, Halbreich U, et al: A placebo-controlled, randomized clinical trial comparing sertraline and imipramine for the treatment of dysthymia. Arch Gen Psychiatry 53:777, 2006.
- 26) Benkert O, Muller M, Szegedi A: An overview of the clinical efficacy of mirtazapine. Human Psychopharmacol 17(suppl 1):S23, 2012.
- 27) Jorenby D: Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. Drugs 62(suppl 2):25, 2002.
- 28) Theodore A. Stern, MD. Psiquiatría en la consulta de atención primaria. McGraw-Hill-Iberoamericana. Madrid. 2009
- 29) Hellerstein DJ, Yanowitch P, Rosenthal J, et al: A randomized double-blind study of fluoxetine versus placebo in the treatment of dysthymia. Am J Psychiatry 150:1169, 2003.
- 30) Gemma Balaguer Fort. Clínica de la Ansiedad, 2006.
- 31) Freeman EW, Rickels K, Arredondo F, et al: Full- or half-cycle treatment of severe premenstrual syndrome with a serotonergic antidepressant. J Clin Psychopharmacol 19:3, 2009.
- 32) Schatzberg AF: New approaches to managing psychotic depression. J Clin Psychiatry 64(suppl 1):19, 2003.
- 33) Velázquez N, Vázquez L, Alvarado S. ansiedad asociado al dolor agudo en pacientes oncológicos. Velázquez et al, Cancerología 4 (2009): 19-29.
- 34) Torres, C. Galvis I. La Resiliencia Como Alternativa Terapéutica En Paciente Oncológico, UNIVERSIDAD DE PAMPLONA, Colombia (2009).
- 35) Vaccaro, Y. Cáncer de mama como factor predictivo de ansiedad y depresión. Universidad De Oriente, Venezuela 2008.
- 36) Moscoso, S. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Hospital Goyoneche Arequipa. Universidad San Agustín Arequipa. Perú 2010
- 37) Fuentes, M. Depresión e ideación suicida en pacientes con cáncer en el Hospital Goyoneche Arequipa. Universidad San Agustín Arequipa. Perú 2009.

- 38) Tejada R. Prevalencia de depresión clínica en pacientes con cáncer en atendidos en hospitales del MINSA y de ESSALUD en el año 2004. Lima, Perú.
- 39) Bragado C y cols. Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos con historia de cáncer en México. Universidad complutense de Madrid, España 1999.
- 40) Betancourt, C, Aristizabal, G. Cáncer de mama como factor predictivo de ansiedad y depresión. Consulta externa de oncología Hospital Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar - EDO – Bolívar. Venezuela. Febrero – Abril 2008.

ANEXOS

Anexo 1

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Edad: _____ Años Sexo: Mas ____ Fem: ____
 Estado civil: Soltero ____ casado ____ conviviente ____ viudo ____
 G. instrucción: Iltrado ____ primaria ____ secundaria ____ superior ____

Tiempo de enfermedad: _____ Meses

Topografía anatómica

Colon	<input type="checkbox"/>	Urológico	<input type="checkbox"/>
Mama	<input type="checkbox"/>	Digestivo	<input type="checkbox"/>
Pulmón	<input type="checkbox"/>	Cabeza y cuello	<input type="checkbox"/>
Melanoma	<input type="checkbox"/>	Ginecológico	<input type="checkbox"/>
Otorrino laríngeo	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Hodgkin	<input type="checkbox"/>		

Metástasis SI NO

Tratamiento QT.actual Radioterápico actual