



**Universidad De Oriente.
Nucleo Bolivar.
Escuela De Ciencias De La Salud
“Dr Francisco Battistini Casalta”.
Departamento De Medicina.**

**CANCER DE MAMA COMO FACTOR PREDICTIVO DE
ANSIEDAD Y DEPRESION. CONSULTA EXTERNA DE
ONCOLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO RUIZ Y PAEZ.
CIUDAD BOLIVAR – EDO – BOLIVAR.
FEBRERO – ABRIL 2008.**

Asesor.

Dra: Yolirma Vaccaro Campos.

Trabajo de Grado presentado por:

Br: Ayleen Carlota Betancourt Espejo

C.I: 14.913.471

Br: Galia Aurora Aristizabal Álvarez

C.I: 15.422.686

Como requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano.

Ciudad Bolivar, Marzo 2010



INDICE

INDICE	ii
INDICE DE TABLAS	iv
DEDICATORIA	vi
DEDICATORIA	viii
AGRADECIMIENTO	x
RESUMEN	xii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVOS	17
Objetivo General	17
Objetivos Especificos.....	17
METODOLOGÍA	19
Diseño y tipo de investigación	19
Población.....	19
Muestra.....	20
Criterios de inclusión:	20
Criterios de exclusión:	20
Instrumentos.....	20
Presentación y Análisis de Datos y Resultados:	21
Tabla N° 1	23
Tabla N° 2	24
Tabla N° 3	25
Tabla N° 4	26
Tabla N° 5	27
Tabla N° 6	28
Tabla N° 7	29
Tabla N° 8	30



Tabla N° 9	31
Tabla N° 10	32
Tabla N° 11	33
RESULTADOS.....	34
DISCUSION DE RESULTADOS.....	37
CONCLUSIONES.....	46
RECOMENDACIONES.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
APENDICE.....	61



INDICE DE TABLAS

N°		PAG
1	Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según edad. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.....	22
2	Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según estado civil. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.....	23
3	Frecuencia del Trastorno ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según grado de instrucción. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.....	24
4	Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según estrato social. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.....	25
5	Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según antecedentes de Enfermedad Psiquiátrica. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.....	26



- 6 Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según signos y síntomas. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008..... 27
- 7 Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según tiempo de Diagnóstico. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008..... 28
- 8 Frecuencia del Trastorno ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según tratamiento. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008..... 29
- 9 Frecuencia del Trastorno ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según Ingresos por Recidiva. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008..... 30
- 10 Frecuencia del Trastorno ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según estadio de la enfermedad. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008..... 31
- 11 Frecuencia del Trastorno ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según asistencia a las consulta psiquiátrica. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.... 32



DEDICATORIA

A Dios todopoderoso quien nos trajo a la vida, dándonos la oportunidad de crecer como personas y profesionales, enseñándonos la noble virtud de servir a nuestros semejantes.

A mis abuelos Diógenes y Rafaela; quienes ya no están en este mundo y a quienes les debo muchas de las herramientas que hoy me permiten no solo lograr esta meta anhelada, sino simplemente ser, lo que hoy soy. Gracias viejos y que dentro de la paz que se, hoy los envuelve puedan disfrutar de este triunfo mas que mío de ustedes.

A Angélica Espejo, mi mami, ejemplo de valentía, perseverancia y éxito en la vida, gracias por haber sido mi inspiración en el logro de este objetivo.

A mi padre quien me enseñó que no importa que tantas pruebas te presente la vida y que tan inclinado se vea el camino, siempre con paciencia, perseverancia y dedicación, todo es posible y demostrando que Dios nunca nos impone retos más grandes de los que sabe podemos soportar.

A mi tía Melisent, quien siempre estuvo cuando la necesite, en momentos en los que todo ser humano piensa que es imposible y otros en los que pensé estaba sola. Tía gracias por ser como una madre para mi.

A mi hermanito, quien fue testigo de los triunfos, fracasos, temores, desvelos, sacrificios, pero por último alegrías y éxito, siempre confiando en mi capacidad y final alcance de este objetivo.

Muy especialmente a mis tías Yanitza y Gregoria, quienes fueron apoyo en todo momento y quienes siempre estuvieron cuando las necesite, muy atentas de mis logros.

A mis mejores amigas y prima, Neida, Hildemari, Galia y María Cecilia, sobran las palabras para agradecerles que simplemente existieran y que Dios permitiera que fueran parte de mi vida.



Y a todas aquellas personas que saben formaron parte de mi vida como estudiante y en mi desarrollo como ser humano y profesional. Este triunfo se los dedico a todos ustedes.

“El deseo cumplido deleita el Alma”
Prov. 13.19

AYLEEN C. BETANCOURT E.



DEDICATORIA

A Dios, base sólida de mi fe, doy gracias por ayudarme a entender que escogí una profesión entregada a la vocación de servicio, amor, humildad y gran paciencia. Pido a diario que tus manos guíen las mías en todo momento

A mi madre, Luz Álvarez, por su amor incondicional, por enseñarme que la paciencia y el amor son las mejores armas para emprender una batalla.

A mi padre, Jairo Aristizabal, por ser ejemplo de coraje y valentía, luchador incansable, quien me enseñó que el trabajo engrandece al hombre.

A mi hermana Raíza, se que estas dispuesta a ayudarme siempre y ahora con tu nueva vocación de madre, ejemplo de ternura. Una gran mujer.

A mi linda Pao, el milagro de la vida, ya desde tu primer día nos demostraste que vas a ser una luchadora innata.

A mi tío Rafa, noble hombre de gran corazón y alegría infinita, capaz de quitar el pan de su mesa para dar al más necesitado y a su hermosa familia.

A todos mis profesores, doctores, compañeros y amigos que en algún momento de este largo caminar me vieron caer, pero me ayudaron a levantar.

Me siento agradecida con la vida de tener una familia maravillosa, grandes y verdaderos amigos, alegres compañeros, definitivamente no imagino una mejor forma de vivir.



No existen límites, tracé una meta con rumbo al éxito.

Gracias a todos.

GALIA A. ARISTIZABAL A.



AGRADECIMIENTO

A nuestra magna casa de estudio, por enseñarnos y ser ejemplo de constancia, dedicación, esfuerzo, responsabilidad y por sobre todas las cosas amor por la ciencia y el servicio al prójimo.

A nuestra tutora científica; Dra. Yolirma Vaccaro Campos, siempre colaboradora y presta a escuchar y entender nuestras inquietudes y necesidades mas que como sus alumnas, como personas y seres humanos. Le agradecemos y reconocemos su vocación por este hermoso arte.

Al Dr. Maino Bahamondes, quien fue muy receptivo y colaborador demostrando su amor por la educación, siempre tratando de dejar una huella, sembrando una semilla de curiosidad, adquisición de conocimientos y con ello amor por la investigación, en la vida de cada uno de nosotros, sus alumnos.

A todos Nuestros Profesores - Doctores de la escuela de medicina Dr. Francisco Batistini Casalta y Hospital Universitario Ruiz y Páez, que día a día nos entregan su tiempo y sabiduría. Recibiendo tan poco a cambio, y con el único objetivo de proporcionar bases solidas que permitan la resolución de problemas, no solo en el transcurso de nuestra profesión sino en el de nuestras propias vidas.

Al personal Médico, de Enfermería, Administrativo y especialmente al personal de Historias Clínicas del área de Oncología de el Hospital Universitario Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar- Venezuela, por prestarnos apoyo en la recolección de datos y administración de los instrumentos para la obtención de los objetivos presentados en nuestro trabajo de investigación.



Por ultimo; Al servicio de psiquiatría donde logramos entender que la realidad de cada paciente en el ejercicio de nuestra profesión es tan suya, como nuestra llena de vicisitudes y complejidades.

AYLEEN Y GALIA



CÁNCER DE MAMA COMO FACTOR PREDICTIVO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. CONSULTA EXTERNA DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RUIZ Y PAEZ. CIUDAD BOLÍVAR- EDO. BOLÍVAR. FEBRERO-ABRIL.2008. Ayleen C. Betancourt E. Galia A. Aristizabal A.

RESUMEN

La presencia de trastornos psicopatológicos en el paciente oncológico ha sido ampliamente documentada. A pesar de su frecuencia, la identificación de estos trastornos es insuficiente debido a diferentes motivos: a) la confluencia de sintomatología somática y psíquica, b) considerar como normal la presencia de ansiedad, depresión o insomnio en el paciente con cáncer, c) la falta de formación de los sanitarios en la detección de trastornos psiquiátricos, o que éstos puedan ser secundarios a la propia enfermedad y a los tratamientos oncológicos. Partiendo de esto se planteó una investigación cuyo propósito fundamental es determinar si el cáncer de mama es un factor predictivo de ansiedad y depresión en las pacientes que asisten a la consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008. Es un estudio, transeccional, descriptivo, expo-facto, in situ, de un solo grupo en el cual se evaluaron 40 pacientes, el 57,5% presentó trastorno de ansiedad y depresión según la escala de Zigmond y Snaith, en un 25 % hubo ausencia del trastorno y un 17,5 % trastorno dudoso. El grupo etáreo que presentó mas frecuencia fue entre 41- 50 años en un 25 %, seguido del grupo mayor de 51-60 años con 15%, observándose el trastorno presente en un 25% en las mujeres entre 41-50 años, seguido de un 15% de estas en el grupo comprendido entre 51-60 años. Hubo mayor frecuencia del trastorno presente en las mujeres casadas en un 37,5%. En cuanto al grado de instrucción un 20% de las pacientes con el trastorno, tenían una escolaridad Básica y Bachiller respectivamente. El grupo de mujeres estudiadas pertenecían en su mayoría al estrato social medio -bajo en un 42,5% y obrero en un 35%, de las cuales, 25% pertenecientes al estrato obrero presentaron las patologías objeto de estudio y presentando el trastorno ansiedad y depresión 22,5% que pertenecían al estrato medio- bajo. Es importante destacar que en las mujeres donde estuvo presente el trastorno el signo y síntoma más frecuente fue el dolor en un 32,5%, seguido de insomnio en 30%, se pudo observar que este trastorno fue más frecuente en pacientes con 6 meses - 1 año de diagnóstico con 17,5%, seguido de 0-6 meses en un 15%. De acuerdo al tratamiento recibido el trastorno se observó con mayor frecuencia en pacientes que recibieron quimioterapia en un 35% y en aquellas a las que se practicó cirugía en 22,5 %. Al relacionar la variable recidiva con la presencia del trastorno, este estuvo presente con mayor frecuencia en un 50%, en la mujeres con recidiva entre 1 – 3 veces. Se pudo observar la presencia de trastorno de ansiedad y depresión con más frecuencia en pacientes con estadio II en un 25% y estadio III 22,5 %. Siendo relevante mencionar que de 2 pacientes encuestadas en estadio IV la totalidad de estas presentaron el trastorno con un porcentaje de 5%. Sólo la mitad de las pacientes, es decir, 50% de las mujeres con



diagnóstico histopatológico de cáncer de mama que presentaron el trastorno según la escala utilizada, no fueron evaluadas por la consulta de psiquiatría. Se llegó a la conclusión que el diagnóstico, tratamiento y evolución del cáncer de mama es un predictor de ansiedad y depresión.

Palabras claves: Ansiedad, Depresión, Cáncer de mama.



INTRODUCCIÓN

La brecha de atención de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe es amplia, encontrándose una insuficiencia de los servicios de salud mental que fueron registrados por el Proyecto Atlas, dirigido por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esto constituye un reto de grandes proporciones para la salud pública que se acentúa a medida que van creciendo exponencialmente las diferentes patologías psiquiátricas en estos países, la cual no solo se registra en enfermos crónicos como los pacientes oncológicos sino en la población general¹.

En años recientes se ha despertado el interés por conocer hasta que punto determinadas enfermedades crónicas, limitantes e incapacitantes en combinación con características de personalidad y estados emocionales, pueden contribuir a la aparición y exacerbación de las distintas enfermedades psiquiátricas relacionadas con éstas siendo las más prevalentes la Ansiedad y la Depresión. Es por ello que las investigaciones sobre enfermedades crónicas y específicamente sobre el Cáncer de mama han aumentado vertiginosamente; no solo por la alta incidencia y prevalencia de las dolencias antes mencionadas, sino también por su carácter permanente, que obligan a adoptar diversos cambios en los hábitos y estilos de vida que los sujetos deben afrontar, lo que implica a corto y largo plazo reajustes psicológicos de gran impacto para los mismos².

Desde hace más de dos décadas, la psicooncología ha hecho importantes contribuciones al estudio de estos factores psicológicos asociados con la incidencia de cáncer, la respuesta al tratamiento, la calidad de vida y el bienestar psicológico de las personas que padecen esta enfermedad, con el fin de reducir las reacciones propias de la misma y secuelas de los tratamientos oncológicos³; es por ello, que la intervención psicológica en el comportamiento del paciente con una enfermedad crónica, a nivel



cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual, contribuye para un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente, permitiendo una readaptación rápida, con la finalidad de volver a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria, con la máxima calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita⁴.

Padecer cáncer o la simple sospecha de tenerlo lleva al paciente y a sus familiares a enfrentar emociones tan intensas como las que se viven cuando se enfrenta un duelo; cada quien aborda la enfermedad de forma individual y de acuerdo con sus características de personalidad, estilos de afrontamiento, estrés psicosocial, intensidad y forma de manejar la ansiedad y depresión, según el apoyo social y afectivo que reciba⁵.

La relación de factores emocionales con el estado de salud en general y con el cáncer en particular, ha sido sugerida desde la antigüedad. Hipócrates ya hablaba de la relación entre personalidades melancólicas y el cáncer. Atribuyó el exceso de bilis negra al cáncer. Galeno, en la misma línea, pensaba que las mujeres de temperamento melancólico estaban más expuestas al desarrollo de neoplasias que las mujeres de temperamento sanguíneo. Sin embargo no es hasta la década de los 50 cuando comienza a estudiarse de forma sistemática la posible implicación de distintos factores psicosociales en la etiología y evolución del cáncer⁶.

A pesar de los estudios realizados durante las dos últimas décadas sobre la prevalencia de los trastornos mentales en los pacientes oncológicos, es de todos conocida la dificultad que entraña el realizar un diagnóstico psicopatológico en el paciente con cáncer, debido a la convergencia de síntomas psicológicos y somáticos que dificultan el diagnóstico diferencial, y debido a la propia naturaleza de la enfermedad neoplásica que es generadora de un malestar emocional (distress) que puede oscilar entre una reacción normal ante la enfermedad hasta la presencia de un



conjunto de signos y síntomas que requieran una intervención específica desde el campo de la salud mental⁷.

Otro motivo que hace del cáncer una enfermedad de fuerte impacto aparte de los cambios en el estilo de vida del paciente y su entorno, son las consecuencias del tratamiento, que también alteran aspectos fundamentales en la vida del paciente. A grandes rasgos podemos decir que la vida del afectado se ve alterada a nivel familiar, laboral, social, de relación y sexual. Cuando se habla de cáncer, a menudo se comete el error de generalizar una palabra cuyo contenido es muy amplio y que comporta cierta ambigüedad. Cada localización del cáncer tiene unas connotaciones bien distintas, no solo por sus efectos a nivel funcional y estético, sino también por el tipo de tratamiento que precisa y, de forma esencial, por su pronóstico. En este sentido, cabe diferenciar tumores que implican trastornos a nivel de imagen, visibles y, por lo tanto con más perturbación personal, sexual y de relación. El cáncer de mama es uno de los ejemplos más patentes de alteraciones en las que se mezclan el temor al cáncer y en definitiva al sufrimiento y a la muerte, con las consecuencias de una intervención quirúrgica, a veces, agresiva para la auto-imagen de la mujer, y todas las posibles consecuencias de varios tipos de tratamientos, administrados y llevados a cabo al mismo tiempo⁸.

En nuestro país, el cáncer es un importante problema de salud, así como en otros países; por sus altos índices de morbilidad y mortalidad y su impacto emocional en la población, su enfrentamiento efectivo sólo es posible mediante un abordaje integral y multisectorial⁹.

En el año 2001, diez millones de hombres y mujeres a nivel mundial, desarrollaron un tumor maligno, y 6 millones murieron por esta enfermedad. Los tumores de mayor incidencia entre los españoles son los de pulmón, colon, mama y próstata, mientras que en los índices de mortalidad hay que añadir el cáncer gástrico.



En el año 1965 se forma la asociación internacional de investigación sobre el cáncer (IARC) y en 1966 la asociación internacional de registros de cáncer (IACR), siendo estas últimas las encargadas de entregar registros poblacionales en relación con cáncer a nivel mundial. Para el año 2001, se registraron defunciones por cáncer superiores a 7.000.000 de las cuales 5.000.000 se desarrollaron en países de mediano y bajo ingreso¹⁰.

Para el año 2003, la mayor incidencia de tumores malignos en la población mundial fue según la OMS: Cáncer Pulmonar (12, 3%), Cáncer Mamario (10, 4%), Cáncer Colorectal (9,4%), registrándose a nivel mundial 1.036.000 nuevos casos al año para el cáncer mamario, con una mortalidad de 478.687 mujeres y una tasa de incidencia entre las mujeres hispanas de un 40% inferior en comparación a las mujeres blancas no latinas. En relación con la mortalidad, el cáncer mamario es la principal causa de muerte en las mujeres latinas. A nivel mundial existen múltiples factores que contribuyen a un aumento o disminución de la tasa de incidencia y mortalidad del cáncer de mama, entre los que se destacan factores socioeconómicos, factores culturales o el acceso a atención médica los cuales varían de un continente a otro así como también son diferentes dentro de un mismo país¹¹.

Según el Resumen Epidemiológico del Ministerio del Poder Popular para la salud; Venezuela para el año 1992, tras una revisión de reportes estadísticos, estableció que el cáncer de la mama ocupaba el segundo lugar de incidencia y Mortalidad, donde es significativa la tendencia de los últimos cinco años observándose una tasa de incidencia hacia el Incremento. En la actualidad se diagnostican 9 casos diarios de cáncer de mama en estas mujeres, encontrándose el 80% en etapas avanzadas de la enfermedad y solo 20% de estas en estadios precoces. La incidencia continua siendo menor que en los países desarrollados, pero la mortalidad es muy alta y es precisamente este indicador el que resulta más importante y sobre el cual se centra la atención¹².



Las razones de que el cáncer de mama sea una de las neoplasias más estudiadas en la actualidad son diversas, buena parte de este aumento; es debido a la sensibilización de la sociedad ante su existencia por el alto porcentaje de mujeres que se ven afectadas por el mismo. Una de cada diez mujeres sufrirá cáncer de mama a lo largo de su vida. Un 1% de cánceres de mama se presenta en varones y es la primera causa de mortalidad en mujeres entre 40 y 55 años, lo que supone el 18,2% y su incidencia está en aumento sobre todo en los países desarrollados, en los que ocurren el 50% de todos los casos de cáncer de mama. A pesar de que aumenta la incidencia la tasa de mortalidad ha permanecido estable durante los últimos años¹³.

En estudios recientes se ha encontrado una gran variedad de problemas y reacciones psicológicas entre mujeres con cáncer de mama: depresión y altos niveles de ansiedad producidos por el diagnóstico, reacciones desadaptativas, inhibición afectiva, y en general, altos niveles de distrés psicológico e ira. Habitualmente, a estas paciente se le suele asociar la depresión después de serle detectado el tumor y sobre todo después del tratamiento, unas veces debido a la posible mutilación de la mama y otras veces debido sobre todo a los efectos secundarios de la quimioterapia por la presencia de náuseas y vómitos durante el mismo, llegando a ser síntomas que condicionados pueden dificultar la adherencia al tratamiento¹⁴.

De igual modo después del tratamiento, sea éste o no conservador, la mujer suele tener depresión ya sea por el miedo a la recidiva del tumor o debido al tratamiento. Los efectos secundarios del mismo, como pueden ser la alopecia, la aparición de quemadura y posterior acartonamiento de la piel después de la radioterapia local, la pérdida definitiva de fertilidad después del tratamiento (especialmente en las pacientes que han recibido tratamiento con ciclofosfamida), y la aparición de sintomatología menopáusica prematura (debido bien a la quimioterapia, la castración química con inhibidores de la LH o por la administración de hormonoterapia) son otros de los factores que contribuyen a la aparición posterior de



una depresión; eso sin mencionar que existe evidencia de que el tratamiento antineoplásico es inductor de agentes que pueden influir en el metabolismo de las aminas biógenas, que están directamente relacionados con los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad mental. Por lo que pueden generar psicopatología por acción biológica directa⁹.

El tratamiento radioterápico ha demostrado incrementar los niveles de ansiedad en relación a los siguientes aspectos: aproximación a la idea de una muerte segura, temor a que los equipos no funcione correctamente y los posibles efectos secundarios indeseables. Sin embargo, los niveles de ansiedad vuelven a niveles normales a las dos semanas de finalizar el tratamiento¹⁵.

Por otra parte, las repercusiones físicas de dichos tratamientos son importantes; produciéndose así una aproximación a la idea de una muerte segura, y siendo una fuente importante de ansiedad iniciándose a corto plazo un aumento considerable de los problemas psicológicos, sociales y sexuales de las mujeres que recibían quimioterapia, sin embargo menos de un tercio de las pacientes comunicaron estos problemas en un grado moderado o severo de 2 a 5 años tras recibir el tratamiento⁹.

Otra fuente de angustia importante registrada en estas pacientes es el tratamiento quirúrgico ya que los resultados obtenidos pueden confirmar la presencia de la enfermedad, el mal pronóstico, cirugía mutilante o disfunción sexual. La percepción de la imagen corporal y el sentido de bienestar es superior entre las pacientes tratadas con cirugías más conservadoras, las cuales tienen una mejor imagen corporal y también una mejor sexualidad, presentándose generalmente una adaptación adecuada, con buena recuperación luego de los 6 meses de la cirugía, a pesar que no se manifiestan menos ansiosas, ni menos deprimidas que las pacientes mastectomizadas. Sin embargo estos sentimientos positivos de sí mismas no se trasladan necesariamente a una mejor adaptación sexual¹⁶; ya que cuando se hace una



revisión de los diferentes trastornos encontrados en las pacientes afectadas de cáncer de mama, no solo se encuentra a la ansiedad y la depresión como entidades nosológicas únicas, sino también aparecen junto con otros problemas como los de autoimagen y de relación sexual⁸.

Meyerowitz, 1980 (citado por Navas, *et al.*) planteaba que el impacto psicológico del cáncer de mama se manifiesta en tres áreas: El Área Psicológica, con aparición de ansiedad, depresión e ira. El Área Psicosocial, con notables cambios en la manera de vivir relacionados, sobre todo, con la afectación del estado de bienestar físico y por último el área de las Ideas, con temores a la muerte, a la discapacidad y a la mutilación. Sin embargo cuando se habla de ansiedad y depresión, se encuentra con diversos trastornos reactivos; en este primer momento, cuando aparecen trastornos psicológicos, estos suelen ser en general reactivos de ajuste¹⁷.

No es frecuente hallar entre mujeres que padecen cáncer de mama trastornos depresivos y ansiosos mayores, a menos que sean personas con antecedentes psiquiátricos. A menudo esta reacción inicial puede ser una respuesta al diagnóstico, que puede desaparecer con el paso del tiempo, cuando la afectada empieza a adaptarse a la situación. La ansiedad es más propia de los momentos iniciales, pues ante el conocimiento de que se padece cáncer de mama, aparecen reacciones como ira, miedo, preocupación por uno mismo y por los seres queridos. Estos niveles de ansiedad tienden a disminuir, sobretodo cuando la paciente y sus familiares se van situando ante el proceso. Por ejemplo, es habitual un alto grado de ansiedad ante el inicio de la quimioterapia que luego, una vez empezados los ciclos, el miedo e incertidumbre ante lo desconocido desaparecen¹⁸.

Por el contrario, el paso del tiempo puede dar lugar a depresión. Cuando se llega a las dosis intermedias de quimioterapia, puede darse una situación de hundimiento, pues a la paciente se le hace largo y pesado, sobre todo si, a raíz de la



quimioterapia, ha dejado de llevar una vida normal. No debemos olvidar que a la depresión contribuyen aspectos físicos, como la fatiga, y la toxicidad acumulada por los fármacos que se les aplican. Afortunadamente, cada vez es menos frecuente la reacción de náuseas y vómitos, gracias a los potentes anti-eméticos existentes hoy en día. Esto disminuye los efectos negativos de la quimioterapia, a la par que ha hecho que prácticamente desaparezcan los vómitos y náuseas anticipatorios, trastorno muy frecuente hace un tiempo¹⁹.

La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas. Es una reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo nocivo o que constituye una amenaza, implicando a nivel físico un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático. En términos generales se considera que la ansiedad es adaptativa si es proporcional a la amenaza transitoria de afrontamiento, es decir, solo dura mientras persiste el estímulo temido y si facilita la puesta en marcha de recursos. Sin embargo, la ansiedad se considera desadaptativa y por lo tanto problemática cuando es desproporcionada a la amenaza, implica un aumento anómalo de la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas, se mantiene en el tiempo y si puede tener un origen biológico. Dicha distinción resulta difícil de aplicar en el paciente oncológico debido a la naturaleza de la amenaza, que por sus características (enfermedad grave, de larga evolución, con múltiples tratamientos y con un pronóstico incierto) suele ser altamente estresante, constante y persistente en el tiempo²⁰.

La ansiedad incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación es la que se considera patológica. Esta puede observarse mediante la presencia de irritabilidad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, dificultades de atención/concentración, aprensión duradera, disminución del



rendimiento intelectual, inquietud, preocupación excesiva y alerta, entre otros síntomas y signos posibles. La ansiedad se puede manifestar en el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica o de la recidiva, cuando el paciente está esperando el nuevo tratamiento, durante el mismo y en los estadios avanzados o terminales, de hecho, todo el proceso de la enfermedad neoplásica está plagado de miedos, angustia y dudas²¹.

Aunque algunos estudios informan que la ansiedad aumenta conforme empeora la gravedad y el pronóstico de la enfermedad, en la clínica diaria se observa que los pacientes en estadios precoces de la enfermedad o incluso con pronósticos favorables, también pueden desencadenar intensas manifestaciones de ansiedad²².

Es importante identificar y tratar la ansiedad debido a su alta prevalencia en el cáncer de mama, y garantizar una mejor calidad de vida en la paciente y así optimizar su capacidad para tolerar el tratamiento, disminuyendo los efectos secundarios del mismo. Diversas investigaciones se han centrado en la relación entre depresión y cáncer de mama. Los rasgos analizados son la represión e inhibición emocional, una menor agresividad manifiesta, los rasgos depresivos, el predominio de lo racional sobre lo emocional, la dificultad para expresar las emociones y la alteración de la imagen corporal. Consideran además otros factores como la indefensión, la desesperanza, la pérdida del rol central y del apoyo social. Mientras otros autores indican que no existe relación entre ambas⁴.

En un estudio donde comparan los niveles de ansiedad en el paciente hospitalizado o en el domicilio, encuentran que la ansiedad y la depresión correlacionan positivamente con el aburrimiento y la falta de estimulación durante el ingreso, los síntomas físicos, la presencia de hijos y los antecedentes de depresión y ansiedad. En los pacientes con cáncer, los síntomas de ansiedad generalmente coexisten con síntomas depresivos y los estados mixtos son los más frecuentes. Se ha



de tener presente que es diferente si la ansiedad es un problema adaptativo ante la enfermedad de si es algo preexistente²³.

Algunos estudios en pacientes con cáncer de mama muestran como la ansiedad aumenta con el diagnóstico, alcanza su nivel más elevado antes de la mastectomía, se mantiene elevada tras la cirugía y comienza a descender después del primer año tras la intervención quirúrgica²⁴.

El temor a sufrir una recidiva también está relacionado con la respuesta emocional que la paciente ha tenido al proceso previo. En algunas pacientes este temor persiste durante el resto de sus vidas, sufriendo exacerbaciones en las visitas de control o con los problemas físicos interrecurrentes. Incluso el hecho de ser dadas de alta es vivida con angustia al desaparecer la sensación de vigilancia que los cuidados médicos representaban¹⁶.

Un estudio que examinó la prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama precoz durante los 5 años siguientes donde participaron 222 mujeres con diagnóstico en fase inicial; 170 (77%) de estas mujeres, facilitaron durante una entrevista datos completos acerca de los 5 años transcurridos después del diagnóstico del cáncer o de una recidiva, con especial referencia a los estados de depresión y/o ansiedad, encontrándose que aproximadamente el 50% de las mujeres con cáncer en fase inicial tuvieron depresión, ansiedad o ambos estados en el primer año después del diagnóstico, 25% de las mujeres en el segundo, tercero y cuarto año y el 15% en el quinto año después del diagnóstico. El 45% de las mujeres que presentaron una recidiva del cáncer sufrieron depresión, ansiedad o ambos estados en los tres meses siguientes al diagnóstico de dicha recidiva. Llegando a la conclusión de que en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, la prevalencia de depresión, ansiedad o de ambos estados en el primer año después del diagnóstico es el doble de la población



femenina en general y subraya la necesidad de dedicar un servicio especial de apoyo psicológico a las pacientes durante este periodo de tiempo²⁵.

Otros investigadores han descubierto que el 44% de los pacientes con cáncer han declarado tener alguna ansiedad; de ellos, el 23% declaró tener un grado de ansiedad significativo²⁶.

Sin embargo, en otra investigación donde participaron 322 mujeres con cáncer de mama, diagnosticadas durante las campañas de prevención realizadas por el Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma de Navarra entre los años 1992 y 1993. La edad media de las mujeres del estudio fue de 56 años con un rango de edad entre los 38 y 68 años. Las puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) indicaron que, el 53% no presentaban signos de depresión, el 21,8% presentan depresión leve, el 15,9% depresión moderada y sólo el 4,7% depresión severa. En relación a los niveles de ansiedad situacional (STAI-SX-1) al momento de ser entrevistadas, el 16,5% tenían niveles bajos, el 61,7% niveles medios y el 17% niveles altos. En relación a los niveles de depresión, los resultados obtenidos indican que el porcentaje de las pacientes es bajo ya que sólo el 20,6% presenta depresión moderada o severa, mientras que 79,4% depresión leve, aunque informa de alteraciones en el estado de ánimo, sus puntuaciones BDI no revelan un estado de ánimo depresivo²⁷.

Otros investigadores como Kissane *et al.* Los cuales comparan la morbilidad psicosocial en pacientes con cáncer de mama en estadio inicial y cáncer de mama metastásico, encontraron que no hay diferencias significativas en ambos grupos. En dicho estudio, los resultados indican la prevalencia de los trastornos de ansiedad en un 8,6% en pacientes con la enfermedad en un estadio inicial y en un 6% de mujeres con la enfermedad avanzada²⁸.



Así mismo Grassi *et al.* Estudiaron la respuesta psicológica de 359 mujeres, de edades comprendidas entre los 25 y 75 años, en una etapa temprana en el desarrollo de cáncer de mama, 1 y 3 meses después de su diagnóstico, se observó una prevalencia de ansiedad y depresión de 16% y 6% respectivamente, así como altas asociaciones entre puntuaciones de tendencia a controlar las reacciones emocionales y una actitud fatalista hacia el cáncer, y también altas correlaciones entre control de ira y actitud de indefensión²².

Otros estudios presentan un panorama más positivo, encontrando que las mujeres sin desórdenes psiquiátricos previos es menos probable que desarrollen síntomas psicológicos tan severos²⁴. Sin embargo otro estudio realizado en el que se estudiaron los Trastornos de adaptación y ansiedad en pacientes con cáncer de mama, aplicándose la escala de Hamilton para ansiedad, en 13 pacientes hospitalizadas en la unidad de oncología del hospital universitario Ruiz y Páez estado Bolívar- Venezuela encontraron que 11 de esas pacientes presentaron ansiedad y según los grados de la escala de Hamilton 8 pacientes (62%) tuvieron ansiedad ligera y 3 pacientes (23%) ansiedad moderada²⁹.

Son muchos los factores predictivos potenciales en el cáncer de mama incrementándose los aportes no solamente en el área de la psicooncología sino también en el área de la fisiopatología de la respuesta celular al cáncer, los cuales son fundamentales para establecer una real morbimortalidad del fenómeno y de sus posibles implicaciones psicológicas. Los estudios al respecto han sido diversos y cada vez más investigadores están interesados en la exploración de estos hallazgos. Este problema ha sido abordado por varios comités de expertos, revisando la evidencia disponible para ayudar a definir qué variables deben ser aplicadas a los factores predictivos³⁰.



De esta manera se reconoce como Factor predictivo a cualquier valor asociado al grado de respuesta a un tratamiento específico. En el cáncer de mama temprano los factores predictivos pueden ser por su peso a la hora de decidir el tratamiento adyuvante más útiles clínicamente que los factores pronósticos, pero su detección es compleja, pues requieren ensayos clínicos exigentes para su evaluación y validación: randomizados, con gran número de casos para dotarlos de suficiente poder estadístico. Dado que estos requerimientos se cumplen infrecuentemente muy pocos factores predictivos se han validado en los últimos 10 años, y el progreso futuro en este campo y también los factores pronósticos tan importante para evitar tratamientos insuficientes e innecesarios, depende de la atención a los requerimientos antes citados³¹.

El objetivo fundamental de este estudio será evaluar las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama prestando una especial atención a su estado emocional, con único fin de mejorar las intervenciones psicológicas encaminadas a reducir o mitigar el malestar emocional, favorecer un mejor ajuste psicosocial y optar por estilos de vida más saludables, a partir de una cultura de la salud que modifique valores, creencias, conductas, emociones, actitudes y relaciones que dificulten su desarrollo.



JUSTIFICACIÓN

Se conoce que una de cada 14-16 mujeres presenta riesgo de manifestar clínicamente un cáncer de mama a lo largo de su vida media normal, y 1 de cada 9 mujeres lo padece, es un cáncer claramente divisible en estadios y fácilmente detectable en los primeros, por lo tanto idóneo para los estudio de su seguimiento y evolución²².

Habitualmente, a la paciente con cáncer de mama, se le suele asociar ansiedad y depresión después de serle detectado el tumor sobre todo después del tratamiento, sea éste o no conservador, la mujer suele desarrollar estas entidades, por el miedo a la presencia del tumor, a la recidiva de este, o al mismo tratamiento; siendo los efectos secundarios del mismo, no solo un factor estresor sino en muchas ocasiones incapacitante, contribuyendo directamente a modificar los sentimientos experimentados por estos en función de la evolución de la enfermedad, teniendo que enfrentarse con una serie de amenazas presentes tales como la separación familiar, la hospitalización, el comprender la terminología médica, la modificación de los roles socio-profesionales, perder la intimidad física y psicológica, la toma de decisiones en momentos de estrés y otros como la perdida de la armonía y simetría corporal en tratamientos quirúrgicos castradores, así como la necesidad de depender de otros. Motivo por el que se ve en la necesidad de responder a estas amenazas y adaptarse bruscamente a una nueva realidad.

Aunque es conocido que el objetivo principal del tratamiento en cáncer es prolongar la vida, existen evidencias de que la calidad de esta, puede verse alterada no sólo por la propia enfermedad, sino también por los efectos secundarios del tratamiento. Por otro lado la presencia de una entidad nosológica incapacitante y limitante en la mayoría de los casos, se ha considerado un importante indicador



clínico para el desarrollo y evolución de patologías psiquiátricas tipo ansiedad y depresión en estos pacientes. Por este motivo, en las dos últimas décadas se ha hecho un esfuerzo importante para evaluar la patología neoplásica junto a la aparición de ansiedad y depresión e incluirla, junto con otros indicadores, como una medida de resultados predictivos.

En la actualidad, La European Society for Medical Oncology (ESMO) sigue subrayando la necesidad de evaluar adecuadamente todos los síntomas físicos y psicológicos que pueden afectar al paciente de cáncer a lo largo del todo el proceso de atención sanitaria. Recientemente la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) ha creado la Sección de Cuidados Continuos, que quedan definidos como la atención integral de la persona enferma en su realidad total: biológica, psicológica, familiar, laboral y social. De acuerdo con estas directrices, en la actualidad se reconoce la necesidad de que todos los pacientes de cáncer deben estar adecuadamente evaluados en lo que respecta a la presencia y severidad de síntomas físicos y psicológicos y que se dispongan de las intervenciones óptimas para controlar todos estos síntomas de forma continua.

Otra razón de importancia para la elección y desarrollo del presente trabajo de investigación es el indiscutible deber de mantener la idea de un trabajo inter, multi y transdisciplinario cuando de tratamiento de pacientes oncológicos se hable y mas específicamente cuando de pacientes con cáncer de mama se trate; por todas las implicaciones psicológicas debido a la propia naturaleza de la enfermedad neoplásica que es generadora de un malestar emocional el cual puede oscilar entre una reacción normal ante la enfermedad hasta la presencia de un conjunto de signos y síntomas que requieran una intervención específica desde el campo de la salud mental siendo conocida la dificultad que entraña el realizar un diagnóstico psicopatológico en el paciente con cáncer, debido a la conocida convergencia de síntomas psicológicos mas los somáticos que dificultan el diagnóstico diferencial, motivo por el que requiere la



evaluación integral y continua de estos pacientes no solo por el oncólogo, sino también el psicólogo, el psiquiatra, el personal de enfermería, trabajo social y otros miembros del equipo de atención que participen en el abordaje del paciente, con el único fin de proporcionar al enfermo el mayor bienestar posible para una evolución satisfactoria con una pronta recuperación o simplemente una muerte mas digna. Además se sabe que la respuesta terapéutica es menor en las pacientes deprimidas, y que existe un aumento mortalidad, todo esto justifica la realización de la presente investigación.



OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar si el cáncer de mama es un factor predictivo de Ansiedad y Depresión en las pacientes que asisten a la consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.

Objetivos Especificos

1. Identificar las características psicosociales de las pacientes encuestadas con diagnóstico de cáncer de mama y correlacionar con la presencia de ansiedad y depresión.
2. Analizar el estrato social según el método de Graffar modificado en las pacientes sujetas a estudio y correlacionar con la presencia de ansiedad y depresión.
3. Determinar los niveles de ansiedad y depresión aplicando la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de Zigmond y Snaithe en las pacientes objeto de estudio y correlacionar con la presencia de ansiedad y depresión.
4. Evidenciar los signos y síntomas del cáncer de mama y/o relacionados con tratamiento actual antineoplásico y correlacionar con la presencia de ansiedad y depresión.
5. Precisar el tiempo de diagnóstico del cáncer de mama en las pacientes encuestadas y correlacionar con la presencia de ansiedad y depresión.



6. Detallar el plan terapéutico recibido actualmente por las pacientes evaluadas y correlacionar con la presencia de ansiedad y depresión.

7. Especificar las recidivas presentadas en las pacientes y correlacionar con la presencia de ansiedad y depresión.

8. Reconocer estadio de la enfermedad en curso de las pacientes que asistieron a la consulta externa de Oncología y correlacionar con la presencia de ansiedad y depresión.

9. Demostrar asistencia a las consulta de psiquiatría como terapéutica multidisciplinaria durante el tratamiento Oncológico y correlacionar con la presencia de ansiedad y depresión.



METODOLOGÍA

Diseño y tipo de investigación

El presente estudio es una investigación, transeccional, descriptiva, expo-facto, in situ, de un solo grupo, en un período de tiempo, con un diseño de campo, no experimental.

La investigación se basó en un diseño de campo por cuanto permite al investigador recolectar la información en el propio lugar donde se suscitan los hechos, además de permitir el contacto directo con los protagonistas de los mismos. En este sentido la intervención del problema y las demás fases de la investigación se fundamentan en la información recopilada de primera fuente, es decir: investigador – sujeto de estudio³².

Se acota que en esta investigación se describen situaciones, mediante tres instrumentos que permitieron especificar determinadas propiedades del fenómeno investigado; la investigación descriptiva trabaja sobre realidades concretas para derivar deducciones sobre los nexos entre la causa y el efecto que orientan la presentación de soluciones. Se intenta describir y comprender relaciones entre variables para establecer secuencias causales, es decir, hacer inferencia directa acerca de los vínculos de relación desde el problema hasta el efecto.

Población

El escenario de investigación considerado estableció como población objeto de estudio a las pacientes con cáncer de mama que asistieron a la consulta externa del Servicio de Oncología del Hospital Ruiz Páez, Ciudad Bolívar, en el período febrero-abril 2008.



Muestra

Tipo: no aleatorio, bajo criterio opinático, censado.

El tamaño de la muestra estuvo constituido por 40 pacientes, que representaron aproximadamente el 25% de la población, conformada por las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, selección no aleatoria, etápica.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que asistieron a la consulta externa del servicio de Oncología a quien se les hizo diagnóstico histológico de cáncer de mama, con o sin tratamiento médico y/o quirúrgico.
- Pacientes de sexo femenino.
- Pacientes mayores de 20 años de edad.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con antecedentes personales de patología psiquiátrica.
- Sexo masculino.
- Pacientes menores de 20 años de edad.

Instrumentos

Con el fin de recolectar los datos relativos a la investigación se procedió a emplear la técnica de la encuesta; los instrumentos utilizados fueron: un cuestionario elaborado por los autores, el cual está constituido por 9 ítems que recopilan información sobre datos psico-sociales como edad, estado civil y grado de



instrucción, signos y síntomas, otros relacionados con el tiempo de diagnóstico, tratamiento actual antineoplásico, recidivas presentadas en las pacientes y evaluación o no por el servicio de psiquiatría. El segundo instrumento utilizado fue la escala de GRAFFAR MODIFICADA^{33,34}, para medir estrato socio-económico incluyendo y clasificando a la familia venezolana en 5 estratos según puntuación obtenida: estrato alto, medio-alto, medio-bajo, obrero y marginal. Por último el tercer instrumento que se utilizó fue La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de Zigmond y Snaith (1983)^{35,36}; un cuestionario dividido en 14 ítems distribuidos en dos subescalas: una de ansiedad y otra de depresión de 7 ítems cada una, donde se le pide al sujeto en cada ítem que escriba los sentimientos que ha experimentado en la última semana, valiéndose de una escala tipo likert de 0-3 puntos. Siendo los puntos de corte para la investigación de 0-7 trastorno ausente, de 8-10 casos dudosos, 11 o más trastorno presente.

Por medio de estos instrumentos fue posible recolectar la información requerida para efectuar el estudio, ya que son instrumentos de fácil aplicación y comprensión al momento de analizar los resultados y la efectividad en su tratamiento estadístico (Apéndice A, B y C).

Presentación y Análisis de Datos y Resultados:

Los datos se presentaron en gráficos de distribución de frecuencias, expresando el valor absoluto y porcentual de los instrumentos A y B antes expuestos y su relación con la escala ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). A partir de esta estadística descriptiva se determinó a modo de ilustración valores inferenciales mediante el método estadístico de cálculo Chi-cuadrado de Pearson³⁶, el cual, se construye a partir de las diferencias entre las frecuencias observadas y las esperadas bajo la hipótesis de independencia.



La prueba *Chi-cuadrado* se aplica al caso de que se disponga de una tabla de contingencia con r filas y c columnas correspondiente a la observación de muestras de dos variables X e Y , con r y c categorías, respectivamente. Se utiliza para contrastar la hipótesis nula:

H_0 : Las variables X e Y son independientes

Si el p -valor asociado al estadístico de contraste es menor que α , se rechaza la hipótesis nula al nivel de significación α .



Tabla N° 1

Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según edad. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.

<i>EDAD</i> (años)	ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION HOSPITALARIA (HADS) DE ZIGMOND Y SNAITH							
	PRESENTE		AUSENTE		DUDOSO		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
20 – 30	1	2,5	2	5	0	0	3	7,5
31 – 40	5	12,5	2	5	1	2,5	8	20
41 – 50	10	25	1	2,5	2	5	13	32,5
51 – 60	6	15	5	12,5	2	5	13	32,5
> 60	1	2,5	0	0	2	5	3	7,5
TOTAL	23	57,5	10	25	7	17,5	40	100

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 2

Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según estado civil. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.

<i>ESTADO CIVIL</i>	ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION HOSPITALARIA (HADS) DE ZIGMOND Y SNAITH							
	PRESENTE		AUSENTE		DUDOSO		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Casadas	15	37,5	0	0	3	7,5	18	45
Solteras	2	5	6	15	0	0	8	20
Concubinas	3	7,5	3	7,5	3	7,5	9	22,5
Viudas	3	7,5	1	2,5	1	2,5	5	12,5
TOTAL	23	57,5	10	25	7	17,5	40	100

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 3

Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según grado de instrucción. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.

<i>GRADO DE INSTRUCCIÓN</i>	ESCALA DEANSIEDAD Y DEPRESION HOSPITALARIA (HADS) DE ZIGMOND Y SNAITH							
	PRESENTE		AUSENTE		DUDOSO		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Primaria	1	2,5	0	0	3	7,5	4	10
Básica	8	20	1	2,5	1	2,5	10	25
Bachiller	8	20	4	10	1	2,5	13	32,5
Universitario	3	7,5	4	10	1	2,5	8	20
Postgrado	1	2,5	1	2,5	1	2,5	3	7,5
Ninguno	2	5	0	0	0	0	2	5
TOTAL	23	57,5	10	25	7	17,5	40	100

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 4

Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según estrato social. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.

<i>ESTRATO SOCIAL</i>	ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION HOSPITALARIA (HADS) DE ZIGMOND Y SNAITH							
	PRESENTE		AUSENTE		DUDOSO		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Alto	1	2,5	0	0	0	0	1	2,5
Medio – Alto	1	2,5	5	12,5	0	0	6	15
Medio – Bajo	9	22,5	3	7,5	5	12,5	17	42,5
Obrero	10	25	2	5	2	5	14	35
Marginal	2	5	0	0	0	0	2	5
TOTAL	23	57,5	10	25	7	17,5	40	100

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 5

Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.

<i>TIPO DE TRANSTRORNO</i>	ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION HOSPITALARIA (HADS) DE ZIGMOND Y SNAITH							
	PRESENTE		AUSENTE		DUDOSO		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
ANSIEDAD Y DEPRESION	23	57,5	10	25	7	17,5	40	100
TOTAL	23	57,5	10	25	7	17,5	40	100

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 6

Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según signos y síntomas. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.

<i>SIGNOS Y SINTOMAS</i>	ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION HOSPITALARIA (HADS) DE ZIGMOND Y SNAITH							
	PRESENTE		AUSENTE		DUDOSO		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
NAUSEA	10	25	2	5	3	7,5	15	37,5
VOMITO	8	20	1	2,5	2	5	11	27,5
DOLOR	13	32,5	1	2,5	0	0	14	35
DEBILIDAD O ASTENIA	11	27,5	2	5	2	5	15	37,5
FIEBRE	1	2,5	1	2,5	1	2,5	3	7,5
DIARREA	9	22,5	1	2,5	3	7,5	13	32,5
AFTAS ORALES	8	20	1	2,5	0	0	9	22,5
INSOMNIO	12	30	3	7,5	3	7,5	18	45
ANOREXIA	8	20	2	5	2	5	12	30

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 7

Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión según escala de Zigmond y Snaith en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según Tiempo de Diagnóstico. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.

<i>TIEMPO DE DIAGNOSTICO (años)</i>	ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION HOSPITALARIA (HADS) DE ZIGMOND Y SNAITH							
	PRESENTE		AUSENTE		DUDOSO		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
0 – 6 meses	6	15	0	0	3	7,5	17	42,5
6 meses – 1 año	7	17,5	2	5	3	7,5	12	30
1 año – 3 años	5	12,5	8	20	1	2,5	6	15
> 3 años	5	12,5	0	0	0	0	5	12,5
TOTAL	23	57,5	10	25	7	17,5	40	100

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 8

Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según tratamiento. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.

<i>TRATAMIENTO ACTUAL RECIBIDO</i>	ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION HOSPITALARIA (HADS) DE ZIGMOND Y SNAITH							
	PRESENTE		AUSENTE		DUDOSO		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
Quimioterapia	14	35	1	2,5	4	10	19	47,5
Radioterapia	7	17,5	0	0	1	2,5	8	20
Cirugía	9	22,5	2	5	2	5	13	32,5
Ninguna	3	7,5	3	7,5	0	0	6	15

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 9

Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según ingresos por recidiva. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.

<i>RECIDIVAS</i>	ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION HOSPITALARIA (HADS) DE ZIGMOND Y SNAITH							
	PRESENTE		AUSENTE		DUDOSO		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
1-3 veces	20	50	8	20	7	17,5	35	87,5
> 3 veces	1	2,5	0	0	0	0	1	2,5
Ninguna vez	2	5	2	5	0	0	4	10
TOTAL	23	57,5	10	25	7	17,5	40	100

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 10

Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según estadio de la enfermedad. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.

<i>ESTADIO DE LA ENFERMEDAD</i>	ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION HOSPITALARIA (HADS) DE ZIGMOND Y SNAITH							
	PRESENTE		AUSENTE		DUDOSO		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
I	2	5	8	20	2	5	12	30
II	10	25	2	5	5	12,5	17	42,5
III	9	22,5	0	0	0	0	9	22,5
IV	2	5	0	0	0	0	2	5
TOTAL	23	57,5	10	25	7	17,5	40	100

Fuente: Instrumentos de Investigación



Tabla N° 11

Frecuencia del Trastorno Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama según asistencia a las consulta psiquiátrica. Consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008.

<i>ASISTENCIA A LAS CONSULTA PSIQUIATRICA</i>	ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION HOSPITALARIA (HADS) DE ZIGMOND Y SNAITH							
	PRESENTE		AUSENTE		DUDOSO		TOTAL	
	Fx	%	Fx	%	Fx	%	Fx	%
EVALUADOS	3	7,5	0	0	0	0	3	7,5
NO EVALUADOS	20	50	10	25	7	17,5	37	92,5
TOTAL	23	57,5	10	25	7	17,5	40	100

Fuente: Instrumentos de Investigación



RESULTADOS

Para este estudio se recolectaron un total de 40 pacientes con cáncer de mama que asistieron a la consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008, con el propósito de determinar si el cáncer de mama es un factor predictivo de Ansiedad y Depresión en estas pacientes. Se pudo observar que en un 57,5% (n=23) estuvo presente el trastorno de ansiedad y depresión hospitalaria según la escala de Zigmond y Snaith, en un 25 % (n=10) hubo ausencia del trastorno y en un 17,5 % (n=7) trastorno dudoso.

El Trastorno de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, fue más frecuente en el grupo etáreo entre 41- 50 años en un 25 % (n=10), seguido del grupo etáreo entre 51 – 60 años en un 15 % (n=6), 31- 40 años 12,5% (n=5), 20 – 30 años y mayor de 60 años 2,5 % (n= 1) en ambos grupos. (Tabla 1)

En relación al estado civil se observó ambos trastornos en un 37,5 % (n=15) en las pacientes casadas, seguido de un 7,5% (n=3) concubinas y viudas respectivamente y solo un 5% (n= 2) fueron solteras. (Tabla 2)

En cuanto al grado de instrucción las que sufrían el trastorno un 20% (n=8) tenían escolaridad Básica y Bachiller, 7,5 % (n=5) universitaria, 5% (n= 2) sin ningún grado de escolaridad y solo 2,5 % (n= 1) con preparación primaria y postgrado. (Tabla 3)

El grupo de mujeres estudiadas pertenecían en su mayoría al estrato social medio – bajo en un 42,5% (n= 17) y obrero en un 35% (n=14) de las cuales el trastorno ansiedad y depresión hospitalaria estuvo presente con mayor frecuencia en mujeres con estrato social obrero en un 25 % (n= 10), seguido del estrato medio –



bajo en un 22,5% (n=9), marginal con 5% (n= 2), medio – alto y alto un 2,5 % (n=1). (Tabla 4)

Según la escala de ansiedad y depresión, ambos trastornos estuvieron presentes en un 57,5% (n=23), ausente en un 25% (n=10) y dudoso en 17,5% (n= 7). (Tabla 5)

Los signos y síntomas más frecuentes en las pacientes que tenían el trastorno ansiedad y depresión fueron el dolor con 32,5% (n=13) seguido de insomnio en un 30% (n=12), debilidad o astenia en un 27,5% (n=11), náuseas 25% (n=10), diarrea 22,5% (n=9), así mismo vómito, aftas orales y anorexia con un 20% (n=8) para cada uno, siendo el menos frecuente fiebre con solo 2,5% (n=1). (Tabla 6)

Según el tiempo de evolución se pudo observar que el trastorno es más frecuente en pacientes con 6 meses a un año de diagnosticado en un 17,5 % (n=7), entre 0 y 6 meses 15% (n=6), entre uno y 3 años y mayor de 3 años en un 12,5% (n=5) respectivamente; así mismo la ausencia del trastorno se observó en el grupo con uno a 3 años de evolución en 20 % (n= 8) y 6 meses a un año en un 5% (n=2), con trastorno dudoso fue más frecuente en pacientes con una evolución entre 6 meses - un año y de 0 – 6 meses, ambos con 7,5 % (n=3). (Tabla7)

El tratamiento más aplicado a las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama fue la quimioterapia en un 47,5% (n=19) y la cirugía en un 32,5% (n=13). De acuerdo al tratamiento recibido el trastorno de ansiedad y depresión hospitalaria estuvo presente más frecuentemente en aquellas pacientes que recibieron quimioterapia en 35% (n= 14) seguido de aquellas a las que se les practicó cirugía en 22,5 % (n= 9) y radioterapia un 17,5 % (n=7). (Tabla 8)



En relación a recidivas presentadas en el transcurso de la enfermedad, se pudo observar que un 50% (n=20) con recidivas de 1 – 3 veces presentaron el trastorno de ansiedad y depresión, 5 % (n= 2) no tuvieron recidiva y presentaron el trastorno. (Tabla 9)

Según el estadio de la enfermedad el trastorno estuvo más frecuente en el estadio II con un 25% (n=10), seguido del estadio III en un 22,5 % (n=9), con estadio I y estadio IV solo se observó un 5% (n=2) respectivamente. (Tabla 10)

Las pacientes estudiadas no fueron evaluadas por la consulta psiquiátrica en un 92,5% (n= 37) presentando el trastorno un 57,5 % (n=23), de las cuales solo 7,5% (n=3) fueron evaluadas por la consulta y 50% (n=20) no recibieron evaluación.

(Tabla 11)



DISCUSION DE RESULTADOS

Se realizó una investigación con el objetivo de determinar si la presencia y desarrollo de cáncer de mama (CM) representa un papel predictivo de ansiedad y depresión. La muestra fue integrada por 40 mujeres que asistieron a la consulta externa de Oncología del Hospital Universitario Ruiz y Páez, presentando diagnóstico confirmado de CM a través de resultado histopatológico, y que aceptaron participar en el estudio de manera anónima y voluntaria. La presencia de depresión y ansiedad fue evaluada con base en la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad de Zigmond y Snaith (HADS, por las siglas en inglés).

La prevalencia de ansiedad y depresión en esta muestra se correlacionó con estudios internacionales en los cuales se utilizaron metodologías similares de evaluación. En la mayoría de estas investigaciones se evalúa a mujeres con CM como parte de una muestra de pacientes oncológicos con diferentes diagnósticos. Aunque algunos estudios informan que la ansiedad aumenta conforme empeora la gravedad y el pronóstico de la enfermedad, en la clínica diaria se observa que los pacientes en estadios precoces de la enfermedad o incluso con pronósticos favorables, también pueden desencadenar intensas manifestaciones de ansiedad^{4, 25}.

A pesar del gran número de investigaciones que se han producido en estos últimos años, la asociación entre factores psicosociales y progresión del cáncer de mama está todavía sometida a controversia. Los resultados de varios grupos de investigación han aportado evidencia sobre las relaciones entre acontecimientos estresantes de la vida, apoyo social, actitudes de indefensión/desesperanza, malestar emocional, supresión de emociones negativas y progresión del cáncer de mama. Sin embargo, estos resultados no son inequívocos fundamentalmente por las deficiencias metodológicas de muchas de las investigaciones que los sustentan y por la evidencia



contraria aportada por diferentes estudios^{16, 17}, manteniéndose por ello abierta la polémica y la necesidad de seguir en la búsqueda de nuevos datos sobre la posible influencia de los factores psicosociales en el cáncer de mama. Igualmente, es necesario realizar otros estudios, que permitan analizar los factores psicológicos que pueden estar influyendo en el proceso de recuperación, en la aparición de respuestas emocionales negativas y en la calidad de vida percibida de las pacientes que sufren este tipo de patología.

En la población española general se considera que entre el 15 y el 19% de personas pueden sufrir un episodio de ansiedad cada año, y entre el 25% y 31% lo pueden padecer al menos una vez a lo largo de su vida²⁶.

La prevalencia de la ansiedad en enfermedades oncológicas es diferente según los instrumentos de evaluación que se utilicen y las muestras de localización tumoral. En algunos estudios se considera que el 25% de pacientes diagnosticados de cáncer manifiestan síntomas de ansiedad²⁷.

La edad media de las mujeres del estudio fue de 49 años dentro del grupo de pacientes que se encontraron entre 41-50 años seguido de grupo etario entre 51-60 años y de una población de pacientes representada en un rango de edad comprendido entre los 20 a más, siendo estos donde se encuentra el mayor número de pacientes encuestadas con diagnóstico histopatológico de CM, en general el diagnóstico del mismo suele coincidir con una etapa especial en la vida de la mujer, que es el climaterio, el cual suele ubicarse entre los 40 y 60 años de edad, por lo que puede resultar difícil deslindar las alteraciones que corresponden a la condición de padecer cáncer de aquellas vinculadas al síndrome climatérico como tal³⁸. Otro estudio sostiene que en pacientes mastectomizadas experimentaron una modificación de las relaciones familiares, sociales y profesionales, especialmente en menores de 45 y 50 años³⁹.



El estado civil de las 40 mujeres con el trastorno presente era el siguiente: 37,5% estaban casadas, 7,5% entre concubinas y viudas respectivamente y 5% solteras. En opinión de Den⁴⁰, como efectos colaterales a la sintomatología y tratamiento del cáncer, se puede producir dentro de la pareja una alteración de la comunicación, de la afectividad y de la sexualidad. Northouse⁴¹, encontró que el matrimonio bien establecido juega un rol amortiguador, sin embargo, al cabo de 18 meses de la cirugía se reportaron niveles moderados de estrés por el 10% de las pacientes y el 25% de los maridos. En contraposición están los resultados de Bloom y colaboradores⁴² quienes perfilan a estas mujeres como jóvenes, divorciadas, viudas, las cuales poseían un pobre funcionamiento físico y encuentra que sus percepciones globales sobre la salud estaban asociadas con un incremento del riesgo de morbilidad psicosocial. El apoyo que reciba la paciente de su pareja resulta un elemento muy positivo en el enfrentamiento a la enfermedad. Por lo que se infiere que estas pacientes a pesar de encontrarse unidas de forma estable a sus parejas desarrollaron la morbilidad incluso mas que aquellas con uniones inestables o sin ellas al momento del estudio, aun cuando se considera a la pareja como un elemento de apoyo positivo ante un impacto psicológico de cualquier etiología, dependiendo directamente del tipo de interacción social, personal y la madurez emocional que demuestren^{43,44}.

Al igual que en otras situaciones de estrés, el apoyo social, en particular el de la familia y la pareja, ha sido invocado como amortiguador de los efectos de la enfermedad sobre el bienestar Psicológico^{45, 46}.

El 20% había cursado estudios de Básica y Bachillerato, el 7,5% universitaria, 5% sin ningún grado de instrucción, el 2,5% estudios de postgrado y primaria respectivamente todas con patología presente. El estrato social de estas mujeres 42,5% medio – bajo, 35% obrero, 15% medio- alto, 5% marginal y 2,5% estrato alto, observándose una prevalencia de trastorno presente de 25 % para estrato social obrero, 22,5% estrato medio – bajo, 5% marginal y 2,5% con estrato alto y medio -



alto . De hecho el afrontamiento a cualquier enfermedad y a la muerte tiene una connotación distinta según diferentes culturas. En particular en el hecho del cáncer de mama, Kellison⁴⁷, ha estudiado que el confrontamiento a este tiene un vínculo religioso y espiritualista en mujeres centroamericanas y mexicanas de bajo nivel cultural cuyas familias también mostraban un matiz religioso. En el análisis de Nicholas & Veach⁴⁸, se encontró que el estrato socioeconómico se relaciona con la incidencia, estilos de afrontamiento, recurrencia, sobrevida y tasas de mortalidad en los pacientes con cáncer, tal como se evidenció en nuestro estudio.

En cuanto a la escala depresión ansiedad de Zigmond y Snaith se obtuvieron los siguientes resultados: 57,5% (n=23) de pacientes presentaron el trastorno, 25% (n=10) con ausencia del trastorno, 17,5% (n=7) casos dudosos, concluyendo que mas de la mitad de las encuestadas poseían la patología. La prevalencia de ansiedad en enfermedades oncológicas es diferente según los instrumentos de evaluación que se utilicen y las muestras de localización tumoral. En algunos estudios²⁷ se considera que el 25% de pacientes diagnosticados de cáncer manifiestan síntomas de ansiedad. En la década de los 90, Carroll²³ usando el HADS con diferentes puntos de corte (8 y 11 respectivamente) identificó que el 41% de una muestra de 930 enfermos de cáncer presentaba ansiedad; dicho porcentaje disminuía al 18% cuando se consideraba el punto de corte más elevado.

Stark y colaboradores³⁰ realizan un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia y tipos de trastornos de ansiedad en el paciente con cáncer, con una muestra de 178 pacientes con linfoma, cáncer renal, melanoma y discrasia sanguínea. Los resultados de dicho estudio indican que el 48% de pacientes refieren al ser preguntados subjetivamente suficientes niveles de ansiedad para satisfacer criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad.



Los signos y síntomas más frecuentes en las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama fue insomnio con 45%, seguido de 37,5 % náusea y debilidad o astenia respectivamente, 35% dolor, 32,5 % diarrea, 30% anorexia y 27,5% vómito; sin embargo, en las pacientes donde el trastorno de ansiedad y depresión estuvo presente el dolor en un 32,5%, insomnio en un 30% y debilidad o astenia 27,5 %. En estudios de Bruera y col⁴⁹ se demostró la correlación entre la astenia y depresión, el deterioro físico lleva consigo alteraciones del apetito y del sueño. El dolor es el síntoma físico más frecuentemente correlacionado con el juicio global del enfermo de no sentirse bien, sin embargo, Suarez⁵⁰ considera que la sola valoración del dolor no puede ofrecer un cuadro exacto de la calidad de vida de los pacientes con cáncer. El dolor genera un impacto fisiológico y psicológico importante que conllevan a alteraciones emocionales y afectivas, estas dependen en gran medida de la percepción del dolor, el afrontamiento y rasgos de personalidad, factores estos que predisponen en mayor medida a la presencia de trastornos depresivos. Holland⁵¹ advirtió el conocimiento de tener cáncer puede haber inducido la depresión y los síntomas paraneoplásicos pueden haber producido efectos de humor deprimido.

En el caso del tiempo de evolución en las pacientes con trastorno es más frecuente en pacientes con 6 meses – 1 año de diagnóstico de la enfermedad en un 17,5 % y en 0 meses – 6 años con 15%. Algunos estudios en pacientes con cáncer de mama muestran como la ansiedad aumenta con el diagnóstico, alcanza su nivel más elevado antes de la mastectomía, se mantiene elevada tras la cirugía y comienza a descender después del primer año tras la intervención quirúrgica. Se afirma que en los enfermos con cáncer, adultos y niños, los síntomas pueden aparecer en diversos estadios de la enfermedad, pero son más frecuentes en el momento del diagnóstico³⁹. Nosarti⁵² encuentra que los síntomas psicopatológicos son mayores cuando el diagnóstico está pendiente de confirmación que pasado un año del mismo. El bienestar psicológicos de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama suele ser desfavorable en la etapa inmediata al diagnóstico con relación al nivel de bienestar



posterior⁵³, sin embargo otros autores como Kissane y colaboradores³² comparan la morbilidad psicosocial en pacientes con cáncer de mama en estadio inicial y cáncer de mama metastásico y encuentran que no hay diferencias significativas en ambos grupos. En dicho estudio, los resultados indican la prevalencia de los trastornos de ansiedad en un 8,6% en pacientes con la enfermedad en un estadio inicial y en un 6% de mujeres con la enfermedad avanzada. Así mismo, observan que la fatiga, la presencia de antecedentes de depresión y actitudes cognitivas de desesperanza y resignación se asocian significativamente con la depresión en ambos grupos.

Otros autores, como Vellone *et al.*²⁶, comparan los niveles de ansiedad en el paciente hospitalizado o en el domicilio y encuentran que la ansiedad y la depresión correlacionan positivamente con los síntomas físicos y los antecedentes de depresión y ansiedad. En los pacientes con cáncer los síntomas de ansiedad generalmente coexisten con síntomas depresivos y los estados mixtos son los más frecuentes.

De acuerdo al tratamiento el más aplicado en las pacientes con diagnóstico de CM fue la quimioterapia 47,5% y la cirugía 32,5%. El trastorno de ansiedad y depresión hospitalaria estuvo presente más frecuente en aquellas pacientes que recibieron quimioterapia en 35% y 22,5% cirugía. La cirugía, la quimioterapia y la radioterapia pueden ser inductores de ansiedad. El tipo de tratamiento y la respuesta del tumor al mismo tienen influencia en los niveles de ansiedad³⁸. La Quimioterapia es una de las mayores causas generadoras de malestar emocional, incluyendo la ansiedad por la anticipación de la toxicidad previa al inicio del tratamiento y por la repetición de náuseas y vómitos durante el mismo, llegando a ser síntomas condicionados que pueden dificultar la adherencia al tratamiento³⁹. Otros autores⁵⁴ señalan: en las primeras fases de aplicación de interferón, se pueden presentar serios riesgos de depresión. Algunas sustancias tienen un efecto neurotóxico o tóxico para la tiroides, pudiendo causar una depresión químicamente inducida.



Según Holland⁵¹ los mecanismos de defensa más utilizados son: negación, desplazamiento, identificación y la dependencia del especialista. En el curso del tratamiento con Radioterapia se observan reacciones de ansiedad, depresión, cólera y culpabilidad, mostrando los pacientes pesimismo acerca de sus efectos.

Tamblay y Bañados³⁹, la repercusión psicológica del tratamiento quirúrgico es variable según la deformidad corporal que provoca, la función afectada y su significado emocional. El tratamiento quirúrgico básicamente condiciona dos aspectos distintos: el significado de extirpación del proceso maligno, que para los pacientes es asimilable al de curación y la mutilación física, con sus cambios en el esquema corporal.

La mastectomía inicialmente tranquiliza a la mujer por la idea liberadora de que todo tejido maligno ha de ser extirpado, pero luego de ella trae a su vez reacciones de depresión y ansiedad, preocupación por la imagen corporal, disminución de la capacidad de atención, aumento de la introversión, mama fantasma, con modificación de las relaciones familiares, sexuales, sociales y profesionales, especialmente en menores de 45-50 años^{39, 50, 55}.

En relación con las recidivas a instituciones hospitalarias se observó con mayor frecuencia entre 1 – 3 veces con 87,5% y 2,5% mas de 3 veces, sin embargo, el 10% no recidivaron ninguna vez. Al relacionar esta variable con la presencia del trastorno de ansiedad y depresión hospitalaria, este estuvo presente con mayor frecuencia en un 50% en la mujeres con recidivas entre 1 – 3 veces y 5% sin recidivas. Estos resultados convergen con los hallazgos que Halttunen y Hietanen⁵⁶ han tenido, en una evaluación de mujeres supervivientes de CM por 8 años sin tener recidivas, encontrando que un 50% aún manifestaban pensamientos ocasionales de una posible recurrencia, el 70% sentían que no estaban curadas y más del 50% admitieron que el cáncer les había modificado sus pensamientos en el sentido de una



mayor madurez. En un trabajo publicado en 1986, aparecía que, en los 18 meses siguientes a la mastectomía, el 31% de las pacientes había padecido recurrencia de la enfermedad. El 100% de las pacientes del grupo de recurrentes, desarrollaron síntomas clínicos de ansiedad y depresión⁵⁷.

El estadio en el que se encontraba el CM en el momento de la detección en las mujeres que participaron en esta investigación fue el siguiente: el 42,5% estadio II, 30% estadio I, 22,5% estadio III y 5% estadio IV. Al correlacionar esta variable con la presencia de trastorno de ansiedad y depresión hospitalaria fue 25% estadio II, 22,5% estadio III, 5% estadio I y IV respectivamente. Por último 92,5%, de las pacientes no fueron evaluadas por la consulta psiquiátrica. Aunque en un 50% estuvo presente el trastorno. Las incertidumbres y temores propios de la etapa de diagnóstico y del tratamiento, van siendo progresivamente sustituidos por ansiedad ante la convicción de la muerte, el temor y el sufrimiento, sobre todo si la enfermedad ha evolucionado acompañada de dolor y de transformaciones físicas en la imagen corporal⁵⁰.

Trijsburg y cols.⁵⁸ han realizado una revisión de 22 estudios controlados sobre las intervenciones psicológicas en estos pacientes, encontrando que el asesoramiento no estructurado fue eficaz con respecto al concepto de sí mismo, al estrés psicológico, al control de la enfermedad, la fatiga y los problemas sexuales. Las variables afectadas positivamente con el asesoramiento estructurado fueron la depresión y el estrés. Las intervenciones conductuales y la hipnosis fueron eficaces respecto a la ansiedad, el dolor, las náuseas y los vómitos, las diversas psicoterapias reducen la ansiedad y la depresión, mejoran el afrontamiento, aumentan la supervivencia y reducen costos innecesarios (consultas, pruebas e ingresos hospitalarios)⁵⁹.

Las variables: Edad, Grado de Instrucción, Tratamiento Recibido, Ingresos por Recidivas y Asistencia a la Consulta Psiquiátrica son independientes de la técnica de



análisis estadístico escogido y a su vez, son dependiente y siendo estadísticamente significativos en las variables: Estado Civil, Estrato Social, Tiempo de Diagnóstico y Estadio de la Enfermedad.



CONCLUSIONES

Durante el periodo estudiado se encuestaron 40 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama de las cuales presentaron Trastorno de ansiedad y depresión hospitalaria un 57,5% según la escala de Zigmond y Snaith.

El grupo etáreo que mostró con mayor frecuencia el Trastorno de ansiedad y depresión hospitalaria fue el comprendido entre 41- 50 años.

Se observó el trastorno de ansiedad y depresión con más porcentaje, en pacientes con estado civil casadas, representando el 37,5%.

El grado de instrucción que presentó el trastorno en su mayoría fueron las pacientes que cursaron hasta Básica y Bachiller respectivamente.

El estrato social medio – bajo fue el mas común en el total de pacientes encuestadas, sin embargo el trastorno ansiedad y depresión hospitalaria estuvo presente principalmente en mujeres con estrato social obrero y medio – bajo.

Los signos y síntomas en las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que predominó fue el insomnio, las nauseas, debilidad y astenia; sin embargo es importante destacar que en los casos donde estuvo presente el trastorno de ansiedad y depresión el síntoma más común fue el dolor. Seguido por el insomnio.

En cuanto al tiempo de diagnóstico se observó que este trastorno es más frecuente en pacientes con 6 meses a 1 año y de 0 a 6 meses de evolución de la enfermedad.



De acuerdo a tratamiento recibido el trastorno de ansiedad y depresión estuvo presente con mayor porcentaje en las pacientes que recibieron quimioterapia y cirugía.

Al relacionar la variable recidivas con la presencia del trastorno de ansiedad y depresión, el grupo que presentó mas casos fue con recidivas de 1 a 3 veces.

Se pudo observar la presencia de trastorno de ansiedad y depresión con más frecuencia en aquellas pacientes con estadio II y III.

La mayoría de las pacientes que presentaron trastorno ansiedad y depresión hospitalaria no fueron evaluadas por la consulta psiquiatría.

Aparentemente estas pacientes no sufrían de los mencionados trastornos antes del diagnóstico de cáncer pudiendo, entonces, tomarse al cáncer de mama como un predictor de ansiedad y depresión.



RECOMENDACIONES

Incentivar a los profesionales de la salud a informar a la población general y a crear reflexión con respecto a la prevención del cáncer de mama por medio de la realización del autoexamen de la mama, no sólo en mujeres en adultez tardía, climaterio y menopausia sino en aquellas en edad reproductiva, incluso a hombres, sabiendo que no están exentos en desarrollar dichas patologías y con especificidad del cáncer de mama por su alta incidencia y prevalencia e indiscutiblemente por su comorbilidad con el desarrollo no solo de ansiedad y depresión sino de otros diagnósticos psicopatológicos.

Contar con servicios de atención médica digna, con atención de calidad y respeto hacia el proceso individual en cada paciente, estimulando la aparición de sentimientos de comodidad, bienestar y sobre todo seguridad en estas, sabiendo que el sólo hecho de su estado actual las hace sentir insatisfechas e incomodas con ellas mismas y con el medio que les rodea, así como inseguras debido a los pensamientos negativos por el desenlace de su enfermedad. Facilitando con ello la comprensión, aceptación y optimismo ante su situación.

Proporcionar apoyo emocional no solo al paciente afectado, sino a sus familiares, por cuanto, cada uno de sus integrantes necesita apoyo para asumir sus tareas y desempeñar un rol activo en el cuidado físico y emocional de la paciente. Es necesario que mantengan un equilibrio, enfrentando sus temores frente a la muerte y ayudando a mantener la dinámica familiar dentro de la mayor normalidad, igualmente, la calidad del soporte de la pareja de la paciente es un factor crítico para el bienestar psicológico de ella y para que se logre la menor alteración posible en la comunicación y la afectividad.



Establecer la importancia de detectar y tratar a tiempo la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer de mama y no excusarla como una reacción comprensible e inevitable ante el diagnóstico, con el único objetivo de mejorar su calidad de vida, reducir el tiempo de estancia hospitalaria e incluso favorecer su supervivencia.

Promover una actitud de reflexión en el equipo médico: oncólogos, especialistas en medicina nuclear, mastólogos, cirujanos y médicos en general sobre la manera adecuada de dar una mala noticia. Reconociendo que es una práctica llena de complejidades debido a las diferentes tipos de reacción y afrontamiento ante situaciones específicas y el sentimiento de duelo que generalmente enfrentan estas pacientes en la práctica clínica, incentivando al personal a la búsqueda de información e investigación al respecto, evitando hacer mas lesión al estado psicopatológico de la paciente que ya viene afectada por la invasión no solo a su cuerpo sino a su privacidad.

Y por último Implementar junto al tratamiento sea este o no conservador la evaluación de la paciente en un enfoque integral, es decir, su evaluación precoz por un equipo multidisciplinado en donde no sólo participen médicos, sino personal de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiátricas, sin esperar que se desencadenen los daños que marquen psicológicamente la vida de la paciente partiendo de la idea de que tales procedimientos no son solamente potencialmente más efectivos para la disminución de la psicopatología oncológica tipo ansiedad y depresión, sino mucho más esperanzadores en el logro de una adecuada calidad de vida en estos pacientes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Proyecto Atlas Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe norte de salud mental Pág. 52–57. [En línea]. Disponible en: http://www.omeaen.org/norte/18/norte_18_080_52_57.pdf [10 de febrero, 2008].
2. Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno S., Cadena, J., Anaya, J.M. (2005). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. Intern J. Psych therapy. 5 :45-60.
3. Sucre, Z. (2006). Depresión y cáncer de mama. Clínica El Ávila. Caracas. Pág. 1-8. [En línea]. Disponible en: <http://www.senosalud.org/pacientes/articulo11.asp> [05 de Mayo, 2008].
4. Oblitas, L. (2006). Psicología de la Salud y enfermedades crónicas. [En línea]. Disponible en: http://www.librosdepsicologia.com/product_details.php?item_id=145 [22 de Enero, 2008].
5. Aguilar, S. (2002). Apoyo psicoterapéutico en la paciente con cáncer de mama. [En línea]. Disponible en: <http://www.medicasur.com.mx/work/resources/LocalContent/3545/3/apoyo.pdf> [22 de Enero, 2008].
6. Ruiz, M., Garde, S., Ascunce, N., Del Moral, A. (1993). Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Campaña de Prevención de Cáncer de Mama. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. [En línea]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple3/suple15.html> [05 de Mayo, 2008].
7. Maté, J., Hollenstein, M., Gil, F. (2004), Insomnio, Ansiedad y Depresión en el Paciente Oncológico. Unidad de Psico-Oncología. Institut CATALA De



- Oncología. Psico-oncología. 1(2-3) : 211-230. [En línea]. Disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero2_3_voll/capitulo18.pdf [13 de Marzo, 2008]
8. Estapé, T. Septiembre (2004). Aspectos psicológicos en la paciente con cáncer de mama. Revista Electrónica de Salud y Mujer de la Fundación para la Educación Pública y la Formación en Cáncer (FEFOC). [En línea]. Disponible en: http://www.obsym.org/docsuser/resym13_1.pdf [29 de Marzo, 2009].
9. Torras, M., Pedregosa, M., Catalá M., Paredes, E., García, A., Masgrau, X., *Et al.* (2005). Depresión y cáncer de mama ¿Hay alguna asociación entre ellos?. España. [En línea]. Disponible en: <http://www.editorialmedica.com/Cuadern-73-Trabajo2.pdf> [12 de Marzo, 2008].
10. Vallebuona, C. (2004). Registros Poblacionales de Cáncer: Avances en Chile. Ponencia presentada en Congreso Internacional de Cáncer del Niño y del Adulto, Santiago, Chile. [29 de Marzo, 2008].
11. Organización Mundial de la Salud (2003). World cáncer Report. [En línea]. Disponible en: <http://www.iarc.fr/IARCPress/pdfs/wcr/WorldCancerReport.pdf> [4 de Abril, 2009].
12. Ministerio del Poder Popular para la Salud (2009). Resumen epidemiológico: Situación del cáncer en Venezuela para el año 1992. [En línea]. Disponible en: <http://www.mps.gob.ve> <http://www.guia.com.ve/noti/13518/9-casos-de-cancer-de-mama-diagnostican-a-diario-en-venezuela>



13. Albaina, L., Viana, C., (2003). Guías clínicas en cáncer de mama. Complejo hospitalario "Juan Canalejo". Coruña- España. 3 (7). [En línea]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/GUIAS2/PDF/mama.pdf> [04 de Abril, 2009].
14. Lugo, M., Alizo, J. (2006). Pacientes oncológicos con diagnóstico reciente: Valoración e intervención sobre depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención. Soc venez de psiq. 52 (106): 23-31 [En línea]. Disponible en: <http://www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/psiquiatria/vol52n106/at452.pdf> [03 de Abril, 2009].
15. Miembros de la dirección de enfermería 2004. Situación de salud: Radioterapia en pacientes con cáncer de mama. Hospital Universitario Reina Sofía. España. Plan de cuidados estandarizados. Págs. 1-19. [En línea]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2003/pcuidados_2004/radioterapia_camama.pdf [29 de Marzo, 2009]
16. Gómez, G., Reboreda, A. (2008). Consideraciones psicológicas en pacientes con cáncer de mama. Boletín Oncológico del área sanitaria de Teruel. 1579-6094. [En línea]. Disponible en: <http://www.boloncol.com/boletin-25/consideraciones-psicologicas-en-pacientes-con-cancer-de-mama.html> [13 de Marzo, 2008].
17. Navas, C., Villegas, H., Hurtado, R., Zapata, E. (2007). Programa de Intervención Psicoeducativo para el Apoyo del Paciente con Cáncer. Rev. Venez. Oncol. 19 (1). Caracas-Venezuela. [12 de marzo, 2008].
18. Sánchez, N. (1996). Análisis del Impacto Psicológico que produce un Diagnóstico de Cáncer en la capacidad que posee la persona para enfrentar la enfermedad y los Tratamientos requeridos. Trabajo de graduación para optar



- por el título de licenciado en psicología. [En línea]. Disponible en: mx.geocities.com/nvals2002/documentos/Investigacion1996.doc [02 de Abril, 2008].
19. Iruarrizaga, I. (2000). Psicobiología, neuropsicología y desórdenes emocionales. Intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama. [En línea]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa58/conferencias/58cii.htm> [12 de marzo, 2008].
20. Carroll B., Kathol R., Noyes R., Wald, T., Clamon, G. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Gen Hosp Psychiatry*. 15(2): 69-74.
21. Cano, A. (1995). Control Emocional, Estilo Represivo De Afrontamiento y Cáncer: Ansiedad y Cáncer. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid *Psicooncología*. Vol. 2, núm. 1, pp. 71-80. [En línea]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1957673> [13 de Marzo, 2008].
22. Cano, V., Sirgo, A., Díaz B., Pérez, G. (1997). Ansiedad, racionalidad, armonía y optimismo en el cáncer de mama: un estudio comparativo. *Revista electrónica de psicología. Universidad Complutense de Madrid*. 1 (1) : 1137 - 8492 [En línea]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/artic_5.htm [13 de Marzo, 2008].
23. Vellone, E., Sinapi, N., Piria, P., Bernardi, F., Dario, L. Brunetti, A. (2004). Anxiety and depression of cancer patients hospitalized and at home. *57 (2):*



- 93-101. [En línea]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15268848> [12 de Marzo, 2008].
24. Wald, T., Kathol, R., Noyes, R., Carrol, B., Clamon, G. (1993). Rapid relief of anxiety in cancerpatients with both alprazolam and placebo. *Psychosomatic*; 34: 324-332. [En línea]. Disponible en: <http://psy.Psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/34/4/324> [04 de Abril, 2008].
25. Miembros del Instituto de Psiquiatría del King's College y del St.Thomas's Hospital de Londres. (2005). *British Medical Journal*. [En línea]. Disponible en: <http://www.saludlandia.com/tras-diagnostico-cancer-mama-primer-peligroso-para-depresion-13077.html> [03 de abril, 2008].
26. Stark, D., Kiely, M., Smith, A. (2002). Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol*. 20 (14): 3137-48. [En línea]. Disponible en: <http://www.meb.uni-bonn.de/cancer.gov/CDR0000256635.html> [13 de Marzo, 2008].
27. Ruiz, M., Garde, S., Ascunce, N., Del Moral, A. (1993). Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. Dpto. de Salud del Gobierno de Navarra. Facultad de Psicología. UNED. Dpto de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Campaña de Prevención de Cáncer de Mama. [En línea]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple3/suple15.html> [13 de Marzo, 2008]
28. Kissane, D., Grabsch, B., Love, A., Clarke, D., Bloch, S. (2004). Psychiatric disorder in women with early stage and advancedbreast cancer: a comparative analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 38 (5): 320-326.



29. Vaccaro, Y., Ramírez, M. (2004). Transtorno de adaptación y ansiedad en pacientes con cáncer de mama. Soc. Venez. Psiq. 51 (105): 5-12. [En línea]. Disponible en: <http://www.informediconline.com/biblioteca/Revistas/psiquiatria/vol51n105/articulo1n105.pdf> [03 de Abril, 2008].
30. Cella D., Orofiamma B, Holland J., Silberfarb P., Tross S., Feldestein M. (1987). The relationship of psychological distress, extent of disease and performance status in patients with lung cancer. U.S. National Library of Medicine. 60 (1): 1661-1667. [En línea]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3621136> [04 de Abril, 2008].
31. Domínguez, M., Marcos, M., Meiriño, R., Villafranca, E., Dueñas, M., Arias, F., *et al.* Factores pronósticos y predictivos en el cáncer de mama temprano. 24 (1): 99-110. [En línea]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple1/pdf/0FP%20c%C3%A1ncer%20mama.pdf> [12 de Enero, 2008]
32. Bernal, C. 2000. Metodología de la investigación. Edit. Hispanoamericana. Bogotá. Págs. 36-45. [12 de Febrero, 2008].
33. Méndez, H., De Méndez, M. (1986). Estratificación social y biología humana. Método de Graffar modificado para Venezuela por Hernán Méndez Castellanos. Arch Venez Puer Ped. 49: 93-104.
34. Fernández, M., Goitia, C., Mendoza, M., (2008). Características de la sociedad venezolana actual. Unidad IV. [En línea]. Disponible en: <http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/departamentos/medicinapreventinasocial/comunitaria/salud%20comunitaria/UNIDAD%20IV%20CARACTERISTICAS%20DE%20LA%20SOCIEDAD%20VENEZOLANA%20ACTUAL.%20005.pdf> [25 de abril, 2009]



35. Zigmond, A., Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale-Acta psychiatr Scand 67: 361-370. [En línea]. Disponible en: <http://www.3.interscience.wiley.com/journal/119537678/abstract> [16 de Enero, 2009].
36. Bulbena, A., Berrigos, G., Fernández, P., (2000). Medición clínica en Psiquiatría y Psicología. Págs. 295-296. [En línea]. Disponible en : [http://books.google.co.ve/books?id=5DJj4n8bAcC&pg=PA295&lpg=PA295&dq=Zigmond.+A.S+y+Snaith.+R.P.+\(1983\).+The+Hospital+Anxiety+and+Depression+Scale.+Acta+Psychiatr+Scand,&source=bl&ots=2pC509L05y&sig=C9o7niiFXBCIbYMJrZw50gMXyo&hl=es&ei=OBf5ScuJZGdlAeD1NTDCg&sa=X&oi=book_reslt&resnum=2#PPA295,M1](http://books.google.co.ve/books?id=5DJj4n8bAcC&pg=PA295&lpg=PA295&dq=Zigmond.+A.S+y+Snaith.+R.P.+(1983).+The+Hospital+Anxiety+and+Depression+Scale.+Acta+Psychiatr+Scand,&source=bl&ots=2pC509L05y&sig=C9o7niiFXBCIbYMJrZw50gMXyo&hl=es&ei=OBf5ScuJZGdlAeD1NTDCg&sa=X&oi=book_reslt&resnum=2#PPA295,M1) [12 de Febrero, 2008].
37. Hernández et al. (1998). La investigación científica. Editorial el Globo. Caracas-Venezuela.
38. García, C. González, M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. Avances en psicología latinoamericana. Bogotá, Colombia vol. 25 pág. 72-80. [En línea]. Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/medicina/apl/documentos/vol25N1/06BienestarpIVol25N1.pdf> [05 de julio, 2009].
39. Bañados, E., Tamblay, A. (2004). Psicooncología del cáncer de mama. Memoria para optar al título de psicólogo. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología. Págs. 1-234. Disponible en: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/banados_b/sources/banados_b.pdf
40. Den, B., Van Heck, G., Van der Steeg, A., Roukema, J., De Vries, J. (2008) Clinical factors are not the best predictors of quality of sexual life and sexual functioning in women with early stage breast cancer. Psychooncology.



Published Online: DOI:10.1002/pon.1610. Disponible en: [www.forumclinic.org/ .../cancer.../actualidad/vida-sexual-en-las-mujeres-diagnosticada-de-cancer-de-mama](http://www.forumclinic.org/.../cancer.../actualidad/vida-sexual-en-las-mujeres-diagnosticada-de-cancer-de-mama).

41. Northouse L., Wortman, B. (1990). Models of helping and coping in cancer care. Patient education and counseling. 15(1):49-64. Disponible en: http://www.biomedexperts.com/Abstract.bme/2290741/Models_of_helping_and_coping_in_cancer_care
42. Bloom, R., Stewart, L., Johnston, M., Banks., P. (2001). General and specific measures of quality of life in younger women with breast cancer. Psychosocial interventions for cancer American Psychological Association (pp. 37-56). Disponible en: <http://psycnet.apa.org/books/10402/003>
43. Schonholtz, K. (2000). Psychosocial adjustment to breast cancer: the role of marital support and approach coping. Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering, 61 (4-B). Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2542695&orden=0
44. Tomich, L., Helgeson, S. (2002). Five years later: A sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. Psycho-Oncology, 11, 154–169. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/2004-10331-002>
45. Stanton, L., Danoff, S., Sworowski, A., Collins, C., Branstetter, A., Rodríguez, A., et al. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. Journal of Clinical Oncology, 20, 4160–4168. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12377959>



46. Grau, J., Llantá, M., Chacon, M., Fleites, G. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. 15(1):49-65. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/onc/vol15_1_99/onc09199.htm
47. Kellison, J. 2002. An exploration of cultura and coping: the experience of latina women with breast cáncer. Dissertation abstracts international. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2542695&orden=0
48. Nicholas, D., Veach, T. (2000). The Psychosocial assessment of the adult Cancer patient. Professional Psychology: Research and Practice, 31, 206-215. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=main.landing>
49. Bruera, E., Schoeller, T., Wenk, R., MacEachem, T., Marcellino, S., Hanson, J., et al (1995). A prospective multicenter assessment of the Edmonton staging system for cancer pain. J Pain Symptom Manag; 10: 348- 355. Disponible en: http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/J354v20n04_06?cookieSet=1&journalCode=ppc
50. Suárez, A., Baquero, L., Londoño, C., Low, C . (2000). Estrategias de afrontamiento y estilos conductuales en pacientes diagnosticados con cáncer que reciben tratamiento ambulatorio. Revista Electrónica de Psicología: 3(2). 1-20. Disponible en: <http://amesecolombia.com/userfiles/file/estrategias.pdf>
51. Holland, J. (1990). Radiotherapy. In: Handbook of Psychooncology. Holland, J.C. and Rowland, J.H. Oxford University Press. New York. 137-145. Disponible en: <http://search.barnesandnoble.com/Psycho-Oncology/Jimmie-C Holland/e/9780195106145>



52. Nosarti, C., Roberts, J., Crayford, T., McKenzie, K., David, A. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 53 (6): 1123-1130. Disponible en:
53. Frost, M., Suman, V., Rummans, T., Dose, A., Taylor, M., Novotny, P., et al. (2000). Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-Oncology*, 9 (3): 221-231. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reference.php?pid=S1794-47242007000100008&caller=www.scielo.org.co&lang=en>
54. Miembros del Boletín electrónico latinoamericano para fomentar el uso adecuado de medicamentos. (2001). Boletín electrónico latinoamericano para fomentar el uso adecuado de medicamentos Volumen 4, número 4. Disponible en: <http://www.boletinfarmacos.org/download/sep01.pdf>
55. Cimprich, B. (1992). Attentional fatigue following breast cancer surgery. *Res NutsHealth School of Nursing, University of Michigan*, 15, 199-207. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1354883?ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
56. Halttunen, A., Hietanen, P. (1992). Getting free of breast cancer. An eight-year prespective of the relapse-free patiens. *Acta Oncol.* 31 (3): 307-310. Disponible en: <http://psiquiatria.ho.galeon.com/manual/a7n6.htm>
57. Pérez, P., Pérez, H., Cruzado, J., Sanz, R. (2003). Evaluación e intervención psicológica en consenso genético. *Revista de psicología Universitas Tarraconensis*. 25, (1-2): 23-36. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1426851>



58. Trijsburg, R., Van Knippenberg, F., Rijma, S. (1992). Effects of psychological treatment of cancer patients: a critical review. *Psychosom. Med.* 54, 489-517. Disponible en: <http://74.125.95.132/search?q=cache:XVWiTY3sYFsJ:psiquiatriao.galeon.com/manual/a7n6.htm+Trijsburg+RW,+Van+Knippenberg+FCE.+and+Rijma+SE.+1992.+Effects+of+psychological+treatment+of+cancer+patients:+a+critical+review.+Psychosom.+Med.+54,+489-517&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ve>
59. Spiegel, D. (1994). Psychosocial support for patients with cáncer. *Cáncer health caring.* 74 (4): 1453-1457. Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/journal/112675509/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>



APENDICE



INSTRUMENTO A

1. **EDAD:** a) 20-30 a___ b)31-40a___ c)41-50a___
d)51-60a___ c) > 60a___

2. **ESTADO CIVIL:**

a. CASADA ___ b. SOLTERA___ c. CONCUBINA___ d.
VIUDA ___

3. **ANTECEDENTES PERSONALES DE ENFERMEDAD
PSIQUIATRICA:**

a. Ansiedad___ b. Depresión___ c. Otras___
d. Ninguna___

4. **GRADO DE INSTRUCCIÓN:**

a. EDUCACION PRIMARIA___
b. EDUCACION BASICA___
c. BACHILLER___
d. UNIVERSITARIO___
e. UNIVERSITARIO CON MAESTRIAS Y/O
POSTGRADO.____
f. NINGUNO DE LOS ANTERIORES.____

5. **SIGNOS Y SINTOMAS DE CANCER Y/O
RELACIONADOS CON TRATAMIENTO ACTUAL
ANTINEOPLASICO.**

a. NAUSEAS___



- b. VOMITOS____
- c. DOLOR____
- d. DEBILIDAD O ASTENIA____
- e. FIEBRE____
- f. DIARREA____
- g. MALESTIAS EN BOCA(AFTAS ORALES)____
- h. INSOMNIO____
- i. ANOREXIA____

6. TIEMPO DE DIAGNOSTICO

- a. 0-6meses____
- b. 6m-1año____
- c. 1-3 años____
- d. Mas de 3 años____

7. TRATAMIENTO ACTUAL

- a. QUIMIOTERAPIA____
- b. RADIOTERAPIA____
- c. CIRUGIA____
- d. NINGUNA____

**8. RECIDIVAS PRESENTADAS DESDE SU
DIAGNÓSTICO**

- a. 1-3 veces____
- b. MAS DE 3 veces____
- c. NINGUNA____

9. EVALUACION POR SERVICIO DE PSIQUIATRIA

- a. SI____
- b. NO__



INSTRUMENTO B

Clasificación socioeconómica de la familia venezolana

Grupos o Estratos sociales según el Método Graffar modificado:

I. Profesión del Jefe de la familia:

- 1- Universitario, alto comerciante con posición gerencial, oficiales de las Fuerzas Armadas.
- 2- Profesiones técnicas o medianos comerciantes.
- 3- Empleados sin profesión universitaria o técnica, pequeños comerciantes.
- 4- Obreros especializados.
- 5- Obreros no especializados.

II. Nivel de instrucción de la madre:

- 1- Enseñanza universitaria o su equivalente.
- 2- Enseñanza secundaria completa o técnica superior completa.
- 3- Enseñanza secundaria incompleta o técnica inferior.
- 4- Analfabetas.

III. Principal fuente de ingreso de la familia:

- 1- Fortuna heredada o adquirida.
- 2- Ganancias, beneficios, honorarios profesionales.
- 3- Sueldo mensual.
- 4- Sueldo semanal.
- 5- Donación de origen público o privado.

IV. Condiciones de alojamiento:

- 1- Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambiente de lujo.



2- Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambiente sin exceso de lujo, espacioso.

3- Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos.

4- Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y con deficiencias en las condiciones sanitarias.

5- Rancho vivienda con espacio insuficiente y condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

Estratificación social

Puntaje	Estrato	Denominación
4 – 6	I	Estrato alto
7 – 9	II	Estrato medio – alto
10 – 12	III	Estrato medio – bajo
13 – 16	IV	Estrato obrero
17 – 20	V	Estrato marginal



INSTRUMENTO C

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria(HAD). de Zigmond y Snaith(1983).

Esta prueba esta dirigida a determinar como te has sentido la última semana a pesar de que las preguntas están formuladas en presente. Debes elegir entre una de cuatro posibilidades con respecto a la pregunta realizada, rodeando con un circulo la primera elegida.

1. **Me siento tenso o nerviosos. (A)**
 - a. Nunca_____
 - b. A veces_____
 - c. Muchas veces_____
 - d. Todos los días_____

2. **Todavía disfruto con lo que antes disfrutaba. (D)**
 - a. Como siempre_____
 - b. No lo bastante_____
 - c. Solo un poco_____
 - d. Nada_____

3. **Tengo una sensación de miedo como si algo horrible me fuera a suceder. (A)**
 - a. Nada_____
 - b. Un poco pero me preocupa_____
 - c. Si, pero no es muy fuerte_____
 - d. Definitivamente es muy fuerte_____

4. **Puedo reirme y ver el lado divertido de las cosas. (D)**
 - a. Al igual que siempre lo hice_____
 - b. No tanto ahora_____
 - c. Casi nunca_____
 - d. Nunca_____

5. **Tengo mi mente llena de preocupaciones. (A)**
 - a. Solo en ocasiones_____
 - b. A veces, aunque no muy a menudo_____
 - c. Con bastante frecuencia_____
 - d. La mayoría de las veces_____



6. **Me siento alegre. (D)**
- Casi siempre_____
 - A veces_____
 - No muy a menudo_____
 - Nunca_____
7. **Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.**
(A)
- Siempre_____
 - Por lo general_____
 - No Muy a menudo_____
 - Nunca_____
8. **Me siento como si cada día estuviera mas lento. (D)**
- Nunca_____
 - A veces_____
 - Muy a menudo_____
 - Por lo general en todo momento_____
9. **Tengo una sensación extraña como de aleteo en el estomago.**
(A)
- Nunca_____
 - En ciertas ocasiones_____
 - Con bastante frecuencia_____
 - Muy a menudo_____
10. **He perdido interés por mi aspecto personal. (D)**
- Me preocupo igual que siempre_____
 - Podria tener un poco mas cuidado_____
 - No me preocupo tanto como debiera_____
 - Totalmente_____
11. **Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme.**
(A)
- Nada _____
 - No mucho_____
 - Bastante_____
 - Mucho_____
12. **Me siento optimista con respecto al futuro. (D)**
- Igual que siempre _____
 - Menos de lo que acostumbraba_____



- c. Mucho menos de lo que acostumbraba ____
- d. Nada ____

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico. (A)

- a. Nada ____
- b. No muy a menudo ____
- c. Bastante a menudo ____
- d. Muy frecuente ____

14. Me divierto con un libro, la radio o un programa de televisión. (D)

- a. A menudo ____
- b. A veces ____
- c. No muy a menudo ____
- d. Rara vez ____



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	CANCER DE MAMA COMO FACTOR PREDICTIVO DE ANSIEDAD Y DEPRESION. CONSULTA EXTERNA DE ONCOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RUIZ Y PAEZ. CIUDAD BOLIVAR-ESTADO BOLIVAR. FEBRERO-ABRIL 2008.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Betancourt Espejo, Ayleen Carlota	CVLAC: 14.913.471 E MAIL: Ayleenche50@hotmail.com
Aristizabal Álvarez, Galia Aurora	CVLAC: 15.422.686 E MAIL: Galia_a@hotmail.com
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES: Ansiedad, Depresión, Cáncer De Mama.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÁREA	SUBÁREA
Departamento de Salud Mental	Psiquiatría
Departamento de Cirugía	Oncología

RESUMEN (ABSTRACT): La presencia de trastornos psicopatológicos en el paciente oncológico ha sido ampliamente documentada. A pesar de su frecuencia, la identificación de estos trastornos es insuficiente debido a diferentes motivos: a) la confluencia de sintomatología somática y psíquica, b) considerar como normal la presencia de ansiedad, depresión o insomnio en el paciente con cáncer, c) la falta de formación de los sanitarios en la detección de trastornos psiquiátricos, o que éstos puedan ser secundarios a la propia enfermedad y a los tratamientos oncológicos. Partiendo de esto se planteó una investigación cuyo propósito fundamental es determinar si el cáncer de mama es un factor predictivo de ansiedad y depresión en las pacientes que asisten a la consulta externa de Oncología. Hospital Universitario Ruiz y Páez. Ciudad Bolívar. Edo. Bolívar. Febrero – Abril 2008. Es un estudio, transeccional, descriptivo, expo-facto, in situ, de un solo grupo en el cual se evaluaron 40 pacientes, el 57,5% presentó trastorno de ansiedad y depresión según la escala de Zigmond y Snaith, en un 25 % hubo ausencia del trastorno y un 17,5 % trastorno dudoso. El grupo etáreo que presentó mas frecuencia fue entre 41- 50 años en un 25 %, seguido del grupo mayor de 51-60 años con 15%, observándose el trastorno presente en un 25% en las mujeres entre 41-50 años, seguido de un 15% de estas en el grupo comprendido entre 51-60 años. Hubo mayor frecuencia del trastorno presente en las mujeres casadas en un 37,5%. En cuanto al grado de instrucción un 20% de las pacientes con el trastorno, tenían una escolaridad Básica y Bachiller respectivamente. El grupo de mujeres estudiadas pertenecían en su mayoría al estrato social medio - bajo en un 42,5% y obrero en un 35%, de las cuales, 25% pertenecientes al estrato obrero presentaron las patologías objeto de estudio y presentando el trastorno ansiedad y depresión 22,5% que pertenecían al estrato medio- bajo. Es importante destacar que en las mujeres donde estuvo presente el trastorno el signo y síntoma más frecuente fue el dolor en un 32,5%, seguido de insomnio en 30%, se pudo observar que este trastorno fue más frecuente en pacientes con 6 meses - 1 año de diagnóstico con 17,5%, seguido de 0-6 meses en un 15%. De acuerdo al tratamiento recibido el trastorno se observó con mayor frecuencia en pacientes que recibieron quimioterapia en un 35% y en aquellas a las que se practicó cirugía en 22,5 %. Al relacionar la variable recidiva con la presencia del trastorno, este estuvo presente con mayor frecuencia en un 50%, en las mujeres con recidiva entre 1 – 3 veces. Se pudo observar la presencia de trastorno de ansiedad y depresión con más frecuencia en pacientes con estadio II en un 25% y estadio III 22,5 %. Siendo relevante mencionar que de 2 pacientes encuestadas en estadio IV la totalidad de estas presentaron el trastorno con un porcentaje de 5%. Sólo la mitad de las pacientes, es decir, 50% de las mujeres con diagnóstico histopatológico de cáncer de mama que presentaron el trastorno según la escala utilizada, no fueron evaluadas por la consulta de psiquiatría. Se llegó a la conclusión que el diagnóstico, tratamiento y evolución del cáncer de mama es un predictor de ansiedad y depresión.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
VACCARO CAMPOS, YOLIRMA	ROL	CA	AS _x	TU	JU
	CVLAC:	5.553.546			
	E_MAIL	Yulirma@gmail.com			
	E_MAIL				
VELASQUEZ, EDWIN	ROL	CA	AS	TU	JU _x
	CVLAC:	11.170.295			
	E_MAIL				
	E_MAIL	Esvd69@yahoo.com			
RODIZ, DIONI	ROL	CA	AS	TU	JU _x
	CVLAC:	5.549.261			
	E_MAIL	Dionir@hotmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

AÑO	MES	DÍA
2010	03	17

LENGUAJE. **SPA**



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis. CANCER DE MAMA COMO FACTOR PREDICTIVO DE ANSIEDAD Y DEPRESION. CONSULTA EXTERNA DE ONCOLOGÍA HOSPITAL UNIVERSITARIO RUIZ Y PAEZ. CIUDAD BOLIVAR – EDO – BOLIVAR. FEBRERO – ABRIL 2008.	MS.word

ALCANCE

ESPACIAL Servicio de Cirugía Oncológica

TEMPORAL: 10 años

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pre-grado

ÁREA DE ESTUDIO:

Departamento de Cirugía

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar



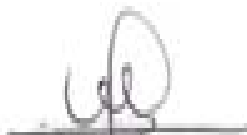
METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grados.
“Los trabajos de grados son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al consejo universitario”.



AUTOR



AUTOR


AUTOR



TUTOR



JURADO



JURADO

POR LA SUBCOMISION DE TESIS