UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

"DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS BAJO TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO MALIGNO EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DE SOLCA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERÍODO MARZO – JULIO 2014"

Tesis previa a la obtención del Título de MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Karla E. Sánchez Gómez.

DIRECTORA:

Dra. Verónica Vélez Mora

LOJA – ECUADOR

2015

CERTIFICACION

Loja, 27 DE Octubre del 2015

Dra. VERONICA VELEZ
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CERTIFICO:

Haber revisado el trabajo de investigación sobre el tema **DEPRESION Y ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS BAJO TRATAMIENTO ANTINEOPLASICO MALIGNO EN EL HOSPITAL ONCOLOGICO DE SOLCA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERIODO MARZO – JULIO 2014.**
El mismo que cumple con los requisitos establecidos en la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto autorizo su presentación para la sustentación y defensa ante el Tribunal de Grado.

.....

Dra. VERONICA VELEZ

DIRECTORA

AUTORIA

Loja 10 de noviembre del 20115

Yo, ***Karla Esther Sánchez Gómez*** me declaro única autora del trabajo de tesis titulado

"DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS BAJO TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO MALIGNO EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DE SOLCA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERÍODO MARZO - JULIO 2014"

Y certifico que las ideas, opiniones y comentarios plasmados en esta investigación son de mi responsabilidad; además, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, su publicación en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Karla E. Sánchez Gómez.

CI: 1104710494

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS

Yo, Karla Esther Sánchez Gómez, declaro ser autora del trabajo de tesis titulado

"DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS BAJO TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO MALIGNO EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DE SOLCA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERÍODO MARZO – JULIO 2014"

Como requisito previo a la obtención del título de Médico, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre a la población la producción intelectual universitaria, socializando el contenido del presente trabajo de campo en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar este documento científico en el RDI, en redes de información del país y el exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia

En la ciudad de Loja, a los diez días del mes de noviembre del dos mil quince, firma la autora.

Firma:

Autora: Karla Esther Sánchez Gómez
Cédula de Identidad: 1104710494
Dirección: Ciudadela "El Electricista alto"
Correo electrónico: karest25sg_medcirug@hotmail.es
Teléfono 2548296 Celular 0997824043

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Verónica Vélez Mora. Esp. Psiquiatría.

Tribunal de Grado:

Dr. Tito G. Carrión Dávila Mg. S.C. PRESIDENTE

Dra. Ana C. Puertas Azanza Mg. S.C. Vocal

Dr. Manolo Ortega Gutiérrez Esp. Internista. Vocal

DEDICATORIA

A mi Padre Celestial, por volver hacia él mi corazón, cuidar de mi vida, jamás desampararme y obsequiarme mi bella familia.

A mi madre Adela Gómez Pérez, por su sacrificio, fortaleza, cuidados, dedicación y amor incondicional durante toda mi vida.

A mi padre Yorky Sánchez Tamayo, por brindarme su protección, enseñarme con ejemplo a luchar sin dejarme vencer, por su amor y compañía siempre.

A mis hermanos Kevin y Ximena, son mi motor y fortaleza.

Con nostalgia, gran gratitud y amor infinito a la memoria de mi abuela Mariana Tamayo, mi refugio, consejera y abogada siempre.

Gracias padres, este logro se lo debo a ustedes y es nuestro.

Con Amor:

Karla Sánchez Gómez

AGRADECIMIENTO

*Con gratitud a la **Universidad Nacional de Loja**, por permitir mi formación como Médico de la República del Ecuador, y por su intermedio a los docentes que a lo largo de estos años me brindaron su ayuda y conocimiento para ser mejor, crecer y fructificar en los surcos del saber de esta noble y humanista carrera que hoy en mí rinde su primer fruto.*

A mis amigos y compañeros, mis rivales de buena lid, con los que salvé muchas adversidades y ahora juntos realizamos nuestro sueño.

Al Padre Celestial por llevarme de su mano y guiarme siempre.

A mis padres por el apoyo incondicional desde el primer día en que les dije mi deseo de ser Médico.

A mi Novio, por su amor, comprensión y apoyo durante este proceso.

Al Hospital Oncológico SOLCA de Loja por permitirme relacionarme con sus pacientes, compartir con ellos y realizar mi trabajo de tesis.

A la Doctora Verónica Vélez por la confianza, apoyo y orientación a lo largo de esta investigación.

Al Dr. Manolo Ortega por su valioso aporte en mi formación académica, de manera especial durante el año de internado en la rotación de Medicina interna.

Karla Sánchez Gómez

a. TÍTULO:

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES ADULTOS BAJO TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO MALIGNO EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DE SOLCA DE LA CIUDAD DE LOJA EN EL PERÍODO MARZO – JULIO 2014

Resumen

Toda enfermedad física implica una reacción psicológica, que para muchos son normales; pero, el cáncer siendo una amenaza sanitaria, desencadena en el sujeto desajustes iguales o más importantes que la patología misma.

Las connotaciones biopsicosociales del cáncer son protagonistas del dolor, sufrimiento y muerte anunciada; Hablar de cáncer es abordar una enfermedad grave; pero, hasta qué punto es una enfermedad del órgano, y desde donde se convierte en la del alma, mente, comprometiendo la totalidad del paciente.

Por la agresividad de esta patología, es lógico entender que el tratamiento debe ser agresivo. La cirugía es la más utilizada, pero combinada con otros abordajes, los resultados conservadores y curación han sido bien vistos por la población oncológica.

En la sintomatología psicopatológica converge lo somático y psíquico, derivados de la enfermedad y del abordaje convencional. La comorbilidad psiquiátrica se manifiesta en forma de trastornos ansiosos y depresivos. Además la morbilidad del cáncer parece estar asociada a rasgos predominantes de personalidad.

Con esta investigación se pretende determinar la incidencia y tipos de depresión y ansiedad en pacientes sometidos a tratamiento antineoplásico maligno en el hospital de SOLCA de Loja, cuya finalidad es establecer su predominio y los resultados sean de interés para su abordaje y copartícipes a la hora del tratamiento.

El estudio es observacional, no experimental, analítico, cuantitativo y de corte transversal, considerando como instrumentos los reactivos psicométricos y entrevista clínica para ansiedad, depresión y rasgos de personalidad. Fueron aplicados a 103 pacientes con criterios de inclusión; obteniendo datos veraces.

El análisis de resultados acusa mayor predominio en depresión y ansiedad leve en pacientes bajo quimioterapia; la prevalencia de estos trastornos fue en pacientes con neoplasia del aparato digestivo; mayor dominancia en el género femenino y rasgos de personalidad como el anancástico y el ciclotímico predominantes en este estudio.

Palabras claves: Depresión. Ansiedad. Rasgos de personalidad. Cáncer.

Summary

Any physical disease involves a psychological reaction, and many are normal and universal; but cancer has become a first order health threat, triggered serious subject in equal or more important than the underlying disease mismatches.

The biopsychosocial connotations of cancer are protagonists pain, suffering and death foretold; it does not allow to see beyond what is real , the consequences and psychosocial derivatives diagnosis and treatment, are a source of dissatisfaction for the oncology population. Talking about cancer is to talk about a serious illness; but to what extent it is a disease of the organ, and from where it the soul, mind, compromising the entire patient.

The aggressiveness of this disease, it is logical to understand that treatment should be more aggressive. Such surgery is most often used, but combined with other, the Conservatives results and healing approaches have been well regarded by the oncology population.

Psychopathological symptoms in the somatic and psychic converge, resulting from the disease and the conventional approach. The psychiatric morbidity has maintained in the form of anxiety and depressive disorders. Besides cancer morbidity it seems to be associated with dominant personality traits -Oncopatic Personality. Although psychiatric comorbidity evident in the oncology population; in our province and country, it raised little research about it, or at least have been poorly socialized. This research aims to determine the incidence and types of depression and anxiety in patients undergoing malignant cancer treatment in hospital SOLCA of Loja, which aims to establish its dominance and the results are of interest to address and partners at the time of treatment.

A non-experimental, analytical, quantitative and cross-sectional observational study, considering psychometric instruments and reagents for measuring clinical interview anxiety, depression and personality traits. They were applied to 103 patients who met inclusion criteria.

The analysis of the results accuses predominance mild depression and anxiety in patients undergoing chemotherapy; the prevalence of these disorders was in patients with gastrointestinal cancer; with greater dominance in the female gender and personality traits as the predominant anankastic and ciclotímico in this study.

Key words: Depression. Anxiety. Personality traits. Cancer

b. Introducción

El cáncer no es de reciente descubrimiento; descrito por civilizaciones antiguas que datan siglos antes de la era cristiana, y hoy convertido en una amenaza de orden sanitario, social y educativo, dada sus tasas de incidencia y mortalidad.

La ingeniería genética apunta que la génesis neoplásica radica en el desajuste interno de las células -división y resistencia de la apoptosis-, lo que indica que todos por asiento genético, tenemos cierto riesgo a presentar un cáncer.

La oncoincidencia en el mundo, nuestro país y provincia esgrime mayor atención en las políticas de gobierno, que deberían plasmarse como políticas de Estado; sin embargo, es posible que la oncoincidencia no sea por aumento de cánceres; sino por el descubrimiento de neos casos en etapas iniciales, basado en campañas de prevención oportuna del cáncer, equipamiento tecnológico y científico del personal sanitario e instituciones que abordan las neoplasias malignas; pues, se ha logrado curación del 40% a 50% en países industrializados y hasta el 100% en etapas tempranas, aumentando la calidad de vida y supervivencia, mas no así en los países en subdesarrollo.

Semánticamente no hay expresión agradable o disfrazada para decir al paciente "tiene cáncer", puesto que su etiqueta social acusa profunda herida en su cuerpo y psique, provoca fuerte impacto emocional que atenta contra su dignidad y vida, encarnándose a un conflicto más reprimido que la muerte; vislumbrándose la intrínseca relación mente, cuerpo y sociedad.

La agresividad del cáncer permite que su abordaje sea más agresivo e invasivo para paliarlo o erradicarlo, dejando secuelas a corto y largo plazo; de ello, los

protagonistas más destacados ante el diagnóstico y tratamientos de la enfermedad maligna son la ansiedad y la depresión.

Pese la importancia de los trastornos psiquiátricos y los desajustes de personalidad como gestores y colaterales de la enfermedad neoplásica maligna o de sus tratamientos, son infravalorados y en este país poco documentados y menos aún socializados. La conexión entre la enfermedad y comorbilidad psiquiátrica son de interés; pues, pueden confundirse con características de la enfermedad o del tratamiento.

El trastorno más frecuente en pacientes oncológicos ha sido desde tiempos atrás la depresión; prevalece hasta el 85%; de difícil diagnóstico por connotaciones biopsíquicas. El problema radica en distinguir la depresión secundaria al cáncer y su tratamiento de la preexistente. “La depresión se asocia a la gravedad, incapacidad física y bajo control del dolor”. (FINCK. B. & FARENO. F. 2011). Además se debe a yatrogenia farmacológica, historial familiar, enfermedad médica conocida y rasgos de personalidad.

La ansiedad es una reacción aparentemente natural al cáncer, experimentada en los exámenes, espera de resultados, ante el diagnóstico, al ser sometido al tratamiento o al anticipar una recaída; interfiriendo en el ciclo sueño - vigilia, la calidad de vida y aumenta la sensación de dolor; así mismo, suele variar al expandirse el cáncer, ante la intensidad de los efectos secundarios, viéndose variaciones de niveles de un paciente a otro.

La personalidad siendo la unidad indisoluble e indivisible biopsicosocial, hace entender su responsabilidad en la posible génesis del cáncer y afrontamiento del mismo.

Los observaron rasgos de personalidad en estos pacientes etiquetados como depresivos, inhibidos, compulsivos, ajustados, conformistas, tendencia a la represión y al rechazo a los afectos y con gran inclinación a la ansiedad.

La incidencia de trastornos de ansiedad, depresión y rasgos de personalidad en la población oncológica, la pobre socialización en el país y la nula documentación en el hospital SOLCA de Loja, han sido pilar motivacional para realizar esta investigación de campo.

Considero importante esta investigación por la frecuente errada identificación de la sintomatología ansiosa y depresiva por los profesionales poco entrenados al respecto.

El presente trabajo se sostiene de investigaciones no locales; tomando criterios teóricos que corroboraron los resultados; ya que la psicopatología que aquí se discute está inmersa en la realidad del paciente neoplásico.

A nivel general la depresión acusa comorbilidad con otros trastornos mentales, físicos, y de personalidad; lo cual promovió el conocer y evaluar los cuadros ansiosos, depresivos al igual que su predominio en la población oncológica; de la misma forma, profundizar el interés por el tema motivo por el cual se planteó como **objetivo general**: Determinar la incidencia y tipos de depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de cáncer, bajo tratamiento antineoplásico con quimioterapia y cirugía, en el hospital de SOLCA de Loja; y los **objetivos específicos:** Determinar los tipos depresión y ansiedad prevalentes en los pacientes oncológicos según el tratamiento recibido en el hospital de SOLCA de Loja, mediante escala psicométrica de Hamilton para medir depresión y ansiedad y entrevista clínica. Especificar los tipos de depresión y ansiedad según el género en los pacientes con diagnóstico de cáncer durante el tratamiento antineoplásico

maligno con quimioterapia y cirugía en el hospital de SOLCA de Loja. Describir los tipos de depresión y ansiedad según el diagnóstico oncológico, en los pacientes bajo tratamiento antineoplásico maligno con quimioterapia y cirugía en el hospital de SOLCA de Loja. Identificar los rasgos de personalidad en pacientes con diagnóstico de cáncer que presenten depresión y/o ansiedad mediante el Cuestionario de Personalidad SEAPSI y estén sometidos a tratamiento antineoplásico maligno con quimioterapia y cirugía en el hospital de SOLCA de Loja.

c. Revision de Literatura

1.1 La enfermedad neoplásica maligna.

El cáncer se ubica como una entidad que engloba más de 200 enfermedades distintas pero relacionadas; aunque, con etiología, evolución, pronóstico y tratamiento diferentes. Se define en base al factor celular y tejido del que nace. Su concepto ha variado tomando cuerpo acorde a los descubrimientos que involucran aspectos genético, ambiental, metabólico, inmunológico, los de orden social, cultural incluso psicológico.

En circunstancias normales el ciclo vital celular es preciso. El objetivo de la división es reemplazar las células viejas o dañadas; pero cuando en un órgano, esta división pierde la capacidad de autoregulación, nacen otras con características atípicas que continúan clonándose de forma desorganizada, acelerada e incontrolada en número y estructura, resistiéndose a morir a la hora supuesta. De ello, Estapé. J & González. M (1996) dicen "La enfermedad cancerosa se caracteriza por la evolución polifásica que, iniciada en la transformación de una célula o grupo celular concluye con la curación o la muerte del paciente" (en Farreras & Rozman p. 1133); pues, es frecuente encontrar

centros necrosados en tumores, deduciendo así el mensaje simbólico plasmado por la neoplasia maligna.

1.1.1 Cronología y época actual.

El cáncer, es con seguridad un problema de salud pública muy inquietante por sus tasas de incidencia y mortalidad, agravado por aspectos sociales, económicos, culturales, étnicos, educativos, religioso, informativos, entre otros.

La enfermedad neoplásica maligna fue descrita e investigada milenios atrás. Los papiros de Ebers y Edwin Smith la describen 1500 a C y 1600 a C respectivamente; otros lo ubican cerca de 3000 años a C. Hipócrates 400 años a C utiliza los términos carcinomas y carcinos para representar un exceso de bilis negra atribuida al cáncer. Es Galeno quien introduce el término onkos para describir los tumores; junto a Hipócrates y Paracelso dicen que el cáncer se manifiesta más en mujeres de temperamento emotivo y melancólico, dando lugar de vida a la comprensión de la neoplasia maligna desde la visión biológica y psicológica -personalidad-; misma que en las últimas décadas ha sido motivo de estudios profundos.

Antes la posibilidad de presentar un cáncer era mínima y la longevidad mayor. Los primeros pobladores de América del Norte vivían más años previo a ser sometidos por los imperios del nuevo continente; no hay duda, que el dominio trajo consigo una deuda, cuyo tributo a pagar son las enfermedades intrínsecas a la modernidad dentro de las que resaltan las neoplasias malignas.

Reportes acusan que hasta el año 2000 el cáncer fue la segunda causa de muerte en países industrializados luego de las afecciones cardiovasculares, y tercera a nivel mundial. Hoy en día, la oncoincidencia establecida, con seguridad no es por aumento de la neoplasia maligna; sino por advertir nuevos casos in situ y estadios tempranos, en

base a avances tecnológicos y tamisajes preventivos; pues, es frecuente en países menos desarrollados que el cáncer sea diagnosticado en estadios tardíos posiblemente por lo pobre o mal equipados que están para diagnosticar y afrontar el incremento de las enfermedades cancerosas.

Informes revelan que en el mundo, solo un 40% de los países tienen información sobre la mortalidad a causa del cáncer, más solo el 15% de aquellos poseen información fiable sobre su incidencia. Información que no dista mucho de la realidad en Ecuador; pues, no existe un registro nacional que informe sobre su incidencia y prevalencia (hasta que fue levantada esta información); más los institutos y hospitales de SOLCA a nivel país en sus intentos por crear un sistema nacional de registro de cáncer, estiman que hasta finales del 2014 ya esté conformado de manera oficial.

SOLCA Núcleo de Loja en su primer boletín de registro hospitalario, expedido en septiembre del presente año acusa que de enero a agosto de 2014 se atendieron 593 pacientes oncológicos, y de ellos, 227 fueron nuevos casos de cáncer. Destacan además que el 15,5% de todos los casos atendidos presentaron cáncer de mama; 71 con cáncer tiroideo siendo más frecuente en varones; 65 con cáncer de cérvix; 62 casos de cáncer gástrico, advirtiendo ésta la primera causa de muerte en pacientes atendidos en SOLCA de Loja en el período mencionado; 50 casos con cáncer de piel con un índice bajo de mortalidad, aunque su incidencia ha aumentado en la provincia y el país; 42 casos de linfomas, 35 con cáncer de próstata, de ellos, el 23% han fallecido en el primer año de seguimiento; 34 pacientes con leucemias, 33 de cáncer colorrectal siendo más frecuente en mujeres entre 60 y 79 años de edad.

Estos datos apuntan que las tasas de incidencia de cáncer en nuestra provincia son altas; pero, posiblemente estos hallazgos sean por la invasión profiláctica desplazada por SOLCA de Loja en programas de detección oportuna del cáncer, sus

campañas preventivas, lo competitivo del talento humano o por avances científicos, investigativos y tecnológicos con que cuenta hoy en día, que la ubican como referencia de la región sur del país y norte del Perú.

El cáncer también es declarado como una enfermedad sociocultural; pues, se relaciona de manera especial con hábitos o estilos de vida de la sociedad moderna y los criterios arraigados a su idiosincrasia inquebrantable. Las preliminares para considerar al cáncer como tal, es su asociación a factores medioambientales, hábitos de vida e incidencia a su etiología; ya que productos procesados con colorantes y preservantes, son aparente muestra de una sociedad light, más se han convertidos en sus destructores. Ejemplos así, junto a la invasión de la publicidad y marketing, pasan a formar parte del estilo de vida de l pueblo, adjuntando criterios de mejor calidad de vida, bienestar o confort que la industria globalizada da a la comunidad.

1.1.2 Abordajes convencionales del cáncer.

La terapéutica oncológica está orientada a curar, paliar y reducir al máximo la sintomatología de la enfermedad neoplásica maligna, en miras de una mejor calidad de vida del paciente; sin embargo, para muchos enfrentarse al tratamiento es más difícil que la misma enfermedad, posiblemente por las connotaciones biopsíquicas intrínsecas de sus efectos colaterales.

Si el cáncer es una enfermedad agresiva, es lógico pensar que el abordaje sea igual o más agresivo, destacando las frecuentes secuelas a corto o largo plazo; mismas que deben ser socializadas al paciente antes del tratamiento para su asimilación asertiva.

Las modalidades oncoterapéuticas aplicadas de manera exclusiva y/o combinada de acuerdo al estadio clínico son quimioterapia, radioterapia y la cirugía oncológica y como anexas la inmunoterapia y hormonoterapia.

La terapéutica hoy en día es multidisciplinaria. La cirugía es el tratamiento más utilizado, y junto a la radioterapia y quimioterapia es más conservadora, incluso más efectiva que la cirugía agresiva sola de antaño. Adviértase entonces el protagonismo de la quimioterapia y radioterapia complementarias pre y/o post cirugía; por otro lado, hay cánceres cuyo tratamiento es selectivo o exclusivo de la quimioterapia o la radioterapia. En la práctica se evidencia que en muchos cánceres sobre todo en etapas avanzadas la mejor alternativa es combinar la terapéutica biomédica.

Destáquese además que la quimioterapia y radioterapia producen daño celular; más, una característica celular es la regeneración, pero en las células cancerosas por el efecto del fármaco o la radiación, ésta característica pierde fuerza.

1.1.2.1 Quimioterapia.

Tratamiento estándar contra el cáncer que altera la síntesis de ácidos nucléicos, proteínas y división celular. Utiliza fármacos antineoplásicos (citostáticos o citotóxicos) cuyo objetivo se orienta según el tipo, crecimiento y diseminación del cáncer, para destruir -efecto citotóxico- e impedir la reproducción -efecto citostático- celular o para retrasar su crecimiento y disminuir los síntomas de la neoplasia.

No hay fármaco ideal que solo afecte las células malignas; su inespecificidad también daña células y tejidos sanos, de manera especial aquellas que están en división activa; en sí, la lesión es inminente. Por el hecho que las células malignas se dividen y crecen más rápido que las normales, son muy susceptibles a la acción citotóxica del fármaco y al usurpar la droga proviene su muerte.

La aplicación de la quimioterapia se justifica en evitar el crecimiento tumoral, alivio de los síntomas (quimioterapia paliativa), eliminación de metástasis, tratamiento del neo recurrente o metastásico, disminuye el tamaño tumoral antes del abordaje

radioterapéutico y quirúrgico (quimioterapia neoadyuvante o de inducción); post cirugía y/o radioterapia (quimioterapia adyuvante) según los protocolos.

Es posible aplicar quimioterapia y radioterapia de manera paralela para aumentar el efecto locoregional de la radioterapia y actuar sistémicamente con la quimioterapia. Por otro lado, debido a la gran sensibilidad de algunos cánceres como las leucemias y linfomas, incluso el testicular, este tratamiento es selectivo, y muchas veces con quimioterapia se logra superar la enfermedad; háblese entonces de una quimioterapia curativa.

1.1.2.2 Radioterapia.

Tratamiento locoregional del tumor maligno y tejidos sospechosos de malignidad, utilizando radiación de alta energía. Afecta células y tejidos sanos, sobre todo aquellos de cuya reproducción celular es rápida. Destruye células malignas -acción cancerolítica- e inhibe la dirección celular -acción cancerostática-, al dañar el ADN para frenar su clonación, al mismo tiempo que se trata de evitar al máximo ofender el tejido sano.

El papel curativo es determinante en algunos cánceres en estadio inicial, en otros casos se asocia a quimioterapia y cirugía, antes -neoadyuvante- o luego -adyuvante- de ellas. Su carácter paliativo se refiere al control y disminución de sintomatología (control del dolor, reducción del sangrado y de obstrucciones) que agravan el cuadro.

La radioterapia en algunos casos reemplaza la cirugía. Se reconoce que en un cáncer de laringe, la radioterapia puede evitar la laringectomía; en etapas tempranas del cáncer de mama es factible obviar la mastectomía radical o luego de una tipo conservador anexada a radioterapia el resultado es similar. Los algoritmos del abordaje

oncológico combinado con quimioterapia y radioterapia previa a la cirugía, permite que ésta sea menos radical.

El tratamiento apunta a la máxima reparación de células y tejidos normales ya que tienen la capacidad de regenerarse post exposición a radiación; pero así mismo, a ocasionar el mayor daño posible a las células tumorales. De igual manera está orientado a periodos de recuperación de tejidos sanos ya que la célula por concepción biológica tiene la capacidad de regenerarse.

1.1.2.3 Cirugía.

Abordaje oncológico invasivo, aplicado al diagnóstico y tratamiento de lesiones neoplásicas malignas, pre malignas o sospechosas de malignidad; permite disminuir el tamaño tumoral previo al abordaje con quimioterapia o radioterapia (neoadyuvante) o luego de ellas (adyuvante). Obedeciendo a sus objetivos se destacan la cirugía curativa, paliativa, profiláctica, diagnóstica o de invasión mínima, residual y la reconstructiva.

1.1.3 Manifestaciones clínicas frecuentes derivadas del cáncer y sus tratamientos.

La neoplasia maligna es sintomática; no obstante, en etapas tempranas puede ser inadvertida. La característica principal de su historial, es la progresión espontánea, pero coexisten múltiples síntomas; lo que hace pensar que la mayoría de cánceres por su evolución lenta son inicialmente asintomáticos; más cuando se manifiestan es porque ya han alcanzado dimensiones que afectan al órgano o sus vecinos; de ello, se asegura que la sintomatología cancerosa va en proporción directa al volumen, localización y grado de afectación al órgano.

El origen de las manifestaciones clínicas de las neoplasias malignas es diverso; los signos y síntomas sostienen un valor pronóstico sobre la respuesta al tratamiento y la supervivencia global en la mayoría de cánceres; además, la evolución de los síntomas

constituye un elemento objetivo que permite monitorizar la respuesta al tratamiento y modificarlo. Su común denominador es el dolor, aunque su intensidad depende del tipo y estadio en el que se encuentra la enfermedad.

El tratamiento quimioterapéutico, deriva efectos secundarios tipo psicológicos más devastadores que la misma enfermedad. Enfrentarse al diagnóstico casi siempre causa de ansiedad, misma que conduce a que los colaterales del tratamiento sean agresivos; por ello, no son pocos los refieren que luego de la sesión no quieren recibir otra dosis y de ser posible abandonar el tratamiento, incluso, muchos lo rechazan antes de haberlo iniciado.

Entre los efectos colaterales más frecuentes del abordaje se advierten la anorexia (sin descartar que puede ser por la enfermedad, diarreas, ulceras bucales, mala absorción intestinal, depresión, diabetes mellitus, enfermedad tiroidea y/o paratiroidea, mal de Addison, insuficiencia renal; incluso a administración de fármacos supresores del apetito; pero de seguro es una reacción del fármaco quimioterapéutico). Las nauseas o vómitos (antes, durante o después de la sesión, causada por condicionamiento o por estados ansiosos). Mucositis gástrica e intestinal, estreñimiento y diarreas suelen estar presentes. La esterilidad es poco usual. La alopecia es frecuente y la mayoría de mujeres suelen considerarla como uno de los efectos más temidos -invade su integridad personal y autoestima-. El olfato y gusto también se afectan. Son frecuentes las anemias, procesos inmunodepresivos, cardiotoxicidad, hepatotoxicidad y la nefrotoxicidad.

Con radioterapia, la presencia de efectos adversos dependerá de la zona o tejido abordado y de la dosis administrada; por ejemplo, en cuello y cabeza pueden advertirse mucositis, inflamación, infecciones en la boca; en abdomen suelen presentarse nauseas, vómitos, diarreas, cistitis; en médula ósea se pueden disminuir los elementos figurados

de la sangre; además como otros efectos se observan fatiga, malestar, eritemas, descamación, pigmentación. Efectos a largo plazo como atrofias, necrosis de piel y tejidos internos; aparición de neo procesos tumorales por radioinducción en la zona irradiada.

La mayoría de efectos secundarios de la radioterapia son semejantes a los de la quimioterapia, pero su intensidad es menor, incluso los cambios físicos a largo plazo son muy diferentes a los manifestados por la quimioterapia o por la cirugía oncológica.

Los efectos colaterales psicológicos provocados por tratamiento radioterapéutico son por lo general dados por la pobre o mala información que el paciente recibe antes del mismo; por ello, es imprescindible esta información al paciente para reducir al máximo sus estados de ansiedad, estrés, depresión.

1.1.4. Manifestaciones psiquiátricas asociadas al cáncer y sus tratamientos

En la actualidad es ampliamente aceptada la conexión entre enfermedad médica y morbilidad psicológica. La condición biopsíquica intrínseca del cáncer es la génesis de síntomas psicopatológicos interpretada con los de la enfermedad o sus tratamientos; no obstante, identificarla es difícil; ya que convergen síntomas somáticos y psíquicos; se estima normal su presencia; hay pobreza en la formación del personal sanitario en detectar trastornos psiquiátricos, y por otro lado, pueden ser derivados de la enfermedad y de los abordajes convencionales.

La sintomatología psiquiátrica se ha de evaluar sobre la base del historial previo y durante la evolución neoplásica; no obstante, ya que en la mayoría de los cánceres que inicialmente son asintomáticos, los síntomas psiquiátricos son imperceptibles (salvo en los del SNC).

A decir de MATÉ. J. HOLLESTEIN. M & GIL. F. (2004) “el 25-50% de pacientes con cáncer avanzado presenta morbilidad psiquiátrica mantenida en forma de trastornos ansiosos y depresivos; mismos que suelen ser ignorados, subestimados y poco aceptados por el personal sanitario; pues, los consideran comprensibles dad la situación mórbida del paciente”. (p. 211); por ello, es importante que el equipo multidisciplinario esté provisto de conocimientos e instrumentos para detectar diferencias entre trastornos psicopatológicos previos, de los derivados de la enfermedad y su abordaje biomédico. Esta visión es correlacionada por VALENCIA. S. (2006) quien sostiene la importancia de la evaluación del paciente oncológico para identificar la presencia de trastornos psicológicos, puesto que “aumentan la mortalidad, la falta de adhesión al tratamiento, costos sanitarios por hospitalizaciones prolongadas, la interacción de medicaciones para los trastornos (médico y psiquiátrico), influencias bioquímicas de los estados de ánimo en el sistema inmune y la incapacidad laboral”. (p. 242)

De las investigaciones, la de Derogatis reporta que “el 47% de pacientes reunían criterios para trastornos mentales (según el DSM III) y que el 53% no lo hacían. De ellos el 68% corresponden a trastornos de adaptación en las variedades de ánimo deprimido, ansioso o mixto; el 13% corresponde a depresión mayor, el 8% trastorno mental orgánico, el 7% trastorno de personalidad y el 4% trastorno por ansiedad” (SÁNCHEZ. Y. 2001) (p. 133).

Este informe también es destacado por MATÉ. J. HOLLESTEIN. M & GIL. F. (2004) quienes de una muestra de 215 pacientes oncológicos, determinan “que si bien el 53% presentaban una buena adaptación al diagnóstico de cáncer, el 47% de pacientes mostraban síntomas compatibles con un diagnóstico de trastorno psiquiátrico según el DSM-III. De éstos, el 32% presentaba un trastorno adaptativo con ansiedad o estado de

ánimo deprimido; 6% manifestaban un trastorno depresivo mayor; 4% un trastorno mental orgánico". (p. 112).

El estudio parece ser el mismo, salvo que sus porcentajes son diferentes en los escritos de ambos denunciantes.

Pese que la depresión y ansiedad son aparentes respuestas esperadas en el paciente oncológico, suelen intensificarse como expresión de mala adaptación al estrés por la estadía hospitalaria, tardanza en los estudios de complemento diagnóstico, sintomatología clínica orgánica, factores económicos y familiares, incertidumbre por la pobre información sobre su enfermedad y pronóstico, pérdida de control de acontecimientos, amenazas a su autoestima y autoimagen, llevándolo a bloquear su actividad. Por lo general los pacientes con trastornos de ajuste carecen de historial de trastornos psiquiátricos; sin embargo, hay pacientes con trastornos crónicos y problemas de ajuste en su vida, que reaparecen en torno al cáncer, prevaleciendo en momentos críticos como por ejemplo en los estudios diagnósticos, controles y en las recidivas.

Otra investigación revela que "el 68% de pacientes con cáncer tienen cuadros compatibles con trastorno de adaptación, en algún momento de su enfermedad; de ellos, entre un 25% y un 40% dependiendo de las características de la muestra, presentan trastorno depresivo según los criterios del DSM IV y, la presencia de delirium es en el 15% de los pacientes en general; en el 25% de ancianos y en un 75% de los pacientes que se encuentran en las últimas etapas de su enfermedad". (SALA. V. 2002) (p. 1)

La investigación de ALMANZA. J, BREITBART. W. & HOLLAND. J, (2005) acusa que de "523 pacientes oncológicos estudiados, el 38% manifestaba dolor; de ellos se documentó trastornos depresivos en un 62%, trastornos de adaptación en un 43.7%, y

trastornos de ansiedad en un 25%. El dolor se asoció de manera significativa con la depresión, ansiedad y trastornos de personalidad". (p. 123)

Por su lado CIERRA. E. (1997) mantiene que "el 20% de pacientes neoplásicos acusan trastornos psiquiátricos, de ellos más del 30% manifiestan trastornos de adaptación con síntomas de ansiedad y depresión" (p. 397). Los trastornos psiquiátricos más frecuentes son los del estado de ánimo, que pueden ir desde un trastorno adaptativo hasta la depresión mayor; la ansiedad y trastorno cerebral orgánico, mismos que bajan la capacidad adaptativa del paciente.

El paciente con cáncer puede experimentar ansiedad y depresión derivadas de las secuelas fisiológicas de la neoplasia maligna o su tratamiento, respuesta psicológica ante la enfermedad, otras condiciones médicas, síntomas físicos, fármacos, deprivación sensorial, amenazas a su dignidad y autoestima, pérdida de funcionamiento físico, aislamiento, dependencia de otros, cambios de estilo de vida, autovaloración pobre del estado de salud, perturbaciones de las transiciones vitales, estigma, estrés, etc. El insomnio es otro trastorno a considerar manifestado por depresión, ansiedad, pánico, mal o pobre control del dolor, circunstancias fisiopatológicas y farmacológicas.

Los trastornos mentales orgánicos relevantes son el delirium, demencia, síndrome orgánico afectivo y síndrome ansioso orgánico, en los casos de tumores encefálicos. Su génesis es muy variada, bien sean causas directas por tumores primarios o metastásicos, o indirectas como las vasculares, infecciosas, endocrinometabólicas, malnutrición, síndromes paraneoplásicos, inducida por toxicidad de fármacos utilizados en el abordaje oncológico convencional.

GIL. F. (2008) acusa que en "un estudio de 400 pacientes con cáncer de mama, pulmón y colon; la prevalencia de trastornos mentales correspondía al 24% de los investigados a decir del DSM-IV. De éstos, el trastorno adaptativo se ubica en un 77%

de la muestra, y alrededor del 22% tenía antecedentes psicopatológicos, entre los que destaca el 1% con trastorno depresivo mayor, el 0,5% trastorno de estrés postraumático (TEPT), 1,25% con distimia y el 1,75% con trastorno de ansiedad"

1.2 Depresión.

Puede ser transitoria o permanente; se incluye en los trastornos depresivos y se caracteriza por un déficit del estado de ánimo con predominio de síntomas ***afectivos*** -tristeza severa, irritabilidad, incertidumbre, subjetividad negativista o pesimismo frente a las exigencias de su diario vivir-; ***cognitivo*** -dificultad ciertas funciones cerebrales superiores como memoria, atención e intolerancia a la frustración-; ***somático*** -cefaleas, gastralgias, musculo-esqueléticas, malestar generalizado-; ***instinto*** -ideación incluso conatos suicidas-; ***vegetativos*** -ciclo sueño -vigilia, apetito, peso, sexual-; y ***volitivo.***

Suele asociarse a síntomas somáticos y ansiedad y puede o no haber presentado síntomas previos de manía o hipomanía; además, se vincula a trastornos adaptativos; efectos colaterales de los fármacos, abordajes biomédicos -por ejemplo antineoplásicos- dependencia a drogas o su abstinencia; trastornos psiquiátricos, enfermedades médicas conocidas -trastornos metabólicos, cáncer, endocrinopatías, trastornos autoinmunes e infecciosos-; intoxicaciones químicas -plomo, benceno, mercurio, bismuto-; dolor mal controlado; incluso se asocia a rasgos predominantes de su personalidad -ciclotímica, dependiente, esquizoafectiva, trastorno de personalidad límite, histriónico y antisocial-.

Su frecuencia es mayor en el sexo femenino, y en edades que oscilan entre los 18 y 44 años de edad -ambos sexos- (no corresponde a todos los tipos de depresión) y es más evidente en pacientes con historial familiar de algún tipo de depresión.

Obedece a cambios en la neurotransmisión del sistema nervioso central y en ciertas estructuras cerebrales, ocasionados por mecanismos neuroendocrinos,

inflamatorios e inmunológicos. Hay déficit de serotonina -bloqueo congénito de sus células productoras-, acusando disminución de la monoaminoxidasa y noradrenalina.

1.2.1 Depresión según la CIE 10

La CIE 10, determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos y síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de enfermedades. Sus fines son estadísticos y se relacionan con la morbilidad y mortalidad, sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina.

A los trastornos mentales y del comportamiento -se incluye la depresión- los especifica en el capítulo V, y se esgrimen bajo la codificación que va desde F00 a F99. De ellos, la depresión se incluye en los trastornos del humor (afectivos) y la etiqueta -clasificación- como F 32 Episodio Depresivo y F 33 Trastornos Depresivos Recurrente con sus niveles de severidad.

La CIE 10 mantiene que en la depresión, el estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características y su presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo.

En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La depresión puede llegar a disfrazarse con irritabilidad, histrionismo, exacerbación de fobias, abuso del consumo de alcohol, síntomas obsesivos preexistentes, preocupaciones hipocondriacas. Ciertos síntomas son relevantes y adquieren significado clínico importante, de manera especial los somáticos.

Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad, se requiere que la duración sea al menos de 15 días, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si la sintomatología es muy grave o de comienzo brusco.

El episodio depresivo se caracteriza por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de su vitalidad que lleva a déficit del nivel de actividad y cansancio exagerado -incluso tras esfuerzo mínimo-. Disminución de la atención y concentración, pérdida de la autoconfianza y sentimientos de inferioridad, culpabilidad e inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y conatos suicidas o autolíticas, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

1.2.2 Depresión en pacientes oncológicos.

Diagnosticar depresión a pacientes bajo tratamiento antineoplásico maligno se dificulta por sus connotaciones somática y emocional; por ello, se hará un diagnóstico diferencial entre la sintomatología depresiva previa y la desplazada por la neoplasia; pues, la depresión es comórbida a otros trastornos mentales y biológicos; por ello, se deben considerar la preexistencia de patologías médicas, y aspectos propios de la depresión como pérdida de tono, anhedonia, tristeza, insomnio de conciliación, intermedio, tardío y mejoría vespertina del estado anímico, lenta conducta psicomotora, historial depresivo familiar, mejoría de sintomatología depresiva luego del ejercicio físico, pobreza o incapacidad para experimentar placer al contacto psicosocial, fatiga, anorexia, pérdida de peso y dolor.

No es infrecuente que los estados de ánimo sean subestimados por la población sanitaria por la supuesta lógica de su existencia en el transcurso del cáncer; observación que coincide con lo escrito por VALENCIA. S. (2006) quien sostiene “los trastornos depresivos en pacientes con patologías médicas son poco diagnosticados o ignorados,

no son tratados y rara vez se someten a tratamiento adecuado, lo que es objeto de complicaciones como el suicidio" (p. 242).

La génesis depresiva puede ser por impacto del diagnóstico, abordajes biomédicos antineoplásicos, depresión endógena, recurrencia de un trastorno bipolar previo, posibles antecedentes de discapacidad física significativa, mal control del dolor, cáncer de páncreas, alcoholismo.

La depresión afecta casi a una cuarta parte de los pacientes oncológicos, y la frecuencia aumenta conforme avanza la enfermedad, cuando hay mayor discapacidad y dolor o no se lo puede controlar. Es frecuente en algunas de las etapas de la enfermedad neoplásica. Es evidente la depresión mayor en la fase diagnóstica; depresión reactiva postquirúrgica; depresión y ansiedad graves postratamiento; depresión reactiva grave con insomnio, anorexia, desasosiego, ansiedad e irritabilidad ante recaídas; depresión ante el empeoramiento, fase terminal y tratamiento paliativo.

PRADO. V mantiene que "la depresión en pacientes oncológicos va del 15% a 25% y afecta por igual a hombres y mujeres; pero, las relacionadas con el género en cuanto a incidencia y gravedad no se han evaluado adecuadamente". (p. 189)

La depresión ha sido motivo de estudios como causa o predisponente del cáncer. FLORES. J. cita al investigador Marsillac quien en 1978 encuentra que un 74.3% de enfermos oncológicos experimentaron depresión por pérdidas afectivas, muerte de algún ser querido, interrupción de actividades gratificantes, jubilación, divorcio, decadencia física y disminución de la sexualidad en la mujer (adulta) hasta que apareció su cáncer; encontrando soporte de discusión en estudios con pacientes oncológicos hospitalizados realizados por FERRE. N. VILCHES.Y. & GONZÁLEZ. M. (1996) quienes evidencian la prevalencia depresiva del 25%, de ellos, el 75% presentaban una depresión más severa por su deterioro físico. (p. 768).

De los estudios revisados sobre prevalencia del trastorno depresivo en enfermos de cáncer bajo tratamiento, en el Ecuador son pocos o no se han socializado, de los cuales he tomado referencia para la discusión de este trabajo de campo.

PAREDES. V. (2011) en su tesis "Tratamiento para el cáncer y los trastornos depresivos en los pacientes internos en SOLCA de la ciudad de Ambato en el período septiembre diciembre 2010", acusa que de 10 pacientes hospitalizados bajo tratamiento oncológico, el 20% sometido a cirugía presenta trastorno depresivo mayor, el 70% de los que reciben quimioterapia y el 10% bajo radioterapia presentan un trastorno depresivo menor. (p. 31). Para discutir su investigación, cita a Gutiérrez (2008) resaltando que en América Latina el 55% de pacientes hospitalizados que reciben algún tipo de tratamiento oncológico presentan trastorno depresivo, de ellos el 80% tienen predominio de depresión leve y moderada, mientras que el 11% evidencia depresión severa. También cita los trabajos de ALMAZA. BREITBART & HOLLAND (2008) para quienes el 6% de los pacientes hospitalizados presentan trastornos depresivos, el 22% de pacientes ambulatorios acusan trastorno depresivo mayor, y el 17% manifiestan un trastorno de adaptación mixto con ansiedad y depresión.

Otro estudio levantado por GONZÁLEZ. A. TENORIO. A & VINTIMILLA. A (2015) en el hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca – Ecuador, acusa que de 365 pacientes con diagnóstico de cáncer el 28,8% presentan depresión. (p. 2)

1.2.3 Tratamiento de la depresión.

Si la etiología depresiva y en especial en pacientes neoplásicos es múltiple, se ha de aceptar que el tratamiento es integral en miras del bienestar y capacidad funcional, a nivel familiar, laboral, social, afectivo y emocional, evitar rebrotes depresivos, y paliar

la morbi-mortalidad, logrando que se integre de forma activa al proceso de recuperación de su homeostasis.

El tratamiento biológico incluye psicofármacos y terapia electroconvulsivante en casos específicos, y psicoterapéutico; pero, lo asertivo es combinar las dos modalidades terapéuticas y en algunos casos por la severidad depresiva (intento suicida, depresión psicótica) es importante la hospitalización.

1.2.3.1 Tratamiento biológico.

La elección del fármaco antidepresivo ostenta sus criterios en base a la respuesta terapéutica de episodios anteriores y tolerancia a efectos colaterales. Los psicofármacos utilizados son los inhibidores selectivos y no selectivos de la recaptación de serotonina; de éstos, los primeros son mejor tolerados que los tricíclicos y/o los IMAO.

Los inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas -según su estructura- son los tricíclicos y heterocíclicos. *Los Tricíclicos -ADT-* provocan efectos colaterales como sedación, oliguria, taquicardia, hipotensión postural, pueden exacerbar problemas de algunas funciones cerebrales superiores -desorientación, memoria-; entonces, estos riesgos deben ser considerados en el manejo a pacientes suicidas debido a la toxicidad neurológica y cardiovascular.

A los antidepresivos tricíclicos pertenecen las aminas terciarias por su principio activo, siendo los más utilizados imipramina, amitriptilina, clomipramina, nortriptilina, desipramina, trimipramina, doxepina, maproptilina y protriptilina.

Los *Heterocíclicos* actúan sobre los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico. Inciden sobre los receptores colinérgicos e histaminérgicos, desencadenando efectos colaterales como: síntomas anticolinérgicos, cardiovasculares, sedación. No deben ser administrados en pacientes con trastornos de conducción previos, interfiere poco en la

esfera sexual, promueven cefaleas, somnolencia y náuseas. Entre aquellos destacan la maprotilina, mianserina y amoxapina.

Los Inhibidores selectivos de recaptación de la Serotonina -*ISRS*- actúan de manera especial sobre la serotonina, no dan efecto anticolinérgico; sin embargo, pueden ocasionar gastralgias, crisis hipertensivas e inhibición sexual, pero en definitiva, sus colaterales son menos agresivos. Su forma de dosificación es más sencilla y permite iniciar el tratamiento con dosis terapéuticas, y así la necesidad de ajustar las dosis es menor. Los antidepresivos de éste orden más utilizados son la citalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina.

Los antidepresivos inhibidores de la monoaminooxidasa -*IMAO*- potencian la transmisión monoaminérgica al inhibir la acción degradadora de la monoaminooxidasa. Son de alta eficacia antidepresiva, sobre todo en depresiones atípicas; sin embargo, sus efectos colaterales son severos; pues, aumentan la posibilidad de crisis hipertensivas con riesgo vital, taquicardia, hipotensión ortostática, cefaleas, dispepsias. No deben ser combinados con otros antidepresivos.

Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina -*ISRSN*- y los noradrenérgicos y serotoninérgicos -*NASSA*- actúan sobre la serotonina y noradrenalina. De los primeros la venlafaxina ostenta igual mecanismo de acción que los tricíclicos. Su perfil de seguridad y efectos secundarios parecido al de los ISRS salvo la posibilidad de aumentar la tensión arterial cuando se utilizan dosis altas. La mirtazapina pertenece a los NASSA, favorece el sueño, y actúa además como ansiolítico.

A más de la farmacoterapia, puede aplicarse la terapia electroconvulsivante, de forma específica en depresiones endógenas; sin embargo es aceptada ante los fracasos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos.

1.2.3.2 Tratamiento psicoterapéutico.

La psicoterapia marca un hito en el tratamiento global del enfermo neoplásico, y es cada día es más aceptada por la población médica y de pacientes.

La psicoterapia en oncología desplaza una serie de técnicas aplicadas de acuerdo a la situación psicológica del paciente -grados depresivos, ansiosos, trastornos fóbicos, identificación, aceptación, autonomía, colaboración- cuyo objetivo es disminuir el dolor emocional, mejorar el estado anímico, aumentar la capacidad para afrontar, autoestima, solución de problemas, mejorar la calidad de vida, incluso prolongarla.

Estudios apuntan a la terapia cognitivo conductual, técnicas de relajación muscular progresiva, la sugestión y psicoterapia breve en depresiones plasman significativos aportes en el tratamiento convencional; la psicoterapia racional emotiva de Ellis en depresión así como en crisis de angustia lleva mérito en el ámbito psicooncológico y la hipnoterapia día a día cobra mayor relevancia.

Existen técnicas auxiliares como la visualización y la musicoterapia que si bien es cierto carecen de aval en el protagonismo modificador del comportamiento, no dejan de ser importantes como anexas a otras alternativas terapéuticas. La terapia familiar centrada en el problema es punto de partida para restaurar el núcleo familiar.

La psicoterapia cognitiva de Beck en depresiones, se centra en lo irracional de los pensamientos negativos; se orienta a encontrar validez en su reestructuración y eliminación de síntomas y disminuye la vulnerabilidad depresiva. Su filosofía dice que la percepción subjetiva y manera particular como el paciente estructura sus experiencias determinan sus emociones y conducta.

La psicoterapia cognitivo conductual pone énfasis en el pensamiento y conducta del sujeto. Se orienta a la acción –nuevos aprendizajes asertivos implica modificar la

conducta-; proporciona vías para alcanzar habilidades aplicables al momento y a otras situaciones de la vida; mismas que son retroalimentadas en la planificación y acción de actividades que refuercen la neo conducta; por ejemplo, solución de problemas vitales –el sujeto cree haber perdido la capacidad activa de participar en resolver situaciones-

1.3 Ansiedad.

Para la valoración diagnóstica clínico se juzgará la angustia y la ansiedad por separado. La primera tiene etiología somática; sus períodos de crisis se caracterizan por aparición temporal de miedo o malestar intenso; sus síntomas aparecen bruscamente en forma extensa con sensación opresiva de tórax y glotis, temblores, nauseas, diaforesis, inestabilidad, parestesias, escalofríos, taquicardia y despersonalización, dificultad en la concentración, déficit en el control de la sensación morbosa, inquietud, impaciencia, trastornos del sueño, tensión muscular fatigabilidad e irritabilidad.

La génesis de la ansiedad se da en los bajos niveles de la GABA, por ello, los ansiolíticos modulan los receptores GABA. El abuso de consumo de alcohol, puede inducir a estados de ansiedad y depresión, y con ello la abstinencia que aumenta la ansiedad. La cafeína y las benzodiacepinas ejercen motivo directo en la ansiedad. La intoxicación por disolventes orgánicos, estimulantes también originan ansiedad.

Los rasgos preponderantes de la personalidad, entorno socio familiar, laboral déficit de la homeostasia, de las relaciones interpersonales, rendimiento académico; a más de un desequilibrio bioquímico -desequilibrio de neurotransmisores que regulan sentimientos y reacciones físicas-, pueden desarrollar ansiedad.

1.3.1 Ansiedad según la CIE 10

La CIE 10 la clasifica como Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, y la codifica F40-49

1.3.2 Ansiedad en pacientes oncológicos.

La ansiedad es vista como una reacción normal al cáncer -cuando es un trastorno de adaptación-. El paciente puede acusarla al realizarse los exámenes de detección, en espera de resultados, cuando recibe el diagnóstico, al someterse a los tratamientos o al anticipar una recaída.

La ansiedad puede formar parte de la adaptación normal al cáncer; pero también puede posibilitar el incremento de la sensación del dolor, interferir en los patrones del sueño y calidad de vida; varia viendo expandirse el cáncer o al aumentar los colaterales de los tratamientos. Si las reacciones de ansiedad se prolongan y son extrañamente intensas, se considera como un trastorno de ajuste. El estrés causado por el diagnóstico y tratamiento puede precipitar recaída a los trastornos de ansiedad preexistentes.

Es frecuente ver en pacientes con períodos ansiosos previos al diagnóstico que sus crisis son duraderas y abrumadoras, que a la larga interfieren en el tratamiento, a diferencia de los que no la han experimentado, esta conducta es desarrollada en menor escala. Investigaciones indican que el 44% de pacientes oncológicos han declarado tener alguna ansiedad, el 23% tienen un grado de ansiedad significativo. Por lo general cuando la neoplasia está avanzada y el paciente conoce esta realidad, la ansiedad no es por temor a morir, sino al aislamiento, dolor incontrolado, dependencia y desamparo.

La exploración diferencial debe partir de la posible existencia de una anterior; misma que estriba en la duración y la afectación del funcionamiento diario.

El temor intenso, incapacidad para asimilar la información y cooperar en los procedimientos médicos, son síntomas de recidiva ansiosa por el estrés del diagnóstico y tratamiento antineoplásico. Las reacciones ansiosas implican un déficit cognitivo y motor, y modificaciones o alteraciones fisiológicas.

Los síntomas de la ansiedad en la enfermedad neoplásica pueden ser: sensación de impotencia ante la pérdida del control del organismo, irritabilidad por la angustia de estar enfermo, dificultad para concentrarse, pérdida del apetito, dificultad para conciliar el sueño, y realzar tareas de rutina, pensamientos intrusivos respecto al diagnóstico, miedo al futuro.

1.3.3 Tratamiento de la ansiedad.

Su abordaje es multiaxial con visión holista de los factores biopsicosociales del paciente.

1.3.3.1 Tratamiento biológico.

El objetivo es aliviar los síntomas, prevenir las recaídas, evitar las secuelas y restaurar la funcionalidad premorbida en el paciente. Los ansiolíticos contemplan su aplicación en ansiedad aguda o generalizada. Su tiempo de acción puede ser inmediata, con vida muy corta, corta, media y prolongada. Para elegir el fármaco se considera las variables edad, tratamiento previo, riesgo suicida, tolerancia e interacciones con otros fármacos.

Los ansiolíticos más utilizados pertenecen a la familia de las benzodiacepinas de alta potencia, cuyo efecto es tranquilizante, reduce los síntomas, intensidad y frecuencia de los episodios de angustia. Los efectos adversos pueden ser somnolencia, alteraciones

de memoria, atención, concentración y conciencia; el uso prolongado y no controlado puede generar dependencia y tolerancia. Entre los más utilizados están alprazolam, bromacepam, midazolan, clonacepam.

En el tratamiento psicofarmacológico se pueden utilizar también antidepresivos ISRS, mismos que constituyen tratamiento de elección primaria. Estudios apuntan a la serotonina como principal neurotransmisor involucrado en los trastornos de ansiedad. Sus efectos colaterales son menores a los promovidos por ansiolíticos; sin embargo, las fases iniciales de administración suelen dar náuseas, cefaleas incluso al aumento transitorio de la ansiedad. No forman dependencia.

Su interrupción resalta posibles recaídas del 20 al 40% de pacientes entre 6 y 12 meses posteriores a su abandono.

1.3.3.2 Tratamiento psicoterapéutico.

La mejor opción es el tratamiento combinado. La psicoterapia busca eliminar temores, interpretaciones erróneas de las sensaciones corporales y conductas evitativas respecto a los estímulos ansiógenos.

La terapia cognitiva-conductual acusa utilidad en el abordaje de ansiedad, es un método activo y de directivo trabajo del paciente y el terapeuta de forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de la sesión. Se centra en el presente, el problema y su solución; intenta prevenir futuros trastornos. Es dinámica, determina acciones, tareas y logro de metas. Utiliza técnicas conductuales y cognitivas combinadas y diferentes según los síntomas -reestructuración cognitiva, relajación, respiración, entrenamiento autógeno, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, etc.-.

Las nuevas cogniciones modifican los patrones de pensamientos que originan temores y promueven estrategias de reacción asertiva ante las situaciones generadoras de ansiedad. El seguimiento reestructura los esquemas cognitivos; ya que algunos pensamientos y creencias son característicos de determinados trastornos de ansiedad; entonces, flexibiliza y modifica los pensamientos disfuncionales.

1.4 Evaluación clínica y psicométrica de depresión y ansiedad.

La evaluación se orienta a los rasgos predominantes de las entidades de estudio. La entrevista clínica y la aplicación de reactivos psicométricos de comprobación son los elementos relevantes de la evaluación.

Los objetivos son llegar al diagnóstico, conocer las características y su contexto relevantes para la comprensión y tratamiento, responder a sus expectativas, respetar el tiempo, crear y mantener la relación interpersonal, explorar los síntomas diagnósticos, analizar la comorbilidad y las consecuencias del funcionamiento psicosocial, factores asociados al inicio y mantenimiento del problema, evaluar el proceso terapéutico y la eficacia del tratamiento.

Con la evaluación se identifica y explora los síntomas concretos -emocionales, motivacionales, cognitivos, conductuales y somáticos- advierte intensidad, frecuencia y duración de los síntomas -es un trastorno depresivo o ansioso-, si se deriva de alguna enfermedad médica, factores ambientales -adaptativos-, yatrogenia farmacológica, uso de drogas ilícitas.-. Se evalúa la comorbilidad. Se identifica el malestar subjetivo, grado de discapacidad, episodios anteriores y recaídas; tratamientos previos -éxitos y/o fracasos-, antecedentes próximos y remotos de problemas biopsicosociales, estilo de afrontamiento habitual ante los problemas.

1.4.1 Evaluación Clínica. Criterios diagnósticos para depresión.

Lo relevante en la evaluación es el impacto de la depresión, considerando no sólo la morbimortalidad, sino otros elementos sustantivos -suicidios, discapacidad-.

Se hace un análisis retrospectivo -episodios previos y duración-, pues, permite reconocer que la depresión tiene su curso natural, que puede cambiarse o acelerarse con tratamiento apropiado -farmacológico y psicoterapéutico-; facilita la identificación de cursos complicados y prever dificultades en el tratamiento y por otro lado, cuando el paciente lo conoce puede ayudar a prevenir recaídas y crear expectativas racionales sobre el ritmo de la recuperación.

La duración de los episodios oscila de 4-5 meses y un 10-20% con una duración de más de 2 años. No hay diferencias de sexo en cuanto a la duración de los episodios aunque sí en la edad de comienzo.

Un 35% de pacientes presenta un nuevo episodio de depresión antes de 2 años de transcurrido el anterior y el 60% antes de pasados 12 años y las tasas de reaparición son aún mayores en pacientes mayores de 45 años

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10, los ubica en el capítulo V como trastornos mentales y del comportamiento y los codifica desde el F30 a F39 denominándolos trastornos del humor -afectivos-.

Advierte (F32.0) episodio depresivo leve, (F32.1) episodio depresivo moderado, (F33) trastorno depresivo recurrente, (F33.0) trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve, (F33.1) trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado, (F33.2) trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos, (F33.3) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos, y (F33.4) trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.

Cada código tiene características específicas, que llevan al diagnóstico definitivo y diferencial del tipo de trastorno, de manera especial para advertir si se trata de un episodio o un trastorno propiamente dicho -en base al tiempo de inicio y/o recurrencias.

1.4.2 Evaluación Clínica. Criterios diagnósticos para ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo.

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados factores biológicos, ambientales y psico-sociales. Se ha determinado que hay factores predisponentes basados en rasgos de la personalidad; por otro lado, es importante analizar la comorbilidad con otros trastornos mentales como los del estado de ánimo.

Es importante destacar la posible etiología biológica -alteración en los sistemas neurobiológicos gabaérgicos y serotoninérgicos, anomalías estructurales en el sistema límbico-, yatrogenia farmacológica y la predisposición genética.

En la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan como trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos. Dentro de ellos se destacan los Trastorno de ansiedad fóbica. Otros trastornos de ansiedad -trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo. Otros trastornos mixtos de ansiedad. Otros trastornos de ansiedad. Trastorno obsesivo-compulsivo. Reacciones de estrés y trastornos de adaptación. Trastorno por estrés postraumático. Reacción de estrés agudo Trastorno de adaptación. Trastornos disociativos. Trastornos somatomorfos. Otros trastornos neuróticos.

1.4.3 Reactivos psicométricos.

1.4.3.1.- Escala de Hamilton para depresión.

Escala heteroaplicada. Evalúa cuantitativamente la gravedad de sintomatología depresiva y los cambios del paciente con síndrome depresivo. No es diagnóstica; pues, se aplica en pacientes con diagnóstico de depresión.

La evaluación diagnóstica de la depresión se realiza en base a entrevista clínica. Información complementaria de fuentes secundarias fidedignas –familiar, cuidador-. Su validación se basa en la discriminación, fiabilidad y sensibilidad al cambio en poblaciones hospitalizadas y ambulatorios.

Fiabilidad: En sus dos versiones (adaptadas) posee buena consistencia interna. La fiabilidad interobservador oscila, entre 0,65 y 0,9.

Validez: Su correlación con otros instrumentos que valoran la depresión como la Escala de Depresión de Montgomery- Asberg, Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9.

Está contaminada por síntomas de ansiedad y somáticos, lo que le hace no muy adaptada a enfermos físicos; sin embargo, la he considerado por revisar la puntuación global de la gravedad del cuadro depresivo, la existencia antes del diagnóstico y durante el tratamiento del cáncer.

Evalúa: Ausencia de Depresión. Depresión Leve o Menor. Depresión Moderada. Depresión Severa o Grave. Depresión Muy Severa o Muy Grave.

Las consideraciones de corte permiten establecer el tratamiento a seguir: Leve y Moderada – Psicoterapia. Severa o Grave Farmacoterapia + Psicoterapia. Muy Severa o Muy Grave Hospitalización.

Evalúa también la respuesta al tratamiento; es sensible al cambio terapéutico.

1.4.3.2 Escala de Hamilton para ansiedad

Escala ampliamente utilizada en la actualidad. Valora grado de ansiedad, no se aplica para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales. Escala heteroaplicada evalúa signos y síntomas ansiosos. Aplicada post entrevista clínica. Valora severidad de la ansiedad de forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. Evalúa ansiedad psíquica y somática. Son 14 ítems los que evalúa, de ellos, 13 son referentes a signos y síntomas ansiosos y el último valora el comportamiento del paciente en la entrevista.

La evaluación diagnóstica de la ansiedad se realiza en base a entrevista clínica.

Fiabilidad: Muestra buena consistencia interna. Con un adecuado entrenamiento de utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada. Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana y aceptable estabilidad después de un año.

Validez: La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad. Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos. Posee alto grado de correlación con la Escala de Hamilton para medir depresión. Es sensible al cambio tras el tratamiento.

Evalúa: Ausencia de ansiedad. Ansiedad Menor. Ansiedad Mayor. Ansiedad Clínicamente manifiesta.

Las consideraciones de corte dejan establecer el tratamiento a seguir: Ansiedad Menor (Leve) Psicoterapia. Ansiedad Mayor (moderada - grave) Farmacoterapia + Psicoterapia. Ansiedad Clínicamente Manifiesta (muy severa) Hospitalización.

1.5 Personalidad y sus rasgos.

La personalidad es la unidad indisoluble biopsicosocial cultural y espiritual.

Los estudios de personalidad como posible promotora del cáncer no acusan sustento convincente por lo variable del psiquismo; sin embargo, hay observaciones que conducen a pensar que los rasgos de personalidad influyen en la aparición, trascurso, mejoría o alivio de las enfermedades.

Investigaciones encuentran que ciertos rasgos de personalidad tienen relación directa en la génesis cancerosa -relación neuroendocrina y psiconeurológica-, evolución y tratamiento -condiciones emocionales antes de la aparición de la neoplasia y conducta ante la enfermedad y el tratamiento-.

Galeno dice que en mujeres con temperamento sanguíneo es menos probable que presenten cáncer, no así las de temperamento melancólico. FLORES. J. cita a Miller quien en 1977, luego de recopilar muchas referencias clínicas dice la relación entre personalidad, emociones, estrés y cáncer. Según este investigador el estrés social afecta la actividad del hipotálamo, luego se afectará el sistema nervioso autónomo y por último la actividad neuroendócrina. Entonces, para él, la influencia de aspectos neuroendócrinos y la acción del hipotálamo sobre las respuestas inmunológicas tienen relación directa con la etiología y curso del cáncer. Dice que en los sujetos con cáncer de colon la mayoría propendía a una personalidad obsesiva.

Otros estudios vinculan el estrés y la depresión como posible interventores en la génesis neoplásica, afianzándose con neo aportes, en que los eventos diarios, estresantes y depresores emocionales, pérdida reciente de seres queridos, relaciones interpersonales disfuncionales, sexualidad reprimida, etc. influyen en la aparición de las neoplasias.

Investigaciones de autores como Crisp, Bacon, LeShan, Bahnson, Abse, Risquez y otros, concuerdan que la aparición del cáncer, de manera especial los mamario y pulmonar, pueden inducirse por separación temprana, aislamiento, traumas, inhibición de la sexualidad y maternidad, manejo inadecuado de la cólera, hostilidad y conflictos maternos no superados, pérdida de un ser querido, tensiones padre-hijos no resueltos, soledad y depresión, falta de autoconfianza y desesperación, sentimientos de culpa y depresión; es decir, éstas características suponen ser rasgos predominantes de la personalidad oncopática.

Green, Crisp, Kissen, Hagnell coinciden que la personalidad propensa al cáncer se caracteriza por carencia de desahogo emocional, incapacidad para utilizar recursos psicológicos y el síndrome del desvalido desamparado.

Desde la óptica de la personalidad, los pacientes oncológicos son etiquetados como depresivos, inhibidos, compulsivo, excesivamente ajustados, conformistas y con tendencia a la represión y al rechazo a los efectos y con gran inclinación a la ansiedad.

A pesar de lo expuesto, desde época de antaño, parece ser que el universo no es muy amplio o no se acopla a lo científico por la vulnerabilidad evolutiva y cambiante de las esferas psicológicas del ser humano, y en base de ello, otra investigaciones descartan la posibilidad de que la personalidad tenga directa relación en la génesis del cáncer.

Aunque el cáncer implica cambios en la bioquímica, el metabolismo y actividad hormonal, y los factores psicosociales son inciertos en la génesis y desarrollo del cáncer, no olvidemos que el soma por complejo que sea, está en intima interacción con el ambiente, y como parte de la personalidad se obliga a reaccionar fisiológicamente en concomitancia con las esferas emocionales, afectivas y cognitivas; si no ¿Cómo decimos la personalidad es la unidad indisoluble biopsicosocial?, ¿Cómo afirmamos

que toda enfermedad física trae implica una reacción emocional?, ¿Cómo explicaríamos la somatización de los desajustes emocionales?

1.5.1 Evaluación clínica y psicométrica de los rasgos de personalidad.

Cumple el objetivo de conocer el nivel de funcionamiento de la personalidad del paciente y perfil de rasgos para la planificación del tratamiento y predicción del curso de posibles trastornos psiquiátricos en pacientes oncológicos, además del trastorno de personalidad en sí mismo en caso de existir.

1.5.2 Reactivo psicométrico Cuestionario de personalidad SEAPSI.

Mediante este reactivo se determinan rasgos de personalidad del paciente; consta de diez subtipos de personalidad agrupados en cuatro categorías: Tipo cognitivo, afectivo, comportamental y con déficit en las relaciones. El investigado elige entre cien ítems, para lo cual marcará la opción con la que más se identifique en relación a su forma de ser.

En la interpretación se cuantifica los puntajes en cada grupo de personalidad y se traslada a un gráfico de perfil. El puntaje más alto determina el tipo de personalidad. Este cuestionario es aplicable a los dos sexos desde los 15 años de edad y su aplicación puede ser individual o colectiva. Es evaluado, validado y estandarizado por el autor.

1.6 Entrevista clínica.

Instrumento dividido en ítems para evaluar ansiedad, depresión y los principales rasgos de personalidad.

Las preguntas dirigidas buscan determinar síntomas compatibles con depresión y ansiedad, registrando la cronología de los síntomas para describir tipo de depresión y ansiedad y luego correlacionar con las Escalas de Hamilton para depresión y ansiedad.

Con la información de la entrevista respecto a la personalidad se determinarán los rasgos de prevalencia en los pacientes oncológicos.

La terminología es muy general -no técnica-, toda vez que al hospital de SOLCA de Loja, acuden usuarios externos de todo nivel social, instrucción y edad diferentes; por otro lado las preguntas son dicotómicas para facilitar la tabulación de datos.

d. Materiales y Metodos

La recolección de información se la realizó en el Hospital Oncológico de Solca de la ciudad de Loja, en una muestra de pacientes adultos que respetaban criterio de inclusión y sometidos a tratamiento antineoplásico con quimioterapia y cirugía. Se evaluó trastornos de ansiedad y depresión tomando como instrumentos la entrevista clínica y luego reactivos psicométricos que miden sus niveles para corroborar o descartar su presencia.

La información recopilada y análisis se acoplan a lo planificado en el proyecto de tesis y no presentaron se dificultad intra ni extra hospitalario.

Tipo de estudio.

Se utilizó el método científico. Es de carácter descriptivo y de corte transversal.

Descripción del área de estudio.

El hospital de SOLCA se encuentra en el cantón Loja, Provincia de Loja, ubicado en la avenida Salvador Bustamante Celi s/n Jipiro.

Áreas de estudio.

- Áreas de Quimioterapia. Clínica Oncológica: Hospitalización y ambulatoria.
- Área de cirugía: Hospitalización.

Universo.

204 pacientes adultos con diagnóstico de neoplasias malignas bajo tratamiento con quimioterapia y cirugía en el hospital de SOLCA Loja en el período Marzo-Julio 2014

Muestra

103 pacientes adultos sometidos a cirugía y quimioterapia en el hospital Oncológico de SOLCA de Loja en el período Marzo -Julio 2014.

Tipo de muestreo

Para obtener la muestra representativa se empleó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times G^2 \times Z^2}{(N-1) \times e^2 + G^2 \times Z^2}$$

Donde

G= 0.5

Z= 99% equivale a 2.58

e= 9% equivale a 0.09

Esta fórmula se realizó con el 99% de confiabilidad y eficacia, obteniéndose así la muestra adecuada.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de ***inclusión*** son los pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad neoplásica maligna con abordaje quirúrgico y quimioterapéutico en el hospital Oncológico de SOLCA de Loja durante el período Marzo – Julio del 2014, y quienes hayan firmado el consentimiento informado.

El criterio de ***exclusión*** representa a pacientes menores de 18 años de edad que reciben tratamiento oncológico convencional en el Hospital Oncológico SOLCA de Loja; pues, no hay número representativo de pacientes menores de 18 años de edad para levantar la información.

Otro criterio de exclusión va a pacientes que reciben tratamiento de radioterapia; pues, sus citas son programadas casi a diario y en un tiempo determinado, de quienes no recibí información para determinar la incidencia de los trastornos psiquiátricos.

Métodos e instrumentos de recolección de datos

Entrevista Clínica.

La evaluación diagnóstica depresiva se realiza en base a entrevista clínica; dividida en ítems para evaluar ansiedad, depresión y principales rasgos de personalidad.

Reactivos psicométricos para medir depresión, ansiedad y rasgos de personalidad.

Incluyen consentimiento informado.

Se dirigen a la obtención de respuestas directas del paciente para la evaluación de niveles de depresión y ansiedad. No es de carácter diagnóstica; se aplica en pacientes con diagnóstico de depresión.

Cuestionario de personalidad SEAPSI

Es útil para determinar los rasgos de personalidad del paciente oncológico; puede ser contestado por ambos géneros a partir de los 15 años de edad y su aplicación puede ser individual o colectiva.

e. RESULTADOS.

Resultados para el primer objetivo.

Determinar tipos depresión y ansiedad prevalentes en pacientes oncológicos según el tratamiento recibido en el hospital de SOLCA de Loja.

Depresión según tratamiento

Tabla Nº 1

Depresión	Quimioterapia		Cirugía		Terapia Conjunta		
	F	%	F	%	F	%	
Leve	19	18.44%	0	0%	10	9.7%	29
Moderada	11	10.67%	0	0%	8	7.76%	19
Severa	9	8.73%	4	3.88%	0	0%	13
Muy Severa	9	8.73%	0	0,00%	0	0%	9
No Presenta	18	17.47%	3	2.91%	12	11.65%	33
Total	66	64.07%	7	6.72%	30	29.12%	103

Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para depresión. Hospital SOLCA de Loja
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

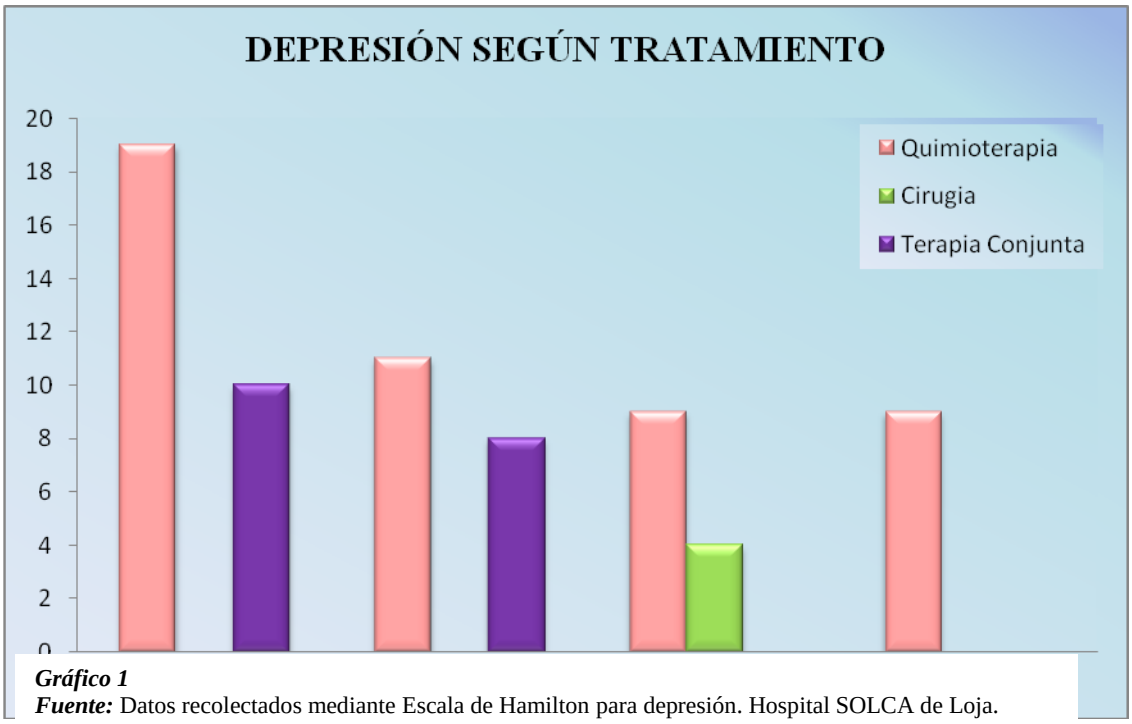

Gráfico 1
Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para depresión. Hospital SOLCA de Loja.
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

Interpretación: El análisis acusa mayor porcentaje de depresión leve en pacientes bajo tratamiento de quimioterapia (18.44%) seguido de los sometidos a terapia conjunta (9.7%). La depresión moderada también es más frecuente en pacientes bajo quimioterapia (10.76%) seguido de los sometidos a terapia conjunta (7.76%) La depresión severa fue más notoria (8.73%) frente a quienes han sido sometidos a cirugía (3.88%) y la depresión muy severa es única; es decir, solo la acusan los sometidos a quimioterapia (8.73%). La depresión leve y moderada es ausente en pacientes con tratamiento quirúrgico. La depresión severa y muy severa no se presenta en aquellos abordados con terapia conjunta. De los 103 pacientes sometidos a investigación, 33 de ellos no acusa depresión.

Ansiedad según el tratamiento.

Tabla 2

Ansiedad	Quimioterapia		Cirugía		Terapia Conjunta		
	F	%	F	%	F	%	
Leve	19	18.44%	3	2.91%	3	2.91%	25
Moderada	6	5.82%	0	0%	4	3.88%	10
Severa	12	11.65%	0	0%	0	0%	12
No Presenta	24	23.30%	4	3.88%	28	27.18%	56
Total	61	59.21%	7	6.79%	35	33.98%	103

Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para ansiedad. Hospital SOLCA de Loja
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

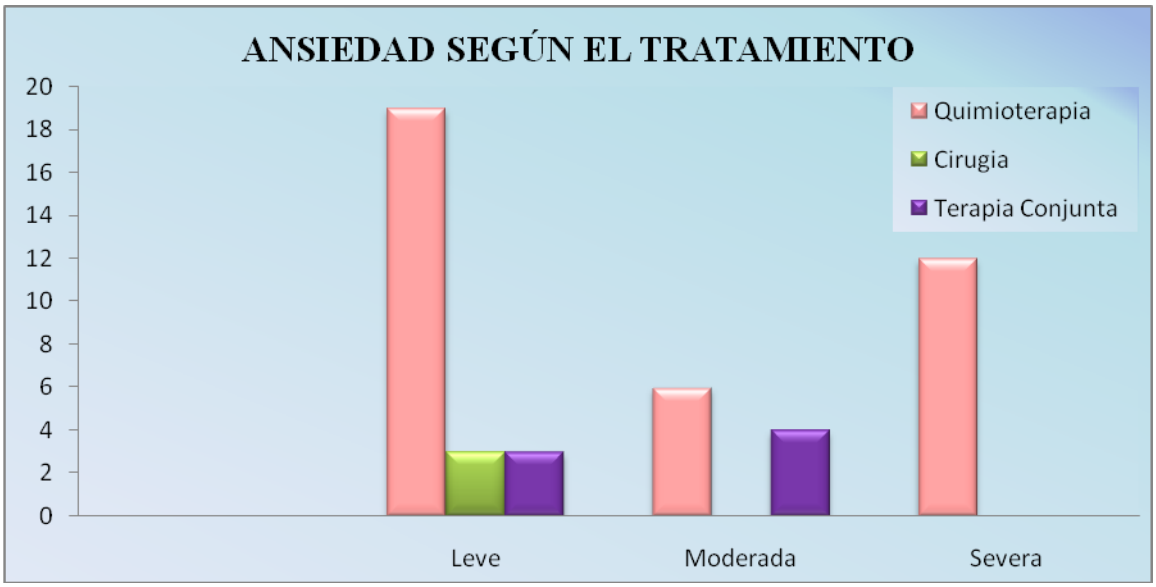

Gráfico2
Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para ansiedad. Hospital SOLCA de Loja.
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

Interpretación: Los datos hacen evidente el predominio de la ansiedad todos sus niveles durante el tratamiento con quimioterapia. La ansiedad leve prevalece (18.48%) en aquellos bajo quimioterapia frente a los sometidos a cirugía (2.91%) y terapia

conjunta (2.91%). Adviértase que en ambas modalidades terapéuticas la depresión leve es similar en sus pacientes. El tipo moderado de ansiedad es más notorio (5.82%) en pacientes con quimioterapia frente a los que reciben terapia conjunta (3.88%); finalmente la ansiedad severa está presente solo en el tratamiento quimioterapéutico (11.65%). Es importante advertir que 56 de todos los pacientes evaluados, no acusan ningún tipo de ansiedad.

Resultados para el segundo objetivo.

Especificar los tipos de depresión y ansiedad según el género en los pacientes con diagnóstico de cáncer durante el tratamiento antineoplásico maligno con quimioterapia y cirugía en el hospital de SOLCA de Loja.

Depresión según el Género

Tabla 3

Depresión	**Masculino**		**Femenino**		
	F	%	F	%	
Leve	13	12.61%	16	15.53%	29
Moderada	18	17.47%	17	16.50%	35
Severa	3	2.91%	15	14.56%	18
Muy Severa	0	0%	3	2.91%	3
No Presenta	8	7.76%	10	9.70%	18
Total	42	40.77%	61	59.22%	103

Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para depresión. Hospital SOLCA de Loja.
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

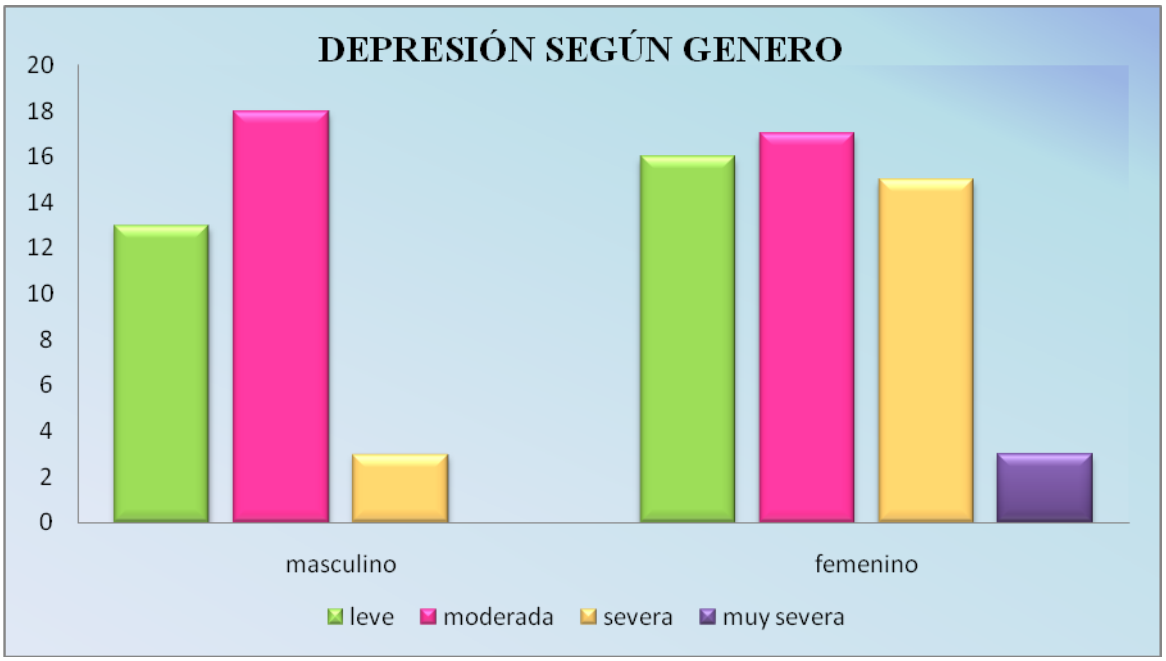

Gráfico 3
Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para depresión. Hospital SOLCA de Loja.
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

Interpretación: El análisis acusa predominio de depresión leve en el mujeres (15.53%) frente a los hombres (12.61%); depresión moderada es ligeramente superior en el grupo masculino (17.47%) frente a las mujeres (16.50%) La depresión severa se acusa mas en el género femenino (14.56%) frente al masculino (2.91%); más la depresión muy severa solo la presentaron mujeres (2.91%). Del total de pacientes 18 no presentaron ningún tipo de depresión.

Ansiedad según el Género

Tabla 4

Ansiedad	Masculino		Femenino		
	F	%	F	%	
Leve	15	14.56%	19	18.44%	34
Moderada	10	9.70%	16	15.53%	26
Severa	2	1.94%	6	5.82%	8
No presenta	15	14.56%	20	19.41%	35
Total	42	40.77%	61	59.22%	103

Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para ansiedad. Hospital SOLCA de Loja.
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

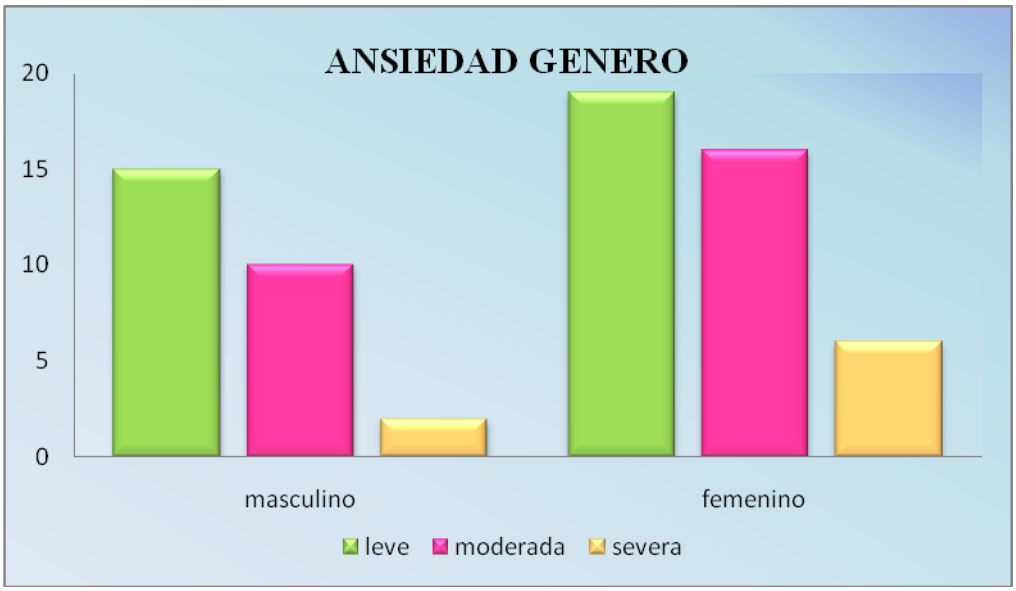

Gráfico 4
Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para ansiedad. Hospital SOLCA de Loja.
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

Interpretación: En la tabla se advierte que la ansiedad leve en más predominante en mujeres (18.44%) frente al sexo masculino (14.56%) La ansiedad moderada también es

mayor en las mujeres (15.53%) frente al porcentaje arrojado por el seco masculino (9.70%) más la de tipo severa igual predomina en las mujeres (3.82%) frente al género masculino (1.94%) Adviértase el predominio en todos los tipos de ansiedad en el sexo femenino. De los 103 investigados 35 negaron presentar ansiedad.

Resultados para el tercer objetivo.

Describir los tipos de depresión y ansiedad según el diagnóstico oncológico, en los pacientes bajo tratamiento antineoplásico maligno con quimioterapia y cirugía en el Hospital de SOLCA de Loja.

Depresión según el diagnóstico oncológico.

Nota: Por el número de frecuencia y diagnóstico oncológico, los resultados se ubicarán en dos tablas y dos gráficas.

Tabla 5

Tipo de Cáncer	**Leve**		**Moderada**	
	F	%	F	%
Aparato Digestivo	10	9.70%	10	9.70%
Pulmón	0	0%	1	0.97%
Tiroides	3	2.91%	2	1.94%
Próstata	1	0.97%	3	2.91%
Testículo	0	0%	1	0.97%
Vejiga	1	0.97%	1	0.97%
Mama	7	6.79%	1	0.97%
Útero y anexos	2	1.94%	4	3.88%
Piel	0	0%	0	0%
Huesos	0	0%	1	0.97%
Riñón	0	0%	1	0.97%
Leucemia	2	1.94%	4	3.88%
Linfoma No Hodking	4	3.88%	0	0%
Mieloma	0	0%	1	0.97%
Otros	1	0.97%	2	1.94%
Total	31		32	

Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para depresión. Hospital SOLCA de Loja.
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

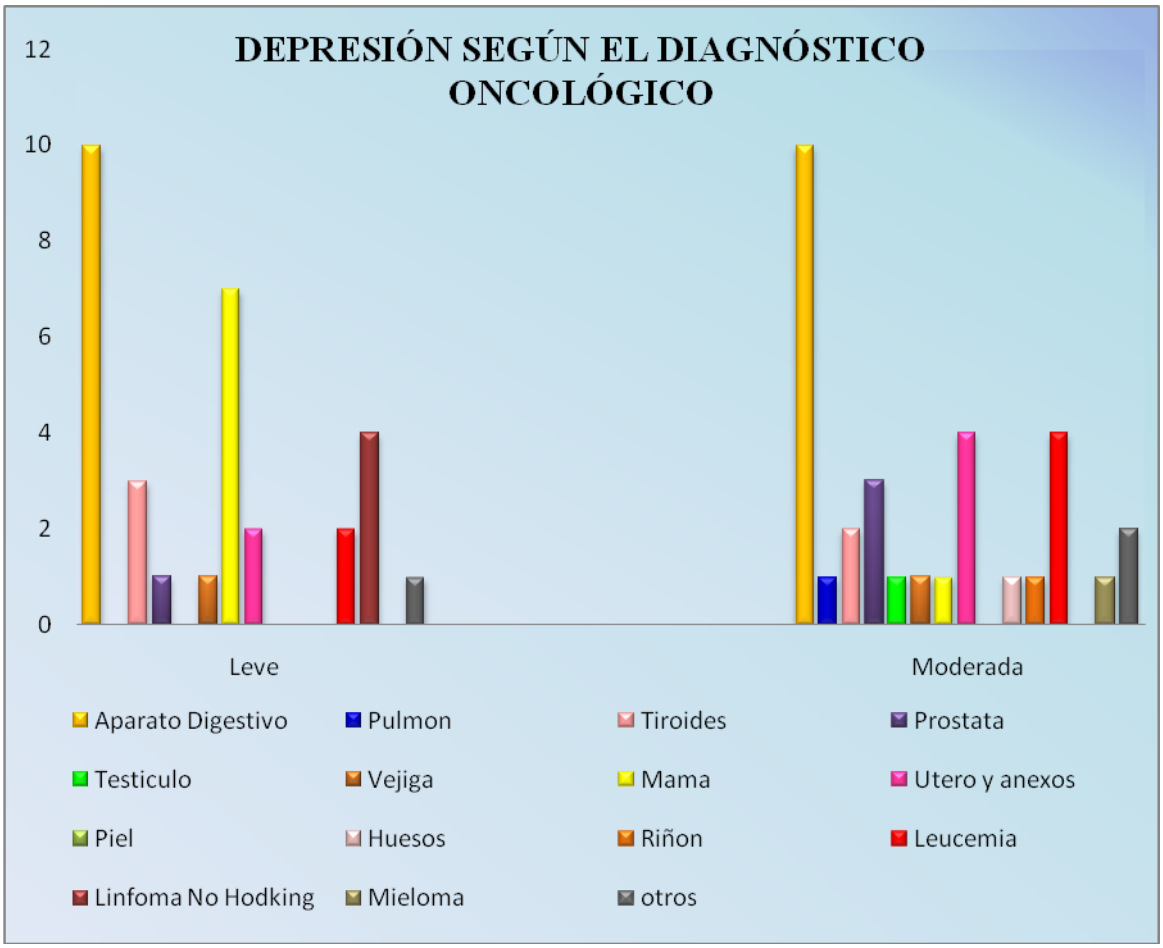

Gráfico 5
Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para depresión. Hospital SOLCA de Loja.
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

Interpretación: Los resultados refieren mayor predominio de depresión leve en pacientes con cáncer del aparato digestivo (9.70%), seguido del mamario (6.79%), linfoma No Hodking (3.88%), tiroideo (2.91%), útero y anexos (1.94%), leucemia (1.94%), próstata (0.97%), vejiga (0.97%) y otros (0.97%) No se reporta este nivel depresivo en pacientes con cáncer de testículo, piel, riñón, óseo ni con mieloma. La depresión moderada acusa alta incidencia en pacientes con cáncer de aparato digestivo (9.70%), útero y anexos (3.88%), leucemia (3.88%) próstata (2.91%), tiroides (1.94%), otros (1.94%), mientras que el pulmonar, mama, testículo, vejiga, riñón, óseo y

mieloma, tienen bajo porcentaje (0.97%,) cada uno. Se aclara que en el grupo "otros" están los casos que representaban menos de la unidad de paciente.

Tabla 6

Tipo de Cáncer	Severa		Muy Severa		No Presenta	
	F	%	F	%	F	%
Aparato Digestivo	2	1.94%	0	0%	11	10.67%
Pulmón	1	0.97%	0	0%	1	0.97%
Tiroides	0	0%	0	0%	0	0%
Próstata	0	0%	0	0%	0	0%
Testículo	0	0%	0	0%	1	0.97%
Vejiga	0	0%	0	0%	0	0%
Mama	3	2.91%	2	1.94%	0	0%
Útero y anexos	4	3.88%	3	2.91%	2	1.94%
Piel	0	0%	3	2.91%	0	0%
Huesos	1	0.97%	0	0%	0	0%
Riñón	0	0%	0	0%	1	0.97%
Leucemia	0	0%	0	0%	0	0%
Linfoma No Hodking	0	0%	0	0%	0	0%
Mieloma	1	0.97%	0	0%	0	0%
Otros	3	2.91%	0	0%	1	0.97%
Total	15		8		17	

Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para depresión. Hospital SOLCA de Loja.
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

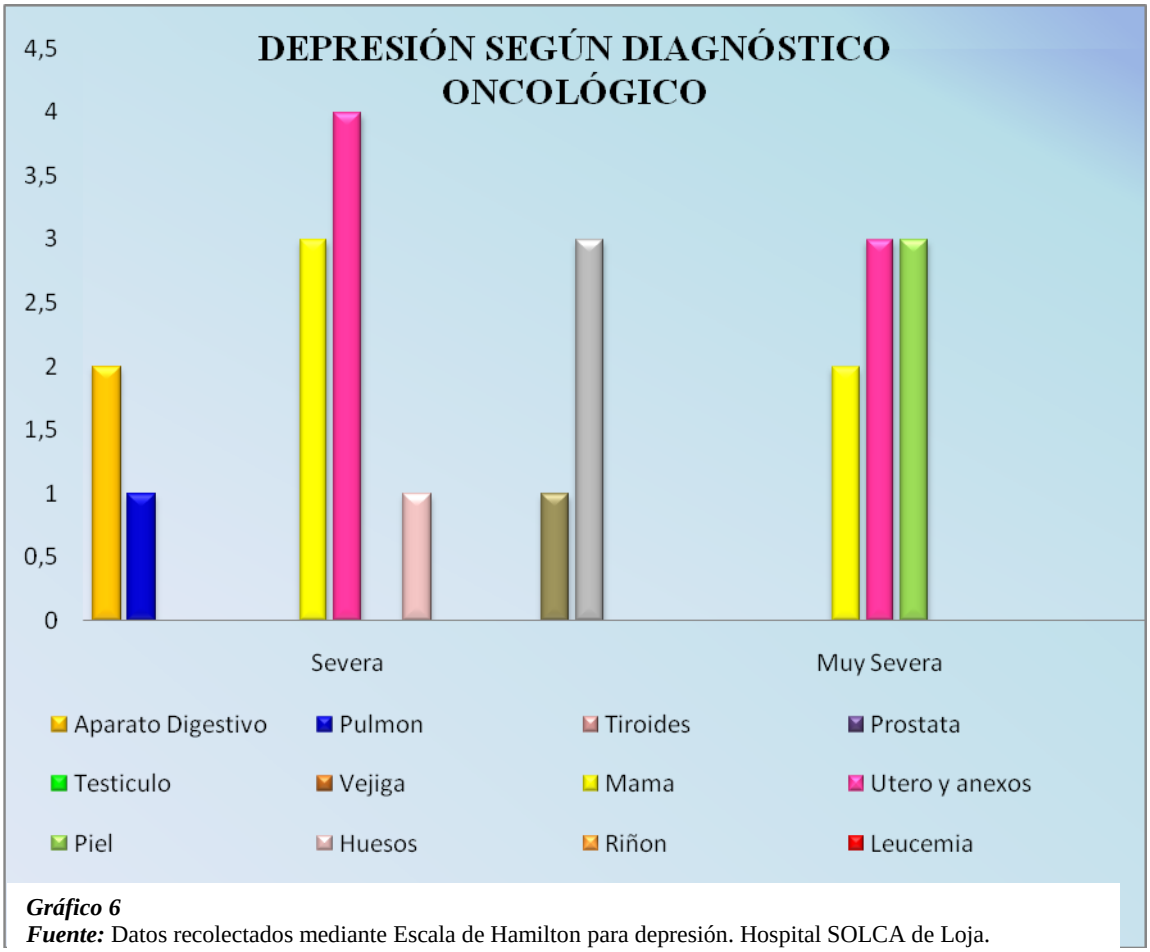

Gráfico 6
Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para depresión. Hospital SOLCA de Loja.
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

Interpretación: De estos resultados se destaca que la depresión severa es más frecuente en pacientes con cáncer de útero y sus anexos (3.88%), seguido de los que padecen de cáncer de mama y otros tipos de cáncer con una frecuencia similar (2.91%), luego en el cáncer del aparato digestivo (1.94%) El cáncer de pulmón, óseo y el mieloma los que poseen menor frecuencia de depresión severa (0.97%); La depresión muy severa se presenta en el cáncer de útero y anexos y el mieloma (2.91%) seguido del cáncer de mama (1.94%).

Ansiedad según diagnóstico oncológico.

Nota: Por el número de frecuencia y diagnóstico oncológico, los resultados se ubicarán en dos tablas y una gráfica.

Tabla 7

Tipo de Cáncer	Leve		Moderada	
	F	%	F	%
Aparato Digestivo	14	13.59%	4	3.88%
Pulmón	1	0.97%	1	0.97%
Tiroides	5	4.85%	0	0%
Próstata	2	1.94%	0	0%
Testículo	1	0.97%	0	0%
Vejiga	2	1.94%	0	0%
Mama	6	5.82%	2	1.94%
Útero y anexos	3	2.91%	4	3.88%
Piel	0	0%	0	0%
Huesos	1	0.97%	1	0.97%
Riñón	1	0.97%	0	0%
Leucemia	5	4.85%	0	0%
Linfoma No Hodking	1	0.97%	0	0%
Mieloma	2	1.94%	0	0%
Otros	2	1.94%	3	2.91%
Total	46		15	

Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para ansiedad. Hospital SOLCA de Loja.
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

Tabla 8

Tipo de Cáncer	Severa		No Presenta	
	F	%	F	%
Aparato Digestivo	4	3.88%	11	10.67%
Pulmón	0	0%	1	0.97%
Tiroides	0	0%	0	0%
Próstata	1	0.97%	0	0%
Testículo	0	0%	0	0%
Vejiga	0	0%	1	0.97%
Mama	4	3.88%	1	0.97%
Útero y anexos	3	2.91%	5	4.85%
Piel	3	2.91%	0	0%
Huesos	0	0%	0	0%
Riñón	0	0%	1	0.97%
Leucemia	0	0%	1	0.97%
Linfoma No Hodking	0	0%	3	2.91%
Mieloma	1	0.97%	0	0%
Otros	1	0.97%	1	0.97%
Total	17		25	

Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para ansiedad. Hospital SOLCA de Loja.
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

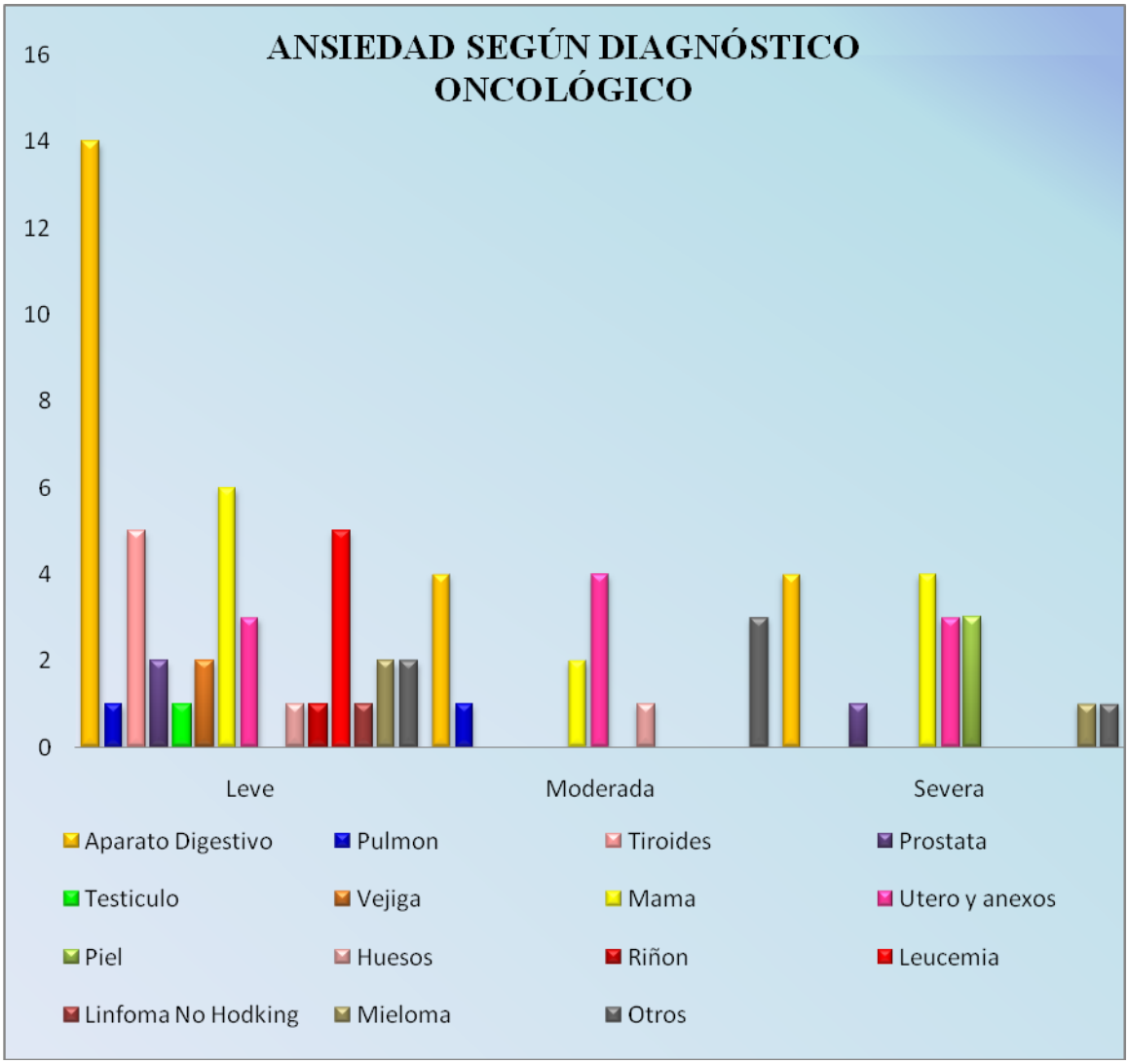

Gráfico 7
Fuente: Datos recolectados mediante Escala de Hamilton para ansiedad. Hospital SOLCA de Loja.
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

Interpretación: La gráfica contempla tipos de ansiedad de las tablas **Nº 7 y 8.** Representa qué tipos de ansiedad son los predominantes según el diagnóstico oncológico; así tenemos en primer lugar a la ansiedad leve en el aparato digestivo (13.59%), seguido por el cáncer de mama (5.82%), tiroides (4.85%), leucemia (4.85%), en menor porcentaje encontramos al cáncer de útero y anexos (2.91%), próstata, vejiga, mieloma y el grupo de otros tipos de canceres poseen el (1.94%), mientras que en el cáncer de pulmón, testículo, hueso, riñón y el linfoma no Hodking este nivel de ansiedad es poco frecuente (0.97%) Por su parte la ansiedad moderada se encuentra

presente con predominio en pacientes con cáncer del aparato digestivo (3.88%) y cáncer de útero y anexos (3.88%), el grupo de otros tipos de cáncer (2.91%), mama (1.94%), en los casos de cáncer de pulmón (0.97%), hueso (0.97%) el porcentaje es bajo. Se evidencia que la ansiedad severa se presenta más en pacientes con cáncer del aparato digestivo (3.88%) y mama (3.88%), seguidos por útero y anexos y piel presentan el mismo porcentaje (2.91%), este nivel de ansiedad es poco frecuente en cáncer de próstata, mieloma y en el grupo de otros tipos de cáncer (0.97%) respectivamente.

Resultados para el cuarto objetivo

Identificar los rasgos de personalidad en pacientes con diagnóstico de cáncer que presenten depresión y/o ansiedad mediante el Cuestionario de Personalidad SEAPSI y estén sometidos a tratamiento antineoplásico maligno con quimioterapia y cirugía en el hospital de SOLCA de Loja.

Tabla 9

Rasgos de Personalidad		
	F	%
Anancástico	43	41.74%
Evitatívo	12	11.65%
Dependiente	12	11.65%
Paranoide	8	7.76%
Ciclotímico	14	13.59%
Histriónico	8	7.76%
Inestable	2	1.94%
Esquizotípico	4	3.88%
Total	103	100%

Fuente: Datos recolectados mediante la aplicación del cuestionario SEAPSI. Hospital SOLCA de Loja.
Autora: Karla E. Sánchez Gómez

Gráfico 8
Fuente: Datos recolectados mediante la aplicación del cuestionario SEAPSI. Hospital SOLCA de Loja.
Elaborado: Karla E. Sánchez Gómez

Interpretación: La gráfica acusa que de la muestra de 103 pacientes bajo tratamiento oncológico el predominio de rasgo de personalidad es el Anancástico (41.74%), seguido por un grupo de pacientes con personalidad Ciclotímica (13.59%), siendo estos dos rasgos los mas predominantes en los casos estudiados, se evidenciaron además otros tipos de rasgos de personalidad como el Evitatívo (11.65%), dependiente (11.65%), paranoide e histriónico(7.76%) cada uno, y en un porcentaje mínimo los rasgos Esquizotípico (3.88%) e inestable (1.94%).

f. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

Un gran número de pacientes con patología oncológica presentan alteraciones psiquiátricas propias de la enfermedad o agregadas al proceso por los factores externos que conforman el diario vivir de estos; los trastornos del estado de ánimo como la ansiedad y depresión afectan su capacidad para batallar contra la enfermedad, para lograr su bien estar físico y emocional.

El universo fue de 204 pacientes de ellos se tomó como muestra de estudio a 103 pacientes adultos 61 de género femenino (59.22%) y 42 hombre (40.77%9.

Refiriéndonos ya a depresión en el estudio que realizó (Garcia, 2010), en lo que refiere a tratamiento quimioterapéutico y quirúrgico se evidencia que el mayor porcentaje de depresión se lo encuentra en pacientes con quimioterapia (14%), y con un porcentaje mucho menor los pacientes sometidos a cirugía (4%); tal estudio corrobora los datos obtenidos en este trabajo ya que los pacientes sometidos a quimioterapia presentaron mayor depresión (46.57%), no así los sometidos a Cirugía (3.8%) y a Terapia conjunta (17.46%); el estudio antes mencionado se llevó a cabo con una muestra no tan diferente a la expuesta en el presente trabajo, sin embargo hace referencia a otros tipos de tratamientos como el paliativo y la radioterapia, motivo por el cual los valores de porcentaje de presente investigación resultan elevados, ya que en este trabajo se aborda únicamente a pacientes bajo tratamiento de Quimioterapia, Cirugía y Terapia conjunta.

Un estudio realizado en Colombia se menciona que “los pacientes oncológicos son una población en riesgo alto de desarrollar reacciones emocionales negativas y

trastornos psicopatológicos debido a los acontecimientos estresantes a los que se ven enfrentados a consecuencia del diagnóstico y posterior tratamiento". (Diaz Reyes, 2011)

Dado que los grados de depresión y ansiedad pueden ir incrementando sus niveles de acuerdo a la sintomatología y estado clínico del paciente se observa en este estudio que un 49.50% del total de pacientes femeninos acusaron presentar depresión clasificándose esta en leve 15.53%, moderada 16.50%, severa14.56% y muy severa 2.91%; por su lado el porcentaje del género masculino correspondiente al 32.99%, el cual se divide en depresión leve 12.61%, moderada 17.47%, severa 2.91%, por lo cual se evidencia que el género femenino es el que presenta mayor depresión ya sea por la enfermedad misma y / o por los factores socio económicos y/o familiares que le rodean.

Un estudio realizado en Colombia menciona que el trastorno psiquiátrico que se asocia más frecuentemente con el cáncer es la depresión; y además advierte, que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor.

La intensidad del trastorno depresivo puede variar. Puede darse trastorno ligero o distimia (Depresión leve), donde prevalece un tono emocional disminuido y un reporte verbal de tristeza. Se puede dar una depresión de nivel intermedio (depresión moderada) como reacción depresiva ante situaciones y experiencias de la vida, donde esta reacción se mantiene por periodos variables dependiendo de la presencia de factores desencadenantes. También puede haber una depresión intensa severa o mayor, donde el trastorno dura por más de tres meses y afecta considerablemente la capacidad del paciente, afectando sus ciclos de sueño, su alimentación y el cuidado de sí mismo.

(VALENCIA, 2006), artículo que corrobora los resultados obtenidos en esta investigación; pues, refleja a la población femenina como la más afectada por la depresión con un representativo del 49.50% frente al género masculino que presenta un 32.99%.

Un estudio realizado en Cuenca - Ecuador por GONZALEZ.A, TENORIO. A & VINTIMILLA. A, (2015) refiere que la mayor incidencia de depresión en esa población se presenta en el sexo masculino siendo así el cáncer hepático el que mayor incidencia de depresión acusa; en nuestro medio el o los tipos de cánceres que poseen mayor porcentaje de depresión es el cáncer del aparato digestivo (21.34%), dentro del cual y por lo apreciado durante la realización de este trabajo el predominio en los pacientes de Solca Loja es en el cáncer gástrico, lo que difiere del estudio mencionado; aunque siendo la muestra de este estudio menor a la investigada en la ciudad de Cuenca, es evidente que los casos femeninos tienen predominio de depresión 49.50%, ya que a este género aqueja los canceres de mama, útero y sus anexos así como en mayor frecuencia el cáncer de piel y tiroides, lo que difiere con el realizado por compañeros médicos de mencionada ciudad.

La ansiedad es concebida como trastorno de adaptación a la patología oncológica, ya sea por la duda que presenta el paciente antes de un diagnóstico o durante el tratamiento lo que hace que la intensidad del trastorno aumente.

El estrés causado por el diagnóstico y su tratamiento puede precipitar una recaída a la ansiedad preexistente. Cuando la neoplasia avanza y el paciente conoce esta realidad, la ansiedad no es producto del temor a la muerte, si no, al dolor incontrolado, dependencia, aislamiento y desamparo.

En los pacientes bajo tratamiento antineoplásico, en lo que refiere a tratamiento quimioterapéutico y quirúrgico, la ansiedad según GONZALEZ.A, TENORIO. A &

VINTIMILLA. A, (2015) está más enfatizada en los que reciben quimioterapia (19.5%), y con un porcentaje no muy diferente los pacientes sometidos a cirugía (16.3%); datos que corroboran los obtenidos en este trabajo ya que los pacientes sometidos a quimioterapia presentaron mayor ansiedad (35.91%), seguidos por los pacientes sometidos a Cirugía (2.91%) y Terapia conjunta (6.76%); los datos difieren ya que el estudio antes mencionado se toma en cuenta otros tipos de tratamientos como el paliativo y la radioterapia, no así en la presente investigación; motivo por el cual los valores de porcentaje de esta investigación resultan elevados, ya que se aborda únicamente los tratamientos de Quimioterapia, Cirugía y Terapia conjunta.

En un estudio muy citado, pero ya antiguo, como es el de Derogatis, se menciona haberse encontrado un 1,9% de pacientes con cáncer que presentaban algún trastorno de ansiedad y un 6,1% un trastorno afectivo mayor (depresión). Un 31,6% presentaba un trastorno adaptativo (con ansiedad o estado de ánimo deprimido). A diferencia de este, en el presente trabajo se evidencio a la ansiedad así como a la depresión con mayor predominio en el género femenino, siendo la ansiedad leve la predominante con el 18.44%, seguida por la moderada con el 15.53 y por ultimo ansiedad severa con 5.82%; mientras que el género masculino acusa un total de casos de ansiedad correspondientes al 26.20%, divididos en leve 14.56%, moderada 9.70% y en última instancia ansiedad severa 1.94%.

Así mismo en el trabajo realizado a pacientes oncológicos en la ciudad de Cuenca refieren que al igual que la depresión el porcentaje de ansiedad es más alto en el género masculino que el femenino, lo que difiere con los resultados de esta investigación ya que el género femenino se impone en las dos patologías. (GONZALEZ.A, TENORIO. A & VINTIMILLA. A, 2015)

Según estudios de la OMS, la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población germana es del 6,2%. En el estudio, en Europa, que forma parte del estudio de la OMS, se encontró que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en los seis países europeos en los que se llevó a cabo la investigación (Alemania, España, Bélgica, Francia, Italia y Holanda) era del 6,4%, pero con una importante diferencia asociada a la variable sexo (3,8% en varones y 8,7% en mujeres).

Lo que corrobora este trabajo ya que en la población estudiada, el género más afectado con el trastorno de la ansiedad es el femenino.

Es claro notar que la patología oncológica tiene la característica importante de presentarse en los pacientes no solo como una enfermedad física sino también psiquiátrica por lo que en este trabajo se ha mencionado la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión que claramente son más manifiestos en las mujeres.

Con respecto a la enfermedad neoplásica GONZALEZ.A, TENORIO. A & VINTIMILLA. A, (2015) refieren que los pacientes con mayor predominio de ansiedad son los que presentan afección pulmonar, lo que difiere de este trabajo de investigación ya que aquí se observa una igualdad en porcentaje a lo que respecta al grupo de patologías oncológicas que afectan al Aparato Digestivo en depresión y ansiedad, de la misma forma decrecimiento poco significativo del nivel de ansiedad, en comparación con el nivel de depresión en otras de las patologías oncológicas, teniendo así al de mama con el 11.64% seguido por el cáncer del útero y sus anexos con un 9.7% y con un porcentaje mucho menor al cáncer de pulmón con 1.94%.

En este estudio se evidencia que los rasgos de personalidad también se encuentran inmersos en el convivir de los pacientes con patología neoplásica. Un estudio realizado por GARCÉS. D. (2001) en la ciudad de Ambato acusa que en los pacientes oncológicos estudiados se observó un 26% de la población con el tipo de

personalidad paranoide; el 21% con rasgos anancásticos; siendo estos los predominantes en dicha población; se menciona que en dicho estudio no existieron rasgos antisociales, esquizoides y esquizotípicos; los datos fueron obtenidos de una muestra mucho menor a la de esta investigación en la cual se evidencia predominio del género femenino; por su lado el presente trabajo investigativo refleja datos diferentes a los expuestos en la investigación antes citada; siendo esta una muestra de estudio mucho mayor, se evidencia predominio de los rasgos anancásticos en un 41.7% seguidos en orden por el ciclotímico en un 13.59%, el evitativo y dependiente con el 11.65% cada uno, los rasgos de personalidad paranoide e histriónico representan el 7.76%, y en menor porcentaje se evidencia presencia de rasgos esquizotípicos en el 3.88% y el inestable en el 1.94%.

Por lo expuesto este estudio demuestra que los rasgos de personalidad dominante en la población estudiada son el anancástico y ciclotímico, los cuales se presentan en pacientes oncológicos con trastornos de ansiedad y depresión.

g. CONCLUSIONES.

- El tipo de depresión encontrado con mayor prevalencia fue la depresión leve; de la misma manera se relaciona la ansiedad leve como predominante en pacientes bajo tratamiento Quimioterapéutico.

- En los pacientes sometidos a cirugía oncológica existe predominio de la depresión severa; por su lado en este grupo el tipo de ansiedad observada fue la leve.

- En el tratamiento con terapia conjunta se observa predominio de depresión leve y ansiedad moderada.

- Existe predominio del tipo de depresión y ansiedad leve en el género femenino, mientras que en el género masculino se observa depresión moderada y ansiedad leve.

- Los pacientes con afección neoplásica en el aparato digestivo son los que en su mayoría presentan depresión en el mismo porcentaje los tipos leve y moderada; mientras que la ansiedad se refleja como leve; por su lado las mujeres con cáncer de mama presentan depresión y ansiedad leve.

- Los rasgos de personalidad que se presentaron son el anancástico, seguido por el ciclotímico siendo los rasgos de personalidad más encontrados en los pacientes evaluados, seguido por el evitativo y el dependiente.

h. RECOMENDACIONES

- Al Equipo Médico; es importante tener en cuenta el estado emocional del paciente y evaluarlos basándose en criterios estandarizados, con el fin de identificar posible co-morbilidad psiquiátrica a la neoplasia maligna

- A los lectores de la investigación, no subestimar la comorbilidad psiquiátrica en el paciente oncológico; pues, la visión integral del paciente va más allá de un caso o número de un macro hospital.

- Al esquipo sanitario luego de identificar algún trastorno psiquiátrico o la sospecha de ello, derivar al paciente al área de salud mental para que sea evaluado y tratado en base al abordaje psicofarmacológico y/o psicoterapéutico y multiaxial.

- A los nuevos profesionales; debemos prestar la misma atención al entorno social y familiar del paciente, ya posiblemente sea este de donde provengan los motivos que lo lleven a la depresión y/o ansiedad.

- A las áreas oncológicas, estandarizar los reactivos psicométricos señalados y otros de correlación que evalúen ansiedad, depresión y rasgos de personalidad, a tal modo de manejar un algoritmo que identifique comorbilidad psiconcológica, predecir posibles reacciones durante el tratamiento basándose en rasgos predominantes de personalidad, y manejar adecuadamente la esfera biopsíquica del paciente.

i. BIBLIOGRAFÍA

- ALMANZA. J; BREITBART. W & HOLLAND. J. (2005). Trastornos mentales en pacientes oncológicos ambulatorios con dolor relacionado con el cáncer Dr. José de Jesús Almanza Muñoz,* Dr. Willian Breitbart,** Dra. Jimmie C. Holland***.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (APA). Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM 5. American Psychiatric Publishing. Washington DC. 2014. p. 492.
- BARLOW y DURAND. Psicopatología. Tercera edición. Editorial Thomson Edición española. 2004. p. 673.
- BALAREZO. L Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad Editorial Unigraf 1º edición 2010 Quito – Ecuador
- BOBES y cols. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3ª edición. Editorial ArsMedica. Barcelona – España. 2003. p. 270
- BUCETA. J y BUENO. A. Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades. Ediciones Pirámide. S.A. Madrid – España. 1996. p. 564.

- CASSEM. N y cols. Massachusetts General Hospital.Manual de psiquiatría en hospitales generales. 4ª edición. Editorial HaecourtBrace. Edición española. Madrid – España 1998. p. 732.
- CRUZADO, J. & OLIVARES, M. (2000). Evaluación y Tratamiento Psicológico del Cáncer. Baceta, J., Mas, B. (eds). Intervención Psicológica en Trastornos de Salud. Madrid: Dukinson-Psicología p.p341-402.
- DE LA FUENTE, J& HEINZE, G. Salud mental y medicina psicológica. Editorial Mc Graw Hill. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F. 2012. p. 339
- FARRERAS & ROZMAN p.1133. (s.f.). Oncologia. En Medicina Interna Edicion16ª.p. 1133.
- FERRE N, VILCHES Y, GONZALEZ M. (2007). epidemiologia de los trastornos neuropsiquiatricos. En tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte al enfermo de cancer. p. 768.
- FLORES. J. (1994). La mujer ante El cáncer de mama. Aspectos psicológicos. Barcelona – España.: Editorial Edikamed.
- GABBARD. G. Tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Tomos I y II. Editorial ArsMedica. Barcelona – España 2009. p. 919
- GALLAR. M. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Editorial Paraninfo 2º edición 2001
- GIL. F Y COLS. (2008). Adaptacion psicologica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cancer. Medicina Clinica, p.130.

- GONZÁLEZ, M. y BARÓN Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Editorial Médica Panamericana S. A. Madrid – España. 1996. p. 768.
- GONZALEZ. M La Depresión como superarla. Editorial. EDITAM LIBROS. Madrid – España. 1998
- Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE – 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios Diagnósticos de investigación. CIE – 10: CDI – 10. Editorial Médica Panamericana. Madrid-España 2000. p. 315
- KAPLAN. H & SADOCK. B Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la conducta Psiquiatría clínica. Editorial Medica Panamericana 8º Edición 2000
- LEXUS. Trastornos de personalidad. Sociedad Española de Psiquiatría. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Editorial ArsMedica. Barcelona España- 2010. p. 894
- MILLÓN, T. & Roger. D.Trastornos de personalidad. Más allá del DSMIV. Editorial Masson S.A. Barcelona – España. 2000. p. 853.
- MORRISON. V & BENNETT. P. Psicología de la Salud. Editorial PEARSON MADRID 2006
- RETAMAL. P& cols. DepresiónClínica y Terapéutica. EDITORIAL MEDITERRANEO Santiago- Chile 2003
- RIDRUEJO. A, MEDINA.A & RUBIO.J Psicología Medica. Editorial McGRAW-HILL 1ºedicion 2002
- ROJO. J. & CIERRA. E. Interconsulta Psiquiátrica. Editorial MASSON, S.A. Barcelona – España. 1997.

- RUNDELL. J& WISE. M.Fundamentos de la psiquiatría de enlace. Editorial ArsMedica. Barcelona – España. 2002. p. 792.
- SUE. David; SUE. Derald& SUE. Stanley. Comportamiento Anormal. 4º edición. Editorial McGRAW-HILL Naucalpan estado de México 1997
- TRULL.T & JERRY. E Psicologíaclínica concepto, métodos y aspectos prácticos de la profesión Editorial THOMSON 6º edición 2003
- VALLEJO. J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 7º edición. Editorial ElsevierMasson. Barcelona – España. 2011. p. 648.

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS.

Revista de Psicosociología, trabajos de investigación científica y páginas web

- BARRAZA P. Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Psicooncología. Vol. 1. Núm. 1. 2004. p.p. 165, 178.

- DEL PINO. D. "Prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con los aspectos socio-demográficos y clínicos de la enfermedad, en el Hospital Oncológico de "SOLCA" núcleo Quito – Ecuador, Octubre – Noviembre de 2011" Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina

- DIAZ. M. (2011). Recuperado el septiembre de 2015, de http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4488/131053.pdf?sequence=1

- FERNÁNDEZ. A. Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en los pacientes oncológicos. Asociación Española contra el cáncer. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Psicooncología. Vol. 1. Núm. 1. 2004. Págs. 169 – 180.

- FERNANDEZ. B y Cols. Cáncer de próstata en la actualidad. Psicooncología. Volumen I, Núm. 2-3. 2004. Págs. 181 – 190 PDF.

- FINCK, Barboza y FARENO, FARENO. Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de seno y su relación con la espiritualidad/religiosidad. Análisis preliminar de datos. Artículo de investigación. Revista de PSICOLOGÍA. Vol. 3 Nº1 Enero – junio 2011. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y humanas. Departamento de Psicología. PDF.

- GARCÍA. R. Prevalencia de depresión en una población con cáncer. Título original en inglés: Prevalence of depression in a cancerpatient´spopulation. Gaceta Mexicana de oncología. Sociedad Mexicana de oncología. Servicio de Psicooncología. Centro oncológico Estatal ISEEMyM México. Revista GAMO Vol. 9. Núm. 3 Junio 2010.http://www.smeo.org.mx/. (D. F. Carrillo, Ed.)

  Recuperado el septiembre de 2015, de http://www.smeo.org.mx/:

  http://www.smeo.org.mx/gaceta/2010/GAMOV9_3_2010.pdf#page=6

- GONZALEZ.A, TENORIO. A & VINTIMILLA. A. (2014). Prevalencia y Factores de Riesgo de Depresion y Ansiedad en pacientes con diagnostico de Cancer. Tesis de grado, Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Medicas, Cuenca. p.p 36, 42

- HERNÁNDEZ. M y cols. Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: Dificultades de detección y derivación al Psicooncólogo. Unidad de Psicosociología. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Revista Psicosociología. Vol. 4 Núm. 1. 2007. p.p. 179, 191.

- CASTILLO. J & JARAMILLO. J (2014). Boletín de Registro Hospitalario. SOLCA. Loja: EDILOJA Cía. Ltda. p.p 14,16

- MATÉ. J, HOLLESTEIN. M & GIL. F. (2004). revista de Psicooncología, Tomo 1, p. 211.

- MURILLO, Mauricio y PEDROSA, Juan. Trastornos psicológicos y calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón. New York University cancer center. New York University School of Medicine. Psicosociología. Vol.3. Núm. 2-3. 2006. p.p. 377, 392. PDF.

- ORNELLA, Rosa y cols. Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en Radioterapia. Prevalencia y factores asociados. Universidad Nacional Autónoma de México. México D. F. 2011.

- PAREDES. V. . (2011). trastornos depresivos en los pacientes internos en SOLCA de la ciudad de Ambato. Tesis de Grado, Ambato p.12.

- PRADO, V. (2010). Depresión en paciente oncológico. Revista de la asociación Gallega de Psiquiatría, p.189.

- SALA, V. (septiembre de 2002). La interconsulta Psiquiátrica y psicológica. Revista Colombiana de Psiquiatría, p.31.

- SANCHEZ. Y. (2001). Cáncer: Aspectos Psicológicos y Psicoterapia. Monografia, Universidad Católica de Cuenca., Facultad de Pedagogía y Sicología., CUENCA.

- TELLERÍA, Carmen. Niveles de depresión, riesgo suicida y factores psicosociales del riesgo suicida en pacientes adultos con cáncer. Universidad Católica Andrés Bello. Dirección de postgrado. Caracas 2008. Págs. 132.

- VALENCIA. S. Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. Universidad Nacional de Colombia. Universidad Santo Tomás. Revista Diversitas. Perspectivas en psicología. Vol. 2 Núm. 2. 2006. p.p. 242.247. Recuperado el 15 de septiembre de 2015, de http://www.redalyc.org/pdf/679/67920205.pdf

j. Anexos

- Aprobación del director médico del Hospital Oncológico de SOLCA Loja para la realización del trabajo de tesis
- Registro de pacientes (universo)
- Entrevista clínica
- Reactivos psicométricos

  Escala de Hamilton para depresión

  Escala de Hamilton para ansiedad

  Cuestionario SEAPSI

Contenido

CERTIFICACION II

AUTORIA III

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS IV

DEDICATORIA V

AGRADECIMIENTO VI

TÍTULO: 1

Resumen 2

Summary 4

Introducción 6

1 Marco teórico 10

1.1 La enfermedad neoplásica maligna. 10

1.1.1 Cronología y época actual. 10

1.1.2 Abordajes convencionales del cáncer. 13

1.1.2.1Quimioterapia 14

1.1.2.2 Radioterapia 15

1.1.2.3 Cirugía 16

1.1.3 Manifestaciones clínicas frecuentes derivadas del cáncer y sus tratamientos. 16

1.1.4. Manifestaciones psiquiátricas asociadas al cáncer y sus tratamientos 18

1.2 Depresión. 21

1.2.1 Depresión según la CIE 10 22

1.2.2 Depresión en pacientes oncológicos. 24

1.2.3 Tratamiento de la depresión. 26

1.2.3.1 Tratamiento biologico 26

1.2.3.2 Tratamiento psicoterapéutico 28
1.3 Ansiedad. 29
1.3.1 Ansiedad según la CIE 10 30
1.3.2 Ansiedad en pacientes oncológicos. 30
1.3.3 Tratamiento de la ansiedad. 31
1.3.3.1 Tratamiento biologico 32
1.3.3.2 Tratamiento psicoterapéutico 33
1.4 Evaluación clínica y psicométrica de depresión y ansiedad. 33
1.4.1 Evaluación Clínica. Criterios diagnósticos para depresión. 34
1.4.2 Evaluación Clínica. Criterios diagnósticos para ansiedad. 35
1.4.3 Reactivos psicométricos. 36
1.4.3.1 Escala de Hamilton para depresion 36
1.4.3.2 Escala de Hamilton para ansiedad 37
1.5 Personalidad y sus rasgos. 38
1.5.1 Evaluación clínica y psicométrica de los rasgos de personalidad. 40
1.5.2 Reactivo psicométrico Cuestionario de personalidad SEAPSI. 40
1.6 Entrevista clínica. 41
Metodología. 42
Resultados 45
Discusión 60
Conclusiones 66
Recomendaciones 67
Bibliografía 68
Anexos 74