



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS/MANAGUA



Trabajo para optar al título de Medicina y Cirugía

”Prevalencia de depresión según el test “Patients Health Questionnaire -9” (PHQ-9) en pacientes oncológicos del hospital Roberto Calderón Gutiérrez en el periodo comprendido de julio a noviembre del año 2014”

Autores:

Blass Alfaro, Gerardo Guillermo
Guevara Suarez, Hilda Carolina
Mejía Navarro, Tania Gabriela

Tutora: MSc. Yadira Medrano Moncada
Profesora Titular UNAN-Managua

Managua, Nicaragua

Agosto 2015

DEDICATORIA

A nuestros pacientes quienes constituyen la razón de ser de nuestra profesión y que forman los pilares de nuestro quehacer médico.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos primeramente a Dios por habernos dotado de sabiduría e inteligencia y por proveernos los recursos necesarios para la realización de este trabajo. Agradecemos también a nuestra tutora que con mucho esmero y dedicación guiò cada uno de nuestros pasos a lo largo de este laborioso estudio, permitiéndonos llegar a culminar con éxito. Como último pero no menos importante agradecimiento, a nuestros padres, quienes nos brindaron todo su apoyo de manera incondicional para ayudarnos a alcanzar nuestra meta

RESUMEN

Se realizó un estudio Observacional, Descriptivo, de prevalencia, en las salas de varones y mujeres de hemato-oncología del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez.

El universo del estudio estuvo compuesto por 322 pacientes oncológicos hospitalizados, la muestra estuvo constituida por 147 pacientes. La selección de los sujetos de estudio se realizó mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia.

Se encontró que la mayoría de la población estudiada estaba en edades comprendidas entre 20-34 años con un 29.3%, El 57.1% correspondía al sexo masculino. El diagnóstico oncológico más frecuente fue leucemias con un 57.1%; el tiempo de evolución de la patología oncológica en la mayoría de los pacientes fue de 2-6 meses con un 38.1%. Se encontró una prevalencia de 14.3% de depresión, más frecuente en varones con un 19.0% y en sujetos de edades medias (35-49 años) con un 22.5%. Sin embargo, un 57.8% de pacientes que presentaban puntajes para ser ubicados en las diferentes categorías de diagnóstico depresivo, no cumplieron con los criterios establecido por el test. En base a esto último, el tipo de depresión más frecuente fue síntomas mínimos con 34%.

Consideramos recomendable la realización de estudios psiquiátricos a los pacientes oncológicos que resulten afectados con algún grado de depresión, con el fin garantizarles un diagnóstico definitivo y tratamiento oportuno, así como fomentar el apoyo familiar a estos pacientes mediante programas de consejería.

CONTENIDO

| | |
|-----------------------------------------------|----|
| 1.1 Introducción..... | 1 |
| 1.2 Antecedentes..... | 3 |
| 1.3 Justificación..... | 9 |
| 1.4 Planteamiento del problema | 10 |
| 1.5 Objetivos..... | 11 |
| 1.6 Marco teórico..... | 12 |
| 2.2 Área de estudio: | 24 |
| 2.3 Universo: | 24 |
| 2.4 Muestra: | 24 |
| 2.5 Criterios de inclusión y exclusión: | 24 |
| 2.6 Técnicas y Procedimientos | 25 |
| 2.7 Plan de Tabulación | 26 |
| 2.9 Lista de variables..... | 27 |
| 3.1 Resultados | 34 |
| 3.3 Conclusiones..... | 41 |
| 3.4 Recomendaciones | 42 |

1.1 Introducción

Debido a los avances en psiquiatría y al involucramiento de esta especialidad en el manejo de los pacientes oncológicos, ha sido posible poner de manifiesto la creciente prevalencia de depresión en estos pacientes sin pasar por alto los factores que pueden desencadenarla como son: tipo de cáncer, quimioterapia, comorbilidades, recidivas, entre otros. La depresión puede estar asociada a varias causas, una de ellas, son las enfermedades crónico-degenerativas, como el cáncer. Las respuestas más comunes ante este diagnóstico, son la tristeza y el enojo; esta tristeza debe diferenciarse de la normal, la que los pacientes conocen y refieren como depresión, de la depresión clínica que excede a la respuesta normal en duración e intensidad; la depresión que repercute a nivel personal, social y laboral. Cuando una enfermedad crónica se acompaña de depresión, condiciona una mayor morbilidad, prolongadas estancias hospitalarias, menor apego al tratamiento y mayor incapacidad. Esto crea una problemática actual en relación al manejo y evolución ya que, como se mencionó anteriormente, los pacientes con buen estado de ánimo responden de forma más favorable al tratamiento que aquellos con estado de ánimo alterado.

La depresión es un problema común en los pacientes con cáncer, su adecuada y pronta identificación permite la aplicación de las intervenciones psicofarmacológicas y psicoterapéuticas necesarias para cada caso. En estos pacientes, existen diferentes dificultades para la evaluación de la depresión; esto es aún más notorio en los pacientes con cáncer, pues algunos están físicamente debilitados por los tratamientos y por el estadio de la enfermedad. Diferentes estudios muestran una amplia variación en la prevalencia de la depresión en los pacientes con cáncer (4% a 58%) debido al tipo de población estudiada, al estadio clínico de la enfermedad, así como por los instrumentos diagnósticos aplicados. (GAMO, 2010)

La depresión, por lo general, no está vinculada con el cáncer, y no existen pruebas de que una enfermedad cause la otra; la coexistencia de ambas estará determinada por la manera en que cada paciente afronte su problema oncológico. Sin embargo, cuando un paciente recibe un diagnóstico de cáncer, puede sentir estrés excesivo, ira, tristeza y otras emociones fuertes. Aunque estos sentimientos generalmente disminuyen con el tiempo, pueden generar depresión. (GAMO, 2010)

Es así como a lo largo del tiempo, gracias a la psiquiatría, se ha logrado diagnosticar y tratar de manera oportuna la depresión en estos pacientes. Pese a ello, en muchas unidades hospitalarias hay un subregistro de los casos de depresión debido a que no cuentan con la especialidad de psiquiatría y que no perciben este problema como una enfermedad más en el paciente.

1.2 Antecedentes

Se han realizado a través de los años una serie de estudios sobre prevalencia de depresión en la población general a nivel mundial los cuales la mayoría de ellos son realizados en individuos que padecen otras patologías de base o que presentan adicción a algún tipo de sustancia que influya mucho en la aparición de estados depresivos o que los predisponga a presentar con una mayor frecuencia.

Un estudio ESEMED/MEDEA (European Study of Epidemiology of Mental Disorders/Mental Health Disability: a European Assessment in the year 2000), evaluó la incidencia y abordaje de los trastornos mentales en varios países de Europa, entre ellos España. Según este estudio, el 14% de los europeos desarrollará una depresión mayor en algún momento de su vida. (Organización Mundial Salud, 2011)

En el informe del Estudio Global de Carga de Enfermedad 2001 de la OMS, la depresión por sí sola, representaba el 12,15% del total de AVISA (años de vida ajustados por discapacidad) y ocupaba el tercer lugar en la carga global de enfermedades. (OMS,2011)

Del mismo modo, el Estudio Global de Carga de Enfermedad, realizado con datos del año 2004, mostró una prevalencia mundial de depresión de 151,2 millones de personas. Las mayores prevalencias se encontraron en el Sudeste Asiático (40.9) y en el Pacífico Occidental (39.3). (OMS,2011)

En Latinoamérica, un estudio de prevalencia en población general en tres grandes Ciudades de Brasil; encontró prevalencia de vida para “estados depresivos”, incluyendo depresión mayor entre 1,9 a 5,9 para hombres y 3,8 a 14,5 en mujeres.

En Chile, existen dos estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en población general. El estudio de Trastornos Mentales comunes en Santiago, que utiliza la entrevista estructurada CIS-R, entrega prevalencia de una semana para “episodio depresivo” que incluye las principales categorías CIE-10 (F32.0, 01,10, 11 y F32.2). Este estudio muestra una prevalencia semanal total de 5,5%; (2,7% para hombres y 8,0% para mujeres). El otro estudio es el Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica, realizado en cuatro ciudades grandes de Chile incluida Santiago. (OMS,2011)

Prevalencia de Vida y 6 meses de Trastornos Depresivos en Chile, según DSM-III R (Entrevista estructurada CIDI)

| TRASTORNOS DEPRESIVOS | HOMBRES | | MUJERES | | TOTAL | |
|---------------------------------|---------|------------|---------|------------|-------|------------|
| | VIDA | 6 MESES | VIDA | 6 MESES | VIDA | 6 MESES |
| TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR | 6,4 | 3,0 | 11,3 | 6,0 | 9,0 | 4,6 |
| DISTIMIA | 3,5 | 1,5 | 12,1 | 4,8 | 8,0 | 3,2 |

Existen otros estudios en poblaciones específicas, tales como el estudio de prevalencia de Trastornos Depresivos (DSM III-R) en consultantes de un policlínico general, el que arrojó una prevalencia puntual de 14,7% para hombres y 30,3% para mujeres. El estudio en estudiantes de enseñanza media (adolescentes), utilizando el Inventario de Beck, donde se encontró un 13,9% de síntomas depresivos en hombres y 16,9% en mujeres de dos liceos del área sur de Santiago.

Así mismo, los estudios sobre sintomatología ansiosa y/o depresiva en mujeres durante el embarazo, revelan prevalencias entre un 16,7% (Lemus y Yáñez, 1986) y un 35,2% (Jadresic et al. 1992)(OMS,2011)

Prevalencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva durante el embarazo en Chile □

| AUTORES | Año | Tamaño muestral | instrumento | Nivel socioeconómico | Prevalencia % |
|-------------------------------------|------------|------------------------|--------------------|-----------------------------|----------------------|
| Lemus y Yáñez¹² | 1986 | 60 | GHQ-30 | Medio | 16,7 |
| Millán et al.¹³ | 1990 | 179 | GHQ-20 | Medio | 30,2 |
| Alvarado et al.¹⁴ | 1992 | 125 | DSM III-R | Medio-bajo y bajo | 30,4 |
| Jadresic et al.¹⁵ | 1992 | 108 | RDC parcial | medio | 35,2 |

En relación con los trastornos depresivos asociados al puerperio, se encontró una prevalencia de “Depresión Posparto” que va entre 27,7% en mujeres de nivel económico alto hasta 41,3% en mujeres de nivel económico bajo. En mujeres de mediana edad (45- 55 años) de Temuco, tomadas de listados de centros de madres ISAPRES, la prevalencia de síntomas depresivos fue de 43,3%(OMS,2011)

El año 1996 se publicó el primer Estudio de Carga de Enfermedad realizado en Chile, el que reveló que los cuadros depresivos ocupaban el 10º lugar entre las principales causas de discapacidad en población general, medida a través de los AVISA (años de vida ajustados por discapacidad, que incluye años de vida perdidos por muerte prematura y años perdidos por discapacidad). Los datos

desagregados por sexo, mostraron que los trastornos depresivos ocupaban el segundo lugar entre las mujeres. Considerando solamente los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD), los trastornos depresivos ocupaban el tercer lugar general y el primer lugar entre las mujeres. (OMS,2011)

Más recientemente, el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, realizado con base en los datos del año 2004, mostró que las Condiciones Neuropsiquiátricas, las enfermedades digestivas y las Enfermedades Cardiovasculares, concentran en conjunto el 51,2% del total de AVISA de la población chilena. En relación a los AVISA por causa específica, la enfermedad hipertensiva ocupa el primer lugar, seguida por los trastornos depresivos unipolares, los que dan cuenta del 4,5% del total de AVISA. (OMS,2011)

El análisis por grupos de edad mostró que el grupo de 20-44 años es el que concentra mayor cantidad de AVISA, con un 39,5% del total. En relación con los subgrupos de enfermedades, tanto en el grupo etario de 20 a 44 años, como en el de 45-59 años, el primer subgrupo de causas de AVISA, corresponde a las condiciones neuropsiquiátricas, cuya carga está influida principalmente por los trastornos del ánimo y dependencia de alcohol. (OMS,2011)

El Estudio Nacional de Co-morbilidad realizado por Kessler et al (1994) en EEUU, mostró que las mujeres tenían frecuencias más altas que los hombres de comorbilidad de tres o más trastornos, tanto en prevalencia de toda la vida como en prevalencia del último año. (Cohen, Lorenzo, Cole, Steven y col.)

Por ejemplo, entre los trastornos afectivos, el trastorno más común para las mujeres fue la depresión mayor, tanto en la prevalencia de vida como en la prevalencia de los últimos 12 meses (21,3% y 12,9% respectivamente). Entre los trastornos de ansiedad, la prevalencia de vida para fobia social y fobia simple fue de poco más de un 15%, mientras que en 12 meses la prevalencia fue del 9,1% y 13,2% respectivamente.(Cohen et al.)

Se realizó un estudio para detectar la frecuencia de problemas de salud mental en cuatro servicios de la Fundación Santa Fe de Bogotá: consulta externa, hospitalización, urgencias y atención primaria, mediante un cuestionario breve, el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ), así como los índices de comorbilidad. El estudio fue de corte transversal de pacientes que asistieron a los cuatro servicios, a quienes se les aplicó un Cuestionario de Datos Demográficos y el PHQ. Los resultados fueron los siguientes los pacientes que asistieron a los servicios entre septiembre del 2010 y mayo del 2011, un total de 1094 seleccionados aleatoriamente participaron en el estudio. Los problemas de salud mental más frecuentes fueron trastorno depresivo mayor (7,3%), abuso de alcohol (14,4%) y algún trastorno de ansiedad (7,7%) y se observaron con una mayor frecuencia en urgencias. (Organización mundial de la Salud, 2004)

Para determinar si los genotipos tumorales jugaban un papel, el equipo del Dr. Pirl administró la MDS (Escala de Puntuación de Depresión Grave, derivada de la Escala de Depresión de Hamilton de Medición del Grado de Depresión y Melancolía junto a los criterios DSM-IV para detectar trastornos depresivos graves) y el PHQ-9 (Cuestionario de la Salud del Paciente–9) a 148 pacientes con CPNM metastásico antes de procesar los resultados de su genotipo. Descubrieron lo siguiente:

Según todos los instrumentos, ninguno de los 16 pacientes con una mutación del RFCE tuvo depresión (OMS, 2004). En total, 4 de 27 pacientes (15%) con mutaciones de tipo salvaje y 17 de 105 (16%) de aquellos con mutaciones desconocidas cumplían los criterios de la depresión, según la MDS. (OMS, 2004) Incluso más pacientes con mutaciones de tipo salvaje (9 de 27, o el 33%) y desconocidas (32 de 105, o el 39%) cumplieron los criterios de depresión, según el PHQ-9. (OMS, 2004). Tras 3 años, habían fallecido más pacientes deprimidos que no deprimidos (cociente de riesgos instantáneos [CRI], 1.75; $P = .03$). Los pacientes

con un genotipo del RFCE también tuvieron una ventaja de supervivencia importante con respecto a otros pacientes del estudio ($P = .004$). (OMS, 2004).

En Nicaragua se han realizado también estudios acerca de depresión, especialmente la depresión mayor relacionada con otras comorbilidades. Tal es el caso del estudio “Depresión mayor y comorbilidad cardiovascular en pacientes ingresados en la unidad de Intervención en Crisis del Hospital psicosocial, periodo Enero-Junio 2011”, en el cual se relacionó depresión mayor con Hipertensión arterial y la influencia de antihipertensivos en la génesis y evolución de la misma, concluyendo que las enfermedades cardiovasculares pueden incidir en el origen de la depresión, tanto por sus mecanismos fisiopatológicos como por ser la enfermedad cardiovascular por sí sola un factor estresante para el paciente. También pueden incidir a través de los fármacos que reciben estos pacientes, especialmente cuando están siendo tratados con Enalapril o beta bloqueantes, por lo que es importante tomar en cuenta estos aspectos al abordar a un paciente depresivo que presenta comorbilidad cardiovascular, así como al paciente hipertenso debutante que iniciara tratamiento antihipertensivo.

Otro estudio en nuestro País es “Comorbilidad depresiva en pacientes esquizofrénicos del Hospital docente de atención psicosocial José Dolores Fletes Vargas en el periodo de enero 2011 a octubre 2012” en el cual se encontró que el 10% de los pacientes esquizofrénicos presentaban síntomas depresivos moderados a severos. Además, se observó que los factores bio-psico-sociales se encontraban correlacionados con presencia de síntomas depresivos, determinándose entre los de mayor significancia estadística, la escolaridad la cual oscila entre analfabeta y secundaria incompleta.

1.3 Justificación

En la actualidad el cáncer es una enfermedad muy temida por todos, pues además de la dificultad de su diagnóstico temprano en países en vías de desarrollo, no existe una “cura” que la pueda erradicar completamente. Es por ello, que las personas que están en riesgo de padecerlo sufren un alto grado de estrés y preocupación. Así pues, la persona ya diagnosticada con cáncer de cualquier tipo, se ve sometida a un grado más elevado de estrés, que desencadena reacciones tanto físicas como psicológicas. De ahí que los pacientes con cáncer tienen un riesgo elevado de padecer trastornos del estado de ánimo y entre ellos el más común es la depresión.

Los trastornos del estado de ánimo usualmente no son diagnosticados ni documentados en las historias clínicas y por ello, tampoco tratados en las personas con cáncer. Esta última enfermedad al amenazar directamente el estado general opaca a los trastornos del estado de ánimo principalmente la depresión, permitiendo el desarrollo y progresión en el tiempo y repercutiendo directamente sobre la calidad de vida e incluso la recuperación de las personas con cáncer.

Por lo anterior es importante la detección de la depresión en este grupo de pacientes que por su patología de base son más susceptibles a los trastornos del estado de ánimo. Esto con el fin de promover un abordaje integral de estos pacientes sin excluir la parte psico social y afectiva y de esta manera incidir positivamente en su recuperación y estado general, mejorando su pronóstico y respuesta al tratamiento.

1.4 Planteamiento del problema

Se realizó un estudio empírico en la sala de hemato - oncología del HRCG de donde tomamos a treinta pacientes aplicándoles el test PHQ-9, encontrando una alta prevalencia de depresión dentro de los pacientes oncológicos de dicha sala. La mayor frecuencia de depresión y puntajes limítrofes se encontró en las personas del sexo femenino a diferencia del sexo masculino en quienes encontramos puntajes variados. Lo antes dicho se fundamenta en que 15 de los 30 pacientes que contestaron el test y que representan el 50% del total, presentaron puntajes mayores o iguales a 10, incluyendo personas de ambos sexos.

La aplicación del test nos permitió observar que entre los pacientes oncológicos existe un porcentaje importante con puntajes de 10 o más, lo cual, según el test PHQ-9, es diagnóstico de depresión. Por ello, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de depresión según el test PHQ-9 entre los pacientes oncológicos del HRCG en el periodo comprendido de julio a noviembre del año 2014?

1.5 Objetivos

Objetivo general

- Determinar la prevalencia de depresión mediante la aplicación del test PHQ-9 en los pacientes oncológicos del hospital Roberto Calderón Gutiérrez en el periodo comprendido de julio a noviembre del año 2014”

Objetivos específicos

- Describir las características demográficas de la población en estudio.
- Identificar la condición clínica de los sujetos en estudio.
- Mencionar los síntomas de depresión, según el test PHQ-9, padecidas por los sujetos en estudio.

1.6 Marco teórico

Definición de depresión

La depresión es una enfermedad de la afectividad, que puede tener distintas presentaciones clínicas, aunque el síntoma principal suele ser la tristeza. No cualquier tipo de tristeza significa que se padece una forma de depresión. Este sentimiento es la manera psicológica de reacción normal ante acontecimientos vitales de pérdida. Sólo cuando ese síntoma tiene una intensidad o duración aumentada y que interfiere con la vida de las personas en cualquiera de sus facetas, o cuando tiene una calidad distinta que invade la existencia de quien la padece hasta llegar a plantearle una forma distinta de estar en el mundo, hablamos de síndrome depresivo. (OMS, 2011)

Por definición, la depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas. (Alarcón Terroso, Ricardo. Gea Serrano, Amor., Juana M^a, 1987)

La depresión es una de las enfermedades psiquiátricas más prevalentes. Una de cada cinco personas va a padecer un episodio depresivo a lo largo de su vida, en el caso de las mujeres, y la mitad si hablamos de los varones. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) se calcula que afecta a 121 millones de personas en todo el mundo.

La depresión se asocia a un importante sufrimiento en el paciente que la padece, que puede llevar al suicidio en hasta el 15% de los casos. Es bien conocida también la importante discapacidad que esta enfermedad genera en quien la sufre, y cómo las estadísticas de la OMS colocan a la depresión unipolar al frente de las

que más discapacidad generan, medida como años perdidos por discapacidad (years lost due to disability [YLD]). También la OMS pronostica que esta enfermedad que ahora ya constituye la cuarta causa de sobrecarga por la discapacidad (disability-adjusted life years [DALY]) será la segunda causa en todo el mundo en el año 2020. (OMS, 2011)

El síntoma más característico de la depresión es la tristeza. Sin embargo, esta no suele ser el único síntoma y, en ocasiones, puede no estar presente o no ser evidente. Otros síntomas característicos del síndrome depresivo son la apatía (falta de interés), la anhedonia (imposibilidad para disfrutar de lo que hasta entonces hacía disfrutar), la anergia y la astenia. Junto a estos síntomas pueden estar presentes numerosas alteraciones a nivel del pensamiento, la atención y la memoria, los impulsos, los hábitos básicos y los ritmos circadianos, otras áreas de la afectividad, la psicomotricidad y aspectos somáticos.

La tristeza, en estos pacientes, tiene diferentes intensidades según la gravedad de la enfermedad, pero, en términos generales, es de características similares a la tristeza que cualquier persona puede experimentar ante un acontecimiento de pérdida. En las formas de tipo endógeno o melancólico, la calidad de la misma es diferente, lo invade todo y representa una interpretación diferente de la realidad influida por este síntoma. Esto no significa que se trate de un síntoma psicótico.

Se observa una falta de iniciativa y un empobrecimiento del pensamiento y lenguaje. El grado de inhibición puede ser tal que lleve al paciente a una situación de mutismo y ensimismamiento que hagan difícil su exploración psicopatológica según el grado de ansiedad. (Pla Vidal, 2011)

Son frecuentes las ideas de muerte, que oscilan desde la falta de ganas de vivir a las ideas de suicidio más o menos elaboradas y concretas, los síntomas nucleares de la depresión, la variación circadiana de los síntomas con mejoría o empeoramiento vespertino de los mismos. En muchos casos está presente la ansiedad, en este caso secundaria al estado depresivo.

Los síntomas somáticos están presentes con gran frecuencia, tanto desde el punto de vista de la alteración psicomotriz como desde el de múltiples síntomas inespecíficos. La motricidad del paciente, sobre todo en los tipos endógeno-melancólicos, puede oscilar desde la inhibición completa (incluso catatoniforme) hasta la agitación grave; lo habitual suele ser desde un cierto enlentecimiento a inquietud psicomotriz, torpeza motora, retardo psicomotor y en la marcha.

Desde el punto de vista conductual, la alteración más grave es la conducta suicida que supone el fallecimiento de los pacientes hasta en un 15% de los casos. También las conductas auto lesivas o la heteroagresividad pueden estar presentes.

Por último, las funciones superiores suelen afectarse por la inhibición general, el enlentecimiento del pensamiento y la apatía, y producirse dificultad de concentración y para fijar la atención, distracción fácil y alteraciones amnésicas secundarias al estado afectivo, que en el caso de los ancianos pueden requerir diagnóstico diferencial con la demencia.

Criterios diagnósticos

El diagnóstico es clínico y debe hacerse en entrevista que utilice los criterios diagnósticos del CIE 10 para Episodio depresivo.

Criterios Generales para diagnóstico de Depresión (M.E. Loran Meler, N. Cardoner Alvarez, 2011)

- G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- G2. No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco, en ningún período de la vida del individuo.
- G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia: El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.

En adolescentes se utilizan los mismos criterios diagnósticos que en adultos; con el agregado de que pueden existir conductas de riesgo de tipo autoagresivas (no suicidas), además, bajo rendimiento escolar y aislamiento social. El ánimo depresivo en algunos casos, se expresa más como irritabilidad que como depresión del ánimo. Puede haber consumo de sustancias y conductas antisociales, las cuales no reflejan necesariamente un trastorno de personalidad.

Clasificación de los Trastornos Depresivos

Actualmente existen dos clasificaciones que son ampliamente utilizadas. La Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS versión 10 (CIE 10) y la Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition text revision de la American Psychiatric Association (DSM IV-TR). (M.E. Loran Meler & N. Cardoner Alvarez, 2011)

Trastornos depresivos segun CIE-10:

1) Episodio depresivo leve (M.E. Loran Meler & N. Cardoner Alvarez, 2011)

La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades. Normalmente están presentes 2 de los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, enumerados en la Tabla N° 2, hasta sumar un total de, al menos, cuatro síntomas.

Criterios diagnósticos para episodio depresivo leve.

A. Debe cumplirse los criterios generales para episodio depresivo

B. Presencia de, al menos, dos de los siguientes síntomas:

1. Humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi cada día, apenas influido por las circunstancias externas y persistentes durante al menos dos semanas.

2. Pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.

C. Presencia de síntomas adicionales de la siguiente lista, para sumar un total de al menos cuatro síntomas.

1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
4. Cambios del apetito (disminución o aumento), con la correspondiente modificación del peso.

2) *Episodio depresivo moderado* (M.E. Loran Meler & N. Cardoner Alvarez, 2011)

La persona probablemente tenga grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Normalmente están presentes 2 de los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, enumerados en la Tabla N° 3, hasta sumar un total de, al menos, seis síntomas.

Criterios Diagnósticos para Episodio Depresivo Moderado

- A. Debe cumplirse los criterios generales para episodio depresivo.
- B. Presencia de al menos dos de los tres síntomas descritos en el criterio B

C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C (Tabla N° 3), para sumar un total de al menos seis síntomas.

3) *Episodio depresivo grave* (M.E. Loran Meler & N. Cardoner Alvarez, 2011)

Las personas con depresión grave presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas, y se presentan síntomas somáticos importantes.

Si aparecen síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave, se denomina episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio, pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Para el diagnóstico de depresión grave deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, presentados en la Tabla N° 3, con un mínimo de ocho síntomas en total.

Criterios Diagnósticos para Episodio Grave

- A. Debe cumplirse los criterios generales para episodio depresivo.
- B. Presencia de los tres síntomas descritos en el criterio B
- C. Presencia de síntomas adicionales del criterio C, hasta un total de al menos ocho.
- D. Presencia o no de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

4) Trastorno Depresivo Recurrente (Devlen, J., Maguire, P., Phillips, P., Crowther, D., Chambers, H. ,1987)

La Depresión puede presentarse como episodio depresivo único o como un trastorno recurrente, caracterizado por episodios repetidos de depresión, sin antecedentes de episodios independientes de elevación del estado de ánimo o aumento de energía (manía). El primer episodio puede producirse a cualquier edad y el inicio puede ser tanto agudo como insidioso. La duración de cada episodio puede variar de pocas semanas a muchos meses.

Criterios Diagnósticos para Trastorno Depresivo Recurrente (Devlen et al, 1987)

G1. Ha habido al menos un episodio depresivo previo, leve, moderado o grave, con una duración mínima de dos semanas y separado del episodio actual por, al menos, dos meses libres de cualquier alteración significativa del estado de ánimo.

G2. En ningún momento del pasado ha habido un episodio que cumpliera los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco.

G3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia: El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.

El DSM-IV clasifica los trastornos del estado de ánimo en depresivos y bipolares.

Dentro de los trastornos depresivos encontramos básicamente el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. Dentro de los bipolares, el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II y el trastorno ciclotímico. Otros trastornos del estado de ánimo también incluidos en el DSM-IV son el trastorno de estado de ánimo debido a enfermedad médica, el trastorno del estado de ánimo inducido por

sustancias, el trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto y, en cierto modo, el trastorno esquizoafectivo.

El trastorno depresivo mayor es un trastorno del humor heterogéneo clínicamente, que tiene un curso episódico con tendencia a la recurrencia y cuyo diagnóstico se basa en criterios puramente descriptivos sin implicaciones etiológicas. Dentro de los episodios depresivos con que cursa el trastorno depresivo mayor, encontramos un grupo que no es mayoritario pero que, a diferencia del resto, tiene unas características muy específicas que lo dotan de una mayor estabilidad diagnóstica. Se trata de la depresión melancólica, conocida también como depresión endógena, que viene definida como una cualidad del estado de ánimo distinta de la tristeza que experimentamos habitualmente, falta de reactividad del humor, anhedonia, empeoramiento matutino, despertar precoz, alteraciones psicomotrices, anorexia o pérdida de peso significativas, sentimientos de culpa inapropiados y buena respuesta a los tratamientos biológicos (antidepresivos y TEC), así como nula respuesta al placebo. En general, la depresión melancólica es de mayor gravedad que la no melancólica. Las depresiones más graves pueden complicarse con síntomas psicóticos dando lugar a la depresión psicótica, que constituye un diagnóstico muy consistente en el tiempo, pues las recaídas suelen ser también psicóticas e incluso las ideas delirantes tienden a tener el mismo contenido, habitualmente de culpa, ruína e hipocondría. Estas depresiones más graves pueden también complicarse con síntomas catatónicos como son la acinesia, el mutismo, la catalepsia, la flexibilidad cérica, o el negativismo.

La depresión mayor no melancólica constituye el grupo mayoritario de los episodios depresivos mayores y es probablemente indistinguible de la distimia en términos cualitativos. Muchos pacientes con depresión mayor no melancólica sufren otros trastornos mentales del eje I del DSM-IV o trastornos de la personalidad comórbidos. Dentro de este grupo, clínicamente y quizás etiopatogénicamente heterogéneo, se dio el calificativo de depresión atípica a la presentada por pacientes que tenían una mala respuesta a los ATC

(Antidepresivos tricíclicos) en ensayos clínicos realizados en el ámbito hospitalario, caracterizándose por síntomas como humor reactivo, cansancio tipo pesadez de brazos y piernas, aumento de apetito o de peso significativos, hipersomnia, hipersensibilidad al rechazo interpersonal y buena respuesta a los IMAO. A pesar de su nombre, no es una depresión atípica en el entorno ambulatorio. El DSM-IV permite realizar una serie de especificaciones para el trastorno depresivo mayor que hacen referencia a la gravedad del episodio actual (grave, moderado, leve, en remisión parcial, en remisión total), sus características (con síntomas atípicos, con síntomas melancólicos, con síntomas catatónicos, con síntomas psicóticos) y el curso del trastorno (con o sin recuperación interepisódica). El trastorno distímico o distimia es el término que el DSM-IV y la CIE-10 utilizan como prototipo de depresión crónica. Las diferencias con la depresión mayor son de intensidad y duración más que categoriales, siendo práctica habitual el doble diagnóstico en un mismo paciente. Se estima que el 20- 30 % de los pacientes con trastorno depresivo mayor también cumple los criterios de trastorno distímico, una combinación que se denomina depresión doble. De igual modo, un 40 % de los pacientes con trastorno distímico podrían cumplir criterios de depresión mayor en algún momento de la evolución. (Alarcón Terroso, Ricardo et al 1987)

Depresión en pacientes oncológicos

Existe una importante variación en cuanto a la epidemiología de la depresión en este grupo de pacientes en específico. La prevalencia de la Enfermedad Depresiva en los Pacientes Oncológicos, tal como aparece en diversas publicaciones, abarca un espectro muy amplio que oscila entre el 4,5% y el 77% y más aún.

Según la opinión de los investigadores, estas notables diferencias dependen en principio del instrumento de evaluación y diagnóstico que se utilice, pero también las variaciones pueden estar motivadas por las características de la población en estudio.

En un estudio sobre linfomas, realizado en 90 pacientes, el 45% experimentó síntomas de enfermedad depresiva de distinta importancia y el 22% síntomas de ansiedad de distinto grado y donde se determinó que los trastornos del humor que los pacientes presentaban podían correlacionarse con los efectos adversos del tratamiento quimioterapéutico, particularmente los que afectaban el aparato digestivo.(Devlen et al, 1987)

Es importante destacar la relación que los diversos estudios muestran entre el estadio de la enfermedad oncológica y la severidad del dolor padecido por el paciente así también como si el tratamiento recibido es ambulatorio o requiere la internación del paciente por largos periodos de tiempo.

Los estudios realizados con pacientes oncológicos internados revelan que aquéllos con un índice de Karnofsky entre 0 y 40 padecen depresión en el 77% de los casos. Aquéllos en los que el índice está entre 41 y 60 en un 57 %. Finalmente, los que tienen un Índice de Karnofsky entre 61 y 100 padecen síntomas de depresión en el 23% de los casos.(Devlen et al, 1987)

No debe dejar de tenerse en cuenta que estos pacientes suelen estar polimedcados con fármacos que como los corticoesteroides y algunos quimioterápicos como Vincristina, Vinblastina, Procarbazina, Anfotericina B, Interferon, tienen diversos efectos secundarios, entre ellos la depresión.

Influyen en el mismo sentido los trastornos del Na, K, Ca, ácido Fólico, B12, anemia, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, la insuficiencia adrenal, las complicaciones metabólico-endocrinas del SNC y muchas otras circunstancias y fármacos. En estos casos el diagnóstico es de síndrome depresivo secundario a una condición médica general.

La gran mayoría de los psico-oncólogos están de acuerdo en considerar que la depresión en oncología suele ser subdiagnosticada y subtratada, en parte por la creencia de que la misma es una reacción adecuada ante toda enfermedad severa y en parte por la dificultad que presenta el diagnóstico diferencial como se ha

detallado anteriormente. (Gil Moncayo Francisco. Costa Requena, Gemma. Pérez, Francisco Javier. Salamero, Manuel. Sánchez, Nuria. Sirg, Agustina)

Formas clínicas de interés en la depresión en pacientes oncológicos

Según CIE 10, se debe considerar la presentación clínica de Episodio depresivo y los trastornos afectivos persistentes como son Ciclotimia y Distimia.

Pueden presentarse también el T. afectivo mixto, T. depresivo breve recurrente, T. del humor afectivo sin especificar y los T. del humor afectivo organico.

Según DSM IV, se debe destacar la presentación de T. depresivo mayor de episodio único, así como el trastorno depresivo mayor recidivante: ciclotímico, distímico. Se debe considerar el T. del ánimo no específico y el T. del ánimo por enfermedad médica.

Tipos clínicos más frecuentes característicos en pacientes oncológicos (Vidal y Benito & Santiago, 2001)

- Trastorno depresivo de adaptación:

1. Daño psíquico afrontamiento

- Depresión de causa orgánica:

1. Enfermedad tumoral
2. Fármacos
3. Radioterapia
4. Sustancias de abuso

- Depresión primaria:

1. Neurótica
2. Endógena (melancolía)

Características importantes a tomar en cuenta:

Factores de riesgo:

- Trastorno mental previo
- Alcoholismo
- Cáncer avanzado / terminal
- Ingreso hospitalario
- Aislamiento social / conspiración de silencio
- PS deteriorado
- Mutilaciones / disfunciones corporales
- Síntomas mal controlados
- Sexo femenino

Dificultad diagnóstica:

- Síntomas somáticos
- Tristeza
- Ocultación de síntomas psíquicos
- Ansiedad asociada
- Deterioro cognitivo
- Actitud / aptitud del médico

1.7 Diseño Metodológico

2.1 Tipo de estudio:

Observacional, Descriptivo, de prevalencia

2.2 Área de estudio:

El estudio se realizó en las salas de varones y mujeres de los servicios de cirugía, medicina interna, hemato-oncología y ortopedia del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez, localizado al costado Oeste del mercado Roberto Huembés, de la ciudad de Managua, Nicaragua.

2.3 Universo:

El universo del estudio estuvo compuesto por 322 pacientes oncológicos hospitalizados en el hospital Roberto Calderón Gutiérrez en los meses de Julio a Noviembre del año 2014.

2.4 Muestra:

La selección de los sujetos de estudio se realizó mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia, en base al universo planteado anteriormente se considera adecuada una muestra de 147 personas.

2.5 Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Sujetos hospitalizados en la unidad de salud donde se realizara el estudio
- Sujetos que han sido diagnosticados con padecimiento oncológico
- Sujetos que aceptan voluntariamente su participación en el estudio

Criterios de exclusión:

- Sujetos que asisten a consulta externa de la unidad de salud donde se realizara el estudio
- Sujetos que han sido sometidos a procedimientos quirúrgicos recientes

- Sujetos cuya condición clínica les impida responder al test PHQ 9

2.6 Técnicas y Procedimientos

Inicialmente se elaboró una carta dirigida a las autoridades competentes del HRCG solicitando su permiso para realizar el estudio. Una vez concedido el permiso, se seleccionó la muestra por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia, tomando en cuenta a aquellos sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión y que acepten ser parte del estudio firmando un consentimiento informado en el cual se expresa su rol en el estudio. Para ello, se hizo énfasis en las consideraciones éticas y el paciente debía aceptar participar por su libre y espontánea voluntad.

Cumplido con lo antes mencionado, se inició el desarrollo del estudio en dos momentos de la siguiente manera:

- Primer momento: llenado del Test PHQ-9.
Se hizo entrega del Test PHQ-9 a cada uno de los individuos que conformaron la muestra y, previa explicación, se les pidió que lo respondieran de manera individual, sin ayuda de ninguna otra persona, y sin intervención de los investigadores para evitar sesgo de información.

El diagnóstico de depresión según el Test PHQ-9 se hizo de acuerdo al siguiente score preestablecido:

- 5 – 9: Síntomas mínimos
- 10 – 14: depresión menor, distimia, depresión mayor leve
- 15 – 19: depresión mayor de moderada a severa
- ≥ 20 : depresión mayor severa

Sumado a este score se tomaron en cuenta las siguientes criterios que el mismo test establece para hacer el diagnóstico de depresión:

- Que en la primera y/o segunda pregunta los puntajes sean de 2 o 3.

- Que más de cinco preguntas, a partir de la segunda hasta la octava, alcancen puntajes de 2 o más.
 - Deterioro funcional atribuido como algo difícil o mayor
- Segundo momento: llenado de la ficha de recolección de información por el investigador, la cual va dirigida a los expedientes clínicos de todos los individuos de la muestra.

Luego de terminados estos dos momentos, se prosiguió a la siguiente etapa que corresponde al procesamiento y análisis de los datos obtenidos.

2.7 Plan de Tabulación

Para el análisis de la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos se hizo uso del paquete estadístico SPSS versión 18.0 con el fin de procesar los datos y generar estimados que den paso al análisis. Asimismo, se calcularon moda, mediana y media con el objetivo de analizar cuantitativamente la información obtenida. De igual manera, se elaboraron tablas, gráficos y diagramas que brinden información relevante acerca del tema en cuestión.

Objetivo 1:

Tablas de frecuencia:

- Edad
- Sexo
- Religión
- Escolaridad
- Profesión
- Estado civil

Objetivo 2:

Tablas de frecuencia:

- diagnostico oncológico
- tiempo de evolución
- quimioterapia
- recidiva
- comorbilidades

Objetivo 3:

Tabla de frecuencia:

- Diagnóstico de depresión
- Tipo de depresión
- Deterioro de calidad de vida

Tablas de cruce de variables:

- Tipo de depresión según edad
- Tipo de depresión según sexo
- Diagnostico de depresion segun diagnostico oncologico
- Diagnostico de depresion segun sexo
- Tipo de depresión según tiempo de evolución

2.9 Lista de variables.

Variable dependiente: depresión

Objetivo 1: características demográficas

1. Edad
2. Sexo
3. Religión
4. Escolaridad
5. Profesión
6. Estado civil

Objetivo 2: condición clínica

1. Diagnóstico oncológico
2. Tiempo de evolución
3. Tiempo de estancia intra- hospitalaria
4. Quimioterapia
5. Recidiva
6. Comorbilidades

Objetivo 3: síntomas padecidos

1. poco interés
2. decaimiento
3. cansancio
4. falta de autoestima
5. trastorno alimenticio
6. trastornos de sueño
7. poca concentración
8. trastornos de la actividad
9. pensamientos suicidas
10. deterioro funcional

2.10 Operacionalización de las variables.

| Variable | Concepto | Dimensión | Indicador | Escala |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Edad | Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad | | Años | <20 20-34 35-49 50-64 65 y mas |
| Sexo | Conjunto de características biológicas que definen al individuo como hombre o mujer | | Genotipo | Femenino Masculino |
| Religión | Conjunto de creencias o dogmas, símbolos y prácticas que poseen el objetivo de venerar a uno o varios dioses | | Fe | Católico Evangélico Testigo de Jehová Mormón Otros |
| Escolaridad | Mayor nivel académico alcanzado por el individuo | | Nivel académico | Alfabetizado Primaria Secundaria Técnico medio Universitario |
| Profesión | Ocupación sobre la base de conocimientos, que permite a quien la desempeña, recibir un ingreso económico. | | Actividad laboral realizada | Mecánico Carpintero Soldador Comerciante Abogado Ingeniero Medico Otros |
| Estado Civil | Situación personal en que | | Relación | Soltero/a |

| | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| | se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos de amor reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto. | | de pareja | Casado/a Unión Estable Viudo/a Divorciado/a |
| Diagnostico oncológico | Enfermedad maligna padecida por el individuo. | | Tipo de cáncer | Leucemias Linfoma hodking Linfoma no hodking Tumores sólidos Otros tumores |
| Tiempo de evolución | Tiempo transcurrido desde el día de diagnóstico oncológico hasta la actualidad | | Meses | < 1 mes 2 – 6 meses 7 – 12 meses 13 -18 meses 19 – 24 meses >24 meses |
| Tiempo de estancia intra hospitalaria | Tiempo transcurrido desde el ultimo ingreso al hospital hasta el momento actual | | días | 3-7 días 8-15 días 16-21 días 22-30 días |
| quimioterapia | tratamiento con un medicamento <u>antineoplásico</u> o una combinación de | | Uso de quimioterapia | SI NO |

| | | | | |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | dichas drogas en un régimen de tratamiento estándar | | | |
| Recidiva | Reaparición de los síntomas de una enfermedad después de su remisión. | | Presencia de recidiva | Si No |
| Comorbilidades | Presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación con el diagnóstico inicial. | | Tipo de enfermedad concomitante | Enf. renales Enf. cardiovasculares Enf. hepáticas Enf. gastrointestinales Enf. neurológicas Dermatológicas Enf respiratorias Múltiples Endocrinopatías Ninguna Enf reumatológicas Enf ginecológicas |
| Molestias | Síntomas de depresión, | poco interés Decaimiento | Frecuencia | 0-nunca |

| | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| dificultades padecidas | objetivos o subjetivos padecidos por los sujetos de investigación | Cansancio | a de presentaci ón | 1- varios días 2- más de la mitad de los días 3-casi todos los días |
| | | Falta de autoestima | | |
| | | Trastorno alimenticio | | |
| | | Trastornos de sueño | | |
| | | poca concentració n | | |
| | | Trastornos de la actividad | | |
| | | pensamiento s suicidas | | |
| Deterioro funcional | Grado en el que los molestias han dificultado la actividad diaria | | Grado de dificultad | Para nada difícil Un poco difícil Muy difícil Extremadamen te difícil |

2.11 Consideraciones éticas:

Para la realización del estudio, se obtuvo información mediante la entrevista de los sujetos de estudio y la revisión de los expedientes clínicos de los sujetos que cumplieron los criterios de inclusión. Para ello, se solicitó el permiso de las autoridades pertinentes para acceder a dicha fuente de información, esto mediante la emisión de una carta de solicitud a la directora docente del SILAIS Managua, en la cual se explican claramente los fines del estudio. Obtenida la carta de autorización se presentó en el hospital en cuestión para recibir la autorización debida de las autoridades docentes locales.

Para la obtención de la información de fuente directa, se aplicó el test PHQ-9 a los sujetos de estudio previa aprobación voluntaria de su participación en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado el cual contenía los objetivos del estudio, los datos que se requirieron de cada sujeto y el destino de dichos datos. Así también se hizo de su conocimiento que la información brindada sería utilizada únicamente con objetivos académicos y en ningún momento se solicitaran datos específicos que permitieran identificar a cada sujeto.

Se obtuvieron, además, información de los expedientes clínicos correspondientes a cada sujeto mediante el llenado de una ficha de recolección de información del expediente la cual, al igual que la información obtenida de los pacientes, no fue ni será divulgada con otros fines más que académicos y con el objetivo de enriquecer el conocimiento científico de la comunidad médica.

3.1 Resultados

El 56.5% de la población se encontraba en las edades comprendidas entre 20 a 49 años, seguido del grupo de 50 a más con un 25.1% y en último lugar los menores de 20 años con 18.4 %. El sexo predominante fue el femenino con un 57.1% comparado con el 42.9% del sexo masculino. La mayor parte de los sujetos en estudio eran solteros (74.1%) a diferencia de los que tenían alguna relación de pareja que representan el 25.9%. El 100% de ellos tienen algún credo religioso, al igual que algún grado de escolaridad. El 76.9% tenían ocupación al momento del estudio frente al 23.1% que respondió ser ama de casa. (Ver cuadro número 1).

Las comorbilidades múltiples estaban presentes en el 37.3% comparado con el 62.4% que solo presentaban una comorbilidad. (Ver cuadro número 2).

Con respecto al tiempo de evolución de la enfermedad, el 42.1% de la población tenía de 7 meses a más desde su diagnóstico, seguido por el 38.1% que tenía de 2 a 6 meses y en último lugar el 19.7% correspondiente a los que tenían menos de 1 mes. El mayor porcentaje (58.5%) de pacientes tenían de 1 a 2 días de estancia intrahospitalaria. (Ver cuadro número 3).

En relación a los síntomas depresivos (se presentan los porcentajes más altos en relación a su frecuencia), el 17.7 % marco que los trastornos alimenticios los presentaban casi todos los días, el 19% indicó que el decaimiento lo presentaban más de la mitad de los días, el 37.4% señaló que el cansancio lo presentaban varios días y el 76.2% respondió que los pensamientos suicidas nunca los habían presentado. (Ver cuadro número 4).

Los pacientes que según el Test PHQ-9 presentaban uno o más síntomas depresivos respondieron, en relación a que tanto esos síntomas afectaban su calidad de vida, de la siguiente manera: para nada difícil se encontró el mayor porcentaje 45.6%, seguido de un poco difícil con un 32%, muy difícil con un 19.7%, y el menor porcentaje para la respuesta extremadamente difícil con un 2.7%. (Ver cuadro número 5).

Según edad, el diagnóstico depresivo se distribuyó de la siguiente manera:

- Los síntomas mínimos predominaron en los pacientes menores de 20 años con un 76.5%, de 20 a 49 años con un 55.3% y en los de 50 a 64 años con un 63.6%.
- La depresión menor, distimia, depresión mayor leve predominó en el grupo de 65 años a más con un 60.0%. (Ver cuadro número 6).

Los síntomas mínimos predominaron en el sexo femenino con un 65.0% comparado con el 53.3% para el sexo masculino. La depresión menor, distimia, depresión mayor leve también predominó en el sexo femenino con un 25.0% y para el sexo masculino, un 17.8%. Por el contrario a los síntomas mínimos, la depresión mayor de moderada a severa predominó en el sexo masculino con un 24.4% frente a un 10.0% para el sexo femenino. La depresión mayor severa se presentó solamente en el sexo masculino con un 4.4%. (Ver cuadro número 6).

Del total de pacientes que presentaron depresión según el test, el 57.2% estaba entre las edades comprendidas de 20-49 años, correspondiendo a la cifra más alta, en contraste con el grupo de menores de 20 años, quienes ocuparon la cifra más baja con un 9.5%. El 76.2% de los pacientes con depresión eran del sexo masculino y el porcentaje restante eran del sexo femenino. (Ver cuadro número 7).

Según la distribución por patologías oncológicas, se encontró que el mayor porcentaje de depresión correspondía a los pacientes con leucemia con un 52.4%, seguido en orden descendente por los pacientes con tumores sólidos con un 19.0%, en igual porcentaje para los adenocarcinoma y linfoma no Hodking con un 14.3% para cada una. (Ver cuadro número 8).

3.2 Discusión

La población de pacientes oncológicos del Hospital escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez está comprendida en su mayoría en la edad de 20 a 49 años constituyendo por ello una población joven, con posibilidades de llevar a cabo actividades laborales productivas para la economía nacional. Hay predominio del sexo masculino, lo que podría asociarse a la mayor prevalencia de las patologías hemato-oncológicas en este sexo.

El estudio permitió identificar que el estado civil soltero estuvo presente en el 74.1% de la población de estudio. Hoy en día se sabe que el hecho de estar casado o en unión de hecho estable con una persona, constituye un factor de estabilidad emocional y se considera un factor protector para las alteraciones del estado del ánimo. Lo anterior sumado al estado de salud, lleva a pensar que la mayoría de los sujetos del estudio, estaban en mayor riesgo de presentar trastorno del estado de ánimo que los sujetos que estaban casados o en unión estable.

La Fe o el credo espiritual ocupa un lugar importante en la persona al enfrentar cualquier situación difícil. Esto represento un factor protector en los sujetos del estudio, ya que el 100% tenía una religión, poniendo su confianza y esperanza de sanación en Dios.

Primaria y secundaria constituyeron el nivel de escolaridad predominante de los pacientes en estudio al igual que las ocupaciones de cuenta propia y estudiante. Estos datos orientan a que la población en estudio es de bajo poder adquisitivo, con pocas posibilidades de obtener por su cuenta atención especializada; factor que puede contribuir con el desarrollo de depresión en un paciente que sea diagnosticado con una patología oncológica tomando en cuenta el impacto que este diagnóstico tiende a ocasionar en la vida del sujeto.

La mayoría de los sujetos en estudio presentaba múltiples comorbilidades, lo cual supone un mayor estrés en el mismo al saber que su estado de salud está siendo afectado por varias enfermedades al mismo tiempo. El estrés lleva al paciente a un estado de inmunodepresión, pobre respuesta al tratamiento y por último, a un curso tórpido de la enfermedad convirtiéndose en un círculo vicioso. A esto se le suma que la mayoría de los sujetos en estudio tenían aproximadamente 2-6 meses de evolución de la patología oncológica, tiempo en el cual están en el proceso de adaptación para enfrentar su enfermedad y el tratamiento.

El principal diagnóstico oncológico fue las leucemias, incluidos en este grupo los diferentes tipos de las mismas, seguidos de los tumores sólidos, de los cuales los

más predominantes fueron los tumores gastrointestinales. Se debe tomar en cuenta que el centro hospitalario donde se realizó el estudio es el sitio de referencia nacional para patologías hemato-oncológicas, lo cual explica la alta prevalencia de leucemias entre los pacientes estudiados. Así también se encontró que el 71.4 % de los pacientes estudiados estaban sometidos a quimioterapias, y un 26.4% presentaban recidivas de su patología oncológica. Ambos son factores de suma importancia para el desarrollo de depresión debido a que la aplicación de múltiples procedimientos terapéuticos o diagnósticos como punciones lumbares, biopsias y múltiples ciclos de quimioterapia como en el caso de las recidivas pueden producir un deterioro de la salud mental del paciente oncológico, sometiéndolo a estrés. A esto se agregan los síntomas propios de la patología oncológica, efectos secundarios de la quimioterapia (perdida del cabello, serositis, náuseas, vómitos, mal estar general etc.) y los síntomas propios debido a los procedimientos terapéuticos o diagnósticos en su momento.

La mayoría de los pacientes estudiados son de reciente diagnóstico, lo cual está relacionado con un mayor impacto en la salud mental de la persona a pesar de que el 85% tenían estancias intrahospitalarias de 1-7 días que son tiempo relativamente cortos. Esto último se relaciona con el hecho de que la mayoría de los pacientes asistían al centro hospitalario para cumplimiento de su tratamiento de quimioterapia y por este motivo la hospitalización dura en promedio menos de una semana.

La frecuencia con la que se presentaban los síntomas depresivos debía ser respondida en base al estado de ánimo de los pacientes durante las dos semanas antes a la aplicación del test. Esto permite analizar que muchos de los síntomas esperados en estos pacientes no fueron marcados quizá porque en las dos semanas previas a la aplicación del test no lo presentaron, pero que probablemente si los tuvieron en algún otro momento. Habla a favor de esta fluctuación de síntomas el hecho de que los pacientes con depresión manifiestan cambios de comportamiento de modo tal que algunos días pueden estar con una sintomatología muy florida y otros días despertarse muy optimistas por una u otra razón.

De manera general, los porcentajes más elevados en relación a la frecuencia de los síntomas se encontraron en la columna correspondiente a la respuesta nunca. Esto se debe, probablemente, a que al momento del estudio los pacientes tenían un buen estado de ánimo. Sin embargo, lo anterior no garantiza una estabilidad emocional sostenida durante el tiempo, sino que estos pacientes muy rápidamente pueden girarse hacia uno u otro extremo de las alteraciones anímicas, de tal

manera que en algún momento pueden estar muy optimistas y otros días muy deprimidos.

En la columna correspondiente a varios días, el mayor porcentaje de pacientes (37.4%) marco cansancio. Se sabe que la alteración del estado de ánimo se asocia a sensación de cansancio. Según algunos psicólogos como Robert Thayer, el estado de ánimo es una relación entre dos variables: energía y tensión. Según esta teoría, el estado de ánimo divergiría entre un estado energético (de más cansado a más activo) y un estado referido al grado de nerviosismo (entre más calmado a más tenso), considerándose el mejor un estado calmado-energético y el peor un estado tenso cansado. Cabe destacar que en la frecuencia de más de la mitad de los días, el cansancio también predominó.

En relación a la frecuencia de casi todos los días el mayor porcentaje (17.7%) fue para los trastornos alimenticios que incluyen: pérdida del apetito o comer demasiado. El apetito tiene una regulación neurohormonal, la cual depende del estado de ánimo del individuo. Por lo tanto, es frecuente encontrar este tipo de alteraciones en pacientes sometidos a estrés, sometidos a quimioterapia, en pacientes deprimidos o en pacientes ansiosos.

La falta de autoestima es un síntoma depresivo que usualmente encontramos en los pacientes oncológicos, quienes por lo general tienen la concepción de que el cáncer es una enfermedad incurable que los lleva a subestimarse como personas y a tener ideas de fracaso. Sin embargo, el mayor porcentaje de pacientes (68.7%) marco este síntoma en la columna de la frecuencia nunca. Esto puede explicarse porque la mayoría de la población tenían diagnóstico reciente (2-6 meses) y, además, no todos estaban siendo sometidos a quimioterapia al momento del estudio, tratamiento que incide negativamente en el estado anímico de la persona. A lo anterior también se suma que la mayoría de los sujetos del estudio, eran de zonas urbanas, lo cual les facilitaba el acompañamiento familiar, contrario a lo que sucede con pacientes de zonas rurales, cuyos familiares se les dificulta un poco más permanecer con sus pacientes en la unidad hospitalaria.

El pensamiento suicida fue el síntoma que el mayor porcentaje de pacientes (76.2%) marco como que nunca lo había presentado. Esto obedece posiblemente a que todos los pacientes entrevistados tenían una creencia religiosa, lo que representa para ellos una esperanza muy determinante en su estado de ánimo y, por ende, en su evolución.

El mayor porcentaje de pacientes (45.6%) marco que la vida para ellos no era para nada difícil. Esto se podría atribuir a que los pacientes tenían poco tiempo desde el

diagnostico y eso les permitía conservar su estilo de vida en cierta manera sin dañar su desempeño ni afectar su estilo de vida. Además, esto podría hacer pensar que cada paciente enfrenta de diferente manera un mismo problema ya que hubo casos en los cuales los pacientes marcaron solo uno o dos síntomas y al final respondían que la vida se les hacía difícil. En cambio, otros marcaron más de tres problemas quizá y al final respondían que la vida para ellos no era para nada difícil. Por ello, se debe evaluar también el entorno familiar, social, laboral y religioso del paciente ya que esto influye de manera muy directa en su reacción ante la enfermedad.

Tanto los síntomas mínimos como la depresión mayor moderada a severa predominaron en el grupo etéreo de menos de 20 años. Esto permite razonar de que en este grupo etéreo se presenta un cuadro clínico de depresión bastante variado, relacionado quizá con los cambios de la adolescencia, la falta de madurez y las fluctuaciones emocionales en esta edad. Al contrario de esto, la depresión menor, distimia y depresión mayor leve se presento con mayor frecuencia en los pacientes de 65 años a mas, quienes tienen mayor estabilidad emocional y madurez.

La depresión mayor severa solo se presento en el grupo de 65 años a mas, lo cual podría relacionarse con el contexto social de los mismos, ya que usualmente a estos pacientes se les aísla y se les da poca atención. Por otro lado, son personas que tienen la idea de que ya no aportan a la sociedad y que más bien están siendo un estorbo para la familia al tener una enfermedad.

Según el sexo la mayoría de los pacientes con depresión fueron hombres lo que no se correspondería con la teoría que afirma que las mujeres son quienes más se afectan por problemas depresivos. Sin embargo, es importante mencionar que la mayoría de las patologías oncológicas son predominantes en el sexo masculino.

Según el grupo etéreo, el de 20-49 años ocupó el mayor porcentaje (57.2%) de depresión según el puntaje del test en contraste con el menor porcentaje (9.5%) que estaba representado por el grupo de menos de 20 años. Esto podría obedecer a que este grupo etéreo es el más económicamente activo y, por tanto, el que provee a la familia. Al tener una patología que requiera de hospitalización y que les dificulte su correcto desempeño laboral, tienden a sentirse menos útiles y subestimados por dejar de proveer a la familia.

Los pacientes con leucemia fueron los más afectados por depresión, representando un 52.4% del total de pacientes con diagnostico depresivo. Hay que recordar que la leucemia es una enfermedad que está provocando recaídas

constantes en el paciente, lo que representa hospitalizaciones frecuentes, interfiriendo con el adecuado desarrollo de la persona.

El estudio permitió identificar que el 71.4% de los pacientes estaban recibiendo quimioterapia y el 14% del total resultó con depresión. Esto habla a favor de que el hecho de recibir quimioterapia los predispone a un mayor riesgo de depresión debido a las reacciones adversas de la misma, entiéndanse como tal: caída del cabello, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, mareos, cefalea, debilidad.

3.3 Conclusiones

Se encontró una mayor frecuencia de depresión en el sexo masculino, predominando en los adultos jóvenes, solteros, de escolaridad primaria. Del total de la muestra, la mayoría refirieron como ocupación estudiante.

El principal diagnóstico oncológico encontrado fue leucemia. Los pacientes en su mayoría se encontraban cumpliendo quimioterapia. El mayor porcentaje de ellos no presentaban al momento del estudio recidivas de su patología oncológica, aunque sí múltiples comorbilidades.

Según el diagnóstico depresivo, predominó la categoría de los síntomas mínimos en los pacientes oncológicos, quienes aquejaban principalmente trastornos alimenticios y del sueño. En el estudio se encontró una prevalencia de 14.3% de depresión, porcentaje que cumplió tanto con el puntaje así como también con los criterios que el test establece para categorizarlos como tales.

3.4 Recomendaciones

Concientizar a los médicos clínicos que están en constante contacto con pacientes oncológicos, acerca de la importancia de la identificación temprana de síntomas y factores de riesgo para el desarrollo de depresión, con el objetivo de referir oportunamente para atención especializada.

Realización de estudios psicológicos y/o psiquiátricos a los pacientes oncológicos que resultaron afectados con algún grado de depresión según el test PHQ- 9, para ofrecerles un diagnóstico definitivo y tratamiento de acuerdo a su estado. Esto implicaría la participación activa y continua de la especialidad de psiquiatría en el manejo de dichos paciente para brindarles atención integral y humanizada, ya que se ha demostrado la asociación de depresión con la respuesta al tratamiento y evolución del paciente.

Basado en la influencia que tiene el apoyo familiar en estos pacientes, se debe realizar un abordaje integral del problema, en donde se debe considerar el acompañamiento familiar en las terapias.

Bibliografía

1. GAMO. 2010. Artículo sobre Prevalencia de depresión en una población de pacientes con cáncer. Vol. 9 Núm. 3, mayo – junio 2010 paginas 89 – 93.
- 2 Organización mundial de la salud. 2005. Conjunto de Guías sobre servicios y Políticas de Salud Mental. El contexto de la salud mental. Editores Médicos, s.a. EDIMSA. 2005
- 3 Cohen, Lorenzo, Cole, Steven y col. Depressive Symptoms and Cortisol Rhythmicity Predict Survival in Patients with Renal Cell Carcinoma: Role of Inflammatory Signaling.
- 4 J.Pla Vidal. 2011.Trastornos del Humor. Departamento de Psiquiatría y Psicología Medica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.
- 5 M.E. Loran Meler, N. Cardoner Alvarez. 2011. Medicine España. Protocolo Diagnostico del Paciente con Depresion Aguda y Cronica.
- 6 Devlen, J., Maguire, P., Phillips, P., Crowther, D., Chambers, H. (1987). Psychological Problems Associated with Diagnosis and Treatment of Lymphomas. British Medical Journal; 295 :953-954
- 7.Alarcón Terroso, Ricardo. Gea Serrano, Amor. Martínez Maurandi, Juana M^a. Pedreño Planes, Juan Jose. Pujalte Martínez, M^a Luisa. (1987) GUIA DE PRACTICA CLINICA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.
8. María del Carmen Vidal y Benito¹, Jorge Santiago López. Alcmeon. La depresión en la consulta psico-oncológica. Año XII, vol 9, N^o4, marzo de 2001

Webgrafia

9. Francisco Luis Gil Moncayo , Gemma Costa Requena, Francisco Javier Pérez , Manuel Salamero , Nuria Sánchez , Agustina Sirgo. Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. Elsevier. Recuperado con:
<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clnica-2-articulo-adaptacion-psicologica-prevalencia-trastornos-mentales-13115354>
10. Organización Mundial de la Salud. 2001. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado por:
http://new.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=134&itemid=99999999
11. Organización Mundial de la salud (2004). Invertir en Salud Mental. Recuperado por:
http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. 2011. Programas y Proyectos salud mental. [online]. Citado el 15 de enero de 2011. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html

Instrumento de recolección de la información en expedientes.

N° de encuesta:

Fecha:

Datos demográficos

- *Edad* _____ *Sexo* _____
- *Religión:* católico _____ evangélico _____ testigo de Jehová _____
otro _____
- *Escolaridad:* Analfabeta _____ Alfabetizado _____ Primaria _____
Secundaria _____ Técnico medio _____ Universitario _____
- *Profesión u ocupación:* _____
- *Estado civil:* Soltero _____ Casado _____ Unión Estable _____ Viudo _____
Divorciado _____
- *Procedencia:* _____
Urbana _____ Rural _____

Condición clínica.

- *Diagnostico oncológico:* _____
- *Tiempo de evolución:* < 1 mes _____ 2 – 6 meses _____ 7 – 12 meses _____
meses _____ >24 meses _____
13 -18 meses _____ 19 – 24 _____
- *Tiempo de estancia intra- hospitalaria:* 3-7 días _____ 8-15 días _____
16-21 días _____ 22-30 días _____
más de 30 días _____
- *Quimioterapia:* SI _____ NO _____
- *Recidiva:* SI _____ NO _____
- *Comorbilidades:* Enf. Renales _____ Enf. Cardiovasculares _____
Enf. Hepáticas _____ Enf. Gastrointestinales _____ Enf. Neurológicas _____
Dermatológicas _____ Enf, respiratorias _____ Enf. Multiples _____ Endocrinopatías _____
Enf. Ginecologicas _____ Enf. Reumatológicas _____ Ninguna _____

Instrumento de recolección. Cuestionario dirigido al paciente.

PHQ9P

| CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE -9 72883 | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------|-----------------------------|---------------------|
| (US Spanish version of the PHQ) | | | | |
| Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias por cualquiera de las siguientes dificultades? | No del todo | Varios días | Más de la mitad de los días | Casi todos los días |
| 1. Poco interés o placer en hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Sintiéndose decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Dificultad en caer o permanecer dormido(a), o dormir demasiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Sintiéndose cansado o teniendo poca energía | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Pobre de apetito o comer en exceso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Sintiéndose mal con usted mismo(a) – o que usted es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Dificultad en concentrarse en cosas, tales como leer el periódico o ver televisión | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. ¿Moviéndose o hablando tan lento, que otras personas podrían notarlo? O lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que usted ha estado moviéndose mucho más de lo normal | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Pensamientos de que usted estaría mejor muerto(a) o de alguna manera lastimándose a usted mismo(a) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY _____ + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____ | | | | |
| <p>Si usted marcó <u>cualquiera</u> de los problemas, ¿qué tan <u>difícil</u> han afectado estos problemas en hacer su trabajo, encargarse de tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?</p> <p style="text-align: center;"> Para nada difícil Un poco difícil Muy difícil Extremadamente difícil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> | | | | |
| <small>Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos los derechos reservados. Reproducido con permiso. EPI0905.PHQ9P</small> | | | | |
| Confirmo que la información en este formulario es correcta. | Iniciales del paciente: | Fecha: | | |

_____ MRN

_____ PROVEEDOR

Tablas y gráficos

Cuadro N° 1: Características demográficas de los pacientes oncológicos del Hospital

| Edad | N° | Porcentaje |
|--------------------------------|-----------|-------------------|
| <20 | 27 | 18.4 |
| 20-34 | 43 | 29.3 |
| 35-49 | 40 | 27.2 |
| 50-64 | 19 | 12.9 |
| 65 a mas | 18 | 12.2 |
| Sexo | | |
| Femenino | 63 | 57.1 |
| Masculino | 84 | 42.9 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 109 | 74.1 |
| Unión estable/Casado | 38 | 25.9 |
| Religión | | |
| Católico | 66 | 44.9 |
| Evangélico / testigo de Jehová | 65 | 44.3 |
| otras | 16 | 10.9 |
| Escolaridad | | |
| Alfabetizado | 6 | 4.1 |
| Primaria | 62 | 42.2 |
| Secundaria | 52 | 35.4 |
| Técnico medio | 9 | 6.1 |
| Universitario | 18 | 12.2 |
| Ocupación | | |
| Ama de casa | 34 | 23.1 |
| Estudiante | 46 | 31.3 |
| Albañil | 8 | 5.4 |
| Cuenta propia | 53 | 36.1 |
| Otros | 6 | 4.1 |

n: 147

Fuente: Expedientes clínicos de los pacientes oncológicos atendidos en HRCG Julio-Noviembre 2014

Cuadro N°2: Enfermedades concomitantes de los pacientes oncológicos del HERCG; julio a noviembre del año 2014

n: 83

| Comorbilidades | N° | % |
|-------------------------|-----------|----------|
| Enf. Cardiovasculares | 10 | 12.0 |
| Enf. Gastrointestinales | 10 | 12.0 |
| Enf. Dermatológicas | 6 | 7.2 |
| Enf. Reumatológicas | 6 | 7.2 |
| Endocrinopatías | 6 | 7.2 |
| Enf. Renales | 5 | 6.0 |
| Enf. Respiratorias | 4 | 4.8 |
| Enf. Hepáticas | 3 | 3.6 |
| Enf. Ginecológicas | 2 | 2.4 |
| Múltiples | 31 | 37.3 |

Fuente: Expedientes clínicos de los pacientes oncológicos atendidos en HRCG Julio-Noviembre 2014.

Cuadro N°3: Tiempo de evolución de la patología y estancia intrahospitalaria de los pacientes oncológicos del HERCG; julio a noviembre del año 2014

n:147

| Tiempo de evolución en meses | | |
|-------------------------------------|-----------|----------|
| Tiempo | N° | % |
| ≤ 1 | 29 | 19.7 |
| 2-6 | 56 | 38.1 |
| 7-12 | 24 | 16.3 |
| > 12 | 38 | 25.8 |

| Tiempo de estancia intrahospitalaria en días | | |
|-----------------------------------------------------|-----------|----------|
| | N° | % |
| 1-2 | 86 | 58.5 |
| 3-7 | 39 | 26.5 |
| 8 a mas | 22 | 14.9 |

Fuente: Expedientes clínicos de los pacientes oncológicos atendidos en HRCG
Julio-Noviembre 2014.

Cuadro N° 4: Síntomas que presentan los pacientes oncológicos según el test PHQ-9 en el Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez; julio a noviembre del año 2014

n: 147

| Síntomas depresivos | Nunca | | Varios días | | Más de la mitad de días | | Casi todos los días | |
|-----------------------------------|--------------|----------|--------------------|----------|--------------------------------|----------|----------------------------|----------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| Poco interés | 83 | 56.5 | 30 | 20.4 | 18 | 12.2 | 16 | 10.9 |
| Decaimiento | 68 | 46.3 | 42 | 28.6 | 28 | 19 | 9 | 6.1 |
| Cansancio | 51 | 34.7 | 55 | 37.4 | 22 | 15 | 19 | 12.9 |
| Falta de autoestima | 101 | 68.7 | 26 | 17.7 | 14 | 9.5 | 6 | 4.1 |
| Trastorno alimenticio | 73 | 49.7 | 31 | 21.1 | 17 | 11.6 | 26 | 17.7 |
| Trastornos de sueño | 63 | 42.9 | 41 | 27.9 | 21 | 14.3 | 22 | 15.0 |
| Poca concentración | 88 | 59.9 | 27 | 18.4 | 20 | 13.6 | 12 | 8.2 |
| Trastornos de la actividad | 79 | 53.7 | 29 | 19.7 | 20 | 13.6 | 19 | 12.9 |
| Pensamientos suicidas | 112 | 76.2 | 25 | 17.0 | 4 | 2.7 | 6 | 4.1 |

Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes oncológicos del Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez; julio a noviembre del año 2014.

Cuadro N° 5: Deterioro de la calidad de vida por síntomas depresivos en los pacientes oncológicos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez; julio a noviembre del año 2014

n: 147

| Deterioro calidad de vida | N° | % |
|----------------------------------|-----------|----------|
| Para nada difícil | 67 | 45.6 |
| Un poco difícil | 47 | 32.0 |
| Muy difícil | 29 | 19.7 |
| Extremadamente difícil | 4 | 2.7 |

Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes oncológicos del Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez; julio a noviembre del año 2014.

Cuadro N° 6: Diagnóstico depresivo según edad y sexo en pacientes oncológicos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez; julio a noviembre del año 2014 **n:**
85

| Edad en años | Diagnóstico Depresivo | | | | | | | | | |
|--------------|-----------------------|------|-------------------------------------------------|------|-----------------------------------|------|------------------------|------|-------|------|
| | Síntomas mínimos | | Depresión menor, distimia, depresión mayor leve | | Depresión mayor moderada a severa | | Depresión mayor severa | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| < 20 | 13 | 76.5 | 0 | 0.0 | 4 | 23.5 | 0 | 0.0 | 17 | 20.0 |
| 20-49 | 26 | 55.3 | 11 | 23.4 | 10 | 21.3 | 0 | 0.0 | 47 | 55.3 |
| 50-64 | 7 | 63.6 | 1 | 9.1 | 1 | 9.1 | 2 | 18.2 | 11 | 12.9 |
| 65 a mas | 4 | 40.0 | 6 | 60.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 10 | 11.8 |
| SEXO | | | | | | | | | | |
| Masculino | 24 | 53.3 | 8 | 17.8 | 11 | 24.4 | 2 | 4.4 | 45 | 52.9 |
| Femenino | 26 | 65.0 | 10 | 25.0 | 4 | 10.0 | 0 | 0.0 | 40 | 47.1 |

Fuente: Entrevistas realizadas a los pacientes oncológicos del Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez; julio a noviembre del año 2014.

Nota: El 71.4 % de los pacientes estudiados, estaban recibiendo quimioterapia al momento del estudio.

Cuadro N° 7: depresión según edad y sexo en pacientes oncológicos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez; julio a noviembre del año 2014

n:21 (14.3%)

| Depresión | | |
|------------------|-----------|----------|
| Edad | | |
| | N° | % |
| < 20 | 2 | 9.5 |
| 20-49 | 12 | 57.2 |
| 50-64 | 4 | 19.0 |
| 65 a mas | 3 | 14.3 |
| Sexo | | |
| Masculino | 16 | 76.2 |
| Femenino | 5 | 23.8 |

Fuente: entrevistas realizadas a los pacientes oncológicos del Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez; julio a noviembre del año 2014.

Nota: Los pacientes que aquí se presentan fueron aquellos que cumplieron tanto con el puntaje para depresión como con los criterios que el test establece para elevarlos a ese diagnóstico. Sin embargo, encontramos 65 pacientes que tuvieron puntajes para clasificarlos en los diagnósticos depresivos pero que no cumplieron con los criterios establecidos por el test. Por lo tanto, no se incluyen dentro del grupo de pacientes con diagnóstico de depresión según el test.

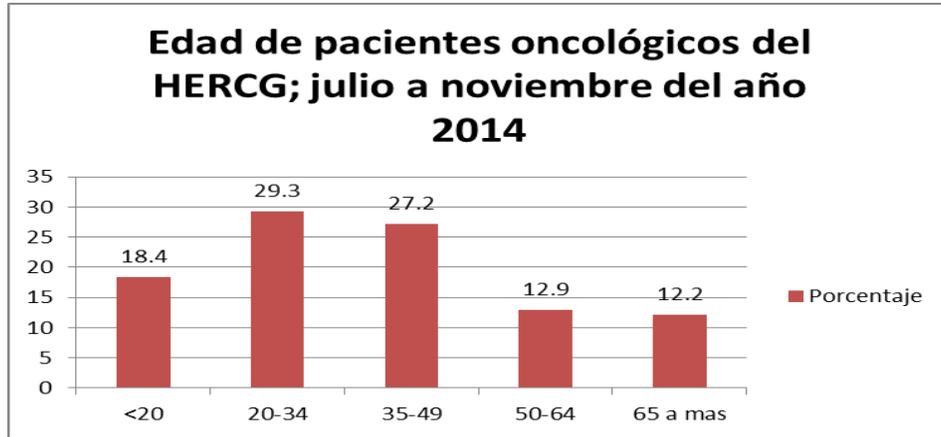
Cuadro N°8: Diagnóstico oncológico de los pacientes con depresión del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez; julio a noviembre del 2014.

n:21 (14.3%)

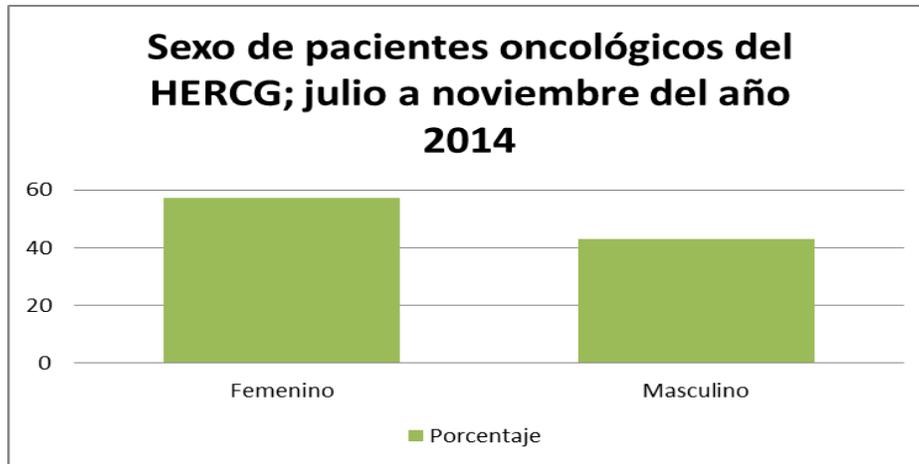
| DIAGNOSTICO ONCOLOGICO | DEPRESION | |
|-------------------------------|------------------|----------|
| | N° | % |
| Leucemia | 11 | 52.4 |
| Tumores solidos | 4 | 19.0 |
| Linfoma no Hodking | 3 | 14.3 |
| Adenocarcinoma | 3 | 14.3 |

Fuente: Expedientes clínicos y encuestas realizadas a los pacientes oncológicos atendidos en HRCG Julio-Noviembre 2014.

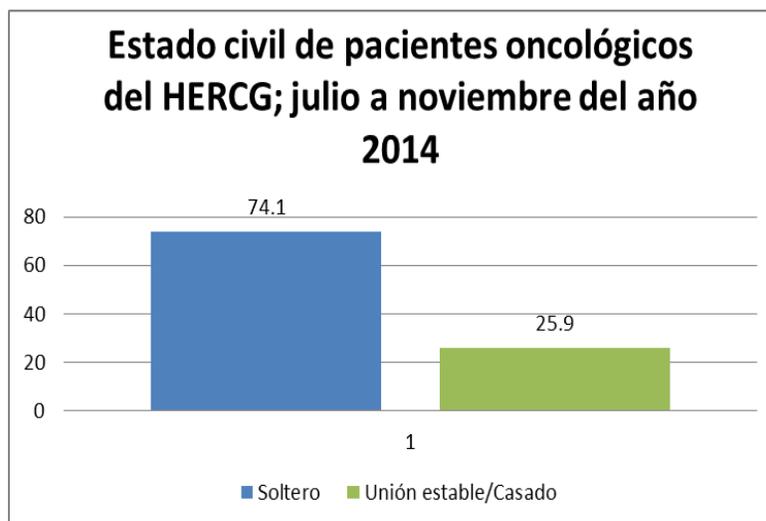
Nota: el 26.4% de los pacientes sufrían recidiva de la patología oncológica al momento del estudio.



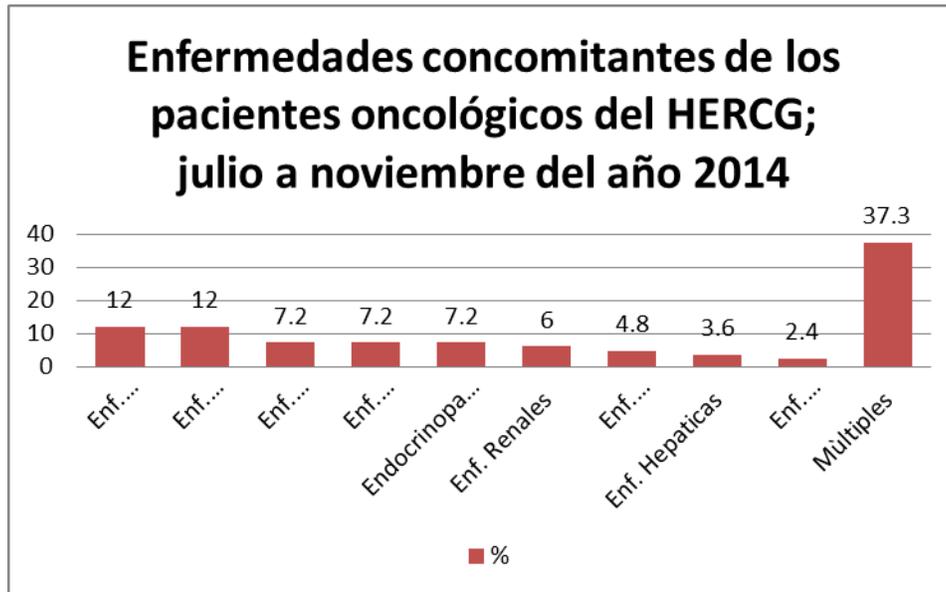
Fuente: cuadro 1



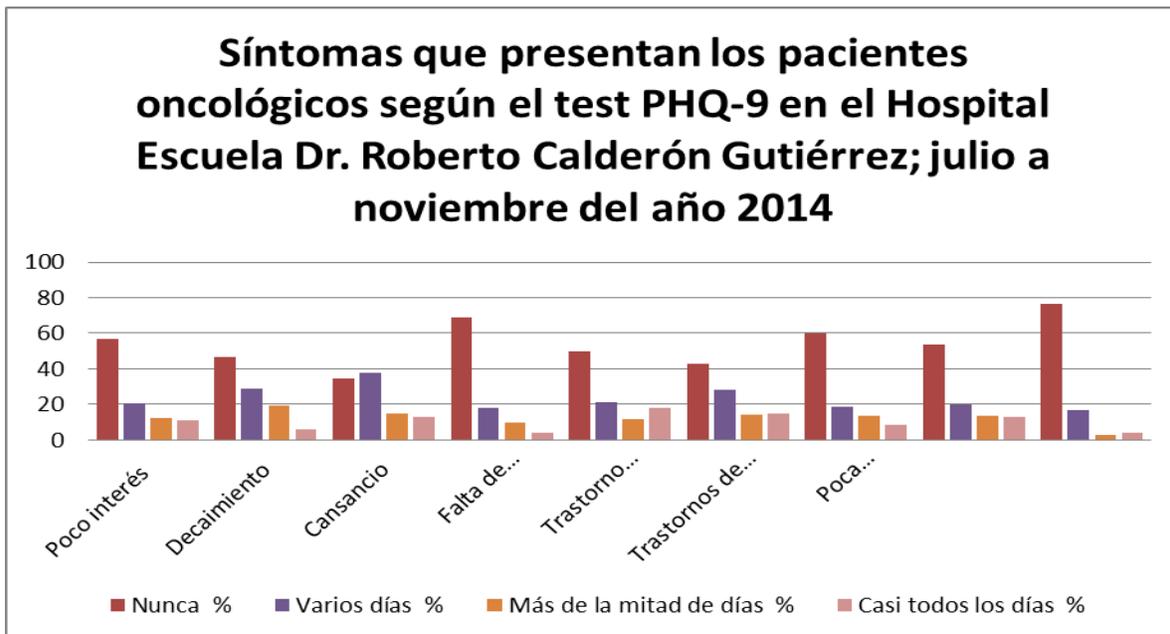
Fuente: Cuadro 1



Fuente: Cuadro 1

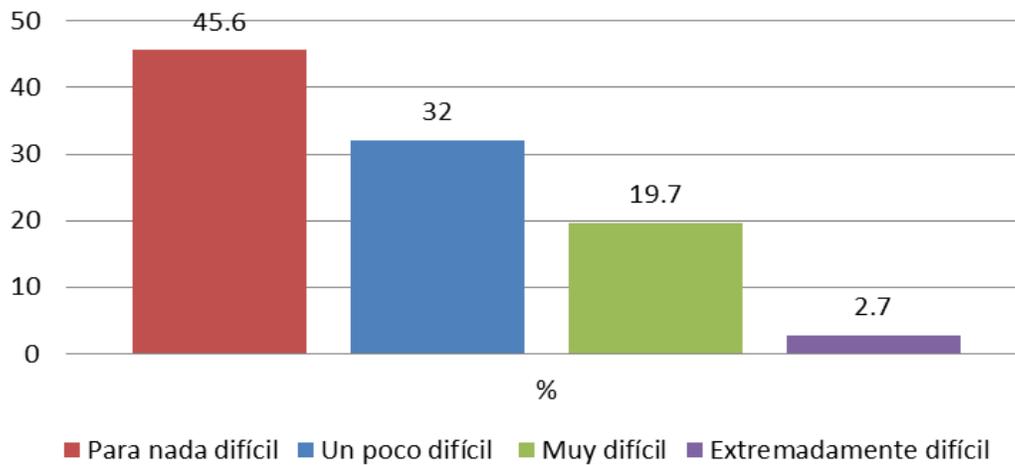


Fuente: cuadro 2



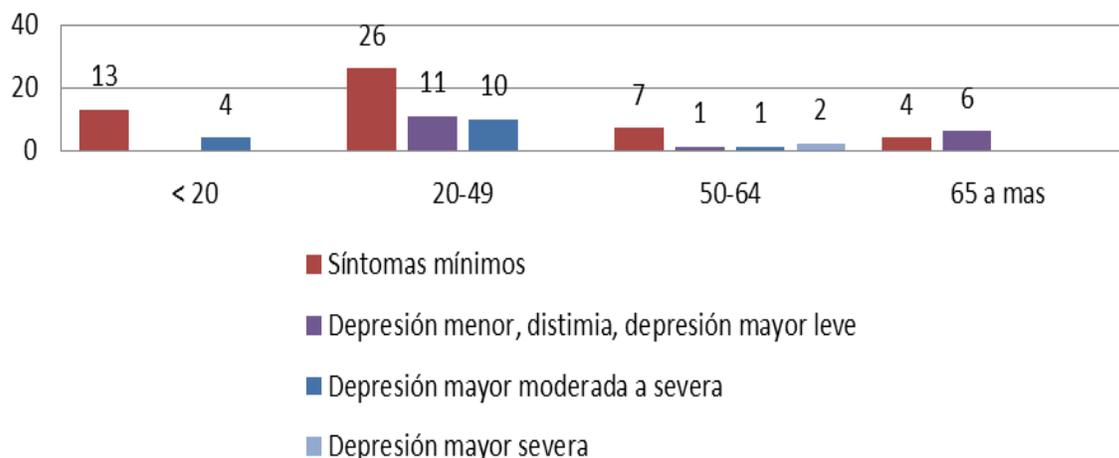
Fuente: cuadro 4

Deterioro de la calidad de vida por síntomas depresivos en los pacientes oncológicos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez; julio a noviembre del año 2014



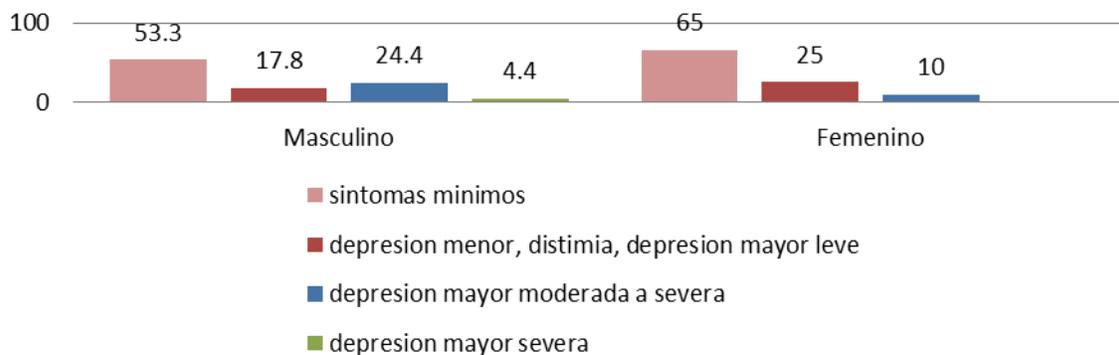
Fuente: cuadro 5

Diagnóstico depresivo según edad en pacientes oncológicos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez; julio a noviembre del año 2014



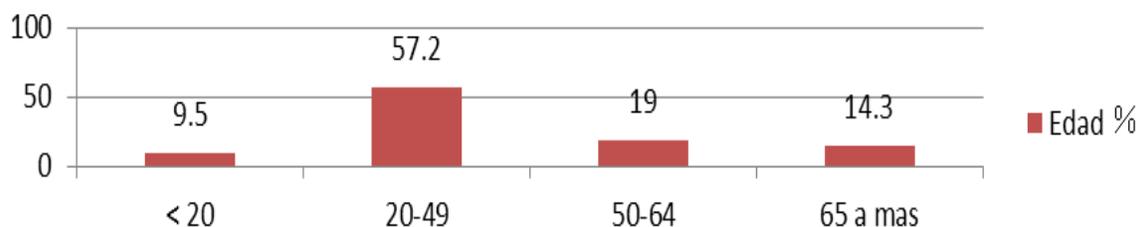
Fuente: cuadro 6

Diagnóstico depresivo según sexo en pacientes oncológicos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez; julio a noviembre del año 2014



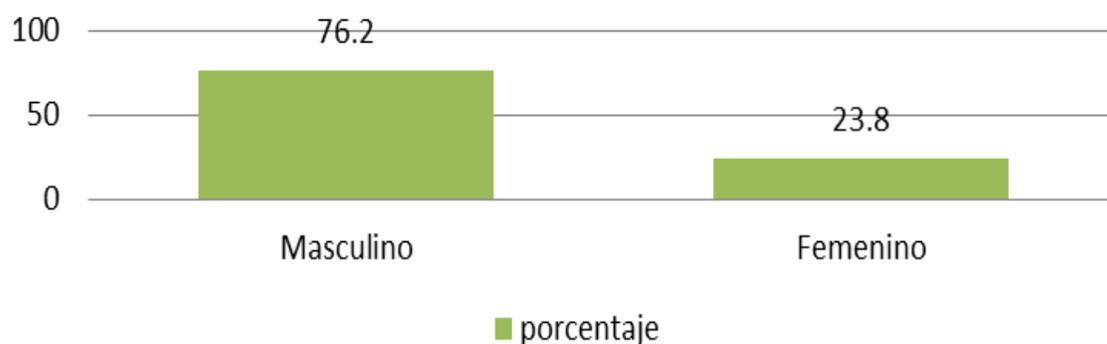
Fuente: cuadro 6

Depresion segùn edad en pacientes oncològicos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez; julio a noviembre del...



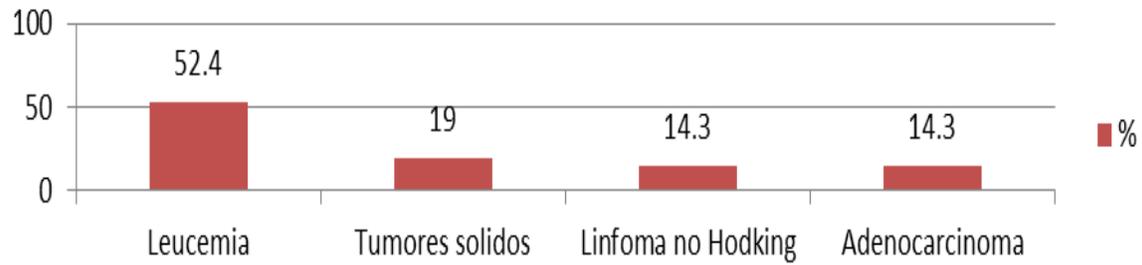
Fuente: cuadro 7

Depresion segùn sexo en pacientes oncològicos del Hospital Escuela Dr. Roberto Calderón Gutiérrez; julio a...



Fuente: cuadro 7

**Diagnóstico oncológico de los pacientes con
depresión del Hospital Escuela Dr. Roberto
Calderón Gutiérrez; julio a noviembre del 2014**



Fuente: cuadro 8