

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER.
SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL NACIONAL DANIEL
ÁLCIDES CARRIÓN, CALLAO - 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

AUTORAS

ESPINOZA MAYANGA, RUTH TEREZA

MACHCO MACHCO, KATERIN VANESA

TORRES LOZANO, TANIA ZULAY

Callao - Junio - 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Ana Lucy Siccha Macassi	Presidente
Mg. Teresa Angélica Vargas Palomino	Secretaria
Mg. Walter Ricardo Saavedra López	Miembro

ASESORA

Mg. Mirian Corina Cribillero Roca

NUMERO DE LIBRO	:	01
NUMERO DE ACTA	:	008/2017
FECHA DE APROBACION DE TESIS	:	27/06/2017
RESOLUCION DE SUSTENTACION	:	913-2017-D/FCS

DEDICATORIA

Dedicamos esta tesis en primer lugar a Dios, porque sin él nada de esto nada hubiera sido posible.

A nuestros padres, que siempre nos apoyaron incondicionalmente tanto en la parte moral como económica, para poder así llegar a ser unas grandes profesionales.

A nuestros hermanos y demás familiares por el apoyo que siempre nos brindaron en el transcurso de nuestra carrera universitaria.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios, por permitimos tener tan buena experiencia dentro de nuestra universidad.

A nuestra alma mater "UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO", por permitir que nos desarrollemos como profesionales de la salud.

A cada maestro, por ser parte del proceso integral de nuestra formación.

A nuestros asesores, por habernos brindado la oportunidad de recurrir a sus capacidades y conocimientos científicos, así como también haber tenido paciencia y dedicación para guiarnos durante todo el desarrollo de la tesis.

A nuestros padres, por el amor, la paciencia, el apoyo moral y económico que incondicionalmente siempre nos brindaron.

Y finalmente, a todos aquellos que de una forma u otra colaboraron con el desarrollo de la tesis.

ÍNDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT.....	7
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.1 Identificación del problema	8
1.2 Formulación del problema.....	12
1.2.1 Problema general.....	12
1.2.2 Problemas específicos.....	12
1.3 Objetivos de la investigación.....	13
1.3.1 Objetivo general.....	13
1.3.2 Objetivos específicos.....	13
1.4 Justificación.....	14
1.5 Importancia	17
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	18
2.1 Antecedentes del estudio.....	18
2.2. Bases epistémicas	24
2.2.1 Bases epistémicas de la ansiedad.....	26
2.2.2 Bases epistémicas de la depresión.....	29
2.3 Bases científicas	32
2.3.1 Cáncer	32
2.3.2 Ansiedad.....	44

2.3.3 Depresión.....	54
2.4 Bases culturales.....	61
2.5 Definición de términos básicos	63
CAPITULO III	
VARIABLES E HIPÓTESIS	64
3.1 Variables de la investigación.....	64
3.2 Operacionalización de variables	64
3.3 Hipótesis de la investigación.....	66
CAPITULO IV	
METODOLOGÍA	67
4.1 Tipo de investigación	67
4.2 Diseño de la investigación	67
4.3 Población y muestra.....	68
4.3.1 Población	68
4.3.2 Muestra.....	68
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	70
4.4.1 Técnica	70
4.4.2 Instrumento.....	71
4.5 Procesamiento de recolección de datos	73
4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos.....	73
CAPITULO V	
RESULTADOS	75

CAPITULO VI

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	85
6.1 Contrastación de hipótesis con resultados.....	85
6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares	87

CAPITULO VII

CONCLUSIONES	92
--------------------	----

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES.....	94
----------------------	----

CAPITULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
---------------------------------	----

ANEXOS

ANEXO 1: Matriz de consistencia.....	111
ANEXO 2: Encuesta	114
ANEXO 3: Inventario de Ansiedad de Beck.....	115
ANEXO 4: Inventario de Depresión de Beck	116
ANEXO 5: Consentimiento informado.....	121
ANEXO 6: Tabla matriz - Datos generales	122
ANEXO 7: Tabla matriz - Inventario de ansiedad	124
ANEXO 8: Tabla matriz - Inventario de depresión	126

GRÁFICAS Y TABLAS DE CONTENIDO

Gráfico 5.1: Nivel de ansiedad en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2016.....	75
Gráfico 5.2: Nivel de depresión en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2016.....	76
Tabla 5.1: Nivel de ansiedad según edad y sexo en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2016.....	77
Tabla 5.2: Nivel de ansiedad según el tiempo de diagnóstico en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2016.....	79
Tabla 5.3: Nivel de ansiedad según el tratamiento actual en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2016.....	80
Tabla 5.4: Nivel de depresión según edad y sexo en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao 2016.....	81
Tabla 5.5: Nivel de depresión según el tiempo de diagnóstico en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2016.....	83

Tabla 5.6: Nivel de depresión según el tratamiento actual en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2016.....	84
---	-----------

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad que no conoce fronteras, pues, afecta a miles de personas en todo el mundo. A su vez, es una enfermedad que produce un impacto enorme tanto en el paciente como en sus familias, ya que genera una serie de respuestas emocionales tales como la ansiedad y la depresión. Por tanto, el objetivo de la presente investigación fue la de determinar el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer. Se llevó a cabo un estudio de tipo cuantitativo, prospectivo y descriptivo, con un diseño metodológico no experimental y de corte transversal. La población estuvo compuesta por 120 pacientes con cáncer de 19 años a más hospitalizados en el servicio de oncología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. La muestra estuvo conformada por 52 pacientes quienes cumplían los criterios de inclusión y exclusión. Para conocer características propias de los pacientes con cáncer se aplicaron preguntas de datos generales, mientras que para la determinación del nivel de ansiedad y de depresión se utilizaron 2 cuestionarios: El Inventario de Ansiedad y el Inventario de Depresión de Aaron Beck. Los resultados mostraron que el 100% de los pacientes con cáncer presentaron ansiedad y el 73.1% presentaron depresión, ya sea a nivel leve, moderado o severo.

Palabras Clave: Ansiedad, depresión y cáncer,

ABSTRACT

Cancer is a disease that knows no boundaries, as it affects thousands of people around the world. In turn, it is a disease that has a huge impact on both the patient and their families, as it generates a series of emotional responses such as anxiety and depression. Therefore, the objective of the present investigation was to determine the level of anxiety and depression in patients with cancer. A quantitative, prospective and descriptive study was carried out, with a non-experimental and cross-sectional methodological design. The population consisted of 120 cancer patients aged 19 years and older hospitalized in the oncology department of the Daniel Alcides Carrión National Hospital. The sample consisted of 52 patients who met the inclusion and exclusion criteria. To know the characteristics of patients with cancer, general data questions were applied, whereas for the determination of the level of anxiety and depression, 2 questionnaires were used: Anxiety Inventory and Aaron Beck Depression Inventory. The results showed that 100% of patients with cancer presented anxiety and 73.1% presented depression, at either mild, moderate or severe level.

Keywords: Anxiety, depression y cancer.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Identificación del problema

El cáncer, es una enfermedad que por el simple hecho de ser diagnosticada puede generar un impacto enorme tanto en el paciente como en sus familias. Es una enfermedad que genera respuestas normales a esta experiencia que cambia su vida, respuestas tales como la depresión, ansiedad y miedo.

El término "cáncer" es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo; este, puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única, sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y de la célula de origen.¹

A su vez, es una entidad clínica-patológica que irrumpe en la persona y desencadena en quien la padece un estrés específico; donde considerando ciertas características imaginarias y reales hacen que el solo hecho de nombrar a un individuo la posibilidad de padecerlo, genere una cantidad de estados emocionales que son compatibles con diferentes grados de estrés y pueden llegar a transformarse en patologías psiquiátricas severas como por ejemplo una Depresión Mayor, teniendo estos cuadros incidencia en la evolución de la enfermedad.²

El cáncer, es una enfermedad que no conoce fronteras, pues es un grave problema de salud pública y una de las principales causas de muerte en el mundo; así lo demuestran sus tasas de incidencia y mortalidad.³

En el Mundo, del total de las causas de muerte un 12.5% se le atribuye tan solo al cáncer. En los países desarrollados es la primera causa de muerte y en los países en vías de desarrollo la segunda causa de muerte; tan sólo en el 2012, hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer.⁴

En América, el cáncer fue responsable de 1,3 millones de muertes, de las cuales un 47% se produjeron en América Latina y el Caribe.⁵

En Latinoamérica el cáncer ocupa el tercer lugar de las causas de muerte.⁶

En nuestro país, el cáncer es la segunda causa de muerte. Según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), la incidencia anual del cáncer en el Perú es aproximadamente 150.7 casos por cada 100,000 habitantes, con un promedio de 45,000 nuevos casos.⁷

En Lima Metropolitana, según el Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 2004 – 2005 Volumen IV, se registran entre los pobladores de Lima Metropolitana y la provincia constitucional del Callao, cada año 15.000 casos nuevos de cáncer. En este mismo período de estudio epidemiológico se registraron 13.871 fallecidos por dicha enfermedad. Por lo que, se ha

encontrado que en solo Lima Metropolitana ocurren 180,4 casos por cada 100.000 habitantes, una de las incidencias más altas en el mundo.⁸

Los pacientes pueden sentir ansiedad y sufrimiento mientras se someten a exámenes de detección de un cáncer, esperan los resultados de las pruebas, reciben el diagnóstico de un cáncer, se les trata por un cáncer o se preocupan porque el cáncer va a recidivar (volver). La ansiedad y el sufrimiento pueden afectar la capacidad del paciente de hacer frente a un diagnóstico de cáncer o su tratamiento. Puede hacer que los pacientes pierdan sus citas de control o demoren el tratamiento. La ansiedad puede aumentar el dolor, afectar el sueño, y causar náuseas y vómitos. La ansiedad, aunque sea moderada, puede afectar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias.⁹

Por otro lado, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración; ésta, puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.¹⁰

La depresión, según el National Cancer Institute (NCI) es una entidad que afecta a una proporción del 15-25% de los pacientes con cáncer. A pesar de su elevada incidencia, es un trastorno habitualmente infradiagnosticado y que no recibe tratamiento adecuado. Este hecho conduce a una mala

calidad de vida, una inadecuada adherencia al tratamiento y una menor tasa de supervivencia en esta población.¹¹

Durante las prácticas profesionales se observa cómo estos pacientes presentan en muchos de los casos angustias, desesperación, reacciones negativas; reacciones que no los ayudan a superar o sobrellevar el momento por el que pasan, reacciones tales como la soledad, miedo, apatía, cansancio, desánimo y muchas más.

A su vez, se ha observado que estas manifestaciones, en la mayoría de los casos, no se le presta la debida atención que se merecen; es por ello, que mucho de los pacientes en vez de salir adelante junto con su enfermedad suelen sumirse en una profunda depresión, la cual, en vez de ayudarlo, lo termina destruyendo junto con ella.

Por todo lo expuesto, y debido a la gran cantidad de pacientes con cáncer en nuestro país y a la alta prevalencia de estos trastornos, es importante realizar una investigación que muestre la realidad de la problemática “Ansiedad y depresión en pacientes cáncer. Servicio de Oncología, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016”.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad según edad y sexo en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad según el tiempo de diagnóstico en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad según tipo de tratamiento en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016?
- ¿Cuál es el nivel de depresión según edad y sexo en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016?

- ¿Cuál es el nivel de depresión según el tiempo de diagnóstico en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016?
- ¿Cuál es el nivel de depresión según el tipo de tratamiento en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo General

Determinar el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de ansiedad según edad y sexo en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016.
- Establecer el nivel de ansiedad según el tiempo de diagnóstico en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016.

- Establecer es el nivel de ansiedad según tipo de tratamiento en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016.
- Identificar el nivel de depresión según edad y sexo en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016.
- Establecer el nivel de depresión según el tiempo de diagnóstico en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016.
- Establecer el nivel de depresión según el tipo de tratamiento en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016.

1.4 Justificación

El presente estudio busca brindar un aporte teórico fundamental bajo el enfoque de promoción de la salud en los pacientes con cáncer en relación con algún trastorno emocional (ansiedad y depresión) presente, siguiendo el Plan Estratégico 2006-2016 de la Coalición Multisectorial Perú Contra el Cáncer, el cual se sustenta en el Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú (PRONAPRECC), teniendo como uno de sus objetivos específicos el promover la Investigación en cáncer, priorizando la promoción y la prevención. Este documento, define

claramente su Visión, que es poder disfrutar de un país libre de cáncer avanzado, con cultura, educación en salud y con acceso a servicios de calidad. Por ello, la importancia en la intervención oportuna y precoz en el estado psicológico de las personas después de haberse diagnosticado con una enfermedad crónica como el cáncer, ya que los pacientes pueden entrar en un periodo de crisis marcado por un desequilibrio físico, social y psicológico, desencadenando desordenes o trastornos emocionales como la depresión.¹²

El estudio de los diversos trastornos emocionales y cognitivos como la depresión, la ansiedad, ideación o el intento suicida interesan con la finalidad de que el mayor conocimiento de los mismos permita implementar estrategias terapéuticas que mejoren las condiciones de vida de éstos pacientes, ya que los trastornos psiquiátricos complican el curso de la enfermedad.¹³

Los resultados permitirán proponer aportaciones a la salud mental de esta población y sus familiares, para así promover e intervenir en el paciente desde el primer contacto con el equipo de salud. Así mismo la creación de protocolos que identifiquen lo más pronto y eficazmente posible a los pacientes oncológicos con ansiedad y depresión, para implementar un adecuado tratamiento farmacológico y psicoterapéutico y contribuir a la mejora del bienestar psicológico y físico y, en última instancia, a la calidad de vida de los pacientes con cáncer.¹¹

Tanto los individuos y familiares que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer experimentarán diversos grados de tensión y perturbación emocional, creando así un impacto en la vida de la persona al momento de relacionarse con los demás al tener un elevado nivel de estrés psicológico que se manifiesta en forma de ansiedad y/o depresión, y está relacionado principalmente con la incertidumbre sobre el diagnóstico, la agresividad del tratamiento, la falta del control social y personal y el deterioro físico progresivo. Tras este impacto, se producen cambios en todos los miembros de la familia: comienza a agrietarse el equilibrio existente, y al mismo tiempo se empieza a tener en cuenta que la familia es el sostén del miembro enfermo. La familia es también con lo que cuenta el equipo profesional para la recuperación y la contención en los acontecimientos posteriores al primer momento de la enfermedad.¹⁴

Los estudios obligarán al análisis reflexivo frente a la importancia directa de la intervención de la enfermera en el cuidado y mejoramiento de la calidad de vida del paciente sobreviviente con cáncer.

Al lograr identificar ampliamente las dimensiones de calidad de vida afectadas en pacientes con cáncer, independientes del tratamiento oncológico al cual hayan sido sometidas, se obtendrá información que podría servir de base para la implementación de pautas institucionales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y el

perfeccionamiento del cuidado de los profesionales de enfermería especializados en el área de oncología.¹⁵

Al finalizar este estudio beneficiará a los actuales y futuros profesionales de la salud, con el fin de mejorar el enfoque de los pacientes oncológicos, no solo desde el punto de vista biológico sino también emocional y psicológico y así conseguir un pronóstico favorable.

1.5 Importancia

El presente trabajo de investigación es importante, ya que nos permitió determinar el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer y tener una visión más clara de la salud mental y la problemática con fundamento científico en los pacientes oncológicos. Los resultados obtenidos en el presente estudio permitirán obtener mejores aportaciones hacia ésta población en función del cuidado por parte del profesional de enfermería y equipo multidisciplinario en salud, así poder intervenir oportuna y eficazmente para contribuir a la mejora del bienestar psicológico y físico.¹⁶

Asimismo servirán de base a futuras investigaciones y a otras instituciones vinculadas al sector salud. El conocimiento de ésta problemática permitirá formular estrategias de intervención en este tipo de paciente, a fin de conseguir una mejor calidad de vida y un pronóstico favorable.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

A continuación se presentaran primero las investigaciones de las variables del estudio a nivel internacional y luego las realizadas a nivel nacional en orden al año de publicación.

INTERNACIONAL

PRIEDE DÍAZ Amador, (2016). Realizó el estudio titulado “Factores cognitivos asociados con el desarrollo de síntomas ansioso-depresivos en pacientes oncológicos recién diagnosticados”, España. Cuyos objetivos principales fueron determinar qué factores cognitivos se asocian con el desarrollo de malestar emocional y síntomas de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos de modo transversal y determinar qué factores cognitivos se asocian con el desarrollo de malestar emocional y síntomas de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos de modo longitudinal. El estudio de naturaleza observacional con análisis transversales y longitudinales. Concluyendo que la rumiación es la única entre las variables estudiadas que se asocia transversalmente con la sintomatología ansiosa y depresiva, así como con el malestar emocional total, tras recibir el diagnóstico oncológico y en el seguimiento un año más tarde, la supresión de pensamientos se asocia transversalmente en el

seguimiento al año con la sintomatología ansiosa y con el malestar emocional total y el control de emociones no se asocia transversalmente con la sintomatología ansiosa y depresiva, ni con el malestar emocional, al inicio del estudio. Tampoco se asocia al año ni con el malestar emocional, ni con los síntomas de depresión. En cambio sí presenta una modesta asociación con la sintomatología ansiosa.¹⁷

GUERRERO ALCEDO, Jesús Manuel, RAMSÉS PREPO Serrano Abigail y LOYO ÁLVAREZ José Gregorio (2015). Realizaron el estudio titulado "Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. Barquisimeto. 2015", Cuba. Cuyo objetivo de estudio fue determinar la relación entre autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. A través de un estudio de asociación entre variables y comparativo, de corte transversal. En las conclusiones del estudio se evidencia que altos niveles de autotrascendencia se asocian con bajos niveles de depresión y preocupaciones sociales. Asimismo, se evidencia que niveles altos de ansiedad se asocian con niveles altos de depresión. En cuanto al sexo, hombres y mujeres difieren solo en los síntomas de ansiedad y son las mujeres quienes presentan en mayor proporción este trastorno.¹⁸

GALINDO VÁZQUEZ Oscar, ÁLVAREZ AVITIA Miguel Ángel y ALVARADO AGUILAR Salvador (2013). Realizaron el estudio titulado "Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento

y periodo de seguimiento”. México. Cuyo objetivo de estudio fue identificar y comparar los niveles de ansiedad y depresión en pacientes en tratamiento y periodo de seguimiento; así como su relación con los diferentes estilos de afrontamiento positivo. Utilizó un diseño transversal, no experimental. Encontrándose mayores niveles de ansiedad y depresión en el grupo de pacientes en tratamiento. Se identificó una relación inversamente proporcional entre los estilos de afrontamiento positivos y menores niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en ambos grupos. Obteniendo como conclusión la asociación entre los estilos de afrontamiento positivos y niveles bajos de ansiedad y depresión. Se recomienda promover en el paciente con CT afrontamiento positivo durante el tratamiento y periodo de seguimiento.¹⁹

SEGURA QUILES Isabel, MEROÑO HERNÁNDEZ José Alfonso (2014). Realizaron un estudio titulado “Evaluación del estado de ansiedad y depresión en el paciente oncológico hospitalizado” - Hospital Santa Lucía de Cartagena, Murcia. España. Cuyo objetivo fue conocer los casos de depresión y ansiedad que aparecen en el paciente oncológico hospitalizado, así como su relación con la edad y el sexo. Para ello realizó un estudio transversal, no experimental, en 21 pacientes ingresados en la Unidad de Oncología de dicho hospital. Llegando a la conclusión que el nivel de ansiedad es elevado en los pacientes oncológicos sometidos a tratamiento y algo inferior en el caso de la depresión. No hay diferencias significativas entre ambos sexos.²⁰

PAREDES HERVAS, María Verónica (2011). Realizo un estudio titulado "El tratamiento para el cáncer y los trastornos depresivos en los pacientes internos en Solca de la ciudad de Ambato en el periodo septiembre - diciembre 2010", Ecuador. Cuyo objetivo fue determinar la incidencia del trastorno depresivo en los pacientes internos con cáncer que reciben tratamiento en SOLCA de la ciudad de Ambato. Se acoge el enfoque: crítico propositivo de carácter cuanti-cualitativo. Las conclusiones del estudio fueron que el 100% de los pacientes que reciben tratamiento, presentan un trastorno depresivo. El 20% de los pacientes con cáncer presentan un trastorno depresivo mayor y el 80% de los pacientes con cáncer presentan un trastorno depresivo menor. Después de haber realizado la investigación y determinado el porcentaje del trastorno depresivo en los pacientes internos en SOLCA que reciben tratamiento, se propone una alternativa de solución, pensando en la necesidad de crear un departamento psico-oncológico dentro de la institución.²¹

NACIONAL

CALVA VÁSQUEZ, Jahaira Briggite y CASTRO PEREZ, Miriam Giuliana (2015). Realizaron un estudio titulado "Nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto regional de enfermedades neoplásicas. 2012", Trujillo. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

Trujillo 2012. Con un diseño descriptivo básico, cuantitativo, no experimental. Concluyeron que el nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 50%, moderada 42%, ausente 8 % en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Trujillo 2012, el nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 56%, moderada 35%, ausente 9% y el nivel de autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es bajo 69%, mediano en 29%, alto 2% en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.²²

AGUILAR MELQUIADES Fiorella Stefanie y QUINDE YOVERA Yariksa (2015). Realizaron el estudio titulado "Niveles de Ansiedad y Depresión en mujeres diagnosticadas con Cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas -2013", Trujillo. Cuyo objetivo de estudio fue determinar el nivel de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - 2013. Con un diseño descriptivo, cuantitativo, no experimental. Concluyeron que el nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III es ausente 2.9%, leve 34.3% y grave en 51.4%, el nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV es ausente 1.4%, leve 2.9% y grave en 7.1% , el nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino en grado III es ausente 1.4%, moderada 40% y grave en 47.2% y el nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino en grado IV es ausente 2.9%, moderada

2.9% y grave en 5.9% en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica.²³

BRACAMONTE ALEJANDRÍA Ana Guiselle y DÍAZ NIZAMA Diana Liz (2015). Rezaron el estudio titulado “Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, 2013”. Cuyo objetivo de estudio fue determinar la relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013. La investigación de tipo no Experimental y con un diseño descriptivo correlacional. Concluye que existe relación entre depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013. Los pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo – 2013, presentaron un nivel ausente de depresión. Se obtuvo un nivel de resiliencia alta en los pacientes con cáncer de cuello uterino.²⁴

BARAHONA MEZA Lorenzo Jorge (2011). Realizó el estudio titulado “Efectos del impacto de recibir el diagnóstico de cáncer en la salud mental de pacientes adultos del hospital Edgardo Rebagliati Martins. Essalud. 2011”, Lima. Cuyo objetivo de estudio fue determinar el efecto del impacto del conocimiento de padecer cáncer en la salud mental, con la producción de síntomas emocionales, como estrés, depresión, angustia, y pesquisar algún síntoma de delirium en 169 pacientes adultos de ambos sexos internados en los servicios oncológicos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud, de enero a junio del 2012 y si existe alguna relación con algunas variables demográficas y clínicas. El estudio de tipo

observacional, descriptivo, de corte transversal. Concluye que el cáncer funcionaría como un estresor, no tuvieron significación estadística con el estrés, depresión y ansiedad, las variables como: sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, creencia religiosa y pronóstico del cáncer. Hay una alta asociación entre estrés con depresión y ansiedad con valores estadísticamente significativos, aún en el modelo de regresión logística, que correspondería a una mala respuesta adaptativa al estrés. Ya que sin éste, ellas no se hubieran presentado. Encontramos delirium en un solo caso, el 0.6 % de los pacientes 8.1.5. El 16 % de los casos presentó simultáneamente estrés, depresión y ansiedad, que conviene tomar en cuenta para fines de tratamiento. Un tercio de los pacientes estudiados se adaptó bien al estrés que produce el cáncer y no encontramos casos de despersonalización.²⁵

2.2 Bases Epistémicas

CALIXTA ROY (MODELO DE LA ADAPTACIÓN)

El modelo de Sor Callista Roy es una metateoría ya que utilizo otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron:

- Teoría de Adaptación de Harry Helson: Toda persona elabora una serie de respuestas para adaptarse al entorno en el que vive, es decir, respuesta a estímulos.

- **Teoría de los Sistemas de Von Bertalanffy:** El ser humano funciona como un sistema holístico (bio-psico-social). Estas tres partes funcionan como un conjunto, interactuando entre ellas.

El modelo de adaptación de Roy es una teoría de sistemas, con un análisis significativo de las interacciones, que contiene cinco elementos esenciales:

- **Paciente:** Lo define como la persona que recibe los cuidados.
- **Meta:** Que el paciente se adapte al cambio.
- **Salud:** Proceso de llegar a ser una persona integrada y total.
- **Entorno:** Condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y la conducta de la persona.
- **Dirección de las actividades:** La facilitación a la adaptación.²⁶

Considera al hombre un ser biopsicosocial en relación constante con el entorno que considera cambiante. El hombre es un complejo sistema biológico que trata de adaptarse a través de cuatro aspectos: la fisiología, la autoimagen, la del dominio de un rol y la de interdependencia.

Los objetivos del modelo son: El individuo llegue a un máximo nivel de adaptación y evolución. Centrarse en la adaptación del hombre, y que los conceptos de persona, salud, enfermería y entorno están relacionados en un todo global.

Según Callista Roy "El modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno que es útil en cualquier entorno. Ayuda a una prioridad, a la atención y los retos de la enfermería para mover al paciente de sobrevivir a la transformación".²⁶

2.2.1 Bases Epistémicas de la Ansiedad

Darwin (1872) planteó una explicación de la presencia del miedo; supuso que la emoción era consecuencia de la evolución y selección natural. La función adaptativa del miedo radica en activar y movilizar al organismo para enfrentarse al peligro. Los cambios que se producen en él mismo son instintivos y pueden servir para indicar el peligro.

Cannon (1929) sugirió que durante el peligro o amenaza, el sistema nervioso simpático toma el control como medio de respuesta ante algún tipo de emergencia y la posible necesidad de actividad muscular intensa. Estos cambios simpáticos se interpretan como "respuesta de lucha o huida".²⁷

El modelo tridimensional de la ansiedad

Fue propuesto por Peter Lang en 1968 y desde entonces ha sido ampliamente aceptado no solo como un modo de objetividad el estudio empírico de las respuestas de ansiedad, sino también como una forma de comprender teóricamente la naturaleza de la ansiedad y sus trastornos.²⁸

Esta teoría propone que la ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuestas: cognitiva, fisiológica y conductual o motor:

- a. **Respuesta cognitiva:** La ansiedad normal se manifiesta en pensamientos o sentimientos de miedo, preocupación, temor o amenaza; mientras que la ansiedad psicopatológica se vivencia como una catástrofe inminente (amenaza magnificada) y se puede experimentar como "desórdenes de pánico" generalizados. Comprende pensamientos o imágenes muy específicos, como anticipaciones catastrofistas de un problema.
- b. **Respuestas fisiológicas:** Se asocian a un incremento en la actividad del Sistema Nervioso Autónomo y el Sistema Nervioso Somático, pero también interviene en la activación de la actividad neuroendocrina del Sistema Nervioso Central. Como consecuencia de este incremento se pueden producir aumentos en la actividad cardiovascular, la actividad electrodérmica, el tono músculo-esquelético.
- c. **Respuestas motoras:** Por el aumento en las respuestas fisiológicas y cognitivas es que se producen cambios importantes en la respuesta motora, dividiéndose en respuestas directas e indirectas. Las respuestas directas incluyen: tics, temblores, inquietud motora, tartamudeo, gesticulaciones innecesarias, etc. Además, pueden incluir una reducción de la precisión motora, de aprendizaje y ejecución de tareas complejas; también una disminución de la

destreza para la discriminación perceptiva y de la memoria a corto plazo. Las respuestas indirectas se refieren a las conductas de escape o evitación producto de la ansiedad y que, usualmente, no están bajo el control voluntario de la persona.²⁸

A partir de la década de los años setenta, se empieza a considerar que la ansiedad constituye un estado emocional no resuelto de miedo sin dirección específica, que se expresa después de percibir un amenaza.²⁹

La ansiedad ha ido evolucionando hacia una multiplicidad de dimensiones. Por ello existen varios enfoques sobre la ella:

- **Enfoque Psicodinámico.** Su creador fue Freud. Explica que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico), una respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual (libido) para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría, la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del súper yo y de los instintos prohibidos, es por ello que los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.³⁰
- **Enfoque Conductistas.** Se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una relación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría, la ansiedad es el

resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido equivocadamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y, por tanto, amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas.

- **Enfoque Cognitivistas.** Considera la ansiedad como resultado de “cogniciones” patológicas. Se puede decir que el individuo “etiqueta” mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo, cualquiera puede tener una sensación física desagradable en un momento determinado, si bien la mayoría no le daría ningún tipo de importancia a esta experiencia, existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica la cual ocasiona una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.³⁰

2.2.2 Bases Epistémicas de la Depresión

Para que la depresión pueda transformarse en la epidemia del siglo, fue necesaria la creación de una red de pequeñas interacciones entre sujetos con frustraciones y sufrimientos cotidianos, y una medida más sofisticada

de clasificación de síntomas. No se trata de afirmar que la depresión es una mera invención histórica, una ficción socialmente creada con el objetivo de manipular a los sujetos. Se busca explorar estrictamente lo epistemológico: de qué modo es definido, validado y legitimado el diagnóstico de depresión.³¹

Es por ello que se han formulado diversas teorías y modelos psicológicos para dar una explicación a la etiopatogenia de la depresión.

- **Modelo psicoanalítico.** En "Duelo y melancolía" (1917), Freud propuso una teoría etiopatogénica de la depresión basada en la noción de "pérdida de objeto", se explica que las pérdidas sufridas durante la infancia producen una introyección sobre el objeto perdido. Por lo tanto "Cuando se produce la pérdida en la edad adulta, lo ocurrido en la infancia y su correspondiente odio hacia el objeto perdido se reactivan: no obstante, el objeto perdido se ha convertido en parte de uno mismo, por lo cual el odio se dirige hacia uno mismo". Este odio retrodirigido, junto al sentimiento de pérdida, se expresa como una depresión.³²

Hasta la década del setenta, los principales enfoques explicativos de la depresión o bien procedían del psicoanálisis o estaban basados en las teorías del aprendizaje. El paradigma cognitivista influyó en los modelos teóricos que tratan de dar explicación a la aparición de la depresión.³³

- **Modelo cognitivo.** Dentro del ámbito de la psicoterapia, uno de los enfoques más influyentes fue el de Beck, basado en el supuesto de que existe una relación causal entre el sistema de creencias de la persona, sus afectos y emociones.

La tríada cognitiva de Beck (1983), explica que la base de la depresión se encuentra en un triple déficit en el sistema de creencias que lleva a la persona a percibirse a sí misma, al mundo y al futuro en términos negativos. Esta tríada cognitiva, que tiene su origen en las experiencias tempranas del individuo, comprende errores sistemáticos en el pensamiento y distorsiones en el procesamiento de la información. Según Beck, existe un determinado grado de vulnerabilidad o tendencia a la depresión, que es el resultado de la activación de determinados esquemas, constituidos por actitudes disfuncionales y pensamientos automáticos que desembocan en una percepción distorsionada de la realidad.³³

- **Modelo cognitivo – conductual.** Se centran en la interacción persona-situación. El modelo de Rehm (1977) explica que un déficit en las conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) desencadenándose un episodio depresivo. Estos déficit surgen, según el autor, en el proceso de socialización de una persona y

serían rasgos estables que podrían evidenciarse previamente a la aparición del episodio depresivo.³⁴

2.3 Bases Científicas

2.3.1 Cáncer

Los trastornos psicopatológicos más comunes dentro de la población de pacientes con cáncer son la ansiedad y depresión, pero la más determinante durante todo el proceso de la enfermedad es la depresión.

Durante el proceso de la enfermedad hay muchas cosas que pueden causar sentimientos de depresión, ansiedad y miedo.

Los cambios en la imagen corporal pueden afectar la autoestima y la confianza. Los síntomas físicos, tal como dolor, náusea o cansancio extremo, probablemente causen también angustia emocional. Las personas también podrían sentir miedo a la muerte, al sufrimiento, al dolor o a todas las cosas desconocidas que podrían acontecer durante su enfermedad.³⁵

a) Definición

El término “cáncer” es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. El cáncer: es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.¹

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “el cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor puede invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes. Además, un porcentaje importante de pacientes con cáncer pueden curarse mediante cirugía, radioterapia y quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana”.³⁶

Según la definición de Barbacci: “Los tumores o ‘neoplasias’ son proliferaciones anormales de los ‘tejidos’ que se inician de manera aparentemente espontánea (no se conoce la causa), de crecimiento progresivo, sin capacidad de llegar a un límite definido, carente de finalidad y regulado por leyes propias más o menos independientes del organismo”.¹

Las tres características principales de los tumores son:

- Forman una masa anormal de células.
- Poseen crecimiento independiente, excesivo y sin control.
- Tienen la capacidad de sobrevivir incluso después de desaparecer la causa que lo provocó.

En las neoplasias es muy importante tener en cuenta que se pierden las capacidades de respuesta a los controles normales del crecimiento, ya que las células tumorales continúan proliferando de forma indiferente e independiente de ellos. Los tumores no son totalmente independientes, pues dependen del huésped para nutrirse e irrigarse. La oncología es la ciencia que estudia los tumores y esta misma ciencia los diferencia en neoplasias benignas o malignas, según el comportamiento clínico que posean.¹

Los tumores benignos son aquellos cuyas características microscópicas y macroscópicas no son graves; es decir, el tumor se encuentra en una zona bien localizada y se puede curar mediante una extirpación quirúrgica, ya que no ha dado lugar a implantes secundarios.

En cambio, los tumores malignos son aquellos que pueden infiltrar las estructuras adyacentes, destruyéndolas; o propagarse a lugares lejanos, dando lugar a implantes secundarios (metástasis) y ocasionando, así, una muerte casi segura.¹

b) Fases del paciente oncológico para la aceptación de la enfermedad

La enfermedad oncológica no se reduce a un momento en la vida de la persona, sino que es un proceso que comienza con el diagnóstico y sigue con los tratamientos. Cuando no puede controlarse la enfermedad y ésta avanza, se llegará a la fase terminal de la misma.³⁷

Por ello el personal de la salud debe entender que el paciente debe ser tratado desde un punto de vista biopsicosocial, así como conocer una serie de manifestaciones y necesidades por las que transcurre el enfermo.⁴⁰

El diagnóstico de cáncer es un hecho altamente estresante para la mayoría de las personas, siendo una de las experiencias más complejas y temidas en nuestra sociedad actual. Es uno de los momentos de mayor tensión, difícil emocionalmente. Es el momento donde se confirma la sospecha y la persona se identifica con su papel de enfermo. Preguntas como "¿por qué a mí?", "¿por qué me pasa esto ahora?", "¿qué he hecho?", etc., suelen ser frecuentes en estos momentos. Ser diagnosticado de cáncer produce una serie de sentimientos que en su inicio son de shock, confusión, negación, incredulidad...que darán paso a otros sentimientos como: incertidumbre, tristeza, rabia, angustia, desamparo.³⁷

Desde el punto de vista psicológico cuando a una persona tiene que enfrentarse a un diagnóstico de cáncer transcurre por diferentes fases para la aceptación de la enfermedad, las cuales son similares a las descritas por la Dra. Elizabeth Kübler-Ross.³⁹

Según la descripción de la Dra. E. Kübler-Ross en su libro "On death and dying", de 1969, que trata sobre la muerte y el acto de morir, menciona las

diferentes fases del enfermo según se aproxima su muerte, esto es, la negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

- **Negación.** Cuando uno sabe que va a morir, pasa por una reacción inmediata de negación, “no es posible”, “no me puede tocar a mí”.
- **Ira.** Con frecuencia se reacciona con ira, o con sensación de injusticia, con rabia, como peleando contra lo imposible.
- **Negociación-regateo.** Se busca una negociación, un pacto interior, se reza, se modifican hábitos para intentar cambiar el destino.
- **Depresión.** Por fin se comprende la inevitabilidad de la realidad y se entra en un estado de depresión, se aísla, no se quiere hablar con nadie, se hunde en sus pensamientos de fin de la vida. La depresión de la que la Dra. Kübler-Ross habla es una depresión reactiva, ante una situación adversa que no se puede cambiar. Y explica que en la fase terminal y agónica se da una depresión “preparatoria”, en la que la persona va desconectándose de lo que le rodea, deja de hablar, se va encerrando en sí misma y abandona toda lucha.
- **Aceptación.** Dice la Dra. Kübler-Ross que la mayoría de los pacientes a los que ella acompañó acabaron llegando a una quinta fase de aceptación. No todos los pacientes con cáncer llegan al final de su vida aceptando la realidad.⁴⁰

No siempre se pasa por todas las etapas y el orden puede alterarse, en algunos casos pueden darse simultáneamente, por ejemplo, la rabia y la tristeza. Estas etapas forman parte del proceso de adaptación a la enfermedad y aunque comienzan en el diagnóstico pueden extenderse hasta la fase de tratamiento.³⁹

c) Las emociones y el Cáncer

El tiempo de diagnóstico representa un impacto importante en los pacientes con cáncer, el afrontamiento es diferente en cada ser humano, algunos presentaran emociones como estrés, ansiedad o depresión más marcadas al inicio del diagnóstico y otros a medida que pasa el tiempo o caso contrario.⁴¹

Hay enormes diferencias en cómo diferentes personas vivencian y afrontan un mismo conflicto, problema, situación, suceso, o acontecimiento vital más o menos grave y estresante. Aunque, si se fijan bien, y se dan cuenta de la ligereza de ésta afirmación, tendrán buena parte de la respuesta a la variabilidad en el afrontamiento: los hechos que se enfrentan son únicos, nunca se repiten, ni espacio-temporalmente, ni en el protagonista de ellos (incluso si se trata de la misma persona).⁴²

Un diagnóstico de cáncer puede dar diversos y profundas emociones como miedo a la muerte, ira, esperanza, culpa, negación, tristeza, soledad o ansiedad. Estas emociones son reacciones naturales ante un cambio importante. Los efectos emocionales del cáncer pueden durar más allá del

tratamiento. Es común sentirse nervioso ante síntomas menores de enfermedad o dolor, por miedo a una reaparición. Algunas personas descubren que enfrentarse al cáncer ha cambiado su vida.

Para muchas personas, el cáncer es una experiencia que cambia la vida. Tras el fin del tratamiento, esperará que su vida vuelva a como era antes del diagnóstico. Adaptarse a la vida después del tratamiento puede tomar tiempo. Al igual que los demás, a estas persona les tomará un tiempo para adaptarse a su vida tras el cáncer, su familia y amigos también necesitarán un tiempo. Ellos también han pasado una etapa muy difícil y puede que necesiten un periodo de descanso y adaptación.⁴¹

d) Diagnóstico

El diagnóstico de un cáncer puede producir cambios psicológicos importantes en el paciente y en su familia, dependiendo del tipo de tumor diagnosticado, de los tratamientos médicos administrados, de sus sistemas de apoyo, del momento evolutivo en el que se diagnostica, del estilo empleado por cada uno para afrontar los problemas que la vida plantea, de la historia de enfermedades que haya padecido. Por tanto, la experiencia con el cáncer difiere en cada paciente y en cada familia.⁴³

Una de las reacciones emocionales más frecuentes ante la confirmación del diagnóstico es la de la negación. Mientras que algunos sospechan que pueden padecer una enfermedad grave antes de que se lo confirme el médico, otros se sienten tan bloqueadas, una vez

confirmado el diagnóstico, que no se lo pueden creer. Buscan segundas opiniones con el propósito de encontrar a un profesional que desconfirme la presencia del cáncer; piden a su médico que repita las pruebas realizadas esperando obtener resultados diferentes; o bien piensan que los resultados recibidos de las pruebas médicas no son suyos, sino de otro enfermo.

A menudo es difícil creerlo. Lleva un tiempo diferente para cada persona asimilar su diagnóstico. Es un momento difícil y caótico tanto para el enfermo como para su familia. En general, quienes lo sufren desconocen el sistema sanitario y desconfían de su capacidad para poder afrontar la enfermedad. Se preocupan de la respuesta que tenga el cáncer al tratamiento, cuyas consecuencias no conocen, origen probable de su temor. En efecto, puede que uno no sepa del cáncer más que lo que ha oído a sus amigos o en los medios de comunicación. Los temores al hospital, a los pinchazos, a las pruebas médicas, a los efectos secundarios del tratamiento, al rechazo por parte de amigos y familia, a no poder cuidar de los seres queridos o al abandono por parte del cónyuge o la pareja son también frecuentes. Otro de los miedos más comunes se relaciona con la muerte. Muchas personas aún piensan que el cáncer equivale a ese desenlace. Sin embargo, los índices de supervivencia por esta enfermedad son cada vez mayores. Prueba de ello es que cada vez hay mayor número de personas que han superado la enfermedad.⁴³

e) Tratamiento

Los principales enfoques terapéuticos para controlar el cáncer son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. Dado que los tumores malignos son tan variables en cuanto a su presentación y conducta, la elección de uno o más métodos constituye una tarea difícil. Los objetivos fundamentales del tratamiento son la curación, el control y el alivio. El objetivo del tratamiento curativo es la total erradicación del tumor. El control se refiere a la detección o enlentecimiento del crecimiento tumoral, aunque sin conseguir su curación. Este tratamiento puede mejorar la supervivencia, así como la calidad de vida.⁴⁴

Las terapias son agresivas, con múltiples efectos secundarios difíciles de entender por el paciente, puesto que, en algunos casos, a corto plazo experimenta un empeoramiento de su estado físico y psíquico, sin la seguridad de obtener una curación total, solo con la esperanza de controlar la enfermedad. Reacciones emocionales como ansiedad, miedo, pérdida de control, indefensión, sentimientos de inutilidad e invalidez, son consecuencia de los tratamientos.³⁷

Tanto el cáncer como su tratamiento pueden cambiar la apariencia. Cómo sentirse acerca de nuestra apariencia se llama imagen corporal. Muchas personas con cáncer se sienten autoconscientes acerca de los cambios en sus cuerpos. Algunos de los cambios físicos más comunes del cáncer incluyen:

- Pérdida de cabello
- Aumento de peso o pérdida de peso
- Cicatrices de la cirugía
- Erupción, típicamente de las terapias de la droga
- Pérdida de un órgano, miembro o seno.⁴⁵

Algunos efectos psicosociales de cada tipo de tratamiento:

- **La Cirugía**, es un fuerte estresor en sí misma, por el miedo a la anestesia, al dolor, a la muerte durante la misma y por sus consecuencias, dependiendo de su localización y de la pérdida funcional correspondiente. Ejemplo de ello son: la colostomía, mastectomía, laringuectomía, etc.
- **La Radioterapia**, en general, ocasiona menos problemas psicológicos que la cirugía y la quimioterapia. Durante la misma pueden apreciarse respuestas emocionales de carácter ansioso, acompañadas de sentimiento de miedo y hostilidad, como consecuencia del miedo al contacto con la máquina, a la forma de administración del tratamiento y el temor a los fallos técnicos.³⁷
- **La Quimioterapia**, por sus efectos secundarios, náuseas y vómitos, fatiga, alopecia, neuropatías, anorexia, etc., es normalmente mal tolerada psicológicamente por los pacientes que presentan síntomas de ansiedad, depresión, dificultad de concentración, baja autoestima, entre otros.

En general, los tratamientos afectan al paciente en tres áreas fundamentales de su funcionamiento: social, somática y psicológica, provocando diferentes alteraciones, entre las cabe destacar:

- Modificación de la vida cotidiana
- Pérdida de control
- Hospitalización
- Sentimientos de ineficacia
- Modificación del funcionamiento profesional
- Amenazas a la autoestima
- Dificultades en las relaciones sexuales.³⁷

Durante esta fase de tratamiento el enfermo, en general, ha de emprender importantes cambios en su vida. Quizás, aunque no necesariamente, se vea obligado a interrumpir su actividad profesional o sus responsabilidades domésticas. En algunos casos, los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia y las visitas frecuentes al hospital alteran las relaciones con la familia y con los amigos.

La persona que recibe tratamiento para un cáncer se puede sentir hostil y enfadada. En realidad, tiene muchos motivos para estarlo, como no poder llevar una vida como la anterior al diagnóstico, sentirse

fisicamente mal o tener que someterse a revisiones médicas con frecuencia. El enfado suele dirigirse contra el personal sanitario, la familia o incluso Dios, si se es creyente. Sin embargo, la causa real del enojo suele ser el hecho de estar enfermo y de tener que soportar tratamientos altamente agresivos, así como la impotencia ante la situación. Pero la hostilidad también oculta una profunda tristeza difícil de exteriorizar.⁴³

Las relaciones familiares pueden también verse afectadas por el cáncer durante la administración del tratamiento. Una de las alteraciones que se pueden producir en la familia es el cambio de roles. Así, si la afectada es la madre de la familia, probablemente su cónyuge y sus hijos tendrán que asumir las tareas domésticas durante el tiempo que dure la administración de los tratamientos.

En la relación de pareja se hace recurrente el temor a la ruptura. La falta de comunicación, la dificultad en las relaciones sexuales, la tristeza y los sentimientos de impotencia en el cónyuge sano pueden explicar el problema. En el caso de no tener una pareja estable, la posibilidad de ser amado en el futuro puede generar gran angustia. No existe evidencia alguna de que ni el cáncer ni sus tratamientos sean la causa de rupturas en las relaciones de pareja. La flexibilidad y la cohesión familiar, junto con una comunicación abierta y sincera, facilitarán enormemente el proceso de adaptación de la familia a la realidad generada por la

enfermedad. Algunas familias describen estar más unidas después de haber pasado por esta dolorosa experiencia, y refieren que el cáncer les ha servido para compartir lo que sienten y lo que piensan, y para apreciar más su vida en común.⁴³

2.3.2 Ansiedad

a) Definición

La ansiedad (del latín *anxietas*, 'angustia, aflicción') es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc , que son percibidos por el individuo como amenazantes y/o peligrosos, y se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.⁴⁶

Según la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés), "la ansiedad puede describirse como una sensación de nerviosismo, tensión o preocupación. Es una emoción normal que alerta al cuerpo para que responda ante una amenaza. Sin embargo, la ansiedad intensa y prolongada es un trastorno que puede interferir en sus relaciones y actividades cotidianas".⁴⁷

Según el destacado psicólogo Charles Spielberger “Es un estado emocional displacentero, caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo.”

Según Juan José Tobal (1994) “define la ansiedad como la respuesta o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión, aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto nivel de activación del sistema nervioso central autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos pocos ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser tanto por estímulos externos o situacionales, como por estímulos internos como pensamientos o ideas que el sujeto percibe como peligrosos o amenazantes”.

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) “La define como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida.”

Según el DSM-IV-TR (2001) “Es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo.”

La ansiedad es un sentimiento o una sensación inquietante que a menudo se experimenta cuando se enfrenta una situación abrumante de tensión e incertidumbre.⁴⁸

La ansiedad es un estado emocional en el que la persona se siente tensa, nerviosa, preocupada o atemorizada de forma desagradable y que puede cursar además con sintomatología física como palpitaciones, sudoración, inquietud, sensación de ahogo, de falta de aliento, etc.

La ansiedad también es una reacción autónoma o automática del organismo que aparece cuando nuestro sistema cognitivo interpreta que algo nos amenaza.⁴⁹

Es la ansiedad incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación la que se considera patológica. Dicha enfermedad puede observarse mediante la presencia de irritabilidad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, dificultades de atención/concentración, aprehensión duradera, disminución del rendimiento intelectual, inquietud, preocupación excesiva y alerta, entre otros muchos síntomas y signos posibles. Se puede manifestar desde el momento mismo del diagnóstico, en los estadios avanzados, durante el tratamiento o después de terminarlo.⁵⁰

Todo el mundo se preocupa o se siente un poco nervioso de vez en cuando, un poco de ansiedad puede incluso ayudar a centrarse, pero

demasiada ansiedad o la ansiedad que causa problemas con la vida cotidiana no es normal.

Algunas personas se sienten demasiado ansiosas solo en determinados momentos, mientras que otras se sienten ansiosas la mayor parte del tiempo. Cualquier tipo de ansiedad puede hacer que se sienta impotente, confundido o preocupado. Algunas veces, la ansiedad es un signo de otro problema, como depresión o demasiado estrés.⁵¹

La ansiedad interviene en 3 niveles de la siguiente manera:

- A nivel **COGNITIVO**: activando pensamiento catastrofista y negativos. Actuando como un disparador para muchos miedos. Pues las situaciones se reinterpretan como más peligrosas.
- A nivel **FISIOLÓGICO**: se produce una activación física que da lugar a la sintomatología como las palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo, sensación de pérdida de control, etc.
- A nivel **CONDUCTUAL**: de repente tenemos la sensación de que necesitamos huir, escapar que aquello, que termine de una vez.⁵⁰

b) Tipos de ansiedad

Los desórdenes de ansiedad, son las que producen una sensación de miedo, de pena e inquietud sin ninguna razón evidente. Sin tratamiento, estos desórdenes pueden reducir dramáticamente la productividad y disminuir perceptiblemente la calidad de la vida de un individuo.⁵²

Estos desordenes se pueden manifestar en diferentes tipos, pero principalmente se abordara los tipos de ansiedad que acompañan o se manifiestan frecuentemente en oncología:

1. Ansiedad reactiva:

Es el tipo más común que presentan las personas afectadas de cáncer. Aparece normalmente antes incluso de conocer el diagnóstico, cuando se acude al centro médico u hospital a hacerse pruebas y se debe esperar un tiempo antes de recibir los resultados.

Es muy importante en esta fase de "tiempo de espera" ser consciente de que la ansiedad y el deseo de conocer los resultados pueden alterar la percepción subjetiva del tiempo y aumentar la angustia de quienes esperan, tanto afectado como familiares. Otros momentos puntuales en los que suele aparecer es al iniciar los tratamientos quirúrgicos, quimioterapia, radioterapia, etc. Así como ante efectos secundarios que

pueden alterar la calidad de vida del paciente (náuseas, vómitos, caída del cabello, entumecimiento, etc.).⁵⁰

2. Ansiedad debido a causas médicas

Una vez iniciados el proceso oncológico y sobre todo determinados tratamientos como la quimioterapia, la ansiedad y los problemas para dormir son muy frecuentes. Pero no sólo, por la situación emocional a la que las personas afectadas pueden verse expuestas. Sino que los cambios físicos que generan dichos tratamientos también actúan como disparadores y mantenedores de la ansiedad.

Las causas médicas que pueden provocar ansiedad son:

- El dolor no controlado
- Cambios metabólicos
- Complicaciones médicas o de la medicación.⁵⁰

3. Trastorno por estrés postraumático.

Algunos sobrevivientes del cáncer padecen de síntomas traumáticos similares a los que padecen aquellas personas que han sobrevivido a situaciones sumamente tensas, como las de agresiones, desastres naturales, accidentes graves o cualquier otra circunstancia en que sus vidas se hayan visto en peligro.

A las personas con historial de cáncer se les considera en riesgo de desarrollar (TEPT). La conmoción mental y física que conlleva el vivir con una enfermedad grave, el recibir tratamiento para el cáncer, y el vivir con repetidas amenazas tanto al cuerpo como a la vida misma, resultan en una experiencia traumática para muchos pacientes de cáncer.⁵⁴

c) Enfermedades generadoras de ansiedad

La ansiedad puede presentarse en crisis, sin un motivo explícito, pero mostrando miedo a morir. Las crisis pueden ser aparatosas en forma de pánico.

También tenemos la ansiedad consecuencia de situaciones estresantes, como el estrés postraumático y las reacciones ante cambios, sea del tipo que sea, como los trastornos adaptativos.

Hay algunas enfermedades orgánicas que están directamente relacionados con la ansiedad, como son las alergias, cardiopatías, hipertensión, mal de Alzheimer, hipoglucemia, depresión y fibromialgia (enfermedades osteomusculares) entre otras.⁵⁴

Las principales causas de la ansiedad en pacientes con cáncer son la percepción de cercanía de la muerte, el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma, la anticipación del sufrimiento propio y de los familiares, la dificultad para expresar sus sentimientos, miedos y preocupaciones, la sensación de pérdida de

control, problemas económicos; problemas de índole espiritual y existencial.⁵⁰

d) Ansiedad oncológica

Hablar de ansiedad como síntoma emocional ante una enfermedad oncológica, significa hablar de la mayoría de los pacientes oncológicos.

En el proceso de la enfermedad oncológica todos son vulnerables a sufrir algún nivel de ansiedad, es por ello que ya sea antes o después la ansiedad, la angustia y el miedo hacen su aparición. Es frecuente que ésta aparezca incluso antes de tener un diagnóstico firme de cáncer y/o que acompañe durante todo el proceso de enfermedad a quien la padece. Habiendo momentos claves como cuando el cáncer se disemina o el tratamiento pasa a ser más intensivo, donde dicha ansiedad y malestar emocional suelen despuntar aún más.⁵⁰

Enterarse de que tienen la enfermedad o que el cáncer regresó, causa ansiedad y miedo. Dada la asociación del cáncer con la muerte (debido a que la mayoría relaciona el tratamiento con dolor, y a que todos conocen casos de gente que ha muerto de cáncer), es normal sentir miedo y plantearse en algún momento “¿me voy a morir?”

En los pacientes simplemente el impacto de descubrir que tienen cáncer puede desencadenar sentimientos de miedo o ansiedad. Muchos pacientes oncológicos experimentan sentimientos de incertidumbre sobre

su futuro y se preocupan sobre el sufrimiento, el dolor y lo desconocido. En muchos casos se lamentan los cambios en su apariencia, en las relaciones interpersonales; también existe temor a la pérdida de la independencia y a ser una carga para otros.⁵⁵

La ansiedad se considera desadaptativa y con efectos perjudiciales (problemática), cuando es desproporcionada a la amenaza, en el paciente oncológico se desarrolla debido a la naturaleza de la amenaza, por sus características (enfermedad grave, de larga evolución, con múltiples tratamientos y con un pronóstico incierto). Por lo tanto el proceso de la enfermedad neoplásica está acompañado de miedos, angustias y dudas; y los niveles de ansiedad suelen ser altos, constantes y persistentes en el tiempo.⁵⁶

e) Signos y síntomas de ansiedad

Cuando la ansiedad se convierte en patológica provoca malestar significativo, con síntomas que afectan tanto al plano físico como al conductual y psicológico, entre los que cabe destacar:

Físicos

- Hiperactividad Vegetativa: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad, taquicardias o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo.

- Neuromusculares: temblores, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
- Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.
- Respiratorios: disnea.
- Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
- Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.

Psicológicos

- Aprensión, preocupación (excesiva preocupación sobre posibles desgracias futuras, sentirse “al límite” de sus fuerzas, dificultad de concentración, etc).
- Sensación de agobio.
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
- Dificultad de concentración, sensación de pérdida de memoria.
- Inquietud, irritabilidad, desasosiego.

Conductuales

- Estado de alerta e hipervigilancia
- Conductas de evitación de determinadas situaciones.
- Inhibición o bloqueo psicomotor.
- Obsesiones o compulsiones.

- Torpeza o dificultad para actuar
- Aislamiento social, etc.

Estos niveles pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y estos a su vez disparar los síntomas conductuales. Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse, superponerse o confundirse con los de padecimientos no mentales.⁴⁶

2.3.3. Depresión

a) Definición

La depresión (del latín depressus, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que se diagnostica clínicamente.⁵⁷

A su vez, es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, ya que suele tener importantes consecuencias sociales y personales, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio.⁵⁸

Según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés), "afecta el organismo (cerebro), el ánimo y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (auto - estima) y la forma en que uno piensa".⁵⁹

Por otro lado, los sentimientos de depresión son comunes cuando los pacientes y los familiares se enfrentan al cáncer. La tristeza, la ira, el duelo y muchos otros sentimientos también son comunes. Pero cuando estos sentimientos perduran mucho o interfieren con las tareas cotidianas, existe una razón para preocuparse. La depresión clínica es una enfermedad más grave que puede hacer que las personas se sientan más angustiadas. Esta depresión dificulta que la persona funcione y siga los planes de tratamiento. Ocurre en aproximadamente una de cada cuatro personas con cáncer, aunque se puede tratar.⁶⁰

De acuerdo con el psiquiatra y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, los signos y síntomas de los pacientes diagnosticados clínicamente con depresión pueden identificarse y subdividirse en afectivos, conductuales, físicos y cognitivos.

Según Beck "el individuo deprimido se ve a sí mismo como un "perdedor": como una persona inadaptada, destinada a la frustración, la carencia, la humillación y el fracaso". De ahí concluye Beck "la depresión debe incluir una perturbación del pensamiento: la persona deprimida piensa de manera idiosincrásica y negativa sobre sí misma, su ambiente y su futuro.

Esta tendencia mental pesimista afecta su estado de ánimo, su motivación y sus relaciones con los demás, y culmina en el cuadro de síntomas físicos y psicológicos típico de la depresión".⁵⁹

En ocasiones el paciente puede sentirse desbordado por la situación de la enfermedad y experimentar sentimientos de apatía y depresión. Puede perder el interés por todo y no tener ganas de continuar con sus actividades cotidianas. Cualquier pequeño esfuerzo puede suponer una gran dificultad. El malestar físico o psicológico puede llevar a que lo que antes exigía sólo un pequeño esfuerzo ahora suponga una gran dificultad.⁶¹

b) Tipos de depresión

La intensidad del trastorno depresivo puede variar.

Puede haber un trastorno ligero que se designa como distimia, donde prevalece un tono emocional disminuido y un reporte verbal de tristeza.

Se puede dar una depresión de nivel intermedio como una forma de reacción depresiva ante situaciones y experiencias de la vida, donde esta reacción se mantiene por periodos variables dependiendo de la presencia de los factores desencadenantes.⁵¹

También puede haber una depresión intensa o mayor, donde el trastorno dura por más de tres meses y afecta considerablemente la capacidad del

paciente, afectando sus ciclos de sueño, su alimentación y el cuidado de sí mismo.⁵⁷

Un episodio depresivo mayor se presenta a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. Ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo mayor, algunos pacientes presentan crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. Algunos refieren problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en la actividad sexual. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado.⁶²

c) Enfermedades generadoras de depresión

Es frecuente sentirse triste o desalentado después de un infarto o un diagnóstico de cáncer, o si está en tratamiento para una afección crónica. Debido a ello se afrontan nuevas limitaciones en lo que puede hacer, y se puede sentir ansioso por los resultados del tratamiento y lo que le espera en el futuro. Es difícil adaptarse a una nueva realidad y hacer frente a los cambios y el tratamiento continuo que acompaña el diagnóstico.⁶³

Algunas enfermedades como el mal de Parkinson y los derrames cerebrales están relacionadas directamente con la depresión, ya que producen el déficit de ciertos neurotransmisores (dopamina, serotonina o

noradrenalina). También la ansiedad y el estrés pueden desencadenar síntomas de depresión.

d) Depresión oncológica

Los pacientes oncológicos son una población en riesgo alto de desarrollar reacciones emocionales negativas y trastornos psicopatológicos debido a los acontecimientos estresantes a los que se ven enfrentados a consecuencia del diagnóstico y posterior tratamiento.⁶⁴

El diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad genera frecuentemente un malestar emocional (distress) 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. Generalmente los pacientes oncológicos presentan algún trastorno adaptativo con ánimo depresivo a lo largo de la enfermedad. 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.⁵⁶

El diagnóstico de depresión en el paciente con cáncer es complicado por dos razones: una emocional y otra somática. La tristeza y la pena es la norma en los individuos que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer y a un tratamiento que va afectar su calidad de vida.⁶⁵

Aunque no se conocen las causas reales de la depresión en pacientes con cáncer, existen diversos factores que pueden aumentar su probabilidad de deprimirse. Entre ellas pueden estar el dolor mal controlado, el cáncer en estadio avanzado, un mayor deterioro físico o dolor, antecedentes personales de depresión o intentos de suicidio, antecedentes familiares de depresión o suicidio, antecedentes de alcoholismo o abuso de drogas, falta de apoyo familiar, personalidad pesimista u otros acontecimientos vitales que producen sufrimiento; a su vez, algunos medicamentos prescritos con frecuencia para el tratamiento del cáncer pueden también causar depresión como efecto secundario, como por ejemplo: fármacos de quimioterapia, hormonas, agentes inmunosupresores o esteroides.⁶⁶

e) Signos y síntomas de depresión

Los síntomas de depresión pueden aparecer poco después del diagnóstico o en cualquier momento durante el tratamiento o después de este. Estos síntomas varían de leves a graves.

La depresión grave interfiere en las relaciones de la persona y en sus actividades y responsabilidades cotidianas. Esta se denomina trastorno depresivo mayor.⁶⁷

Síntomas Afectivos

- Sentirse desgastado (desinterés), el sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer.

- Sentirse triste, es una sensación muy profunda, arrasadora. Tanto, que el paciente se siente "en baja", tal como si hubiera perdido el sabor, el placer de vivir.
- Sentirse desesperanzado.
- Sentirse irritable.
- Sentirse aturdido.
- Sentirse desvalorizado.

Síntomas Conductuales

- Falta de interés en actividades que solía disfrutar.
- Llanto frecuente.
- Distanciamiento de amigos o familiares.
- Pérdida de motivación para hacer actividades cotidianas.

Síntomas físicos

- Fatiga.
- Lentitud (letargo)
- Pérdida del apetito.
- Insomnio, que es la imposibilidad de conciliar el sueño y de permanecer dormido.
- Hipersomnias (somnolencia excesiva).
- Problemas sexuales, como una disminución del deseo sexual.

Síntomas Cognitivos

- Menor capacidad para concentrarse.
- Dificultad a la hora de tomar decisiones.
- Problemas de memoria.
- Pensamientos negativos. En situaciones extremas, pueden incluir pensamientos de que no vale la pena vivir o pensamientos de lastimarse a sí mismo.

Los síntomas físicos y cognitivos enumerados arriba pueden ser efectos secundarios del cáncer o del tratamiento del cáncer. Como consecuencia, al diagnosticar la depresión en personas con cáncer los médicos ponen más énfasis en los síntomas afectivos relacionados con el estado de ánimo y los síntomas conductuales.⁶⁷

2.4 Bases culturales

El enfoque intercultural promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales; considera la Salud como un derecho fundamental y entiende como implícita la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimiento con las creencias y las prácticas tradicionales al momento de enfrentar una enfermedad.⁴³

La cultura define las creencias acerca de la enfermedad y la salud; la experiencia y la respuesta al dolor; la identificación y la selección de cuidados médicos; el valor atribuido a las diferentes partes del cuerpo y a

sus alteraciones; las fuentes de apoyo que recibe una persona enferma; el significado que se atribuye a los síntomas físicos; el uso de tratamientos alternativos cuya eficacia no se ha demostrado científicamente; y la actitud que se mantiene ante el deterioro físico progresivo y la muerte, entre otros.³¹

Cada persona según el entorno cultural en el que se desenvuelve le dará diferentes significados a la situación que vive; ya sea el afrontar someterse a un examen médico, el encontrarse hospitalizado, el sufrir alguna enfermedad crónica o el padecer de alguna limitación física. De aquí, que el concepto de salud varía entre las diferentes culturas.

Sin embargo, el cáncer es una enfermedad temida en todas las culturas. Aunque su asociación al sufrimiento, al dolor y a la muerte transgrede barreras geográficas y culturales que separan a la humanidad en muchas otras cuestiones, las actitudes y comportamientos que se exhiben ante esta enfermedad varían entre individuos. Estas actitudes y comportamientos ante el cáncer dependen de factores culturales que, sumados a otras variables (sociales, de personalidad, etc.) explican la interpretación y el sentido que cada uno le asigna a la enfermedad.⁴³

Como por ejemplo entre varones y mujeres, en el cual el vicepresidente de la Asociación Española de Psiquiatría Privada (ASEPP), Antonio López nos dice que la depresión y la ansiedad afectan el triple a las mujeres. Esta

elevada incidencia se debe a factores hormonales que contribuyen mayoritariamente a la depresión.⁶⁸

2.5 Definición de términos básicos

- **ANSIEDAD:** La ansiedad es un sentimiento o una sensación inquietante que a menudo se experimenta cuando se enfrenta una situación abrumante de tensión e incertidumbre.

- **DEPRESION:** Síndrome de síntomas afectivos, conductuales, físicos y cognitivos; que se activan ante una experiencia estresante o eventos que implican pérdida, produciéndose, tristeza patológica, trastorno del sueño o del apetito, abatimiento, sentimientos de culpa, irritabilidad, sentimientos de incomodidad e impotencia frente a las demandas de la vida.

- **CÁNCER:** Es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos.

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1 Variables de la investigación

- **Variable 1:** Ansiedad
- **Variable 2:** Depresión

3.2 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN DE VARIABLES		DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
ANSIEDAD	CONCEPTUAL Es un sentimiento o una sensación inquietante que a menudo se	OPERACIONAL Es el nivel de ansiedad que presentaron los	Físicos	<ul style="list-style-type: none">▪ Bochorno▪ Temblores▪ Taquicardia▪ Mareos▪ Inestabilidad▪ Nerviosismo▪ Sensación de ahogo	Leve (0 – 21)

	experimenta cuando se enfrenta una situación abrumante de tensión e incertidumbre.	pacientes con cáncer encuestados mediante el Inventario de Ansiedad de Beck	Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas digestivos ▪ Desvanecimientos ▪ Sudoración 	Moderada (22 – 35)
			Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temor ▪ Miedo ▪ Incapacidad de relajación <ul style="list-style-type: none"> ▪ Torpeza o entumecimiento ▪ Bloqueo ▪ Inquietud 	Severa (más de 36)
DEPRESIÓN	CONCEPTUAL Síndrome de síntomas afectivos, conductuales, físicos y cognitivos; que se activan ante una experiencia estresante o eventos que implican	OPERACIONAL Es el nivel de depresión que presentaron los pacientes con cáncer	Afectivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tristeza ▪ Pesimismo ▪ Desesperanzado ▪ Irritabilidad ▪ Baja autoestima ▪ Inferioridad 	Ausente (0 - 13)
			Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad para sentir placer ▪ Desinterés ▪ Llanto frecuente ▪ Distanciamiento 	Leve (14 - 19)

	pérdida, produciéndose, tristeza patológica, trastorno del sueño o del apetito, abatimiento, sentimientos de culpa, irritabilidad, sentimientos de incomodidad e impotencia frente a las demandas de la vida.	encuestados mediante el Inventario de Depresión de Beck	Físicos Cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdida de motivación por actividades ▪ Fatiga ▪ Lentitud (letargo) ▪ Pérdida de apetito ▪ Insomnio ▪ Disminución en deseo sexual ▪ Pensamientos negativos ▪ Disminución de concentración ▪ Dificultad para tomar decisiones ▪ Problemas de memoria. 	Moderada-Severa (20 - 63)
--	---	---	---------------------------	---	---------------------------

3.3 Hipótesis de la investigación

- **H₀**: La ansiedad y la depresión están presentes en más del 50% de los pacientes con cáncer. (P>0.5)
- **H₁**: La ansiedad y la depresión están presentes en menos del 50% de los pacientes con cáncer. (P<0.5)

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

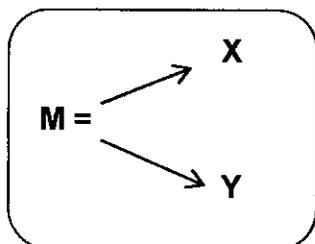
4.1 Tipo de investigación

El presente estudio de investigación es tipo cuantitativo, prospectivo y descriptivo.

- **Cuantitativo:** Porque permite medir o cuantificar las variables, en este caso la ansiedad y depresión.
- **Prospectivo:** Porque permite registrar la información según se recolecta.
- **Descriptivo:** Porque describe de manera objetiva el estado actual de las variables ansiedad y depresión.

4.2 Diseño de la investigación

El diseño metodológico usado en el presente estudio es no experimental, dado que no manipulamos las variables; descriptivo, porque nos permite describir los hechos tal como son observados; y de corte transversal, pues la información se obtuvo en un solo momento.



M = Muestra

X = Ansiedad

Y = Depresión

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población

La población de esta investigación estuvo conformada por 120 pacientes adultos de 19 años a más del área de hospitalización en el servicio de Oncología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Para el estudio se consideraron los siguientes criterios:

a) Criterios De Inclusión

- Pacientes hospitalizados del servicio de oncología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- Pacientes que acepten voluntariamente participar de la investigación.
- Pacientes varones y mujeres de 19 años a más.

b) Criterios De Exclusión

- Pacientes menores de 19 años.
- Pacientes que tengan otra patología que interfiera en los síntomas evaluados (problemas psiquiátricos severos, trastornos bipolares, retardo mental o con algún tipo de demencia).

4.3.2 Muestra

El tamaño de la muestra se estableció con un nivel de confiabilidad del 95 % y un error relativo de 5 %. Se obtuvo una muestra de usuarios en relación a los pacientes hospitalizados en el Servicio de Oncología del

Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Aplicándose la fórmula para población finita.

La técnica de muestreo que se utilizó, fue el muestreo probabilístico aleatorio simple, y se obtuvo que 52 pacientes del Servicio de Oncología formaran dicha muestra.

Asegurándose de esta manera la representatividad de la muestra extraída.

- La muestra se calculó utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(N) (Z^2) (P) (Q)}{(E^2) (N-1) + (Z^2) (P) (Q)}$$

Dónde:

N = Tamaño de la población: 120 pacientes

Z = 1.96, al 95% de confiabilidad

P = 50

Q = 50

E = Error absoluto de muestreo o precisión = 0.05

n = Tamaño de muestra

nr = Tamaño de muestra final

- **Estimación del tamaño de muestra**

$$n = \frac{(120) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2(120-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{115,2}{0,29 + 0.96} = \frac{115,2}{1,25}$$

$$n = 92$$

- **La muestra final se calculó utilizando la siguiente fórmula:**

$$n_f = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

- **Estimación del tamaño de muestra final**

$$n_f = \frac{92}{1 + \frac{92}{120}}$$

$$n_f = \frac{92}{1,76}$$

$$n_f = 52$$

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1 Técnica

La técnica que se utilizó para recolectar información fue la encuesta; ésta se realizó a los pacientes con cáncer hospitalizados en el servicio de Oncología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

4.4.2 Instrumento

Para conocer las características propias de los pacientes con cáncer se realizaron 6 preguntas de datos generales (Anexo 2).

Se realizaron 2 cuestionarios, los cuales sirvieron para determinar el nivel de ansiedad y depresión de los pacientes con cáncer. La estructura fue de la siguiente manera:

En el primer cuestionario se hizo uso del Inventario de Ansiedad de Beck, éste, es una herramienta útil para valorar los síntomas físicos, psicológicos y conductuales de la ansiedad (Anexo 3). El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 0–21 - Ansiedad muy baja
- 22–35 - Ansiedad moderada
- más de 36 - Ansiedad severa

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "no, en absoluto", 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "bastante, casi no podía soportarlo".

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

En el segundo cuestionario se aplicó El Inventario de Depresión de Beck, consiste en un inventario de autoinforme confiable que sirve para evaluar los síntomas de la depresión. Se trata de un inventario breve con preguntas fáciles de entender y calificar, y el procedimiento de calificación es muy simple. Su estructura cuenta con 21 grupos de afirmaciones, 14 grupos corresponden a síntomas de naturaleza cognitiva y afectiva y 7 grupos a síntomas físicos y conductuales (Anexo 4).

Cada grupo de afirmaciones están calificadas en una escala de cuatro puntos que va de 0 a 3, donde 0 significa que no experimenta síntomas, mientras que 3 significa que experimenta una forma severa de los síntomas, donde la puntuación total se encontrará en el rango de 0 a 63. La puntuación total del Inventario de Depresión de Beck nos indicara el nivel de depresión, basada en las siguientes categorías:

- Una calificación de 0 a 13: depresión ausente
- Una calificación de 14 a 19: depresión leve
- Una calificación de 20 a 28: depresión moderada
- Una calificación de 29 a 63: depresión severa

4.5 Procedimientos de recolección de datos

Para llevar a cabo la recolección de datos se realizó los trámites administrativos, mediante un oficio en nombre de la Facultad de Ciencias de la Salud y las investigadoras del estudio dirigido a la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (OADI) en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, siendo aprobado por dicha oficina, con el fin de obtener las facilidades y autorización correspondiente para realizar las encuestas del trabajo de investigación en el Servicio de Oncología de dicho nosocomio. Luego se realizó la coordinación con la jefa del servicio, a fin de establecer el cronograma para la recolección de datos realizados a inicios de marzo del 2017.

Las encuestas dadas en cinco fechas diferentes, ya que la estancia aproximada de hospitalización es de 4 a 5 días por paciente, a fin de que no se repita el encuestado y cumplir con nuestra muestra de estudio. Dicha encuesta se realizó previa presentación y explicación del objetivo de la investigación a cada paciente; en cuyo contenido se presenta el consentimiento informado (Anexo 5) y tuvo una duración de 15 a 20 minutos por encuestado, para lo cual se coordinó un horario conveniente, donde no se afecte el proceso.

4.6 Procesamiento estadístico y análisis de datos

Una vez culminada la etapa de recolección de datos se procedió al procesamiento de la información creando un libro de códigos, obteniendo

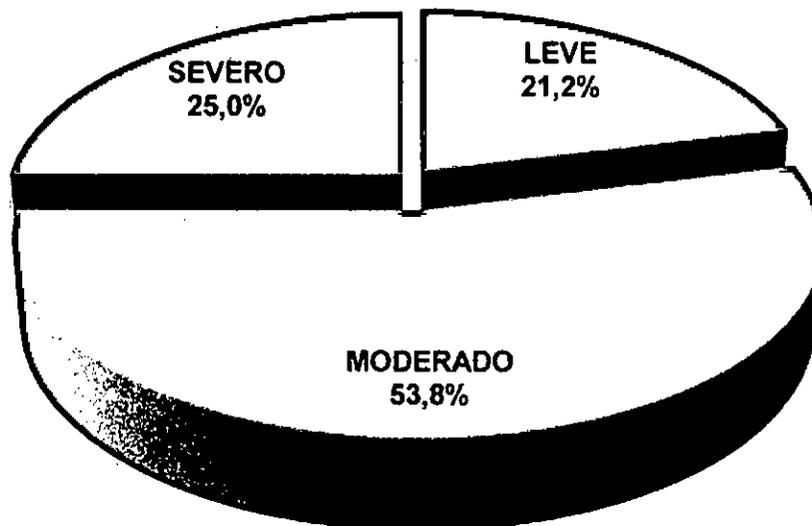
así la matriz de códigos (Anexo 6, 7, 8), en el programa estadístico computacional Statistical Package Of The Social Sciences (SPSS), versión 22.0. Posteriormente se ingresaron los resultados en el programa Microsoft Office Excel 2010 para ejecutar la lectura e interpretación en bases a tablas de frecuencia.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

GRÁFICO 5.1

NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES CON CÁNCER. SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO – 2016

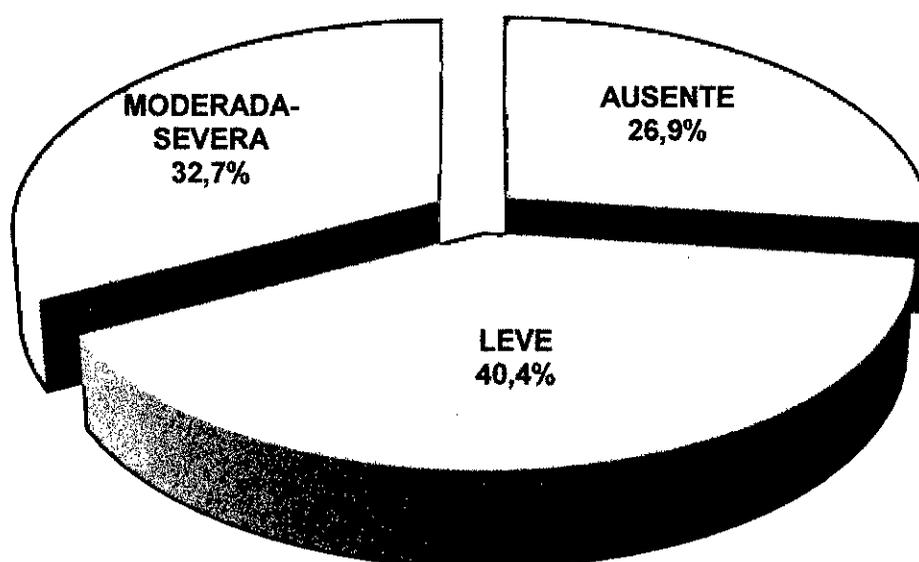


Fuente: Cuestionario realizado en el Servicio de Oncología. HNDAC.

En el gráfico 5.1; se puede observar que del total de pacientes con cáncer los que tuvieron ansiedad fueron el 100%, de los cuales el 53,8% (28) presentaron un nivel de ansiedad moderado, el 25,0% (13) presentaron un nivel de ansiedad severo y el 21,2% (11) presentaron ansiedad leve.

GRÁFICO 5.2

NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON CÁNCER.
SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN, CALLAO – 2016



Fuente: Cuestionario realizado en el Servicio de Oncología. HNDAC.

En el gráfico 5.2; se puede observar que de un total de 100% (52) de pacientes con cáncer, los que no presentaron depresión fueron el 26,9% (14) y los que presentaron depresión fueron el 73,1% (38), de los cuales el 40,4% (21) presentaron un nivel de depresión leve y el 32,7% (17) presentaron un nivel de depresión moderado-severo.

TABLA 5.1

**NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EDAD Y SEXO EN LOS PACIENTES CON CÁNCER. SERVICIO DE ONCOLOGÍA.
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO – 2016**

Ansiedad	Sexo	Edad						Total	
		18 - 29 años		30 - 59 años		60 a más			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Leve	Femenino	0	0	3	5,8	0	0	3	5,8
	Masculino	0	0	3	5,8	5	9,6	8	15,4
Moderada	Femenino	2	3,8	7	13,5	4	7,7	13	25,0
	Masculino	2	3,8	6	11,5	7	13,5	15	28,8
Severa	Femenino	0	0	7	13,5	1	1,9	8	15,4
	Masculino	0	0	4	7,7	1	1,9	5	9,6
Total		4	7,7	30	57,7	18	34,6	52	100

Fuente: Cuestionario realizado en el Servicio de Oncología. HNDAC

En la tabla 5.1; se puede observar que de un total de 100% (52) pacientes con cáncer los que tuvieron ansiedad moderada fueron un 28,8% (15) pacientes de sexo femenino y un 25% (13) pacientes de sexo masculino, dentro de los cuales un 13,5% (7) tienen una edad de 30 - 59 años, un 7,7% (4) tienen de 60 años a más y un 3,8% (2) tienen de 18 - 29 años en cuanto al sexo femenino, y un 13,5% (7) tienen de 60 años a más, un 11,5% (6) tienen de 30 - 59 años y un 3,8% (2) respecto al sexo masculino. Los que tuvieron ansiedad severa fueron un 15,4% (8) pacientes de sexo femenino y un 9,6% (5) pacientes de sexo masculino, dentro de los cuales un 13,5% (7) tienen una edad de 30 - 59 años y un 1,9% (1) tienen de 60 años a más en cuanto al sexo femenino, y un 7,7% (4) tienen de 30 - 59 años y un 1,9% (1) tienen de 60 años a más respecto al sexo masculino. Y los que tuvieron ansiedad leve fueron un 15,4% (8) pacientes de sexo masculino y un 5,8% (3) pacientes de sexo femenino, dentro de los cuales un 5,8% (3) tienen un edad de 30 – 59 años en cuanto al sexo femenino y un 9,6% (5) tienen una edad de 60 años a más y un 5,8% (3) tienen de 30 - 59 años respecto al sexo masculino.

TABLA 5.2

**NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO EN LOS
PACIENTES CON CÁNCER. SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO – 2016**

Ansiedad	Tiempo de diagnóstico								Total	
	0 - 6 meses		7 - 12 meses		13 - 24 meses		más de 24 meses			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leve	5	9,6	3	5,8	2	3,8	1	1,9	11	21,2
Moderada	8	15,4	13	25,0	3	5,8	4	7,7	28	53,8
Severa	5	9,6	6	11,5	1	1,9	1	1,9	13	25,0
Total	18	34,6	22	42,3	6	11,5	6	11,5	52	100

Fuente: Cuestionario realizado en el Servicio de Oncología. HNDAC.

En la tabla 5.2; se puede observar que de un total 100% (52) de pacientes con cáncer los que tuvieron ansiedad moderada fueron el 53,8% (28), de los cuales el 25,0% (13) tenían un tiempo de diagnóstico de 7 a 12 meses, el 15,4% (8) de 0 a 6 meses, el 7,7% (4) más de 24 meses y el 5,8% (3) de 13 a 24 meses. Los que presentaron ansiedad severa fueron el 25,0% (13), de los cuales el 11,5% (6) tienen un tiempo de diagnóstico de 7 a 12 meses, el 9,6% (5) de 0 a 6 meses, el 1,9% (1) de 13 a 24 meses y el otro 1,9% (1) más de 24 meses. Y los que tuvieron ansiedad leve fueron el 21,2% (11), de los cuales el 9,6% (5) tienen un tiempo de diagnóstico de 0 a 6 meses, el 5,8% (3) de 7 a 12 meses, el 3,8% (2) de 13 a 24 meses y el 1,9% (1) más de 24 meses.

TABLA 5.3

**NIVEL DE ANSIEDAD SEGÚN EL TRATAMIENTO ACTUAL EN LOS
PACIENTES CON CÁNCER. SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO – 2016**

Ansiedad	Tratamiento actual								Total	
	Quimioterapia		Radioterapia		Cirugía		Ninguno			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Leve	7	13,5	1	1,9	0	0,0	3	5,8	11	21,2
Moderada	13	25,0	1	1,9	10	19,2	4	7,7	28	53,8
Severa	6	11,5	2	3,8	3	5,8	2	3,8	13	25,0
Total	26	50,0	4	7,7	13	25,0	9	17,3	52	100

Fuente: Cuestionario realizado en el Servicio de Oncología. HNDAC.

En la tabla 5.3; se puede observar que de un total 100% (52) de pacientes con cáncer los que tuvieron ansiedad moderada fueron el 53,8% (28), de los cuales el 25,0% (13) tenían como tratamiento la quimioterapia, el 19,2% (10) la cirugía, el 7,7% (4) ningún tipo de tratamiento y el 1,9% (1) la radioterapia. Los que presentaron ansiedad severa fueron el 25,0% (13), de los cuales el 11,5% (6) tenían como tratamiento la quimioterapia, el 5,8% (3) la cirugía, el 3,8% (2) la radioterapia y el otro 3,8% (2) ningún tipo de tratamiento. Y los que tuvieron ansiedad leve fueron 21,2% (11), de los cuales el 13,5% (7) tenían como tratamiento la quimioterapia, el 5,8% (3) ningún tipo de tratamiento y el 1,9% (1) la radioterapia.

TABLA 5.4

**NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO EN LOS PACIENTES CON CÁNCER. SERVICIO DE ONCOLOGÍA.
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO – 2016**

Depresión	Sexo	Edad						Total	
		18 - 29 años		30 - 59 años		60 a más			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Ausente	Femenino	1	1,9	3	5,8	0	0	4	7,7
	Masculino	0	0	4	7,7	6	11,5	10	19,2
Leve	Femenino	1	1,9	7	13,5	2	3,8	10	19,2
	Masculino	1	1,9	6	11,5	4	7,7	11	21,2
Moderada – Severa	Femenino	0	0	7	13,5	3	5,8	10	19,2
	Masculino	1	1,9	3	5,8	3	5,8	7	13,5
Total		4	7,7	30	57,7	18	34,6	52	100

Fuente: Cuestionario realizado en el Servicio de Oncología. HNDAC.

En la tabla 5.4; se puede observar que de un total de 100% (52) pacientes con cáncer los que tuvieron depresión leve fueron un 21,2% (11) pacientes de sexo masculino y un 19,2% (10) pacientes de sexo femenino, dentro de los cuales un 13,5% (7) tienen una edad de 30 - 59 años, un 3,8% (2) tienen de 60 años a más y un 1,9% (1) tienen de 18 - 29 años en cuanto al sexo femenino, y un 11,5% (6) tienen de 30 - 59 años, un 7,7% (4) tienen de 60 años a más y un 1,9% (1) tienen de 18 - 29 años respecto al sexo masculino. Los que tuvieron depresión moderada - severa fueron un 19,2% (10) pacientes de sexo femenino y un 13,5% (7) pacientes de sexo masculino, dentro de los cuales un 13,5% (7) tienen una edad de 30 - 59 años y un 5,8% (3) tienen de 60 años a más en cuanto al sexo femenino, y un 5,8% (3) tienen de 30 - 59 años, otro 5,8% (3) tienen de 60 años y un 1,9% (1) tienen de 18 - 29 años respecto al sexo masculino. Y los que tuvieron ausencia de depresión fueron un 19,2% (10) pacientes de sexo masculino y un 7,7% (4) pacientes de sexo femenino, dentro de los cuales un 5,8% (3) tienen una edad de 30 - 59 años y un 1,9% (1) tienen de 18 - 29 años en cuanto al sexo femenino y un 11,5% (6) tienen una edad de 60 años a más y un 7,7% (3) tienen de 30 - 59 años respecto al sexo masculino.

TABLA 5.5

**NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO EN
LOS PACIENTES CON CÁNCER. SERVICIO DE ONCOLOGÍA.
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO – 2016**

Depresión	Tiempo de diagnóstico								Total	
	0 - 6 meses		7 - 12 meses		13 - 24 meses		más de 24 meses			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausente	6	11,5	5	9,6	2	3,8	1	1,9	14	26,9
Leve	6	11,5	10	19,2	3	5,8	2	3,8	21	40,4
Moderada - Severa	6	11,5	7	13,5	1	1,9	3	5,7	17	32,7
Total	18	34,6	22	42,3	6	11,5	6	11,5	52	100

Fuente: Cuestionario realizado en el Servicio de Oncología. HNDAC.

En la tabla 5.5; se puede observar que de un total 100% (52) de pacientes con cáncer los que tuvieron depresión leve fueron el 40,4% (21), de los cuales el 19,2% (10) tenían un tiempo de diagnóstico de 7 a 12 meses, el 11,5% (6) de 0 a 6 meses, el 5,8% (3) de 13 a 24 meses y el 3,8% (2) más de 24 meses. Los que presentaron depresión moderada - severa fueron el 32,7% (17), de los cuales el 13,5% (7) tenían un tiempo de diagnóstico de 7 a 12 meses, el 11,5% (6) de 0 a 6 meses, el 5,7% (3) más de 24 meses y el 1,9% (1) tenía de 13 a 24 meses. Los que tuvieron depresión ausente fueron 26,9% (14), de los cuales el 11,5% (6) tenían un tiempo de diagnóstico de 0 a 6 meses, el 9,6% (5) de 7 a 12 meses, el 3,8% (2) de 13 a 24 meses y el 1,9% (1) más de 24 meses. Por último los que tuvieron depresión severa fueron el 3,8% (2).

TABLA 5.6

**NIVEL DE DEPRESIÓN SEGÚN EL TRATAMIENTO ACTUAL EN LOS
PACIENTES CON CÁNCER. SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN, CALLAO – 2016**

Depresión	Tratamiento actual								Total	
	Quimioterapia		Radioterapia		Cirugía		Ninguno			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ausente	8	15,4	1	1,9	1	1,9	4	7,7	14	26,9
Leve	12	23,1	0	0,0	7	13,5	2	3,8	21	40,4
Moderada – Severa	6	11,5	3	5,8	5	9,6	3	5,8	17	32,7
Total	26	50	4	7,7	13	25,0	9	17,3	52	100

Fuente: Cuestionario realizado en el Servicio de Oncología. HNDAC.

En la tabla 5.6; se puede observar que de un total 100% (52) de pacientes con cáncer los que tuvieron depresión leve fueron el 40,4% (21), de los cuales el 23,1% (12) tenían como tratamiento la quimioterapia, el 13,5% (7) la cirugía y el 3,8% (2) no contaban con ningún tipo de tratamiento. Los que presentaron depresión moderada - severa fueron 32,7% (17), de los cuales el 9,6% (5) tenía como tratamiento a la cirugía, el 11,5% (6) la quimioterapia, el 5,8% (3) la radioterapia y el 5,8% (3) no cuentan con ningún tipo de tratamiento. Tuvieron depresión ausente el 26,9% (14), de los cuales el 15,4% (8) tenían como tratamiento la quimioterapia, el 7,7% (4) ningún tipo de tratamiento, el 1,9% (1) fue tanto para la radioterapia como para la cirugía. Y los que tuvieron depresión severa fueron el 3,8% (2), de los cuales tenían como tratamiento la quimioterapia.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de la hipótesis con los resultados

Prueba de hipótesis para la proporción poblacional

$$Z = \frac{p - P}{\sqrt{\frac{p \cdot q}{n}}}$$

$$Z = \frac{0.73 - 0.5}{\sqrt{\frac{0.73 \times 0.27}{52}}}$$

Z = 3.73

Donde:

n = 52

p = 38/52 = 0.73

q = 0.27

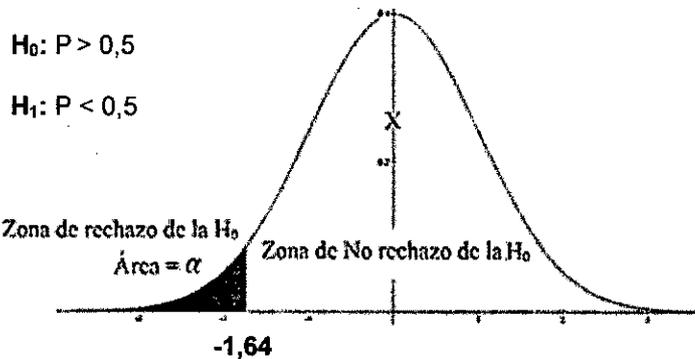
P = 0.5

α = 95% de confiabilidad

Tabla de Distribución Z

Confianza	Significación	Izquierda	Derecha	Ambos lados
95%	5%	Z = - 1,64	Z = 1,64	Z = +/- 1,96

Zona de aceptación/rechazo H₀



En el presente trabajo de investigación "Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer. Servicio de Oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao - 2016", donde se tienen como hipótesis planteadas:

- H_0 : La ansiedad y la depresión están presentes en más del 50% de los pacientes con cáncer. ($P > 0.5$)
- H_1 : La ansiedad y la depresión están presentes en menos del 50% de los pacientes con cáncer. ($P < 0.5$)

Se encontró que todos los pacientes con cáncer encuestados presentaron ansiedad; mientras que para depresión al aplicar la prueba de hipótesis para la proporción poblacional se obtuvo un $Z=3,73$; dado que este valor no cae en la región de rechazo de H_0 , se concluyó que la ansiedad y la depresión están presentes en más del 50% de los pacientes con cáncer; aceptando así la Hipótesis nula.

Los resultados encontrados en el presente estudio sobre la presencia de la ansiedad y la depresión en más del 50% de los pacientes con cáncer representándose en el 73.1% para depresión y en el 100% para ansiedad, tienen ciertas similitudes, con el estudio de Segura Quiles Isabel y Meroño Hernández José Alfonso (2014), donde se observó que sólo la ansiedad prevalece en más del 50% de los pacientes con cáncer; ya que la depresión se presentó en un 23,8% de los pacientes, mientras que la ansiedad se presentó en un 52,4%.

Por ello, los resultados encontrados en ambos estudios nos dan a conocer que hoy en día los pacientes oncológicos por la misma naturaleza de la enfermedad experimentan altos porcentajes de ansiedad y depresión desde el diagnóstico de la enfermedad y durante el transcurso de la misma, siendo un problema en el afrontamiento de la enfermedad. Por otro lado la alta prevalencia de ansiedad en ambos estudios tiene explicación en el modelo tridimensional de la ansiedad, propuesto por Peter Lang donde explica que la ansiedad se manifiesta según un triple sistema de respuestas: cognitiva, fisiológica y conductual o motor; y es la ansiedad incontrollable, duradera y con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación la que se considera patológica.

6.2 Contrastación de resultados con otros estudios similares

En el estudio se encontró depresión en el 38,4 % sobre las que no presentaron depresión con 7,7% en el total de mujeres con cáncer que representa el 46,1% de los pacientes en estudio, Maté Jorge, Hollenstein María y Gil Francisco (2004), refieren que 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. Generalmente los pacientes oncológicos presentan algún trastorno adaptativo con ánimo depresivo a lo largo de la enfermedad.

Dichos resultados obtenidos en la tabla 5.4, difieren con el estudio realizado por Bracamonte Alejandria Ana Guiselle y Díaz Nizama Diana Liz (2015), quienes encontraron que el 50% de la población femenina estudiada evidencia ausencia de depresión, por tener como diagnóstico cáncer de cuello uterino, lo que indica que la mayoría lograba lidiar con su contexto estresante, siendo percibido dicho evento estresante como manejable en alguna medida.

En lo referente a la variable ansiedad y depresión, se manifestó ansiedad en ambos sexos mientras que el 73,1% de la muestra presentó depresión en cualquiera de sus niveles, siendo el 38,4% de las mujeres quienes presentaron depresión alguna y en el caso de los hombres el 34,7%.

Aquellos resultados obtenidos en las gráficas y tablas 5.1 y 5.2, tienen ciertas similitudes con el estudio de Segura Quiles Isabel y Meroño Hernández José Alfonso (2014), quienes encontraron que el 23,1% de los hombres presentaron depresión y un 53,8% ansiedad. En el caso de las mujeres se obtienen cifras similares, un 25% presentó depresión y el 50% ansiedad. Resultados que encuentran explicación en lo manifestado por González Ariadna (2015), refiere que en el proceso de la enfermedad oncológica todos son vulnerables a sufrir algún nivel de ansiedad, es por ello que ya sea antes o después la ansiedad, la angustia y el miedo hacen su aparición. Es frecuente que ésta aparezca incluso antes de tener un diagnóstico firme de cáncer y/o que acompañe durante todo el proceso de enfermedad a quien la padece.

En lo referente a los niveles de ansiedad y depresión en cuanto a mujeres, los resultados encontrados en las tabla 5.1 y 5.4 que ansiedad fue un 46,2% y depresión un 38,4% los cuales difiere de la investigación realizada por Calva Vásquez, Jahaira Briggite y Castro Perez, Miriam Giuliana (2015), encontrándose un mayor porcentaje, un 91% de ansiedad y un 92% de depresión, siendo la de mayor prevalencia la ansiedad grave con un 56%; se demuestra en los dos estudios que existe un mayor porcentaje de ansiedad, por ello según la Sociedad Americana Contra el Cáncer explica que la ansiedad es un síntoma de incidencia bastante común en las pacientes tras el diagnóstico, durante el tratamiento y principalmente en aquellas que precisan someterse durante largos periodos.

En lo referente a los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer los resultados encontrados en las gráficas 5.1 y 5.2, indican que el 100% presentó ansiedad y el 73,1% presentó depresión; teniendo ciertas similitudes con el estudio realizado por Guerrero Alcedo Manuel, Ramsés Prepo, Serrano Abigail y Loyo Álvarez José (2015), donde se evidencia que niveles altos de ansiedad se asocian con niveles altos de depresión. En ese sentido, según la teoría de Beck, la ansiedad y la depresión solo se diferencian en los productos cognitivos, es decir, por la forma de los pensamientos disfuncionales; es por ello que la depresión se caracterizaría por pensamientos negativos acerca de pérdidas, culpa y desesperanza hacia el futuro, mientras que la ansiedad se configura a través de la concepción de daños y amenazas futuras.

En cuanto al sexo, los resultados encontrados en las tablas 5.1 y 5.4 concuerdan con los resultados de Guerrero y colaboradores ya que en las mujeres se presenta la mayor prevalencia con un 57.7% de estos trastornos; así como las tablas 5.3 y 5.6 encontrándose que más del 50% de pacientes con cáncer reciben tratamiento de quimioterapia, la cual tiene explicación en lo expuesto por DIE TRILL María en su artículo "Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer", los enfoques terapéuticos para controlar el cáncer son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia. En algunos casos, soportar tratamientos altamente agresivos como los de la quimioterapia y la radioterapia con múltiples efectos secundarios, difíciles de entender por el paciente así como la impotencia ante la situación. Reacciones emocionales como ansiedad, miedo, depresión, pérdida de control, sentimientos de inutilidad e invalidez, son algunas de las consecuencias de los tratamientos.

En el estudio, en lo referente a los niveles de depresión en donde la depresión leve se presentó en un 40,4% y la depresión moderada - severa en un 32,7% de los pacientes con cáncer, se encontraron diferencias con el estudio realizado por PAREDES HERVAS, María Verónica (2011), en el cual el 20% de los pacientes con cáncer presentaron un trastorno depresivo mayor y el 80% de los pacientes con cáncer presentaron un trastorno depresivo menor. Esto es explicado por el artículo de estrategias de afrontamiento, el cual nos dice que hay enormes diferencias en cómo

diferentes personas vivencian y afrontan un mismo conflicto, problema, situación, suceso, o acontecimiento vital más o menos grave y estresante.

En lo referente a los niveles de ansiedad y depresión en mujeres, los resultados encontrados en el estudio donde el total de mujeres con cáncer presentó ansiedad y más de la mitad de ellas presentó depresión, tienen ciertas similitudes con el estudio realizado por AGUILAR MELQUIADES Fiorella Stefanie y QUINDE YOVERA Yariksa (2015), en el cual la ansiedad también se presentó en el total de mujeres con cáncer de cuello uterino, teniendo ciertas variaciones según el grado que padecen; y la depresión en un 96% de ellas. Esto se sustenta en lo expuesto por el vicepresidente de la Asociación Española de Psiquiatría Privada (ASEPP), Antonio López, el cual nos dice que la depresión y la ansiedad afectan el triple a las mujeres. Esta elevada incidencia se debe a factores hormonales que contribuyen mayoritariamente a la depresión.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- a. Del total de pacientes con cáncer encuestados el 100% presento ansiedad, mientras que el 73,1% presentó depresión; prevaleciendo con un 53,8% la ansiedad moderada y con un 40,4% la depresión leve.

- b. En cuanto a edad y sexo, se identificó un mayor porcentaje en ansiedad moderada y severa con un 13.5% para cada uno de los casos en las mujeres de 30 – 59 años y en el caso de los varones predominó la ansiedad moderada con un 13.5% en los pacientes de 60 a más años; mientras que para depresión, se identificó mayor porcentaje de depresión leve y moderada-severa con un 13.5% para cada uno, en el caso de las mujeres de 30 – 59 años y en el caso de los varones predominó la depresión leve con un 11.5% también en la edad de 30-59 años.

- c. Con respecto al tiempo de diagnóstico se observó para ansiedad una mayor presencia en ansiedad moderada con un 25,0% correspondiente a un tiempo de diagnóstico de 7-12 meses; mientras que para depresión, se encontró mayor presencia en depresión leve con un 19,2% correspondiente a un tiempo de diagnóstico de 7-12 meses.

- d. En cuanto a los resultados obtenidos según el tratamiento actual, se encontró para ansiedad una mayor incidencia en ansiedad moderada con un 25,0% en aquellos pacientes que tienen como tratamiento a la quimioterapia; mientras que para depresión, se encontró mayor incidencia en depresión leve con un 23,1% en aquellos pacientes que tienen también como tratamiento a la quimioterapia.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- a. Realizar estudios con otro tipo de diseño, buscando factores causales e intervinientes y hacer estudios correlacionales, de preferencia en el área de oncología, ya que es una población susceptible a desarrollar algún tipo de trastorno emocional.
- b. Se sugiere crear programas de tratamiento para ansiedad y depresión
- c. Mantener constantemente capacitado al personal de enfermería acerca de estos trastornos
- d. Considerar este estudio en la oficina de apoyo a la docencia e investigación del hospital, como una investigación realizada para conocer el estado emocional de los pacientes del Servicio de Oncología y sea de aporte para futuros estudios.

CAPÍTULO IX

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) LIC. AIBAR Silvia, LIC. CELANO Constanza, LIC. CHAMBI María, LIC. ESTRADA Silvina, DRA. GANDUR Natalia, LIC. GANGE Patricia y otros. **Manual de Enfermería Oncológica**. [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. Buenos Aires, Argentina. [Citado el 2 Feb 2017]. Disponible en:
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000011cnt-08-manual%20enfermeria_08-03.pdf
- (2) DRA. SALA Andrea. **Depresión y cáncer**. [Internet]. Barcelona, España: 1998 [Citado 14 Feb 2017]. Disponible en:
<https://ws.psicoactiva.com/depression-y-cancer/>
- (3) INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. INEN.MINSA. **Estadística: Datos epidemiológicos**. [Internet]. [Citado 20 Set 2016]. Disponible en:
<http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- (4) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Cáncer: Datos y cifras**. [Internet]. [Citado 20 Dic. 2016]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- (5) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OMS. **El Cáncer en la Región de las Américas**. 2015. [Internet]. [citado 30 Ago 2016]. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11616%3Aworld-cancer-day-2016&catid=3788%3Acancer-events&Itemid=41707&lang=es

- (6) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. **Boletín informativo.** [Internet]. [Citado 20 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- (7) MINSA.GOB.PE. **Únete a la esperanza de vencer el cáncer.** [Internet]. [Citado 29 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/cancer/?pg=1>
- (8) EL COMERCIO.PE. CIENCIAS. **Lima y Callao tienen 15.000 casos nuevos de cáncer cada año.** [Internet]. Reporte periodístico. [Citado 9 Dic 2016]. Disponible en: <http://elcomercio.pe/ciencias/medicina/lima-y-callao-tienen-15000-casos-nuevos-cancer-cada-ano-noticia-1707298>
- (9) NIH: INSTITUTO NACIONAL DE CÁNCER. **Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento.** [Internet]. Los sentimientos y el cáncer. EE.UU. [Actualizado: 1 Jul 2015, Citado 9 Dic 2016]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pdq>
- (10) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Depresión.** [Internet]. [Citado 4 dic 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

- (11) VERÓNICA PR, ANA MA, MANUEL HB, MIGUEL ÁNGEL GT Y MOISÉS G. **Depresión y cáncer: Una revisión orientada a la práctica clínica.** [Internet]. Elsevier. 2015. [citado 14 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-depresion-cancer-una-revision-orientada-S0123901515000438>
- (12) MINSA.GOB.PE. **Plan estratégico 2006-2016.** [Internet]. Perú; 2006. [1 pantalla]. [Citado 28 Nov 2016]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1066_OPS731.pdf
- (13) INH. INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. **Depresión - versión para profesionales.** [Internet]. EE.UU; 2016. [1 pantalla]. [Citado 12 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pro-pdq>
- (14) PUNTUAL.COM .AR. **El impacto del cáncer en el paciente y la familia.** [Actualizado jun 2013. Citado 20 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.puntal.com.ar/noticia.php?id=140852>
- (15) PR Vera Judith. **Calidad de vida en pacientes sobrevivientes con cáncer de seno.** Colombia [Internet]. 2008 [1 pantalla]. [Citado 12 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis27.pdf>
- (16) I SIMPOSIO 'ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA' EN EL IV CONGRESO INTERNACIONAL MD ANDERSON 'TERAPIAS

EMERGENTES EN CÁNCER GINECOLÓGICO'. El personal de enfermería, clave para el bienestar de la paciente durante todo el proceso oncológico. 2014 España. [1 pantalla]. [Citado 17 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.mdanderson.es/noticias/el-personal-de-enfermeria-clave-para-el-bienestar-de-la-paciente-durante-todo-el-proceso-on>

- (17) **PRIEDE DÍAZ Amador. "Factores cognitivos asociados con el desarrollo de síntomas ansioso-depresivos en pacientes oncológicos recién diagnosticados", España 2016.**
- (18) **GUERRERO ALCEDO, Jesús Manuel, RAMSÉS PREPO Serrano Abigail y LOYO ÁLVAREZ José Gregorio (2015). "Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. Barquisimeto. 2015", Cuba.**
- (19) **GALINDO VÁZQUEZ Oscar, ÁLVAREZ AVITIA Miguel Ángel y ALVARADO AGUILAR Salvador (2013). "Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento". México.**
- (20) **SEGURA QUILES Isabel, MEROÑO HERNÁNDEZ José Alfonso (2014). "Evaluación del estado de ansiedad y depresión en el paciente oncológico hospitalizado" - Hospital Santa Lucía de Cartagena, Murcia. España.**
- (21) **PAREDES HERVAS, María Verónica. "El tratamiento para el cáncer y los trastornos depresivos en los pacientes internos en**

Solca de la ciudad de Ambato en el período septiembre – diciembre 2010”, Ecuador 2011.

- (22) CALVA VÁSQUEZ, Jahaira Briggite y CASTRO PEREZ, Miriam Giuliana (2015). **“Nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto regional de enfermedades neoplásicas. 2012”, Trujillo.**
- (23) AGUILAR MELQUIADES Fiorella Stefanie y QUINDE YOVERA Yariksa (2015). **“Niveles de Ansiedad y Depresión en mujeres diagnosticadas con Cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas -2013”, Trujillo.**
- (24) BRACAMONTE ALEJANDRÍA Ana Guiselle y DÍAZ NIZAMA Diana Liz (2015). **“Depresión y resiliencia en pacientes con cáncer de cuello uterino de un hospital de Chiclayo, 2013”.**
- (25) BARAHONA MEZA Lorenzo Jorge (2011). **“Efectos del impacto de recibir el diagnóstico de cáncer en la salud mental de pacientes adultos del hospital Edgardo Rebagliati Martins. Essalud. 2011”, Lima.**
- (26) BLOGSPOT.PE. **Teorías de enfermería. El Cuidado. Callista Roy.** [Internet]. Perú. [1 pantalla]. 2012, [Citado 20 Nov 2016]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/callista-roy.html>

- (27) ESTUDIO DEL PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA. **Filosofía y epistemología: Psicología evolucionista, el caso de las fobias.** [Internet]. [Citado 05 Feb 2017]. Disponible en:
<http://psicopsi.com/PSICOLOGIA-EVOLUCIONISTA-CASO-FOBIAS-filosofia-episteme>
- (28) MARTÍNEZ MONTEAGUDO Mari, INGLÉS Cándido, CANO VINDEL Antonio y GARCÍA FERNÁNDEZ José. **Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang.** [Internet]. Universidad de Alicante. Departamento de Psicología Evolutiva y Didáctica. 2012. 201-203. [Citado 06 Feb 2017]. Disponible en:
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35859/1/2012_Martinez-Monteagudo_etal_AnsiedadyEstres.pdf
- (29) SIERRA Juan Carlos; ORTEGA Virgilio y ZUBEIDAT Ihab. **Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar.** [Internet]. Rev. Mal-Estar Subj. v.3 n.1. Marzo 2003. España. [Citado 20 Feb 2017]. Disponible en:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- (30) VIRUES ELIZONDO Rosa Aurora. **Estudio sobre ansiedad. Psicología Clínica y Psicoterapia.** Universidad Autónoma de Nuevo León Monterrey, México. Mayo 2005. Revista Psicología

Científica, [Internet]. [Citado 04 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedad-estudio/>

- (31) CAPONI, Sandra. **Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión.** Interface - Comunic., Saúde, Educ. [Internet].2009, 13(29):327-338. [Citado 12 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180114107007.pdf>
- (32) DOMÍNGUEZ BELLOSO Francisco; MANCHÓN ASENJO María y SOTO LOZA Antonio. **Depresión melancólica: aspectos históricos, nosológicos y conceptuales.** Psiquiatria.com [Internet]. 2010. [1 pantalla]. [Citado 10 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/depresion/depresion-melancolica-aspectos-historicos-nosologicos-y-conceptuales/#>
- (33) ÁLVARO, J., GARRIDO, A. Y SCHWWEIGER I. **Causas sociales de la depresión. Una revisión crítica del modelo atributivo de la depresión.** RIS. [Internet].2010, 68(2):333-348. [Citado 20 Feb 2017]. Disponible en: <http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/328/334>
- (34) ELMEDICOINTERACTIVO.COM. Programa anual 2000-2001 de formación continuada acreditada para médicos de atención primaria. **Depresión. Etiopatogenia.** [Internet]. Diario electrónico de la sanidad. 2003. Nº 892. [1 pantalla]. [Citado 4 Ene 2017]. Disponible en:

<http://formaciones.elmedicointeractivo.com/emiold/aula/tema19/depresion2.php>

- (35) SOCIEDAD AMERICANA CONTRA EL CÁNCER (AMERICAN CANCER SOCIETY, INC.). **La ansiedad, el miedo y la depresión.** [Internet]. Atlanta: ACS; 2016. [Citado 20 Dic 2016]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-emocionales/ansiedad-miedo-depresion.html>
- (36) VALENCIA VEGA Andrés Felipe, y BURBANO ARRÁZOLA Mauricio. **Panorama del cáncer en América Latina: Bayer Oncology Day 2014.** [Internet]. 2014. 1(1):1-4. [Citado 30 Nov 2016]. Disponible en: <http://www.elhospital.com/temas/Panorama-del-cancer-en-America-Latina,-Bayer-Oncology-Day-2014+97718?pagina=2>
- (37) FERNÁNDEZ Carmen Alonso. **Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico, adaptación e intervención.** [Internet]. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2006:1-11. [Citado 12 Dic 2016]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/assetstore/81/03/79/81037973122620096769969311563801216662>
- (38) CASTILLO GARCET MA, JIMÉNEZ HERNÁNDEZ AI Y TORRES ORUE I. **Atención integral de enfermería al paciente oncológico en estadio terminal (2005).** Rev. Cubana Enfermer [Internet]. 2007

- 23(2). [Citado 10 Dic 2016]. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_2_07/enf02207.htm
- (39) CANDIOTTI GUZMÁN Cynthia Fiorella. **Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria .HNERM.** [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013. 115 p. [Citado 25 Nov 2016]. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3471/1/Candiotti_gc.pdf
- (40) GUINOT José Luis. **La depresión en el paciente oncológico en la fase final de la vida.** CM de Psicobioquímica [Internet]. 2013 2: 5 - 13. [Citado 5 Ene 2017]. Disponible en:
http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/cancer_depresion/001/01.pdf
- (41) CÁNCER COUNCIL NSW, Cáncer Australia. **Las Emociones y el Cáncer.** España [Internet]. 2015 [1 pantalla]. [Citado 14 Mar 2017]. Disponible en:
<http://languages.cancerouncil.com.au/es/introduccion-al-cancer/las-emociones-y-el-cancer/>
- (42) PSICOTERAPIA ON LINE: TODO ES MENTE. Estrategias de afrontamiento. [Internet]. [citado 4 Jun 2017]. Disponible en:
<http://todoesmente.com/defensa/estrategias-de-afrontamiento>

- (43) DIE TRILL María. **Influencia de la cultura en la experiencia del cáncer.** [Internet]. Madrid. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 0, Núm. 1, (39-48) [Citado 20 Feb 2017]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0303110039A/16390>
- (44) CANDIOTTI GUZMÁN Cynthia Fiorella. **Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria .HNERM.** [Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013. 115 p. [Citado 25 Nov 2016]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3471/1/Candiotti_gc.pdf
- (45) CÁNCER.NET. **autoimagen y cáncer** Estados Unidos [Internet]. 2014 [1 pantalla]. [Citado 10 abril 2017]. Disponible en: <http://www.cancer.net/coping-with-cancer/managing-emotions/self-image-and-cancer>
- (46) ES.WIKIPEDIA.ORG. **Ansiedad.** [Internet]. [1 pantalla]. [Actualizado 2015; citado 28 Feb 2017]. Disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Ansiedad>
- (47) JUNTA EDITORIAL DE CÁNCER.NET. **Ansiedad.** [Internet]. Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica. ASCO. EE.UU [1 pantalla]. [Actualizado 2016; citado 28 Ene 2017]. Disponible en:

<http://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-con-c%C3%A1ncer/ansiedad>

- (48) CHEMOCARE.COM. **Ansiedad y cáncer.** [Internet]. [Citado 2 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.chemocare.com/es/chemotherapy/side-effects/ansiedad-y-caacutencer.aspx>
- (49) GONZÁLEZ Ariadna. **Ansiedad oncológica.** Psicología para pacientes. [Internet]. 2015. [Citado 2 Feb 2017]. Disponible en: <http://psicooncologiaparapacientes.blogspot.pe/2013/01/ansiedad-oncologica.html>
- (50) FINCK BARBOZA, C. Y FORERO M.J. **Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad.** Análisis preliminar de datos. Revista de psicología. Universidad de Antioquia. . [Internet]. 2011. 3(1):8-10. [Citado 19 Dic 2016]. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v3n1/v3n1a02.pdf>
- (51) CARDIO SMART.ORG, AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY. **Problemas emocionales: Depresión, ansiedad e ira.** [Internet]. 2012. [Citado 20 dic 2016]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.cardiosmart.org/~media/Documents/Fact%20Sheets/es-US/zu1903.ashx>
- (52) Dr. BLAI Ramón. **ANSIEDAD: Definición y Características.** Psicositio. Psicología y nutrición. [Internet]. [1 pantalla]. [Citado 14

Ene 2017]. Disponible en: <https://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/>

- (53) GEOSALUD.COM. Su sitio de salud en la web. **Trastorno de Estrés Postraumático en Pacientes con Cáncer.** [Internet]. [1 pantalla]. [Citado 14 Ene 2017]. Disponible en: http://www.geosalud.com/salud_mental/trastorno-estres-postraumatico-pacientes-cancer.html
- (54) SINTOMAS.COM. **Enfermedades que provocan ansiedad.** [Internet]. 2016. [Citado 20 Ene 2017]. Disponible en: <http://sintomas.com.es/enfermedades/ansiedad>
- (55) SOCIEDAD AMERICANA CONTRA EL CÁNCER (AMERICAN CANCER SOCIETY, INC.). **La ansiedad, el miedo y desgaste emocional.** [Internet]. Atlanta: ACS; 2016. [Citado 20 Ene 2017]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/cambios-psicoemocionales/la-ansiedad-y-el-miedo.html>
- (56) MATÉ Jorge., HOLLENSTEIN María y GIL Francisco. (2004). **Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico.** Psicooncología. [Internet]. 2015. 1(2-3), 211-230. [Citado 20 Ene 2017]. Disponible en:

http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprof/s/documentacion/psicooncologia/numero2_3_vol1/capitulo18.pdf

- (57) VARGAS MENDOZA, J.E. Y SÁNCHEZ LÓPEZ, A. S. **Prevalencia de la depresión en pacientes oncológicos y renales crónicos en tratamiento ambulatorio.** [Internet]. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2011. Vol. 5, Número 1, (27-33). [Citado 3 Ene 2017]. Disponible en: http://www.conductitlan.net/centro_regional_investigacion_psicologia/59_depresion_pacientes_oncologicos_renales.pdf
- (58) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Centro de prensa. [Internet]. [Citado 25 May. 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es>
- (59) LIC. PATRICIA FRANCESA Y LIC. NUÑEZ AGUILAR Fidelina. **Grupo cognitivo conductual para personas con depresión: una experiencia de trabajo social del Hospital San Juan De Dios.** [Internet]. 2007. Revista de trabajo social. Número 69:(9-26). [Citado 10 Ene 2017]; Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v31n692007/art1.pdf>
- (60) SOCIEDAD AMERICANA CONTRA EL CÁNCER (AMERICAN CANCER SOCIETY, INC.). **Depresión.** [Internet]. Atlanta: ACS; 2016. [Citado 20 May 2017]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos->

secundarios/efectos-secundarios-fisicos/cambios-
psicoemocionales/depresion.html

- (61) ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER. **Miedo, ansiedad, depresión...** [Internet]. Madrid: AECC. 2015. [Citado 20 Dic 2016]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/EnfrentarseA/pautasparapacientes/antelaenfermedad/Paginas/miedoansiedaddepresion.aspx>
- (62) PSICOMAG.COM. **Trastorno depresivo.** [Internet]. EE.UU [1 pantalla]. [Actualizado 17 Oct. 2015; citado 4 Ene 2017]. Disponible en: http://www.depresion.psicomag.com/que_es_trast_depre.php
- (63) NIMH.NIH.GOV. INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD MENTAL. **Las enfermedades crónicas y la salud mental: como reconocer y tratar la depresión.** [Internet]. EE.UU [Actualizado 2015; citado 4 Ene 2017]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion/index.shtml>
- (64) REYES DÍAZ Manuela. **La depresión en pacientes oncológicos.** [Internet]. Universidad de la Sabana, 2006. (1-32). [Citado 10 Ene 2017]. Disponible en: <http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4488/131053.pdf?sequence=1>

- (65) PÉREZ ALBURQUERQUE, G. **Cáncer de mama y depresión.** [Internet]. 2006. Psicología Iztacala. [Citado 10 Ene 2017]; Vol.9, Número 2: (67-83). Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol9num2/vol9n2art4.pdf>
- (66) CONEXIÓN CÁNCER. **Depresión y angustia.** [Internet]. [Citado 27 May. 2017]. Disponible en: <http://conexioncancer.es/manejando-los-efectos-secundarios/tratamiento-y-prevencion-de-los-efectos-secundarios/depresion-y-angustia/>
- (67) JUNTA EDITORIAL DE CANCER.NET. **Depresión.** Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica. ASCO [Internet]. EE.UU [1 pantalla]. [Actualizado 2016; citado 4 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.cancer.net/es/asimilaci%C3%B3n-conc%C3%A1ncer/depresi%C3%B3n>
- (68) INFOSALUS.COM. **La depresión y la ansiedad afectan el triple a las mujeres.** [Internet] Madrid. [citado 29 May 2017] Disponible en: <http://www.infosalus.com/salud-investigacion/noticia-mujeres-sufren-triple-trastornos-depresion-ansiedad-hombres-20150306120329.html>

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER. SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL NACIONAL DANIEL ÁLCIDES CARRIÓN, CALLAO – 2016”

Formulación del problema	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Operacionalización de las variables			Metodología
			Variables	Dimensiones	Indicadores	
<p><u>Problema general</u> ¿Cuál es el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016?</p> <p><u>Problemas específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de ansiedad según edad y sexo en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016? • ¿Cuál es el nivel de ansiedad según el 	<p><u>Objetivo General</u> Determinar el nivel de ansiedad y depresión en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016</p> <p><u>Objetivos específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el nivel de ansiedad según edad y sexo en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016. 	<p><u>Hipótesis</u></p> <p>H₀: La ansiedad y la depresión están presentes en más del 50% de los pacientes con cáncer. (p>0.5)</p> <p>H₁: La ansiedad y la depresión están presentes en menos del</p>	ANSIEDAD	<p>Físicos</p> <p>Psicológicos</p> <p>Conductuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bochorno ▪ Temblores ▪ Taquicardia ▪ Mareos ▪ Inestabilidad ▪ Nerviosismo ▪ Sensación de ahogo ▪ Problemas digestivos ▪ Desvanecimientos ▪ Sudoración ▪ Temor ▪ Miedo ▪ Incapacidad de relajación ▪ Torpeza o entumecimiento ▪ Bloqueo ▪ Inquietud 	<p>Tipo de investigación: El presente estudio de investigación es tipo cuantitativo, prospectivo y descriptivo.</p> <p>Diseño metodológico: El diseño metodológico a usar será el no experimental, transversal y descriptivo.</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <pre> graph LR M[M =] --> X[X] M[M =] --> Y[Y] </pre> </div>

<p>tiempo de diagnóstico en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el nivel de ansiedad según tipo de tratamiento en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016? • ¿Cuál es el nivel de depresión según edad y sexo en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016? • ¿Cuál es el nivel de depresión según el tiempo de diagnóstico en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016. 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el nivel de ansiedad según el tiempo de diagnóstico en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016. • Establecer es el nivel de ansiedad según tipo de tratamiento en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016. • Identificar el nivel de depresión según edad y sexo en los pacientes con cáncer. Servicio de oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016. 	<p>50% de los pacientes con cáncer. (p<0.5)</p>	<p>DEPRESION</p>	<p>Afectivos</p> <p>Conductuales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tristeza ▪ Pesimismo ▪ Desesperanzado ▪ Irritabilidad ▪ Baja autoestima ▪ Inferioridad ▪ Dificultad para sentir placer ▪ Desinterés ▪ Llanto frecuente ▪ Distanciamiento ▪ Perdida de motivación por actividad 	<p>M = Muestra X = Ansiedad Y = Depresión</p> <p>Población y muestra</p> <p>Población: La población de esta investigación estará constituida por 120 pacientes adultos de 19 años a más, hospitalizados en el servicio de Oncología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.</p> <p>Muestra: Utilizamos la fórmula:</p> $n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$ $nr = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$ <p>nr = 52</p> <p>Dónde:</p> <p>n, es el tamaño de la muestra (92) p, es la probabilidad de éxito (0,50) q, es la probabilidad de fracaso (0.50)</p>
---	--	--	------------------	--------------------------------------	--	---

ANEXO 2

ENCUESTA

INSTRUCCIONES: Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajuste a la verdad.

DATOS GENERALES

EDAD:

- a) 18_29 años
- b) 30_59 años
- c) 60 a más años

SEXO:

- a) Femenino
- b) Masculino

ESTADO CIVIL:

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Viudo
- d) Divorciado

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior técnico
- d) Superior universitario
- e) Ninguna de las anteriores

TIEMPO DE DIAGNÓSTICO

- a) 0 - 6 meses
- b) 7 - 12 meses
- c) 13 - 24 meses
- d) Más de 24 meses

TRATAMIENTO ACTUAL

- a) Quimioterapia
- b) Radioterapia
- c) Cirugía
- d) Ninguno

ANEXO 3

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

En cada una de las 21 preguntas; marque con una cruz e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

CUESTIONARIO	NO	LÉVE	MODERADO	BASTANTE
1. Torpe o entumecido				
2. Acalorado				
3. Con temblor en las piernas				
4. Incapaz de relajarse				
5. Con temor a que ocurra lo peor				
6. Mareado, o que se le va la cabeza				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8. Inestable				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nervioso				
11. Con sensación de bloqueo				
12. Con temblores en las manos				
13. Inquieto, inseguro				
14. Con miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Con temor a morir				
17. Con miedo				
18. Con problemas digestivos				
19. Con desvanecimientos				
20. Con rubor facial				
21. Con sudores, fríos o calientes				

ANEXO 4

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

En cada uno de los 21 grupos de afirmaciones; marque con una cruz la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la última semana incluyendo hoy.

1)

- a) No me siento triste.
- b) Me siento triste.
- c) Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- d) Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- a) No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- b) Me siento desanimado con respecto al futuro.
- c) Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- d) Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- a) No me siento fracasado.
- b) Siento que he fracasado más que la persona normal.
- c) Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- d) Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- a) Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- b) No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- c) Ya nada me satisface realmente.

d) Todo me aburre o me desagrada.

5)

a) No siento ninguna culpa particular.

b) Me siento culpable buena parte del tiempo.

c) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

d) Me siento culpable todo el tiempo.

6)

a) No siento que esté siendo castigado.

b) Siento que puedo estar siendo castigado.

c) Espero ser castigado.

d) Siento que estoy siendo castigado.

7)

a) No me siento decepcionado en mí mismo.

b) Estoy decepcionado conmigo.

c) Estoy harto de mí mismo.

d) Me odio a mí mismo.

8)

a) No me siento peor que otros.

b) Me critico por mis debilidades o errores.

c) Me culpo todo el tiempo por mis faltas.

d) Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

a) No tengo ninguna idea de matarme.

b) Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.

c) Me gustaría matarme.

d) Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

a) No lloro más de lo habitual.

b) Lloro más que antes.

c) Ahora lloro todo el tiempo.

d) Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

a) No me irrito más ahora que antes.

b) Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.

c) Me siento irritado todo el tiempo.

d) No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

a) No he perdido interés en otras personas.

b) Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.

c) He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.

d) He perdido todo interés en los demás.

13)

a) Tomo decisiones como siempre.

b) Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.

c) Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.

d) Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

a) No creo que me vea peor que antes.

b) Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).

- c) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- d) Creo que me veo horrible.

15)

- a) Puedo trabajar tan bien como antes.
- b) Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- c) Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- d) No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- a) Puedo dormir tan bien como antes.
- b) No duermo tan bien como antes.
- c) Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- d) Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- a) No me canso más de lo habitual.
- b) Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- c) Me canso al hacer cualquier cosa.
- d) Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- a) Mi apetito no ha variado.
- b) Mi apetito no es tan bueno como antes.
- c) Mi apetito es mucho peor que antes.
- d) Ya no tengo nada de apetito.

19)

- a) Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- b) He perdido más de 2 kilos.
- c) He perdido más de 4 kilos.
- d) He perdido más de 6 kilos.

20)

- a) No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- b) Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- c) Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- d) Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- a) No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- b) Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- c) Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- d) He perdido por completo mi interés por el sexo.

Gracias por su colaboración

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... con D.N.I..... acepto participar de la investigación titulada “ Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer. Servicio de Oncología, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao – 2016”.

Manifiesto que he sido informado para participar de forma voluntaria y anónima en el estudio que tiene como objetivo de determinar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer.

Al aceptar participar en este estudio, soy consciente que debo completar un cuestionario que tomara aproximadamente 15 a 20 minutos de mi tiempo y que solo será para marcar. La información que brinde será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Con mi firma declaro otorgar mi consentimiento para participar en la investigación, comprometiéndome a contestar los cuestionarios.

.....

Firma del participante

ANEXO 6

TABLA MATRIZ – DATOS GENERALES

Pacientes	Edad	Sexo	Estado Civil	Grado de Instrucción	Tiempo de diagnóstico	Tratamiento Actual
1	1	1	2	5	2	3
2	1	1	1	2	1	4
3	1	2	3	2	3	4
4	1	2	2	2	2	2
5	2	1	2	1	1	4
6	2	2	1	2	1	4
7	2	1	2	3	2	4
8	2	2	2	2	3	1
9	2	1	1	2	2	1
10	2	2	2	2	1	1
11	2	2	2	4	3	4
12	2	2	2	3	2	1
13	2	1	1	2	3	3
14	2	1	2	5	2	1
15	2	2	3	2	2	1
16	2	2	2	2	2	3
17	2	2	2	2	1	1
18	2	1	1	3	1	1
19	2	1	1	2	1	3
20	2	2	1	3	1	1
21	2	2	2	2	4	3
22	2	1	2	1	2	3
23	2	1	2	1	2	1
24	2	1	1	2	4	1
25	2	1	1	2	3	1
26	2	1	2	1	1	1
27	2	1	2	3	2	3
28	2	1	2	2	1	3
29	2	1	2	1	2	1
30	2	1	1	2	1	4
31	2	2	2	2	2	2
32	2	2	2	2	2	2
33	2	2	2	4	1	4
34	2	1	1	2	1	1
35	3	2	2	2	4	1
36	3	2	2	4	1	2
37	3	2	2	4	1	1
38	3	2	2	2	2	1
39	3	2	1	2	2	1
40	3	2	2	3	1	1
41	3	2	2	1	2	1
42	3	2	2	4	2	1

43	3	1	1	3	2	3
44	3	1	1	4	3	1
45	3	2	2	2	2	1
46	3	2	3	2	1	3
47	3	1	3	1	2	3
48	3	2	2	2	4	3
49	3	2	2	2	2	4
50	3	2	1	2	4	1
51	3	1	2	2	1	3
52	3	1	2	2	4	1

ANEXO 7

TABLA MATRIZ - INVENTARIO DE ANSIEDAD

Pacientes	PREGUNTAS																				ANSIEDAD	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21
1	1	0	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	0	1	1	2
2	0	2	2	1	1	0	2	2	2	3	1	2	1	1	2	0	0	2	2	1	3	2
3	2	2	2	0	1	1	0	3	2	1	0	0	1	1	1	2	0	2	2	1	0	2
4	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	1	1	2	0	2	1	2	2	1	2
5	0	0	1	1	2	0	1	1	2	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	2	1
6	1	1	1	0	2	2	1	1	1	1	0	1	2	1	2	1	0	1	1	2	1	2
7	0	0	1	1	1	1	1	2	0	2	1	2	1	0	2	1	1	1	1	1	0	1
8	2	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1	0	1	2	0	1
9	1	1	0	0	0	0	2	2	1	1	0	1	1	1	1	0	0	2	1	0	1	1
10	2	0	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	0	2	1	0	2	1	1	1	2
11	0	0	0	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	2	1	1	1	2	1	1
12	2	2	2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	2	1	3	2	1	1	1	1	1	2
13	3	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	3	2	0	1	2	1	1	2
14	1	1	1	2	2	3	3	2	1	2	3	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2
15	1	2	2	1	1	1	1	2	2	3	1	3	3	2	1	1	1	1	2	1	3	2
16	2	3	3	3	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	3	2	3	1	2	3
17	1	1	1	1	0	2	0	0	1	1	2	1	1	1	0	1	2	1	1	2	1	1
18	3	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	3	3	2	2	1	2	2
19	2	2	2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	2	1	3	2	1	1	1	1	1	2
20	3	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	3	2	0	1	2	1	1	2
21	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	1	1	2	0	2	1	2	2	1	2
22	0	2	2	1	1	0	2	2	2	3	1	2	1	1	2	0	0	2	2	1	3	2
23	2	2	2	0	1	1	0	3	2	1	0	0	1	1	1	2	0	2	2	1	0	2
24	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	1	1	2	0	2	1	2	2	1	2
25	2	2	1	2	3	3	2	2	1	3	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3
26	3	3	2	3	2	1	1	2	3	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	2	3
27	2	1	2	3	2	2	2	3	3	1	3	2	2	3	2	2	2	2	3	1	2	3
28	1	2	2	3	3	1	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3
29	2	2	2	3	2	3	2	1	2	2	2	3	2	3	2	1	3	3	2	2	3	3
30	1	1	2	2	3	2	2	2	3	3	3	2	1	2	2	2	2	3	3	2	2	3
31	3	3	2	3	2	1	1	2	3	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	3	2	3
32	2	1	2	3	2	2	2	3	3	1	3	2	2	3	2	2	2	2	3	1	2	3
33	3	2	1	2	1	1	1	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3
34	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	3	2	3
35	2	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1	0	1	2	0	1
36	0	0	1	1	2	0	1	1	2	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	2	1
37	0	0	1	1	2	0	1	1	2	1	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	2	1
38	1	1	1	0	2	2	1	1	1	1	0	1	2	1	2	1	0	1	1	2	1	2
39	0	0	1	1	1	1	1	2	0	2	1	2	1	0	2	1	1	1	1	1	0	1
40	2	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	2	1	1	1	1	0	1	2	0	1
41	2	2	1	1	3	2	2	2	1	1	3	3	2	3	2	1	2	2	3	2	1	3

42	2	2	2	0	1	1	0	3	2	1	0	0	1	1	1	2	0	2	2	1	0	2
43	3	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	3	3	2	2	1	2	2
44	2	2	2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	2	1	3	2	1	1	1	1	1	2
45	3	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	3	2	0	1	2	1	1	2
46	0	2	2	1	1	0	2	2	2	3	1	2	1	1	2	0	0	2	2	1	3	2
47	2	2	2	0	1	1	0	3	2	1	0	0	1	1	1	2	0	2	2	1	0	2
48	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	3	1	1	1	2	0	2	1	2	2	1	2
49	3	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	3	2	0	1	2	1	1	2
50	1	1	1	2	2	3	3	2	1	2	3	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2
51	3	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	3	3	2	2	1	2	2
52	3	2	3	1	1	3	1	3	1	3	2	3	1	1	3	1	2	1	3	2	3	3

ANEXO 8

TABLA MATRIZ - INVENTARIO DE DEPRESIÓN

Pacientes	PREGUNTAS																				DEPRESIÓN	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21
1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0	2	2	0	0	1	0	1	1	0	1
2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	3	0	2	2
3	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2
4	1	1	1	1	1	0	0	0	1	2	2	3	2	0	0	1	3	0	0	1	2	3
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	1	2	1
6	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	0	2	2	0	0	1	0	1	1	0	1
7	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3	1	0	1	1	0	2	1
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1
9	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
10	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	2	0	2	2	1	0	0	0	2	1
11	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	3	1
12	2	0	0	1	3	3	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	3	2
13	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	2	1	1	2	1	3	2
14	2	0	0	1	3	3	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	3	2
15	2	0	0	1	3	3	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	3	2
16	2	0	0	1	3	3	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	3	2
17	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2
18	2	0	0	1	3	3	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	3	2
19	2	0	0	1	3	3	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	3	2
20	2	0	0	1	1	3	3	1	0	0	1	0	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2
21	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	2	1	1	2	1	3	2
22	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	3	0	1	1	0	3	0	1	0	1	3	2
23	0	1	0	3	1	3	1	0	0	0	3	0	1	1	0	3	0	1	0	1	3	2
24	2	0	0	1	1	3	3	1	0	0	1	0	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2
25	2	1	0	1	1	0	0	2	1	0	1	1	1	2	2	1	1	2	3	2	2	3
26	3	1	0	2	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	3	0	1	2	1	3
27	0	1	0	3	1	3	1	0	0	0	1	3	2	1	0	3	1	2	0	3	2	3
28	2	0	0	1	2	3	1	1	1	1	0	0	2	0	3	1	3	2	0	2	2	3
29	3	1	0	2	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	3	0	1	2	1	3
30	3	1	0	2	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	3	0	1	2	1	3
31	3	1	0	2	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	3	0	1	2	1	3
32	0	1	0	3	1	3	1	0	0	0	1	3	2	1	0	3	1	2	0	3	2	3
33	3	1	0	2	2	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	3	0	1	2	1	3
34	3	2	2	2	2	3	3	3	0	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	3	4
35	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	1	0	0	0	2	1
36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	1
37	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	2	1
38	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	2	1
39	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	3	1
40	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1
41	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	2	1	1	2	1	3	2