



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Trabajo monográfico para optar al título de Médico y Cirujano General.

“Prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.”

Elaborado por:

- Br. Eduardo Alexander Gómez Arauz.
- Br. Yusbelky Solieth Arguello Duarte.

Tutor

Dr. Guillermo Gosebruch Icaza.

Especialista en Psiquiatría.

Master en Salud Publica

Managua, Nicaragua, febrero 2021.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis amados padres y a mi hermano (Eduardo Gómez, Miriam Arauz y Juan Gómez) ,que han sido mi motor de vida que se han esforzado mucho para que yo lograra llegar hasta aquí, a mis mejores amigos que siempre han estado para apoyarme de todas las formas posible y que han estado siempre para mí en cada momento que los necesité, a cada docente que ha confiado en mí para formarme como médico de la manera que soy y por supuesto a mi hermana ,mejor amiga y compañera de tesis (Yusbelky Arguello) por la paciencia , la fuerza y la confianza que ha tenido en mí y por todo lo que hemos pasado estos 5 años .

-Eduardo Alexander Gómez Arauz

Dedico esta tesis a mis padres (Roberto Arguello y Johana Duarte) quienes han hecho un gran esfuerzo todos estos años, por ser mi mayor inspiración y mi apoyo incondicional todo este tiempo. A mi novio (Marcos Ruiz) por todo el apoyo que me ha brindado en estos años, en los buenos y malos momentos y por siempre transmitir esa motivación que me llena de felicidad. A mi compañero de tesis, hermano y mejor amigo (Eduardo Gómez) por su amistad, valentía, y esfuerzo durante todos estos años y por el gran equipo que hemos hecho al realizar este trabajo. A cada uno de los docentes que compartieron sus conocimientos, quienes me han inspirado y enseñado con dedicación a lo largo de estos años. Y a cada una de las personas que han confiado en mí en todo este proceso de formación académica.

-Yusbelky Solieth Arguello Duarte

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios primeramente por brindarnos la sabiduría a lo largo de estos años y por habernos dado la fortaleza de llegar hasta acá, a nuestro tutor el Dr. Guillermo Gosebruch Icaza por habernos apoyado incondicionalmente con mucha paciencia en este proyecto, por confiar en nosotros y motivarnos en todo momento; al Dr. Erasmo Aguilar que sin su apoyo y consejos no hubiésemos podido llegar hasta acá; al Dr. José de los Ángeles Méndez por abrirnos las puertas del hospital para poder realizar nuestra investigación, por guiarnos y sobre todo por depositar su confianza en nosotros y de igual manera a cada una de las pacientes que aceptaron participar en nuestro estudio y por compartirnos cada una de sus experiencias.

-Yusbelky S. Arguello D. y Eduardo A. Gómez A.

OPINION DEL TUTOR

Cuando Me solicitaron ser tutores de este trabajo, nos alegramos ¡no siempre hay interés en los temas de salud mental! y cuando plantearon el tema: **“Factores que predisponen a depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua, de enero a febrero 2021.”** Presentados por los Bachilleres **Eduardo Alexander Gómez Arauz** con número de carnet **15070004** y **Yusbelky Solieth Arguello Duarte** con número de carnet **16032516**, no dude en ser su tutor.

Cuando se revisan los temas a investigar son pocos los que abordan la situación de la salud mental de las personas y mucho menos de personas o pacientes viviendo con Cáncer.

En el estudio de las personas con Cáncer, palabra que solo oíría nos da repelo y mucho más cuando nos lo diagnostican a nosotros o a un familiar, en este caso en estudio de las mujeres con cáncer de mama, me parece de suma importancia ver que impacto tiene en la vida y en la Salud Mental de las personas que lo están viviendo.

Los trastornos de la salud mental, que son causante en buena parte de días de vida perdido, sean estos laborales, o en su vida de desarrollo, nos parece importante conocer cuáles son las condiciones que están presentes, para generar prácticas de promoción de salud mental e intervenciones temprana, si así lo fuera necesario.

Va ser un gusto poder compartir que otros profesionales, los resultados de esta investigación que dará pie seguramente a otras nuevas, conocer cuáles son los factores que afectan el buen funcionamiento de nuestras pacientes y las razones que puedan estarlos llevando a tener ideas pesimistas que influyen en la evolución o abandono de sus terapias específicas.

Managua 25 de Febrero del 2021



Dr. Guillermo Gosebruch Icaza
Médico Psiquiatra
Master en Salud Publica

RESUMEN

El cáncer de mama se ha incrementado en proporciones epidémicas en los últimos años, representando uno de los principales tumores malignos, presenta diferentes situaciones de amenaza, generando desánimo psicológico, lo que puede generar ansiedad y un estado depresivo en la mujer.

El tema de la Depresión y Ansiedad en estas pacientes es de importancia dado que se enfoca en los aspectos psicológicos y estado mental del paciente, por lo cual nace la presente investigación la cual tuvo como objetivo principal describir la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero-febrero del 2021.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo, que determinó la presencia de Depresión y Ansiedad a través de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, por las siglas en inglés).

El universo estuvo compuesto por 864 pacientes y una muestra de 81 pacientes atendidas en la consulta externa del hospital.

En cuanto al diagnóstico de ansiedad y depresión según escala HADS se encontró una prevalencia del 22% de ansiedad y un 10% para depresión; también se observó que hubo mayor prevalencia de depresión y ansiedad en las pacientes entre 41 y 61 años, en cuanto a ansiedad se observó más en las pacientes católicas y en cuanto a la depresión las que profesaban la religión católica y evangélica y se observó que las pacientes casadas tuvieron un mayor índice de depresión y ansiedad.

Palabras claves: Ansiedad, Depresión, Escala HADS.

ABSTRACT

Breast cancer has increased to epidemic proportions in the last years, presenting as one of the most prevalent malignant tumors. It presents different threats to health, including psychological toll which can lead to anxiety and depression in women.

The issue of depression and anxiety in these patients is important because it focuses on the psychological and mental well being of the patient, out of which the present investigation was born.

The goal was to describe the factors that predispose patients with breast cancer to depression and anxiety, administered at Bertha Calderon Roque, Hospital January-February 2021.

A quantitative, descriptive, and retrospective study was carried out which determined the presence of depression and anxiety measured by the hospital depression and anxiety scale (HADS).

The study consisted of 864 patients and a sample of 81 patients seen in the hospital outpatient clinic. Regarding the diagnosis of anxiety and depression using the HADS scale, a prevalence of 22% experienced anxiety. In 10% it was also observed that there was a higher prevalence of depression and anxiety in patients between 42 and 61 years old. Anxiety was observed more in Catholic patients and depression was prevalent in those who professed the Catholic and evangelical beliefs. It was observed that married patients had a higher incidence of depression and anxiety.

Keywords: Anxiety, Depression and Scale HADS.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES.....	2
III.	JUSTIFICACIÓN.....	5
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
V.	OBJETIVOS	7
VI.	MARCO TEORICO.....	8
	Epidemiología.....	9
	Fisiopatología	11
	Factores clínicos:.....	13
	Diagnóstico de depresión y ansiedad:	15
	Escala de HADS.....	16
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	18
	Tipo de estudio:	18
	Área de estudio:.....	18
	Corte temporal.....	18
	Universo:.....	18
	Muestra:.....	18
	Técnica y procedimientos de recolección de la información:.....	20
	Criterios de Selección de la Muestra:.....	20
	Criterios de Inclusión:	21
	Criterios de Exclusión:.....	21
	Procedimiento de Recolección de la información:	21
	Procedimiento de Análisis de la Información:	23
	Definición de Variables por objetivos específicos:.....	26
	Plan de Tabulación y Análisis:	27
	Operacionalización de las variables	29
	Aspectos Éticos:	40
VIII.	RESULTADOS	41
X.	CONCLUSIONES	55
XI.	RECOMENDACIONES	56
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	57
XIII.	ANEXOS	65

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama se ha incrementado en proporciones epidémicas en los últimos años, representando uno de los principales tumores malignos. A nivel mundial a través de la GLOBOCAN (The Global Cancer Observatory), indican que el cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer. Esta misma fuente, estimó que anualmente fallecen 410.712 mujeres, alcanzando una tasa de mortalidad estandarizada por edad de 13,2 por 100.000 mujeres. La tasa de incidencia estandarizada por edad fue estimada en 37,4 por 100.000 mujeres con un total de 1.151.298 casos nuevos en mundo. (Larios, 2015)

Según la GLOBOCAN en Nicaragua en el año 2018 registró la incidencia, mortalidad y prevalencia del cáncer de mama. Las estadísticas señalan 1,013 casos nuevos con un total de 12,7% de prevalencia encontrándose en segundo lugar en el ranking de las neoplasias más comunes en el país. (The Global Cancer Institute, 2019)

En los últimos años el MINSA (Ministerio de salud de Nicaragua), ha elevado la alerta en relación al cáncer de mama con cifras del Hospital Bertha Calderón Roque, que es el centro de referencia nacional para la mujer en Nicaragua donde se encuentra la unidad de oncología y en el que se ha reflejado un aumento de los casos de cáncer de mama y representa más del 40% de las consultas externas atendidas. (Fuentes, 2010)

El cáncer de mama, es una enfermedad que presenta diferentes situaciones de amenaza, generando desánimo psicológico, lo que puede generar ansiedad y un estado depresivo en la mujer. Es importante resaltar que las pacientes con cáncer de mama pueden manifestar en cualquier momento depresión y ansiedad, la etiología de la ansiedad y depresión en estas pacientes es compleja, lo cual dificulta su tratamiento. La calidad de vida, la interacción en el ámbito social, familiar y su relación con el personal de salud impacta negativamente en la evolución de la enfermedad.

Considerando la importancia de los síntomas emocionales en los pacientes con cáncer de mama y el impacto que causa en la vida de esta, se planteó realizar un estudio que permita determinar la “Prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, enero-febrero 2021”.

II. ANTECEDENTES

A Nivel Internacional se han encontrado los siguientes estudios:

En el año 2020, en un estudio realizado por Alagizy y colaboradores titulados “Ansiedad, depresión y estrés percibido entre los pacientes con cáncer de mama”. Se determinó que el 31,8% y el 26,2% de las pacientes con cáncer de mama tenían síntomas de depresión y ansiedad respectivamente. Dentro de los factores sociodemográficos que paraa ansiedad y depresión se encontró que, las pacientes casadas tenían una mayor prevalencia de depresión (71,4%) y ansiedad (60%). El ser residente rural fue otro factor para padecer ansiedad (81%) y depresión (77,3%).

Dentro de la prevalencia se encontró que la ocupación fue factor para padecer ansiedad, ya que los pacientes desempleados tenían una prevalencia significativamente mayor de ansiedad moderada a severa (100%). La educación fue factor importante para ansiedad y depresión, (54,8) (56,8%) respectivamente ya que las pacientes con niveles educativos más altos tenían mayores oportunidades para estar al tanto de su enfermedad y sus aspectos relacionados. (Alagizy et al, 2020).

Tsaras y colaboradores en el año 2018, en el estudio que se tituló “Evaluación de la depresión y la ansiedad en pacientes con cáncer de mama: prevalencia y factores asociados”. Se concluyó que el 38% de las pacientes con cáncer de mama fueron diagnosticadas con depresión y el 32% con ansiedad. Dentro de las características evaluadas se evidenció que dentro de la prevalencia de depresión y ansiedad se encuentran: la edad mayor de 70 años con prevalencia para ansiedad (50%) y depresión (58.3%), el ser un residente rural (51,7%) para ansiedad y (55,2%) para depresión, también ser cristiano no ortodoxo se presentó mayormente a padecer tanto ansiedad como depresión en un 82,4% para ambas respectivamente.

También se encontró que, el no tener hijos fue mayor un factor importante para depresión (43,8%) que para ansiedad (37,5%), por otra parte, las pacientes divorciadas presentaron mayor prevalencia de ansiedad (42.4%), a diferencia de las pacientes viudas tuvieron mayor depresión (55.6%). (Tsaras et al, 2018)

En el año 2018, en un estudio realizado por Valderrama & Sánchez, titulado “Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama”, se encontró mayor prevalencia de ansiedad clínica (84,1%) y menor prevalencia de depresión (25.2%) en las pacientes con cáncer de mama. Los instrumentos utilizados fueron: la escala Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Quality of Life-Breast (FACIT-B) y la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) validada para su uso en Colombia, que mostró adecuadas propiedades psicométricas y cuya utilización en el contexto oncológico es recomendada.

Por otra parte, la ansiedad se presentó en las pacientes debido a preocupaciones relacionadas ante la enfermedad, mientras que la depresión se presentó por la presencia de síntomas físicos como dolor y fatigabilidad. También se encontró que la edad no fue una consideración importante desde el punto de vista para presentar síntomas ansiosos y depresivos ya que las puntuaciones del componente de ansiedad para las pacientes menores y mayores de 50 años fueron de (12,3% y 12,0%) respectivamente, y para el caso de la depresión, (8,8% y 8,5%). (Valderrama & Sánchez, 2018)

Lueboonthavatchai, en el año 2007 realizó un estudio que se tituló “Prevalencia y factores psicosociales de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama”. Obteniendo como resultados los siguientes: la prevalencia de ansiedad fue del 16,0% y la prevalencia para depresión fue de 9,0%. Los principales factores que influyeron para el desarrollo de depresión y ansiedad eran factores psicosociales como apoyo social, relación y funcionamiento familiar, y resolución de problemas y conflictos. Por otra parte, la presencia de síntomas perturbadores como el dolor se asociaron tanto a trastornos de ansiedad como de depresión en pacientes con cáncer de mama. No se encontró predominio entre las variables sociodemográficas y la ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama.

Sin embargo, se encontró que dentro de las variables sociodemográficas la mayoría de ellas estaban en el rango de edad de 41-60 años (64,3%), el 55,3% vivían con sus cónyuges, 29,7% eran solteras y 15,0% estaban separadas, viuda o divorciada. La mayoría de ellas recibieron educación: escuela secundaria (37,0%), licenciatura grado y superior (43,3%). (Lueboonthavatchai, 2007)

A Nivel Nacional se encontraron los siguientes estudios:

En el año 2009, Casco y Jaenz realizaron un estudio titulado “Estrategias de afrontamiento y nivel de depresión en las pacientes con cáncer de mama”. Obteniendo como resultados del estudio que el 33% de la población no presento síntomas depresivos; mientras que el 45% presentó síntomas que pueden clasificarse como depresión menor, 17% menos que depresión mayor y un 5% depresión mayor. Las estrategias de afrontamiento y el nivel de depresión, fue muy importante ya que las pacientes que presentaron depresión menor no utilizaron estas estrategias de manera apropiada o las usaron con menor frecuencia que las que no tenían depresión; destacándose estrategias de afrontamiento pasivo en la que predominó el apoyo social y auto control (38.5%) seguido de distanciamiento, autocontrol y revalorización positiva (7.7%), huida, evitación y planificación (7.7%), planificación y apoyo social (23.1%) y revalorización positiva, planificación (23.1%).

Se encontró también que dentro las características sociodemográficas se encontró una prevalencia en el rango de edad entre 53-65 años (42%), de acuerdo al estado civil de las pacientes el 60.0% estaban casadas, el 17.5% solteras, un 12.5% acompañada, el 7.5% viuda y 2.5% de ellas estaban separadas. Según la educación el 70.0% solo cursó primaria, el 15.0% secundaria completa, el 10.0% no sabía leer ni escribir y un 2.5% termino sus estudios. En relación con la religión el 62.5% es católica, el 22.5% era evangélica, el 12.5% tenían otras religiones y el 2.5% era testigo de Jehová. Dentro de la procedencia el 85.0% eran de la zona urbana y el 15.0% de la zona rural. (Casco & Jaenz, 2009)

III. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), todas las personas con enfermedades físicas en general, y con aquellas de curso crónico y degenerativo en lo particular, resultan especialmente vulnerables a la presencia de problemas de salud mental. (OMS 2018)

Según cifras de la Asociación de Mastología de Nicaragua (AMASNIC), en el país se presentan 900 casos por año de cáncer de mama; mientras que la Fundación Ortiz-Gurdián, calcula que cada año se presentan 1000 nuevos casos de esta enfermedad en el país. (Ortiz, 2019)

Cabe resaltar que los datos que se presentan en Nicaragua, hacen referencia a los casos de cáncer de mama diagnosticadas con esta patología y refieren que existe una gran posibilidad que todas estas pacientes terminen desarrollando afectaciones psiquiátricas como ansiedad o depresión principalmente.

Para garantizar una atención adecuada y oportuna, se deben identificar los factores tanto demográficos como clínicos, que inducen a depresión y ansiedad. Esto será de utilidad para desarrollar programas de apoyo y rehabilitación psicológica en las pacientes con cáncer. Con los resultados de la investigación, se pretende sentar bases estadísticas que reflejen esta temática sobre las pacientes con cáncer de mama del Hospital Bertha Calderón Roque.

Los resultados del presente estudio pretende proponer estrategias que mejoren los planes de intervención ya existentes en el manejo de estas pacientes incluyendo la parte psicológica, de igual manera esto beneficiará a las autoridades responsables del área de salud ubicados en el MINSA, el personal de salud del área de oncología del Hospital Bertha Calderón Roque, las pacientes y sus familiares, y el personal de psicología de esta unidad y así de esta manera priorizar las necesidades de las pacientes teniendo mayor empatía en todo el proceso de su enfermedad que pueden llevarlas a alteraciones psiquiátricas o incluso a otras patologías, colaborándose mutuamente en la recuperación del paciente oncológico; además, prevenir estos trastornos ayuda a la respuesta al tratamiento, mejora el pronóstico y la evolución en estas pacientes.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En Nicaragua según el Sistema Nacional de Estadísticas Vitales del MINSA, en el año 2018 fallecieron un total de 224 mujeres por cáncer de mama en comparación con el 2019 se contabilizaron 203 muertes y la más reciente estadística del año 2020 registra hasta la fecha 172 muertes en total, por lo que se concluye que el cáncer de mama sigue posicionándose entre las primeras 5 neoplasias con más muertes en el país. (MINSA, 2019)

Según algunos autores refieren que la ansiedad tiene un factor clínico del 84.1 % para el cáncer de mama y la depresión una frecuencia del 25.2%. (Valderrama & Sánchez, 2018)

La angustia emocional en pacientes con cáncer se asocia con episodios de ansiedad y depresión que conllevan a una inmunosupresión del sistema inmune todas estas comorbilidades psiquiátricas interfieren en la recuperación del paciente, aumentando el riesgo de la no adherencia a los tratamientos y al aislamiento, generando mayor sintomatología y sufrimiento en estas pacientes.

En Nicaragua existe el Hospital Bertha Calderón Roque, que es el Centro de Referencia Nacional de oncología para mujeres, dicho centro cuenta con un equipo multidisciplinario para brindar atención oportuna y de calidad a estas pacientes. Debido a las afectaciones psiquiátricas en estas pacientes y a los pocos estudios realizados sobre este tema, se ha planteado la interrogante:

¿Cuál es la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, enero - febrero 2021?

Para dar salida a esta interrogante se plantearon las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las características socio demográficas de la población en estudio?

¿Cuáles son las características clínicas a identificar en las pacientes muestreadas?

¿Cuál es la prevalencia de depresión y ansiedad según la Escala HADS

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero-febrero del 2021.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
- Identificar las características clínicas de las pacientes muestreadas.
- Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad según la Escala HADS.

VI. MARCO TEORICO

Definiciones:

Cáncer de mama:

“El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva”. (Santaballa, 2020)

Salud Mental:

Según la Organización Mundial de la Salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (Organización mundial de la Salud, s.f)

Ansiedad:

La Guía de Práctica Clínica (GPC) de Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto define que: “Ansiedad es un estado displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que pueden presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiatras”. (Córdova et al, 2010)

Depresión:

Según la OMS: “La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”. (OMS, 2017)

Escala de HADS:

La escala de ansiedad y depresión hospitalaria que por sus siglas en inglés (HADS), es un instrumento de autoevaluación que ha sido usado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en poblaciones con enfermedad física.

Cabe destacar que la HADS se ha evaluado para ansiedad y depresión tanto en pacientes con enfermedades mentales como en población general, obteniendo resultados que, en general, apoyan su uso como herramienta útil para detectar distrés psicológico en pacientes no psiquiátricos. (Terol, Cabrera, & Martín, 2015)

Epidemiología:

Estadísticas del cáncer de mama, según la OMS:

- Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2004 “El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, ya que representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en el año 2004 murieron 519,000 mujeres por cáncer de mama”. Cada año en las Américas, más de 462,000 mujeres son diagnosticadas con cáncer de mama, y casi 100,000 mueren a causa de esta enfermedad. En América Latina y el Caribe, el cáncer de mama es el cáncer más común entre las mujeres y es el segundo en cuanto a mortalidad. (Organización Panamericana de la Salud, 2011)
- A nivel nacional, según la GLOBOCAN en el año 2018 registró la incidencia, mortalidad y prevalencia del cáncer de mama, donde las estadísticas señalan 1,013 casos nuevos con un total de 12,7% de prevalencia encontrándose como segunda en el ranking de las neoplasias más comunes en el país con un riesgo acumulado de 3,54 mientras que las muertes por esta patología en el país son de 363 casos esto equivale a un 8.0% de mortalidad con un riesgo acumulado de 1,35 por consiguiente refleja (para todas las edades) una prevalencia en los siguientes 5 años de 2,574 casos con una proporción de 80,79. (The Global Cancer Institute, 2019)

Estadísticas sociodemográficas de cáncer de mama:

La incidencia y mortalidad de este tipo de cáncer varían según la población estudiada. Las mujeres son 100 veces más propensas de tener cáncer de mama en comparación con los hombres. Además del sexo femenino, la edad es un factor de riesgo para cáncer de mama. La incidencia del cáncer de mama muestra un aumento con cada año de vida (2,7), se encontró que las mujeres menores de 55 (62.6%) años, con una media de 53 años presentaron cáncer, inferior a lo referido a la bibliografía; más del 50% de las mujeres con cáncer de mama en Estados Unidos son mayores de 60 años, y además de las muertes anuales más del 50% de los casos es en mujeres de 65 años o más. (Duarte, Cálix & Santos, 2011)

Se ha demostrado que las mujeres de raza negra tienen una mayor cantidad de tumores en estadios avanzados en comparación con mujeres de raza blanca. Por otra parte, dentro del 5-10% de las pacientes con cáncer de mama tiene un familiar en primer grado con la enfermedad. El riesgo para desarrollar cáncer de mama se incrementa de 1.5 a 3 veces, si una mujer tiene una hermana o a su madre diagnosticada con esta enfermedad.

También vivir en zonas rurales se ha considerado un factor de riesgo independiente para ser diagnosticado con un cáncer de mama en estadios avanzados, debido a la falta de acceso a los servicios de salud y a la poca información sobre síntomas que podrían indicar la presencia de patologías como es el cáncer de mama.

La ocupación permite analizar la relación con el estatus socioeconómico, encontrando que las mujeres dedicadas a las ocupaciones menores (oficios domésticos, amas de casa, aseadoras), representan el porcentaje más alto (47.7%).

La edad temprana de menarquía, nuliparidad, y menopausia tardía incrementan el riesgo de padecer de cáncer de mama. La edad de primer embarazo después de los 30 años tiene un aumento de 2 a 5 veces el riesgo de ser diagnosticadas con cáncer de mama en comparación con una mujer cuyo primer embarazo a término fue a los 18 años. (Duarte, Cálix & Santos, 2011)

Estadísticas depresión y ansiedad:

Según la OMS: Más de 300 millones de personas en el mundo sufren depresión, un trastorno que es la principal causa de discapacidad, y más de 260 millones tienen trastornos de ansiedad. (Organización Mundial de la Salud, s.f.)

Según investigaciones realizadas la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama es variable, algunos estudios reportan prevalencias de ansiedad del 32% y depresión del 38%; mientras que en otros se evidenciaron tasas más altas del 84.1 para ansiedad y tasas menores para depresión del 25.2%. (Valderrama & Sánchez, 2018)

Fisiopatología:

Cáncer de mama:

Para el desarrollo del cáncer de mama en la mujer existen múltiples factores que pueden desencadenar esta patología, fracciones estrogénicas de estrona y estradiol son algunos de los factores citados para explicar el pronóstico menos favorable en las mujeres jóvenes. La edad va muy relacionada con el riesgo de padecer esta enfermedad, las mujeres menores de 40 años tienen un riesgo mayor de desarrollar una recurrencia local cuando son tratadas con cirugía conservadora de la mama, en comparación con las pacientes mayores de 60 años también la paridad está estrechamente relacionada con factores reproductivos. (González, 2011)

La evidencia de que la obesidad afecta de manera adversa a la salud de la mujer es irrefutable. El riesgo de cáncer de mama en la mujer posmenopáusica aumenta con la obesidad. Está establecido que la obesidad está asociada con un pronóstico pobre del cáncer de mama, también puede desencadenar esta enfermedad múltiples trastornos psicológicos tanto el estrés como la depresión y la ansiedad. Sin embargo, también existen otros factores biológicos tales como los factores de crecimiento endotelial vascular, las moléculas de adhesión intercelular, la proteína estimulante de los macrófagos.

El uso de terapia hormonal sustitutiva después de la menopausia aumenta el riesgo de cáncer de mama, al igual que lo hace el uso de una combinación de las hormonas estrógeno y progesterona posterior a la menopausia. La exposición a radiaciones ionizantes, sobre todo durante la pubertad, y las mutaciones hereditarias relacionadas con el cáncer de mama, aumentan el riesgo, igualmente el consumo de alcohol y tabaco. (Santaballa, 2020)

Ansiedad:

La ansiedad supone una reacción vegetativa exagerada con incremento del tono simpático. La liberación de catecolaminas se eleva debido a la mayor producción de metabolitos noradrenalínicos (Por ejemplo 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol). Puede desarrollarse una menor latencia de la fase de sueño con movimientos oculares rápidos (REM) y de la etapa IV del sueño (parecida a la depresión). La disminución de la cantidad de ácido γ -aminobutírico (GABA) ocasiona una hiperactividad del sistema nervioso central (SNC) (el GABA inhibe la irritabilidad del SNC y está extendido por todo el cerebro).

Las alteraciones del sistema serotoninérgico y el incremento en la actividad dopaminérgica se asocian con la ansiedad. La actividad de la corteza temporal del cerebro aumenta. El locus cerúleo, un centro cerebral de neuronas noradrenérgicas, se muestra hiperactivo en los estados de ansiedad, en especial en las crisis de angustia. Los estudios recientes también sugieren el papel de los neuropéptidos (sustancia P, LCR y colecistocinina), pero por el momento no hay ningún preparado disponible para estos objetivos. La hiperactividad y la disregulación en la amígdala pueden acompañarse de ansiedad social. (Sadock, Ahmad & Sadock, 2018)

Depresión:

La serotonina es el neurotransmisor de amina biogénica asociado con mayor frecuencia con la depresión. En este trastorno hay un agotamiento de serotonina, por lo que los agentes serotoninérgicos constituyen un tratamiento eficaz. La identificación de los diversos subtipos del receptor de serotonina permite determinar tratamientos aún más específicos para la depresión. Algunos pacientes con impulsos suicidas tienen concentraciones bajas tanto de metabolitos de serotonina (ácido 5-hidroxiindolacético [5-HIAA]) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) como de sitios de recaptación de serotonina en las plaquetas.

Además, se encuentran concentraciones anómalas (por lo general, bajas) de metabolitos de noradrenalina (3-metoxi-4-hidroxifenilglicol [MHPG]) en la sangre, orina y LCR (Líquido Cefalorraquídeo) de los pacientes deprimidos. La venlafaxina aumenta las concentraciones de serotonina y noradrenalina, por lo cual se utiliza para tratar la depresión.

Por otra parte, la actividad de la dopamina puede disminuir en la depresión y aumentar en la fase de manía. Las enfermedades y fármacos que reducen las concentraciones de dopamina (p. ej., enfermedad de Parkinson; reserpina) se asocian con síntomas depresivos. Los fármacos que aumentan la cantidad de dopamina, como tirosina, anfetaminas y bupropión, reducen los síntomas de la depresión. Dos teorías recientes sobre la dopamina y la depresión son que la vía dopaminérgica mesolímbica funciona de manera inadecuada y que el receptor de la dopamina D1 es hipoactivo en este trastorno. (Sadock, Ahmad & Sadock, 2018)

Factores clínicos:

Varios factores pueden afectar la progresión y la mortalidad del cáncer de mama tanto física como mentalmente. Además, estudios clínicos han demostrado que las características demográficas y los factores del estilo de vida, como la edad, la obesidad, el tabaquismo y la aplicación de estrógenos, también se relacionan significativamente con la aparición y el desarrollo del cáncer de mama además agregando el desarrollo de patologías psiquiátricas. (Wang, 2020)

Clínica cáncer de mama:

El cáncer de mama puede ser detectado precozmente cuando se observan alteraciones mediante la exploración de la mama donde podemos observar las siguientes:

A la inspección del contorno mamario puede haber retracción en el pezón, edema y ulceración en la piel y alteraciones de la piel (piel de naranja).

Es importante a la palpación de la mama, la presencia de un nódulo palpable, no doloroso, de contorno irregular, bordes imprecisos, consistencia leñosa, movilidad disminuida, ya que es el signo más frecuente por el que se consulta y signos inflamatorios, al igual que adenopatías fijas, duras y homolaterales. (Franco et al, 2019)

Clínica de la ansiedad:

La ansiedad es un síntoma de incidencia bastante común en las pacientes tras el diagnóstico de cáncer de mama, durante el tratamiento y principalmente en aquellas que precisan someterse a algún tipo de procedimiento en la evolución de su enfermedad. La ansiedad, a nivel elevado, puede provocar percepciones negativas en cuanto a las habilidades motoras e intelectuales del individuo esto, a su vez, interfiere en la atención selectiva y en la codificación de informaciones en la memoria, bloqueando la comprensión y el raciocinio. (Caniçali Primo et al, 2012)

La ansiedad se caracteriza por una preocupación persistente y excesiva sobre varios aspectos como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar y pueden presentar los siguientes síntomas:

1. Síntomas físicos: tensión muscular, alteraciones del sueño, fatigabilidad.
2. Síntomas psíquicos: inquietud, impaciencia, dificultad de concentración, irritabilidad.

(Franco et al, 2019)

Clínica de la depresión:

En lo que respecta a depresión, los síntomas deben de estar presentes un periodo mínimo de dos semanas, ya que menos tiempo puede entrar en una tristeza normal. Dentro de la clínica, cabe destacar que se pueden dividir en 4 tipos de síntomas:

1. Síntomas anímicos: Tristeza, irritabilidad, y anhedonia, (incapacidad absoluta para experimentar placer, abandonando toda actividad en este sentido).
2. Síntomas somáticos: Pérdida de peso y apetito, insomnio, fatiga o pérdida de energía diaria y persistente y alteraciones sexuales.
3. Síntomas del pensamiento: Visión negativista, ideas de inutilidad y culpa y depresión delirante (presencia de delirios y alucinaciones).
4. Síntomas Conductuales: Alteraciones en la concentración, atención y memoria, alteración psicomotora, Descuido del aseo/cuidado personal. (Franco et al, 2019)

Diagnóstico de depresión y ansiedad:

Diagnosticar depresión y ansiedad en pacientes oncológicos puede ser un reto, ya que los síntomas de la enfermedad tienden a confundirse con los efectos secundarios de sus tratamientos (pérdida de apetito, de peso, trastornos del sueño, fatiga, pérdida de energía, dificultad de concentración, retardo psicomotor) con los síntomas propios de la depresión.

El diagnóstico de la ansiedad y depresión se realiza mediante la valoración de los signos y síntomas clínicos y psiquiátricos, donde prevalece la tristeza continua, sentimientos de culpa, impotencia, irritabilidad, intranquilidad, dificultad para concentrarse, amnesia entre otros. (Asociación Americana de psiquiatría, 2014)

Los criterios de diagnóstico más utilizados en psiquiatría son los del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) y la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). También existen diferentes escalas para el diagnóstico de estas patologías entre estas se incluye la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Rico, Restrepo & Molina, 2015).

Estos criterios de diagnóstico describen la naturaleza, la gravedad y la duración de los síntomas necesarios para realizar un diagnóstico. Aunque algunos profesionales de la salud presentan dificultades para diagnosticar los trastornos depresivos y ansiosos en los pacientes, las escalas de calificación se pueden usar para identificar a los pacientes que requieren una evaluación adicional (por ejemplo, como una primera etapa en la detección), o para monitorear el curso de la depresión diagnosticada, no pueden usarse para diagnosticar la depresión. El segundo problema es la inclusión de estudios de diferente calidad metodológica.

El problema final es la falta de consideración del efecto de diferentes métodos de diagnóstico de depresión en las estimaciones de prevalencia. Los criterios de diagnóstico se pueden aplicar utilizando diferentes programas de entrevistas administrados por personas con una variedad de experiencia. Además, los criterios de diagnóstico más utilizados incluyen una serie de síntomas físicos que también pueden surgir de tener cáncer o tratamientos para el cáncer. Los investigadores pueden decidir aplicar estos criterios sin ninguna evaluación de la causa de los pacientes.

Escala de HADS.

Historia:

Los autores de la versión original en inglés (Zigmond & Snaith, 1983) se propusieron, desde el inicio del proceso de desarrollo del instrumento, definir cuidadosamente y distinguir claramente entre los conceptos de ansiedad y depresión. Los siete reactivos de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y la revisión de la escala Present State Examination (PSE), así como de la investigación acerca de las manifestaciones psíquicas de la ansiedad. De esta manera, los reactivos se dirigen a conocer si la persona ha estado tensa, preocupada o ha tenido sensaciones de temor. Por su parte, los siete reactivos de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia, puesto que es probablemente el rasgo psicopatológico central de la depresión.

Creada por Zigmond A.S y Snaith R. P. en 1983 permite detectar estos trastornos en un medio hospitalario no psiquiátrico o en un centro de atención primaria. El tiempo total de respuesta es de aproximadamente diez minutos. En las instrucciones se pide al paciente que describa cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy. El contenido de la HAD está referido a los aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. La exclusión de síntomas somáticos (insomnio, fatiga, pérdida de apetito, etc.) es especialmente interesante y evita equívocos de atribución cuando se aplica a individuos con algún tipo de enfermedad. (Rico, Restrepo, & Molina 2005)

Estructura:

Las opciones de respuesta son tipo Likert que oscilan del 0-3, dando un puntaje mínimo de 0 y un puntaje máximo de 21 para cada subescala. Originalmente, los puntos de corte de 0-7 implican presencia mínima de síntomas o la ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante, de 8-10 es dudoso, puesto que los síntomas no son suficientes y requiere consideración y del 11 al 21 la presencia de sintomatología relevante y un caso de ansiedad y/o depresión. (Noguera et al, 2013)

Interpretación:

Se subdivide en 2 subescala una para ansiedad con 7 ítems los cuales son los siguientes: “me siento tenso o nervioso”, “tengo una sensación de miedo”, “me siento inquieto”, “me asaltan sentimientos repentinos de pánico”, “tengo una sensación extraña como si tuviera mariposas en el estómago”, “tengo mi mente llena de preocupaciones”, “puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas” y una subescala para depresión que también consta de 7 ítems los cuales son: “todavía disfruto de las cosas que antes me gustaban”, “me siento alegre”, “puedo estar relajado y confortable”, “me siento optimista con respecto al futuro”, “me divierto con un buen libro ,radio o un programa de televisión”, “siento cada día pasar más lento”, y “he perdido interés en mí mismo”.

En el caso de la utilización de la escala se valora de manera general y vale independientemente de que sea ansiedad o depresión donde se va valorando de 0 a 3, con un total de 21 puntos para cada subescala siendo un valor de mayor de 8 caso probable y mayor de 10 caso confirmado para ansiedad y depresión respectivamente.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

El presente estudio es de tipo cuantitativo porque se hizo una descripción de las variables donde se generalizó los resultados encontrados de una muestra a una población, de alcance descriptivo ya que se midió y recogió información sobre los conceptos o las variables.

Área de estudio:

El estudio se realizó en el Hospital Bertha Calderón Roque en el área de la consulta externa del servicio de oncología ubicado en el costado izquierdo de la entrada principal del hospital, donde se atienden aproximadamente a 300 pacientes. El Hospital es el centro de referencia nacional para los problemas de salud de la mujer dentro de los que se incluyen los procesos oncológicos y está ubicado del Zumen 1 cuadra al Oeste en la capital de Managua.

Corte temporal

Es de corte temporal debido a que se recolectaron los datos en un periodo de tiempo determinado, siendo en el presente estudio el correspondiente a enero-febrero del año 2021.

Universo:

El universo se conformó por 864 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama atendidas en la consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque registradas en los presentes meses del estudio según datos registrados en el área de estadística de dicho hospital.

Población

La población estuvo conformada por 864 pacientes.

Muestra:

Se calculó la muestra con el programa OpenEpi el cual es un software gratuito y de código abierto para estadísticas sobre epidemiología, produce estadísticas para casos y medidas en estudios descriptivos.

En donde se trabajó con un tamaño de la población de 864 pacientes, una frecuencia anticipada del 84%, con el intervalo de confianza (IC) del 95%, con error estimado del 5% y un efecto de diseño de 1.

Tamaño muestral para % de frecuencia en una población (muestras aleatorias)		
Tamaño de la población	864	Si es grande, déjela en un millón
Frecuencia (p) anticipada %	84	Escriba entre 0 y 99.99. Si no lo conoce, utilice 50%
Límites de confianza como +/- porcentaje de 100	5	Precisión absoluta %
Efecto de diseño (para estudios con muestras complejas—EDFF)	1	1.0 para muestras aleatorias

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N): 864
 frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 84% +/- 5
 Límites de confianza como % de 100 (absoluto +/- %)(d): 5%
 Efecto de diseño (para encuestas en grupo—EDFF): 1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

Intervalo Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	167
80%	81
90%	125
97%	196
99%	253
99.9%	349
99.99%	420

Ecuación

$$\text{Tamaño de la muestra } n = \frac{EDFF * N * p(1-p)}{[(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p))]}$$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abierto SSPropor

Según el cálculo realizado con open epi con un intervalo de confianza del 95% el tamaño muestra debería ser mínimo de 167 pacientes con cáncer de mama sin embargo por factores relacionados como los económicos, de tiempo, geográficos, dificultad para acceder a realizar los cuestionarios a las pacientes, la poca participación de las pacientes y el difícil acceso a las estadística, los autores se vieron obligados a utilizar un intervalo de confianza del 80% por lo tanto para el intervalo del 80% según el programa la muestra final debería de ser de 81 pacientes con cáncer de mama.

Tipo de muestreo:

Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, tipo de muestreo en el que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. (Sampieri, 2014)

Técnica y procedimientos de recolección de la información:

La fuente de recolección fue de tipo primaria ya que se obtuvo directamente de las pacientes.

La técnica de recolección de la información fue un cuestionario de preguntas cerradas. Los cuestionarios se definen como conjunto de preguntas respecto de una o más variables que se van a medir. (Sampieri, 2014)

El instrumento de recolección de la información estuvo constituido de 3 aspectos, el primer aspecto constó de un cuestionario donde se rellenaron los datos sociodemográficos y las pacientes marcaron con una X, en caso de la edad se puso poner su valor correspondiente, esto para poder realizar los cálculos de medida de tendencia central, el segundo aspecto estuvo constituido por las características clínicas del cáncer de mama, características clínicas de la depresión y características clínicas de la ansiedad en las cuales se marcaban en una X en el sí en caso de estar presente dichas características y no en caso de no presentarlas; el último aspecto constó de 2 subescala, una escala para ansiedad y otra para depresión a partir de la escala de HADS donde las pacientes marcaron con una X según se correspondió para su posterior análisis.

Criterios de Selección de la Muestra:

Los criterios que especifican las características que la población debe tener se denominan criterios de elegibilidad o criterios de selección. Estos criterios son los criterios de inclusión y exclusión, que son los que van a delimitar a la población elegible. (Arias, Villasís, & Miranda, 2016)

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que asisten al Hospital Bertha Calderón Roque.
- Pacientes que asisten a la consulta externa.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes diagnosticadas con cáncer de mama.
- Pacientes que se asistan al servicio de estudio durante el periodo enero-febrero 2021.
- Pacientes que quieran colaborar con el estudio

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con diagnóstico no bien definido de cáncer de mama.
- Pacientes con otro diagnóstico oncológico.
- Pacientes que presente otros trastornos psiquiátricos que no sean ansiedad y depresión.
- Pacientes que no sepan leer y escribir al momento de realizar el cuestionario.
- Pacientes que hayan acudido en más de una ocasión en el periodo de estudio.
- Pacientes que no sean colaborativos en el estudio

Procedimiento de Recolección de la información:

La idea surge primeramente cuando se rotó en el servicio de Ginecología, y se observó los múltiples casos de cáncer de mama, esto asociado a trastornos psiquiátricos como la ansiedad y la depresión, posteriormente se procedió a buscar información en las bibliotecas y repositorios nacionales de los cuáles no se encontraron muchos estudios de referencias a nivel nacional y su impacto en estas pacientes con diagnóstico de cáncer.

Posteriormente se consultó con múltiples Ginecólogos de experiencia de dicho hospital y de dicha área, los cuáles refirieron que no se ha abordado el cáncer de mama desde el punto de vista psicológico de la ansiedad y de la depresión, por lo que surgió la iniciativa para dicha investigación. Se inició con una propuesta de tema, se buscó un tutor clínico el cual dio el visto bueno y se comenzó con la elaboración del tema.

Para poder tener acceso de elaborar el estudio, se presentó a las autoridades correspondiente (Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN-Managua y Dirección Docencia del Hospital Bertha Calderón Roque) el tema antes planteado; una vez que fue aprobado por dichas instituciones las cuáles brindaron la ayuda correspondiente para realizar el estudio, con el apoyo del personal de estadística de la unidad de salud se obtuvo los datos estadísticos del número de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, con el objetivo de seleccionar la población a evaluar, y por ende la muestra de dicho estudio; además, se contó con la autorización y apoyo del jefe del área de oncología del Hospital Bertha Calderón Roque que muy amablemente accedió a colaborar con el estudio.

Posteriormente se procedió a hacer la validación de los instrumentos del estudio donde se realizó un cuestionario a 10 pacientes con características similares a las que formarían parte en el presente estudio, el cual se aplicó en los municipios de Nandaime, Granada y Acoyapa, Chontales donde se procedió a explicarles el proceso de llenado de la encuesta, como resultado de esto no hubo ningún tipo de confusión a la hora de realizarla tomándose un promedio de 10 minutos de llenado de dicha encuesta, posteriormente se aclararon las dudas a las pacientes colaborando con el estudio con un resultado satisfactorio por parte de estas.

Luego se asistió al lugar de estudio a mediados de enero y principios de febrero al área de consulta externa de oncología y se iba tres días a la semana, lunes, miércoles y viernes de 8 a 11 de la mañana, se procedió a interactuar con las personas que participaron en el estudio, se inició la recolección de la información con los pacientes que llegaban a su cita médica de control mensual, a los cuales se les brindó la información básica de la investigación y se entregó un consentimiento informado para el ingreso al estudio, haciéndose previamente una presentación personal e informándoles el objetivo y la importancia de su participación en la investigación. Posterior al haber leído y firmado, se continuó con el llenado de los datos sociodemográficos, las características clínicas y luego el llenado en cada sección de la escala HADS, en donde respondió a las preguntas que se le realizaron para su posterior análisis. Una vez terminada la recolección se hizo revisión, depuración y análisis de los instrumentos para verificar que todos estuvieran llenados correctamente.

Procedimiento de Análisis de la Información:

Una vez recogida la información lo primero que se realizó fue la revisión, depuración y limpieza de toda la información recolectada para valorar que la misma estuviera completa y confiable, se procedió a ordenar cada una de las fichas alfabéticamente y se realizó la base de datos de dicha ficha. Para la elaboración se escogió el programa Excel, versión 2.0 para Microsoft Word donde se comenzó a incorporar de manera individual y por variables independientes; en el caso de las variables cualitativas se procedió a codificar numéricamente para que dicho valor pudiera ser leído o interpretado por el programa utilizado; en el caso de las variables cuantitativas que tenían grupo se dio a revisar codificación numérica para poder realizar el análisis interpretativo se incorporó todos los datos de manera individual y una vez que se terminó de llenar la base de datos con la población muestreada se procedió a realizar análisis, depuración y limpieza de la base datos.

Se procedió en el mismo programa a realizar primeramente las tablas simples, estas se realizaron en tablas de frecuencia y porcentaje absoluto, también se realizaron tablas de cruce de variables respetando el plan de tabulación y análisis de aquellas que se consideraron las más importantes y dichas tablas fueron también expresadas en frecuencia y porcentajes absolutos. Una vez terminada la realización de las tablas simples y las tablas de cruce de variable, se realizó el cálculo de las medidas de tendencia central correspondiéndose a estas a la media, mediana, moda y rango.

Medidas de tendencia central:

Valores medios o centrales de una distribución que sirven para ubicarla dentro de la escala de medición.

Moda:

Categoría o puntuación que se presenta con mayor frecuencia.

Media:

Es el promedio aritmético de una distribución y es la medida de tendencia central más utilizada. (Sampieri, 2014)

Mediana:

Representa el valor de la variable de posición central en un conjunto de datos ordenados.

Rango:

Indica la extensión total de los datos en la escala. (Sampieri, 2014)

Se procedió a realizar la valoración diagnóstica de las pacientes muestreadas donde se utilizó la escala HADS validada posterior a la aplicación de esta misma, teniendo en cuenta los valores estándar de dicha escala donde independientemente que se esté evaluando ya sea ansiedad o depresión se va valorando con un puntaje de 0 a 3 en dependencia de cada subítem para un total de 21 puntos para cada subescala siendo un valor de menor de 8 correspondiente a ausencia de ansiedad y depresión, entre 8 y 10 caso probable y mayor de 10 caso confirmado para ansiedad y depresión.

Donde los ítems de la escala de ansiedad fueron “ me siento nervioso “ con las respuestas todos los días de 3 puntos, muchas veces 2 puntos, a veces 1 punto y nunca 0 puntos el segundo ítem decía “ tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder” donde las respuestas eran siempre con 3 puntos, por lo general 2 puntos, no muy a menudo con 1 punto y nunca con 0 puntos, el tercer ítem decía “me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme”, con las respuestas, muy a menudo con 3 puntos, con bastante frecuencia con 2 puntos, en ciertas ocasiones con 1 punto y nunca con 0 puntos, el cuarto ítem “me asaltan sentimientos repentinos de pánico” con las respuestas, muy frecuentemente con 3 puntos, bastante a menudo con 2 puntos, no muy a menudo con 1 punto y rara vez con 0 puntos.

Por otra parte, el quinto ítem “puedo ver el lado divertido de las cosas con las respuestas” con las respuestas, nunca con 3 puntos, casi nunca con 2 puntos, no tanto ahora con 1 punto y al igual que siempre con 0 puntos, el sexto ítem “tengo mi mente llena de preocupaciones” con las respuestas la mayoría de las veces 3 puntos, con bastante frecuencia 2 puntos, a veces aunque no muy a menudo con 1 punto y solo en ocasiones con 0 puntos, el séptimo ítem decía “tengo una sensación extraña como si tuviera mariposas en el estómago” con las opciones, por lo general en todo momento con 3 puntos, muy a menudo con 2 puntos, a veces con 1 punto y nunca con 0 puntos.

En la escala de depresión los ítems fueron los siguientes: “todavía disfruto de lo que antes me gustaba” con las opciones nunca con 3 puntos, casi nunca con 2 puntos, no tanto ahora con 1 punto, al igual que siempre lo hice con 0 puntos el segundo ítem “me siento alegre”, con las opciones, nunca con 3 puntos, no muy a menudo con 2 puntos, a veces con 1 punto y casi siempre con 0 puntos, el tercer ítem “puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado” con las opciones nunca con 3 puntos, no muy a menudo con 2 puntos, por lo general con 1 punto y siempre con 0 puntos, el cuarto ítem que decía “me siento optimista con respecto al futuro “ con las opciones, nunca con 3 puntos, en ciertas ocasiones con 2 puntos, con bastante frecuencia con 1 punto y muy frecuentemente con 0 puntos, el quinto ítem “me divierto con un buen libro, la radio, o programa de televisión “ con las opciones nunca con 3 puntos, casi nunca con 2 puntos, no tanto ahora con 1 punto y al igual que siempre con 0 puntos, el sexto ítem titulado “me siento como si cada día estuviera más lento” con las opciones, bastante a menudo con 3 puntos, muy a menudo con 2 puntos, solo un poco con 1 punto y nunca con 0 puntos y el último ítem de la escala para depresión titulada “He perdido interés en mi aspecto personal “ con las opciones , totalmente con 3 puntos, no me preocupo tanto como debiera con 2 puntos, me preocupo de vez en cuando con 1 punto y me preocupo igual que siempre con 0 puntos.

Ya que las tablas y gráficos fueron realizadas en el programa Excel 2.0 para Windows 10. y Se realizaron las gráficas que se tenían planteadas en las variables y se realizaron gráficos de pastel cuando las variables no eran más de 5 y gráficos barra con codificación de colores variables.

Se realizó copiado y pegado en Word siguiendo el orden de los objetivos específicos y se realizó mejora en la realización de la tabla colocándole título, numeración de la tabla y fuente según se correspondía.

Posteriormente se colocaron en los anexos del documento y se procedió a la realización de los resultados de la información siguiendo el orden los objetivos específicos y el orden de las tablas describiendo el porcentaje de cada una de las informaciones. Se hizo el análisis de dichos resultados contrastándolo con el marco teórico y los antecedentes del estudio, posteriormente se elaboraron las conclusiones de la investigación y las recomendaciones dirigidas a la población pertinente.

Definición de Variables por objetivos específicos:

No.	Objetivos Específico.	Variabes.
1	Caracterizar socio demográficamente la población en estudio.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Procedencia ✓ Religión ✓ Estado civil ✓ Etnia ✓ Ocupación ✓ Profesión ✓ Escolaridad.
2	Identificar las características clínicas de las pacientes muestreadas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manifestaciones clínicas del Cáncer de Mama. ✓ Manifestaciones clínicas de la Depresión. ✓ Manifestaciones clínicas de la Ansiedad.
3	Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad según la Escala HADS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnóstico de ansiedad ✓ Diagnóstico de depresión

Plan de Tabulación y Análisis:

No.	Variable / Cruce de Variables.	Tipo de Tabulación y Análisis estadístico.
1	Edad	Tabla de frecuencia y porcentaje y Gráfica de Circular 3D en porcentaje, aplicación de medidas de tendencia central.
2	Procedencia	Tablas de frecuencia y porcentaje.
3	Religión	Tabla de frecuencia y porcentaje.
4	Estado Civil	Tabla de frecuencia y porcentaje y Gráfica de columna apilada en porcentaje.
5	Etnia	Tabla de frecuencia y porcentaje.
6	Ocupación	Tabla de frecuencia y porcentaje.
7	Profesión	Tabla de frecuencia y porcentaje y Gráfica de columna apilada en porcentajes.
8	Escolaridad	Tabla de frecuencia y porcentaje.

No.	Variable / Cruce de Variables.	Tipo de Tabulación y Análisis estadístico.	Importancia del cruce.
9	Edad - Diagnóstico de ansiedad	Tabla en frecuencia y porcentaje y Gráfica de columnas apiladas en porcentaje.	Evidenció la identificación del estado de ansiedad según la edad de la paciente.
10	Edad- Diagnóstico de depresión	Tabla en frecuencia y porcentaje. Gráfica de columnas apiladas en porcentaje.	Permitió identificar el estado de depresión según la edad de la paciente.
11	Religión- Diagnóstico de ansiedad.	Tabla en frecuencia y porcentaje y Gráfica de columnas apiladas en porcentaje.	Categorizó la relación entre la religión y el estado de ansiedad de la paciente.
12	Religión- Diagnóstico de ansiedad	Tabla en frecuencia y porcentaje y Gráfica de columnas apiladas en porcentaje.	Evidenció la relación entre la religión y el estado depresivo de la paciente.
13	Estado civil- Diagnóstico de ansiedad	Tabla en frecuencia y porcentaje y Gráfica de columnas apiladas en porcentaje.	Identificó la relación y prevalencia de la ansiedad y el estado civil de la paciente.
14	Estado civil- Diagnóstico de depresión	Tabla en frecuencia y porcentaje y Gráfica de columnas apiladas en porcentaje.	Logró identificar la relación y prevalencia de la depresión y el estado civil de la paciente.
15	Escolaridad- Diagnóstico de ansiedad	Tabla en frecuencia y porcentaje y Gráfica de columnas apiladas en porcentaje.	Identificó la relación y prevalencia de la ansiedad y el nivel de escolaridad de la paciente
16	Escolaridad- Diagnóstico de depresión	Tabla en frecuencia y porcentaje y Gráfica de columnas apiladas en porcentaje.	Permitió identificar la relación y prevalencia de la depresión y el nivel de escolaridad de la paciente

Operacionalización de las variables

Objetivo 1						
Caracterizar socio demográficamente la población en estudio.						
No	Variable	Definición operacional de la variable	Indicador	Escala	Valor	Tipificación de la variable
1	Edad	Número de años cumplidos desde su nacimiento hasta el momento de la encuesta.	Años.		18 -24 25-40 41-60 Mayor de 60	Cuantitativa, discreta, politémica.
2	Procedencia	Área demográfica de origen de la paciente.	Urbano. Rural.	Si No		Cualitativa, nominal, bicotómica.
3	Religión	Es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Católico. Evangélico. Testigo de Jehová. Otros.	Si No		Cualitativa, nominal, politémica.

No	Variable	Definición operacional de la variable	Indicador	Escala	Valor	Tipificación de la variable
4	Estado civil	Relación legal de hecho en el que se encuentra la paciente.	Soltera. Casada. Unión libre. Separada. Divorciada. Viuda.	Si No		Cualitativa, nominal, politémica.
5	Etnia	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales.	Mestizo. Otros.	Si No		Cualitativa, nominal, politémica.

No	Variable	Definición operacional de la variable	Indicador	Escala	Valor	Tipificación de la variable
6	Ocupación	Acción que se ejecuta a cambio de una retribución.	Costurera. Ama de casa. Jubilada. Maestra. Otras. Ninguna.	Si No		Cualitativa, nominal, politómica.
7	Profesión	Actividad habitual de una persona, generalmente para la que se ha preparado.	Costurera. Secretaria. Enfermera. Contadora. Docente. Otras. Ninguna.	Si No		Cualitativa, nominal, politómica.

No	Variable	Definición operacional de la variable	Indicador	Escala	Valor	Tipificación de la variable
8	Escolaridad	Nivel de estudios de grado que posee la paciente al momento de la encuesta.	Primaria. Secundaria. Universitaria.	Si No		Cualitativa, ordinal, politómica.

Objetivo 2					
Identificar las características clínicas de las pacientes muestreadas					
No	Variable	Definición operacional de la variable	Indicador	Escala	Tipificación de la variable
1	Manifestaciones clínicas del cáncer de mama.	Conjunto de signos y síntomas del cáncer de mama.	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de grosor de la mama. • Cambio de coloración. • Bulto en la mama. • Secreción purulenta. • Retracción del Pezón. • Presencia de masas en un solo lado del pecho. • Nódulo axilar. 	Si No	Cualitativa, nominal, politómica.
2	Manifestaciones clínicas de la depresión.	Conjunto de síntomas y signos de la depresión.	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza. • Pérdida de peso y apetito. • Falta de concentración. • Pensamientos negativos. 	Si No	Cualitativa, Nominal, Politómica.
3	Manifestaciones clínicas de la ansiedad.	Conjunto de síntomas y signos de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnio. • Dificultad para concentrarse. • Tensión muscular. • Cambios de humor. 	Si No	Cualitativa, Nominal, Politómica.

Objetivo 3

Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad según la Escala HADS.

No	Variable	Concepto operacional	Dimensión	Indicador	Valor	Tipificación de la variable
1	Diagnóstico de Ansiedad	Conjunto de sentimientos expresados por el paciente en relación con la ansiedad desde el diagnóstico de cáncer de mama hasta el momento de aplicación del cuestionario.	1. Me siento tenso o nervioso.	Todos los días	3	Cuantitativa, continua, politómica.
				Muchas veces	2	
				A veces	1	
				Nunca	0	
			2. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.	Siempre	3	
				Por lo general	2	
				No muy a menudo	1	
				Nunca	0	

No	Variable	Concepto operacional	Dimensión	Indicador	Valor	Tipificación de la variable
1	Diagnóstico de Ansiedad	Conjunto de sentimientos expresados por el paciente en relación con la ansiedad desde el diagnóstico de cáncer de mama hasta el momento de aplicación del cuestionario.	3. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.	Muy a menudo	3	Cuantitativa, continua, politómica.
				Con bastante frecuencia	2	
				En ciertas ocasiones	1	
				Nunca	0	
			4. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.	Muy frecuentemente	3	
				Bastante a menudo	2	
				No muy a menudo	1	
				Rara vez	0	
			5. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.	Nunca	3	
				Casi nunca	2	
				No tanto ahora	1	
				Al igual que siempre	0	

No	Variable	Concepto operacional	Dimensión	Indicador	Valor	Tipificación de la variable
1	Diagnóstico de Ansiedad	Conjunto de sentimientos expresados por el paciente en relación con la ansiedad desde el diagnóstico de cáncer de mama hasta el momento de aplicación del cuestionario.	6. Tengo mi mente llena de preocupaciones.	La mayoría de las veces	3	Cuantitativa, continua, politómica.
				Con bastante frecuencia	2	
				A veces, aunque no muy a menudo	1	
				Sólo en ocasiones	0	
			7. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.	Por lo general en todo momento	3	
				Muy a menudo	2	
				A veces	1	
				Nunca	0	

No	Variable	Concepto operacional	Dimensión	Indicador	Valor	Tipificación de la variable
2	Diagnóstico de Depresión	Conjunto de expresiones de la paciente en relación a la depresión desde el diagnóstico de cáncer de mama hasta el momento de aplicación del cuestionario.	8. Todavía disfruto lo que antes me gustaba.	Nunca	3	Cuantitativa, continua, politómica.
				Casi nunca	2	
				No tanto ahora	1	
				Al igual que siempre lo hice	0	
			9. Me siento alegre.	Nunca	3	
				No muy a menudo	2	
				A veces	1	
				Siempre	0	

No	Variable	Concepto operacional	Dimensión	Indicador	Valor	Tipificación de la variable
2	Diagnóstico de Depresión	Conjunto de expresiones de la paciente en relación a la depresión desde el diagnóstico de cáncer de mama hasta el momento de aplicación del cuestionario.	10 Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.	Nunca	3	Cuantitativa, continua, politómica.
				No muy a menudo	2	
				Por lo general	1	
				Siempre	0	
			11. Me siento optimista respecto al futuro.	Nunca	3	
				En ciertas ocasiones	2	
				Con bastante frecuencia	1	
				Muy frecuentemente	0	
			12. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.	Nunca	3	
				Casi nunca	2	
				No tanto ahora	1	
				Al igual que siempre	0	

No	Variable	Concepto operacional	Dimensión	Indicador	Valor	Tipificación de la variable
2	Diagnóstico de Depresión	Conjunto de expresiones de la paciente en relación a la depresión desde el diagnóstico de cáncer de mama hasta el momento de aplicación del cuestionario.	13 Me siento como si cada día estuviera más lento.	Bastante a menudo	3	Cuantitativa, continua, politómica.
				Muy a menudo	2	
				Sólo un poco Nunca	1	
				Nunca	0	
			14 He perdido interés en mi aspecto personal.	Totalmente	3	
				No me preocupo tanto como debería	2	
				Me preocupo de vez en cuando	1	
				Me preocupo al igual que siempre	0	

Aspectos Éticos:

En la presente investigación, se consideró poner en práctica los aspectos metodológicos que se requieren para la obtención de la información vital del estudio, debido a que la fuente de información fue tanto primaria como secundaria, nombramos a continuación cuáles fueron los aspectos éticos que se tomaron en cuenta a la hora de la realización del trabajo metodológico:

- El nombre y diagnóstico de los pacientes en estudio fue confidencial y no se hicieron comentarios del mismo, ni con compañeros, docentes o cualquier persona ajena a la investigación.
- Se brindó un consentimiento informado a todo paciente que ingresó al estudio, donde estaba plasmado el objetivo del estudio, el periodo en que se realizó, y la importancia de la investigación.
- Al momento de la entrevista no se realizó preguntas fuera de la investigación.
- No se realizó ningún tipo de juicio de la condición del paciente.

Según el código de ética de Helsinki en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. (Declaración de Helsinki de la AMM, 2017)

VIII. RESULTADOS

En base a la recolección de la información y la elaboración que se hizo de la base de datos respecto a la depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de estudio, los resultados fueron los siguientes:

En cuanto a las características sociodemográficas, respecto a la edad se encontró que el 49.38% estaban ubicados en el grupo etario de 41-60 años, seguido del grupo de mayores de 60 con un 37.04%, en tercer lugar el grupo de 25-40 años con un 12.35% y en último lugar el grupo de 18-24 años con 1.23%, siendo la media para la edad de 55.58 años, la mediana de 57 años, la moda de 42 años y el rango de 56; respecto a la procedencia el 83.72% del área urbana y el 17.28% del área rural; en cuanto a religión resultaron ser católicos en un 46.91%, seguido de evangélicos con un 43.21% y en tercer lugar para testigos de jehová y otros con un 4.94%.

En cuanto al estado civil el 48.15% eran casadas, en segundo lugar eran solteras con un 18.52%, en tercer lugar con un 13.58% eran viudas, 9.88% estaban en unión libre y 4.94% eran separadas y divorciadas; con respecto a la etnia el 95.06% eran mestizos y un 4.94% eran de otra etnia; por otra parte, se encontró que dentro de la ocupación el 71.60% de las pacientes eran amas de casa, mientras que el 12.35% tenían otro tipo de ocupación, el 6.17% no tenía ningún tipo de ocupación, el 4.94% eran costureras, el 2.47% maestras y en último lugar con 1.23% jubiladas; sin embargo dentro de la profesión se encontró que el 69.14% no ejercían ninguna profesión, en segundo lugar con 8.64% tenían otro tipo de profesión, en tercer lugar se encontraban las docentes y contadoras con un 6.17%, seguida de las costureras y enfermeras con un 3.70% y en último lugar a las enfermeras con un 2.47%.

De acuerdo a la escolaridad se encontró que predominaba en primer lugar la escolaridad de primaria con el 45% de las pacientes, en segundo lugar, con 38% tenían escolaridad de secundaria y en último lugar con un 16% eran universitarias. **(Ver anexo: Tabla No. 01)**

De acuerdo a las características clínicas se reportó que al aumento del grosor de la mama el 71.69% de las pacientes reportaron que no presentaron este síntoma en contraparte con el 28.40% que sí lo presentaron, con respecto al cambio de coloración de la mama el 72.84% reportó que no presentaron este síntoma mientras que el 16.86% si lo presento; por otra parte, el 64.20% de las pacientes refirieron haber presentado un bulto en la mama y un 35.80% refirieron que no, con respecto a la secreción de purulenta un 66.67% refirieron que presentaron la sintomatología mientras que el 33.33% refirieron no haberla presentado, respecto a la retracción del pezón un 62.96% presentaron esta sintomatología mientras que el 37.04% refirieron que no; por otra parte dentro dolor en la mama 58.02% de las pacientes refirieron no haberlo presentado y un 41.98% refirió no haber presentado este síntoma.

Continuando con las características clínicas del cáncer de mama, el 70.07% presentaron presencia de masa en un solo lado del pecho por el contrario solo el 25.93% de estas refirieron no haber presentado estas masas y por último el 61% de las pacientes dijeron que habían presentado nódulos axilares y un 38.27% dijeron que no. **(Ver anexo: Tabla No. 02)**

Continuando con las características clínicas propias de la ansiedad se encontró que el 60.49% de las pacientes habían presentado insomnio y un 39.51% refirieron que no, mientras que un 56.79% refirieron haber tenido dificultad para concentrarse y un 43.21% dijeron no haber tenido esa sintomatología; con respecto a la tensión muscular el 67.90% de las pacientes dijeron haber presentado esta sintomatología y el 32.10% refirieron no haberla presentado y por último el 59.26% de las pacientes presentaron cambios de humor y el 40.74% dijeron no haber presentado cambios de humor. **(Ver anexo: Tabla No. 03)**

Con respecto a la sintomatología de la depresión el 66.67% de las pacientes refirieron sentir tristeza durante su proceso de la enfermedad mientras que un 33.33% refirieron que no, en cambio un 56.79% de las pacientes refirieron haber perdido peso y un 43.21% refirieron no habían perdido peso; sin embargo, el 56.79% de las pacientes refirió tener falta de concentración en sus actividades diarias y el 43.21% de estas dijeron no tener ninguna dificultad para concentrarse, por último el 53.09% de las pacientes refirió tener pensamientos negativos y un 46.91% refirió no haber tenido pensamientos negativos. **(Ver anexo: Tabla No. 04)**

Con respecto a la frecuencia de ansiedad según escala HADS las pacientes en cuanto al ítem que decía “Me siento tenso o nervioso” se encontró que el 65.43% refirió a veces sentirse así, seguido en un 16.05% de pacientes que nunca se sintieron así, en tercer lugar con un 12.35% refirieron que muchas veces se sintieron tensas y en último lugar el 6.17% de las pacientes dijeron que todos los días se sintieron tensas o nerviosas; respecto al ítem “Tengo una sensación de miedo como si algo horrible me fuera a suceder”, se encontró que un 40.74% refirieron sentir a veces esa sensación de miedo, seguido de un 34.57% que dijeron nunca haberse sentido así, en tercer lugar un 16.05% que por lo general habían tenido esa sensación y por último el 8.64% de las pacientes dijeron que siempre se sentían de esa manera.

En cuanto al tercer ítem “Me siento inquieta, como si no pudiera parar de moverme” el 48.15% de las pacientes refirieron nunca haberse sentido así, mientras que un 33.33% dijeron que en ciertas ocasiones se sintieron de esa manera, en tercer lugar con un 9.88% expresaron sentirse así con bastante frecuencia y por último un 8.64% dijo que les pasaba muy a menudo; con respecto al cuarto ítem “Me asaltan sentimientos repentinos de pánico” un 51.85 % de las pacientes refirieron rara vez haber sentido pánico, seguido de 27.16% las cuáles no se sentían así muy a menudo, en tercer lugar con 16.05% dijo que bastante a menudo sentía esos sentimientos de pánico, y por último 4.94% de las pacientes dijeron que lo presentaban muy frecuentemente.

Con respecto al quinto ítem “Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas” un 62.96% refirieron divertirse al igual que siempre, mientras que el 30.86% de las pacientes refirieron que no se divertían tanto ahora cómo antes, en tercer lugar con 4.94% dijeron que casi nunca lo hacían y con apenas el 1.23% dijeron que ya nunca lo hacían; en cuanto al sexto ítem “Tengo mi mente llena de preocupaciones” un 46.91% de las pacientes refirieron que solo en ocasiones se sentían de esa manera, en segundo lugar el 22.22% dijeron que a veces, aunque no muy a menudo les pasaba esto, en tercer lugar con 16.05% de las pacientes dijeron que la mayoría de las veces se sentían así y por ultimo con 14.81% dijeron que les pasaba con bastante frecuencia.

En el último ítem de la frecuencia de ansiedad llamado “Tengo una sensación extraña como si tuviera mariposas en el estómago”, un 40.74% de las pacientes refirieron a veces sentirse así, seguido de un 32.10% que refirieron nunca haberse sentido de esa forma, en tercer lugar, un 16.05% dijeron que les pasaba muy a menudo y por último el 11.11% de las pacientes refirieron sentirse así en todo momento. **(Ver anexo: Tabla No. 05)**

Con respecto a la frecuencia de la depresión según escala HADS en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el primer ítem “Todavía disfruto de lo que antes me gustaba”, el 61.73% de las pacientes dijeron que disfrutaban al igual que siempre, seguido de un 30.86% que refirieron que no disfrutaban tanto ahora, luego con 4.94% dijeron que casi nunca se sentían así y por último con 2.47% dijeron nunca haberse sentido así; en el segundo ítem “Me siento alegre”; un 51.85% dijeron que casi siempre se sentían así, y un 38.27% dijeron que a veces se sentían así, en tercer lugar el 7.41% se sentían así no muy a menudo y por último un 2.46% dijeron nunca haberse sentido así.

Con respecto al tercer ítem “Puedo estar relajado confortablemente y sentirme relajado”, el 39.51% de las pacientes dijeron que por lo general se sentían de esa manera, en segundo lugar con un 35.80% dijeron que siempre se sentían así seguido de un 24.69% de las pacientes dijeron que no muy a menudo se sentían de esa forma y con un 0% dijeron que nunca; con respecto al cuarto ítem llamado “Me siento optimista con respecto al futuro” el 39.51% dijo que muy frecuentemente se sentían así, en segundo lugar con un 28.40% de las pacientes dijeron que en ciertas ocasiones y con bastante frecuencia se sentían así y por último con un 3.70% refirieron nunca sentirse así.

Siguiendo con el quinto ítem “Me divierto con un buen libro, la radio o programa de televisión” con un 67% las pacientes refirieron que lo hacían al igual que siempre, en segundo lugar, con un 7.41% dijeron que casi nunca o nunca se sentían de esa forma y por último con un 17.28% dijeron que no tanto ahora lo realizaban; continuando con el sexto ítem llamado “Me siento como si cada día estuviera más lento”, en primer lugar con un 40.74% refirió que solo un poco lo sentían en segundo lugar con un 27.16% están las pacientes que nunca sintieron esa sensación, con un 17.28% en tercer lugar están las que refirieron sentirlo bastante a menudo y por último con un 14.81% están las pacientes que dijeron que lo sentían muy a menudo.

Y en el último ítem llamado “He perdido interés en mi aspecto personal”, con un 48.15% están las pacientes que dijeron que se preocupaban al igual que siempre, en segundo lugar, con un 18.52% están las pacientes que refirieron que se preocupaban de vez en cuando y las que no tanto como deberían y por último con un 14.81% las pacientes que dijeron que han perdido totalmente el interés en su aspecto personal. **(Ver anexo: Tabla No. 06)**

Dentro del diagnóstico de ansiedad según escala HADS el 64.20% se situaron dentro del valor menor de 8, seguido del 13.58% con un valor entre 8 a 10 y por último con un 22.22% con una puntuación mayor de 10. **(Ver anexo: Tabla No. 07)**

En cuanto al diagnóstico de depresión según escala HADS el 66.67% de las pacientes tuvieron una puntuación menor de 8, luego 23.46% obtuvieron un valor entre 8 y 10 y un 9.88% un valor mayor de 10. **(Ver anexo: Tabla No. 8)**

Respecto a la depresión según el grupo etario se observó que el mayor puntaje de depresión se situó en el valor menor de 8 con 66.67% y en cuanto al grupo etario la mayor puntuación fue de 49.39% entre los rangos de edad de 41-60 años resultando el 34.57% estas pacientes con una puntuación menor de 8 seguido de los pacientes mayores de 60 años con 24.69%. **(Ver anexo: Tabla No. 09)**

En cuanto a la depresión según la religión se observó el mayor puntaje de depresión en el rango menor de 8 con un 66.67% y la religión evangélica predominó en este grupo con un 29.64% para un valor menos de 8 y con una mayor predominancia en la religión católica base al total de las pacientes con un 46.91%. **(Ver anexo: Tabla No. 10)**

Sin embargo, dentro de la depresión según el estado civil continuó el predominio en el rango menor de 8 con mayores porcentajes de las casadas con un 33.10%; así mismo: las mujeres casadas fueron las que tuvieron el primer lugar en base al total de pacientes con un 48.15% al contrario de las separadas con un 4.93%. **(Ver anexo: Tabla No. 11)**

Con respecto a la escolaridad según la depresión siguió predominando el rango menor de 8 con un 67.90% siendo la de mayor predominio las de primaria con un 32.10% en contra parte a las universitarias con un 16.04%. **(Ver anexo: Tabla No. 12)**

Por otra parte, en lo que respecta a la ansiedad según grupo etario se observó que el puntaje de mayor prevalencia estuvo situado en el rango menor de 8 con 62.96% y en cuanto al grupo etario el de mayor puntaje fue el rango de mayores de 60 años con un 27.16% para el rango menor de 8, encontrándose con un predominio del total de las pacientes el 49.39% en el rango de 41 a 60 años al contrario de las de 19 a 24 años con un 1.23% siendo la de menor porcentaje la antes mencionada. **(Ver anexo: Tabla No. 13)**

Respecto a la ansiedad según la religión podemos observar un predominio en el grupo de puntaje menor de 8 con un 64.20% donde se pudo observar un puntaje de 30.86 a las mujeres católicas; mientras tanto dentro del total de las pacientes predominaron las católicas igualmente con un 46.91% al contrario de los testigos de Jehová y otros con un 4.93%. **(Ver anexo: Tabla No. 14)**

En cuanto la ansiedad según el estado civil continuó el predominio en el rango menor de 8 con un 64.20% y con una predominancia de las pacientes casadas con un 29.63%; así mismo, las mujeres casadas fueron las que tuvieron el primer lugar en base al total de pacientes con un 48.15%, al contrario de las separadas y divorciadas quienes obtuvieron porcentajes menores con un 4.94% aproximadamente. **(Ver anexo: Tabla No. 15)**

Dentro de la ansiedad según escolaridad se encontró predominio dentro la puntuación menor de 8 con aproximadamente un 62.96% dentro del cual predominó el grupo de las de primaria con un 27.16%, de igual manera predominó en base al total de pacientes las de primaria con un 45.68% en contra parte a las universitarias con un 16.05% **(Ver anexo: Tabla No. 16)**

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS

En base a la recolección de la información y la elaboración que se hizo de la base de datos respecto a la depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama que fueron atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de estudio, en cuanto al análisis de los resultados se encontró que:

En cuanto a las características sociodemográficas con respecto al grupo etario las de mayor predominio fueron las del grupo de 41-60 años, esto coincide con lo que dijo (Lueboonthavatchai, 2007) donde en su estudio se encontró que dentro de las variables sociodemográficas la mayoría de ellos estaban en el rango de edad de 41-60 años; además, hubo una ligera diferencia con un estudio que se hizo en Nicaragua por parte de (Casco & Jaenz, 2009) donde estos encontraron que dentro las características sociodemográficas se encontró una prevalencia en el rango de edad entre 53-65 años.

Por otra parte, durante el cálculo de las medidas de tendencia central se encontró una media de 56 años, lo cual indicó que la mayor parte de las pacientes eran mayores de 56 años, siendo la edad un factor predisponente para padecer enfermedades crónicas y cáncer, incluyendo también el padecimiento de trastornos psicológicos, la mediana fue de 57 años, lo que casi coincide con la media, lo que quiere decir que el 50% de las pacientes tenían menos de 57 años y el otro 50% estaban arriba de los 50 años, por otra parte, la moda fue de 42 años lo que indicó que la mayoría de las pacientes tenían la edad de 42 años y que la mayoría de las pacientes con 42 años estaban por debajo de la media que es de 56 años y por último en cuanto al rango el resultado fue de 56, lo que indicó que la diferencia de edad entre la persona menor y mayor del estudio fue de 56 años.

Aunque algunos autores como (Casco & Jaenz, 2009) que en su estudio encontraron que dentro de las características sociodemográficas en cuanto la religión la mayoría resultaron ser católicas, seguido de evangélicas, tercer lugar otras religiones y en menor porcentaje eran testigos de Jehová. Lo cual coincide parcialmente con el presente estudio, ya que en el actual estudio predominó la religión católica, seguida de la evangélica, pero el tercer lugar era para testigos de Jehová y por último otras religiones que incluían mormones y adventistas. Esta diferencia probablemente se debe a que en el estudio de Casco & Jaenz se valoraron otras religiones en esa zona, por lo que probablemente había mayor diversidad de religiones que ocupan el tercer lugar, a diferencia del presente estudio ya que se realizó en un área urbana donde hay menor variedad de religiones.

Por otra parte, se encontró que dentro del estado civil la mayoría de las mujeres eran casadas, seguido de las solteras, en tercer lugar, se encontraban las viudas, seguido de las que tenían unión libre, y en último lugar estaban las mujeres separadas y divorciadas. A diferencia de los resultados establecidos por (Lueboonthavatchai, 2007) donde se encontró que la mayoría de las mujeres vivían con sus cónyuges, seguido de las que eran solteras y por último lugar las que estaban separadas, viudas o divorciadas. Mientras que coincide con el estudio de (Casco & Jaenz, 2009) donde se encontró que la mayoría de las pacientes estaban casadas, seguido de las solteras, con la diferencia que en tercer lugar estaba el grupo de acompañadas y en último viudas y separadas.

De acuerdo a la escolaridad en el presente estudio se encontró que en primer lugar predominó la escolaridad de primaria, segundo lugar las de secundaria y por último las universitarias; Esto relacionado al estudio de (Casco & Jaenz, 2009) donde identificaron que según la educación la mayoría había cursado primaria, seguido de la escolaridad secundaria, con la diferencia que en tercer lugar predominaron las pacientes que no sabían leer y escribir y por último las que tenían licenciatura grado y superior.

De acuerdo a las características clínicas se reportó que en cuanto al aumento del grosor de la mama la mayoría reportó que no presentaron este síntoma en contra parte con la minoría que sí lo presentaron, en segundo lugar la mayor parte de las pacientes refirieron haber presentado un bulto en la mama y la menor parte refirió que no, con respecto a la secreción de purulenta predominaron las pacientes que no presentaron este síntoma, en cambio la mayoría de las

pacientes dijeron haber presentado una masa en un solo lado del pecho y por último con el menor porcentaje la mayoría de las pacientes refirieron haber presentado nódulos axilares; esto difiere con lo expresado por los autores (Franco et al, 2019) donde indicaron que la presencia de un nódulo palpable, no doloroso, de contorno irregular, bordes imprecisos es el signo más frecuente por el que se consulta además de signos inflamatorios en pacientes con cáncer de mama.

Continuando con las características clínicas propias de la ansiedad la mayoría de las pacientes refirieron haber tenido insomnio, seguido de las que refirieron haber tenido dificultad para concentrarse, en tercer lugar, las que presentaron tensión muscular y por último lugar las que habían presentado cambios de humor. Estos resultados coinciden con la investigación de (Caniçali Primo et al, 2012) donde dice que la ansiedad, a nivel elevado, puede provocar percepciones negativas en cuanto a las habilidades motoras e intelectuales del individuo.

Con respecto a la sintomatología de la depresión la mayoría de las pacientes refirió sentir tristeza durante su proceso de la enfermedad, en segundo lugar refirieron haber perdido peso, seguido de tener falta de concentración en sus actividades diarias y por último las pacientes refirieron tener pensamientos negativos esto coincide igualmente con el estudio de (Caniçali Primo et al. 2012) donde encontraron que la depresión a su vez afecta las habilidades motoras e intelectuales del individuo, e interfiere en la atención selectiva y en la codificación de informaciones en la memoria, bloqueando la comprensión y el raciocinio.

Con respecto a la frecuencia de la depresión según escala HADS en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, en el primer ítem llamado “Todavía disfruto de lo que antes me gustaba”, las pacientes en su mayoría dijeron que disfrutaban al igual que siempre lo hacían y en menor porcentaje refirieron nunca haberse sentido así, esto puede deberse a que las pacientes tienen una actitud positiva ante su enfermedad por lo que intentan disfrutar de su vida al igual que siempre; en el segundo ítem “Me siento alegre”, las pacientes refirieron que casi siempre se sentía así, mientras tanto en último lugar aproximadamente dijeron nunca haberse sentido así, esto puede estar asociado a que las pacientes tienen apoyo por parte de la familia o amigos que las ayuda a sentirse la mayor parte del tiempo alegres.

Con respecto al tercer ítem llamado “Puedo estar relajado confortablemente y sentirme relajado” dijeron que por lo general se sintieron de esa manera y por otra parte ninguna de las pacientes refirió nunca estar relajada, lo cual es muy importante ya que esto muestra una actitud de fortaleza para las pacientes ante su enfermedad; con respecto al cuarto ítem llamado “Me siento optimista con respecto al futuro” la mayoría dijeron que se sentían así muy frecuentemente, y por último refirieron nunca sentirse así, esto es una clave importante a como refirieron la mayoría de las pacientes donde expresaron: que la fuerza para ser optimista era tener fe en Dios que todo irá bien.

Siguiendo con el quinto ítem llamado “Me divierto con un buen libro, la radio o programa de televisión” las pacientes refirieron que lo hacían al igual que siempre, siendo este la opción con mayor porcentaje dentro de los ítems para la subescala de depresión y en menor porcentaje dijeron que no se divertían tanto ahora, esto es importante ya que es un factor psicológico protector para las pacientes para menor riesgo de padecer depresión y puede ser algo clave por lo que resultó menor depresión que ansiedad en las pacientes; continuando con el sexto ítem llamado “Me siento como si cada día estuviera más lento” con un primer lugar refirieron que solo un poco y por último las pacientes dijeron que lo sentían muy a menudo, esto puede deberse a que las pacientes debido a su patología se sienten débiles y hacen más lentas sus actividades diarias, o por otra parte por sentir tristeza propiamente.

En lo que respecta al último ítem llamado “He perdido interés en mi aspecto personal” están las pacientes que dijeron que se preocupaban al igual que siempre y por último las pacientes que dijeron que han perdido totalmente el interés en su aspecto personal, esto es un factor positivo ya que el sentirse bien consigo misma y arreglarse ayuda a mejorar el estado de ánimo y por ende la manera de enfrentar el proceso salud-enfermedad.

Con respecto a la frecuencia de ansiedad según escala HADS las pacientes en cuanto a primer ítem que decía “Me siento tenso o nervioso” se encontró que la mayor parte de las pacientes se inclinó a marcar este ítem se pudo observar que debido a su condición clínica el estrés de la espera de la consulta externa referían sentirse de esa manera, además de que cierta parte de ellas estaba bajo tratamiento oncológico que las instaba a sentirse más nerviosas durante el proceso de su tratamiento; respecto al ítem “Tengo una sensación de miedo como si algo horrible me fuera a suceder” se encontró que las pacientes no tuvieron tendencia a marcarlo ya que decían no sentir no muy a menudo esa sensación, referían que se sentían optimista en cuanto al futuro y que tenían fe en poder sobrellevar su enfermedad y con un pequeño porcentaje marcaron que siempre tenían esa sensación, esto demuestra que las pacientes están con un desarrollo mental óptimo incluso con esta enfermedad terminal que las atormenta.

En cuanto al tercer ítem “Me siento inquieta, como si no pudiera parar de moverme” casi la mitad de las pacientes dijeron nunca haberse sentido así mientras que el un pequeño porcentaje refirieron que les pasaba muy a menudo; con respecto al cuarto ítem “Me asaltan sentimientos repentinos de pánico “más de la mitad de las pacientes dijeron nunca haber sentido pánico, y tan solo un mínimo porcentaje de estas dijeron que lo presentaban frecuentemente.

Continuando con el quinto ítem “Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas” más de la mitad de las pacientes dijeron que se divertían al igual que siempre siendo este la opción con más porcentaje dentro de los ítems de la subescala de ansiedad y solo un pequeño porcentaje dijeron que ya nunca lo hacían; en cuanto al sexto ítem “Tengo mi mente llena de preocupaciones” la mayoría de las pacientes refirieron que solo en ocasiones se sentían de esa manera y en menor cantidad con un dijeron que les pasaba con bastante frecuencia.

En el último ítem de la frecuencia de ansiedad según escala HADS llamado “Tengo una sensación extraña como si tuviera mariposas en el estómago”, menos de la mitad refirieron a veces sentirse así, y tan solo un pequeño grupo dijo que por lo general en todo momento se sentían así.

Esto nos quiere decir que las pacientes están siendo intervenidas de manera exitosa por parte del personal de salud y por parte de sus familias mostrando un pequeño índice de ansiedad durante su proceso de enfermedad, además de esto se demuestra que las pacientes con cáncer del Hospital Bertha Calderón Roque son pacientes fuertes mentalmente hablando y que con fe y espíritu de superación están enfrentando esta situación, esto difiere de algunos estudios internacionales que se muestran un mayor índice de ansiedad debido a situaciones económicas, sociales o propias de la enfermedad.

En cuanto al diagnóstico de ansiedad según escala HADS la mayoría puntuación se encontró en el rango menor de 8, seguido del rango entre 8 a 10 y por último el rango mayor de 10. Siendo una puntuación menor de 8 un indicador para ausencia de ansiedad, un valor de 8-10 caso probable para ansiedad y un valor mayor de 10 caso confirmado. Por lo tanto, se encontró una baja prevalencia para ansiedad a diferencia de lo encontrado en el estudio de (Valderrama & Sánchez) donde hubo mayor prevalencia de ansiedad en mayores porcentajes.

Por otra parte, para el diagnóstico de depresión según escala HADS el mayor porcentaje fue observado en el rango menor de 8, seguido del rango entre 8 y 10 y por último con menos porcentaje en el rango mayor de 10. Siendo una puntuación menor de 8 un indicador para ausencia de depresión, un valor de 8-10 caso probable para depresión y un valor mayor de 10 caso confirmado. Por lo tanto, se encontró una baja prevalencia para depresión a diferencia de lo encontrado en el estudio de (Valderrama & Sánchez) donde hubo mayor prevalencia de depresión, esta diferencia puede deberse a diversas situaciones culturales o incluso sociales que hacen esta diferencia significativa.

En cuanto a la depresión según el grupo etario se observó que las pacientes que predominaron pertenecían al grupo de 41 a 60 en el rango menor de 8 y en menor porcentaje en el rango mayor de 10 es decir que esto indicó la prevalencia de la ausencia de depresión en este rango de edad mientras que (Valderrama & Sánchez, 2018) encontraron que la edad no fue una consideración importante desde el punto de vista para presentar síntomas ansiosos y depresivos; ya que las puntuaciones del componente de ansiedad para las pacientes menores y mayores de 50 años no fueron significativas.

En cuanto a la depresión según la religión se observó mayor puntaje de depresión en el rango menor de 8 fue la religión evangélica mientras que tanto la religión católica como la evangélica tuvieron el mismo porcentaje para diagnóstico de depresión; a diferencia del estudio de Tsaras y colaboradores en el año 2018 donde encontraron que ser cristiano no ortodoxo se presentó mayormente a padecer tanto ansiedad como depresión.

En cuanto la depresión según el estado civil se encontró que en el rango menor de 8 se encontró el mayor porcentaje fue para las mujeres casadas, también las mujeres casadas fueron las que tuvieron el primer lugar en base al total de pacientes al contrario que las separadas eran las de menor prevalencia. Dentro del rango mayor de 10 el mayor porcentaje se situó en las mujeres casadas para diagnóstico de depresión, esta mayor prevalencia para las mujeres casadas también se encontró en el estudio realizado por (Alagizy, 2020) donde se encontró que, las pacientes casadas tenían una mayor prevalencia para depresión, a diferencia del estudio realizado por (Tsaras et al, 2018) donde observaron que las pacientes viudas tuvieron mayor depresión.

Con respecto a la escolaridad según la depresión los resultados fueron que de las pacientes estaban en el rango menor de 8, el mayor porcentaje estuvo situado en las pacientes con escolaridad primaria, de esta misma manera se encontró mayor prevalencia en la escolaridad primaria en el rango de mayor de 10 para diagnóstico de depresión, esto se diferencia del estudio realizado por los autores (Alagizy et al, 2020) donde encontraron que la educación fue factor predisponente para depresión, ya que las pacientes con niveles educativos más altos tenían mayores oportunidades para estar al tanto de su enfermedad y sus aspectos relacionados.

Con respecto a la ansiedad según grupo etario se observó un predominio de las pacientes que tenían entre 41 a 60 años, encontrándose el mayor porcentaje en las pacientes mayores de 60 años en el rango menor de 8; por otra parte, en el rango mayor de 10 las pacientes con mayor porcentaje fueron las 41-60 años para diagnóstico de ansiedad, mientras que en el estudio de (Tsaras et al ,2018) fueron las pacientes mayores de 70 años con prevalencia para ansiedad.

Respecto a la ansiedad según la religión se observó mayor puntaje de ansiedad en el rango menor de 8, donde la religión que más prevaleció en este rango fue la religión católica y de igual manera prevaleció la religión católica en el rango mayor de 10 con aproximadamente para diagnóstico de depresión, esta prevalencia se relacionó con el estudio de (Tsaras et al, 2018) donde encontraron que ser cristiano no ortodoxo se presentó mayormente a padecer tanto ansiedad como depresión.

En cuanto a la ansiedad según el estado civil se encontró que en el rango menor de 8 se encontró el mayor porcentaje para las mujeres casadas, de esta misma manera las mujeres casadas fueron las que tuvieron mayor prevalencia en el rango mayor de 10 para diagnóstico de ansiedad, a diferencia del estudio realizado por (Tsaras et al, 2018) donde observaron que las pacientes divorciadas presentaron mayor prevalencia para ansiedad.

Con respecto a la ansiedad según escolaridad se encontró el mayor porcentaje de pacientes en el grupo de primaria, siendo el mayor porcentaje situado en el rango menor de 8 para las de escolaridad primaria como resultado de ausencia de ansiedad, mientras que en el rango mayor de 10 tanto las pacientes de escolaridad primaria y secundaria obtuvieron el mayor puntaje para ambas respectivamente, como diagnóstico de ansiedad, esto concuerda con el estudio realizado por (Alagizy et al, 2020) donde encontraron que la educación fue factor predisponente para ansiedad para las pacientes que tenían niveles de educación bajo; mientras que (Lueboonthavatchai, 2007) observó que hubo mayor porcentaje de ansiedad en el grupo que solo cursaron escuela secundaria.

X. CONCLUSIONES

En cuanto a lo abordado con anterioridad de la presente investigación, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. En cuanto a las características sociodemográficas, la edad que predominó fue la del grupo ubicado entre 41 a 60 años; además la mayoría de estas estaban casadas, referente a la religión se encontraron más católicas, dentro de la ocupación predominaron las amas de casa, por otra parte, se observó que la gran mayoría no tenía ninguna profesión y casi el total de pacientes eran de etnia mestiza.
2. Con respecto a las características clínicas de la ansiedad y depresión se observó que la mayoría de las pacientes presento los signos y síntomas de la ansiedad como insomnio, dificultad para concentrarse y cambios de humor y en la depresión prevalecieron los síntomas como tristeza, pérdida de apetito, y pensamientos negativos.
3. En cuanto a las características clínicas del cáncer predominaron los signos y síntomas propios del cáncer como bulto en la mama, presencia unilateral de masas y nódulos axilares.
4. En cuanto al diagnóstico de ansiedad y depresión se encontró una mayor prevalencia para ansiedad que depresión.
5. En cuanto al diagnóstico de ansiedad y depresión según escala HADS se observó que los resultados del estudio revelaron que hubo mayor prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes entre 41 y 61 años, en cuanto a ansiedad se encontró una mayor prevalencia en las pacientes católicas y las que manifestaron mayor índice de depresión fueron las que profesaban la religión católica y evangélica y se observó que las pacientes casadas y las que cursaron escolaridad primaria tuvieron un mayor índice de depresión y ansiedad.

XI. RECOMENDACIONES

En base a la justificación que se planteó durante la realización del presente estudio, así como en base a las conclusiones reportadas, se puede recomendar lo siguiente:

A la dirección de salud mental del MINSA

- Capacitación por medio de talleres cada seis meses al personal de salud del Hospital Bertha Calderón Roque en cuanto al abordaje de ansiedad y depresión en todo paciente que ingrese al programa de oncología.
- Realización de evaluaciones periódicas a paciente con cáncer de mama por especialista en salud mental del hospital para el diagnóstico de ansiedad y depresión en estas pacientes.
- Realización de más simposios ya sean virtuales o de manera presencial enfocados en la salud mental.

Al personal médico del área de oncología

- Creación de programas que beneficien a pacientes con cáncer de mama que sufren de ansiedad y depresión como grupos de apoyo de parte de profesionales de la salud o trabajadores sociales.
- Crear diferentes grupos de apoyos, pueden ser pares o de autoayuda para pacientes con cáncer de mama para que las pacientes se sientan fortalecidas y comprendidas para que de esta manera controlen mejor sus emociones además de compartir sus experiencias y vivencias durante su proceso de enfermedad.
- Elaboración de murales con información alusiva a ansiedad, depresión y cáncer de mama con el fin de instruir a las pacientes que acudan a la unidad de oncología y al servicio de psicología.
- Distribución de brochures con contenido básico sobre ansiedad, depresión y cáncer de mama con el objetivo de capacitar a las pacientes y a sus familiares, acerca de estas patologías mentales.
- Impartir charlas sobre signos y síntomas de ansiedad, depresión y cáncer de mama a las pacientes para garantizar el auto cuidado de las pacientes.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Albuquerque, G. (2016). Cáncer de Mama y Depresión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(2):67–78. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol9num2/vol9n2art4.pdf>.
- Andrade, E, y Andrade, E. (2017). Relación Médico-Paciente En Oncología: Un Estudio Desde La *Perspectiva Del Paciente*. *Rev. Bioét., Brasilia* 25(3):563–76. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017253213>
- Arzate, C, Ochoa, F & Alvarado. (2013). La Relación Médico-Paciente-Familia En Oncología. *Gamo* 12(1):41–48. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-pdf-X1665920113933142>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. España y Latinoamérica: Médica Panamericana.
- Boing, L, Pereira, G, Araújo, C, Sperandio, F, Loch, MG, Bergmann, A, Guimarães, A. (2019). Factors associated with depression symptoms in women after breast cancer. *Revista de Saúde Pública*, 53- 30. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000786>
- Buick, D. L. & Petrie, K. J. (2002). I know just how you feel: the validity of healthy women’s perceptions of breast-cancer patients receiving treatment. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(1), 110-123. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb01422.x>
- Cajina, J. (2015). Prevención y Control de Enfermedades Análisis de Salud, *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=647-boletin-informativo-sobre-cancer&Itemid=235
- Casco & Jaenz. (2009). Estrategias de afrontamiento y nivel de depresión en las pacientes con cáncer de mama del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales. *Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-León. Repositorio UNAN-León* Recuperado de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/5036>

Correa, M. (2017). Impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer de mama: primeras reacciones emocionales. *Índex de Enfermería*, 26(4), 299-302. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000300015&lng=es&tlng=es.

De Souza, BF, de Moraes, JA, Inocenti, A., dos Santos, MA, Silva, AE & Miaso, AI (2014). Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 22(5), 866-873. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3564.2491>

Declaración de Helsinki de la AMM (2017). Principios Éticos Para Las Investigaciones Médicas En Seres Humanos. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Die-trill, M. (2007). Tratamiento psicológico grupal para mujeres con cáncer de mama: una aproximación clínica. *Psicosociología*, 4(2), 405 - 416. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0707220405A>

Duarte, Cáliz & Santos. (2011). Caracterización epidemiológica de pacientes con cáncer de mama. *Revista Facultad de Ciencias Médicas*, 32-43. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2011/pdf/RFCMVol8-2-2011-5.pdf>

Ell, K, Sánchez, K, Vourlekis, B, Lee, P, Dwight-Johnson, M, Lagomasino, . . . Rusell, C (2005). Depression, correlates of depression, and receipt of depression care among low-income women with Breast or gynecological cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(13), 3052–3060. doi:[10.1200/JCO.2005.08.041](https://doi.org/10.1200/JCO.2005.08.041)

Fernández, C, Padierna, C, Villoría, E, Amigo, I, Fernández R & Peláez, I, (2011). Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. *Psicothema*, 23(3), 374-381
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72718925006.pdf>

Franco et al. (2019). Manual de Psiquiatría. Perú: Academia AMIR.

Franco et al. (2019). *Manuel de Ginecología y Obstetricia*. Perú: Academia AMIR.

Fuentes, A, Lacayo, C, & Rodríguez, J. (2010). Calidad de vida, estrés y estilos de afrontamiento, en pacientes con cáncer mamario, en el Hospital España, departamento de Chinandega. *Repositorio Institucional UNAN-León*. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/123456789/2834>.

Galletero, J, Guimon, J, Echeburúa, E, Yllá, L & Gonzales, L (SF) Etiología de la ansiedad. *Monografías de Psiquiatría* 1(4), 1- 11. Recuperado de: http://www.psicoter.es/pdf/etiolog_ ansiedad.pdf

García, M, Rivera, S, Reyes, I, & Díaz, R (2011). El enfrentamiento y el conflicto: Factores que intervienen en la depresión. *Acta de investigación psicológica*, 1(3), 415-427. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322011000300004&lng=es&tlng=es.

Ghanmi L, Aloulou S, Mechri A, Zitoun K, Hmida AB, Zouari L, . . . Maalej.M (2017) Depression among elderly cancer patients. *Eur Psychiatry*.; 41(S1), S528-S528. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.711

Gold, M, Dunn, L, Phoenix, B, Steven MP, Hamolsky D, Levine D, Miaskowski, C. (2016). Co-Occurrence of Anxiety and Depressive Symptoms Following Breast Cancer Surgery and Its Impact on Quality of Life. *European Journal of Oncology Nursing* 20:97–105. doi: 10.1016/j.ejon.2015.06.003

Gonzales ,J, Morales, M, Lopez, Z, Diaz,M(2011) Factores pronósticos del cáncer de mama, *Revista Cubana de Cirugía* 2011:50(1):130-138 , Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v50n1/cir13111.pdf>

González, J, Morales, M, López, Z, & Díaz, M. (2011). Factores pronósticos del cáncer de mama. *Revista Cubana de Cirugía*, 50(1), 130-138. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932011000100013&lng=es&tlng=es.

Guía de práctica Clínica. “Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de ansiedad en el Adulto”, México; secretaria de la Salud, 2010. Recuperado de: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf

Hansdorfer, R, Chojnacka, G, Landowski, J, Majkowicz, M, Basiński, K, Zdun-Ryżewska, A, . . . Wasilewko, I. (2016). Relationships of anxiety and depressive symptoms with pain perception in post-mastectomy women. An intragroup analysis. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 43(4), 74-78. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000088>

Kasen S, Wickramaratne P, Gameroff MJ, & Weissman MM. (2012) R. religiosity and resilience in persons at high risk for major depression.. *Psychol Med*, 42(3), 509-19. doi:10.1017/S0033291711001516.

Kim, MS, Kim, SY, Kim, JH, Park, B. & Choi, HG. (2017). Depresión en pacientes con cáncer de mama que se han sometido a mastectomía: un estudio de cohorte nacional. *PloS uno*, 12 (4),. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175395>

Kugbey, N., Oppong, K. & Meyer A. (2019). Doctor–patient relationship mediates the effects of shared decision making on health-related quality of life among women living with breast cáncer , *South African Journal of Psychology*. 49 (3), 364 375. <https://doi.org/10.1177/0081246318801159>

Larios, M. (2015). Comportamiento clínico patológico del cancer de mama en pacientes atendidas en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en el periodo de enero 2011-diciembre 2015. Managua. (*Tesis inédita monográfica para optar al título de Médico y Cirujano*) *Repositorio Institucional UNAN-Managua*. Recuperado de: <http://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/7382>

López, M. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24(5), 209-211. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000500001&lng=es&tlng=es.

Lueboonthavatchai. (2007). Prevalencia y factores psicosociales de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama. *J Med Assoc Thai*, 90(10), 2164-2174. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18041438/#:~:text=Conclusion%3A%20Anxiety%20and%20depressive%20disorders,presence%20of%20pain%20and%20fatigue.>

Martínez, M , Lozano, A ,Rodriguez, A, Galindo , A , Alvarado , A (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 13(1), 55-58 recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-del-cancer-mama-X1665920114278797>

Mayo Clinic (sin fecha) . Trastornos de ansiedad. Recuperado de https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-203509_61

Meza, MP, Sánchez, C, & Mancilla, J. (2014). Relación médico-paciente con cáncer. *Perinatología y reproducción humana*, 28(1), 41-44. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000100007&lng=es&tlng=es.

MINSA. (2019)._Sistema Nacional de Estadísticas Vitales, *Ministerio de Salud | Mapa Nacional de La Salud En Nicaragua*. Recuperado de <http://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-de-nicaragua/>.

Noguera, M.J, Pérez, Barrientos, V, Robles, R, & Sierra, J. G. (2013), Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana (julio-diciembre, 2013)*, 21, (2), 29-37 Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525004.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2014) Cáncer de mama: prevención y control. Recuperado de <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index4.html>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Cáncer. recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20la%20segunda,de%20ingresos%20medios%20y%20bajos.>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Recuperado de: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=443:octubre-mes-internacional-cancer-mama&Itemid=451

Organización mundial de la salud (s.f.). Salud mental. Recuperado de https://www.who.int/topics/mental_health/es/#:~:text=La%20salud%20mental%20abarca%20una,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB.

Ortiz, G (2019). Fundación Ortiz Gurdíán – *Salud*. recuperado de <https://fundacionortizgurdian-salud.org/>.

Pousa, V, Miguelez, A, Hernández & González M. (2015). Depresión y Cáncer: Una Revisión Orientada a La Práctica Clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3):166–72. DOI: 10.1016/j.rccan.2015.04.005

Primo, C., Nunes, L.R., Pires, P.C. de A., Costa, F.M., & Costa, M.H.. (2012). Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. *Enfermería Global*, 11(28), 52-62. Recuperado de, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400005&lng=es&tlng=es.

Rico, J, Restrepo, M & Molina, M.. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de *Cancerología de Colombia*. *Avances en Medición*. 3. 73-86. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/281334144_Adaptacion_y_validacion_de_la_escala_hospitalaria_de_ansiedad_y_depresion_HAD_en_una_muestra_de_pacientes_con_cancer_del_Instituto_Nacional_de_Cancerologia_de_Colombia

Rodríguez, V, Miguelez, A, Hernández M, González, M, & Gaviria, M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica, *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(3), 166-172. <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2015.04.005>

Rosales, D, (2009). “Estrategias de Afrontamiento y Nivel de Depresión En Las Pacientes Con Cáncer de Mama Del Hospital Escuela Dr. Oscar, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- Unan – León (*Tesis Inédita monográfica para optar al título de título de*

Licenciadas en Psicología). Repositorio UNAN-León Recuperado de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/5036>

Santaballa, A (2020) Cáncer de mama. *SEOM Sociedad Española de Oncología Médica* recuperado de <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?showall=1>

Sardiñas, R. (2009). Autoexamen De Mama: Un Importante Instrumento De Prevención Del Cancer De Mama En Atención Primaria De Salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(3). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000300005&lng=es&tlng=es.

Srivastaval, V, Ansari1, M, Kumar, A, Gautam A, Kumar R, Sevach1, P. . . Prakash, O. (2016). Study of Anxiety and Depression among Breast Cancer Patients from North India. *Clin Psychiatry*, 2(1:4), 1-7. doi:10.21767/2471-9854.100017

Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.

Sadock, B, Ahmad & Sadock, V. (2018). *Manual de bolsillo de psiquiatría clínica*. España: Wolters Kluwer.

Terol, M. Carmen, Cabrera, V, & Martín, Ma. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología*, 31(2), 494-503. Doi :<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>

The Global Cancer Institute. (2019) Nicaragua Source: Globocan 2018. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/558-nicaragua-fact-sheets.pdf>

Torres, MA, Pace, TW, Liu, T., Felger, JC, Mister, D., Doho, GH, . . . Miller, AH (2013). Predictores de depresión en pacientes con cáncer de mama tratados con radiación: función de la quimioterapia previa y el factor nuclear kappa B. *Cáncer*, 119 (11), 1951-1959. <https://doi.org/10.1002/cncr.28003>

Tsaras, K, Papathanasiou, I, Mitsi, D, Veneti, A, Kelesi, M, Zyga, S, ... Fradelos, E. (2018). Assessment of Depression and Anxiety in Breast Cancer Patients: Prevalence and Associated Factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 19(6), 1661–69. Doi: 10.22034/APJCP.2018.19.6.1661.

Valderrama, MC, y Sánchez, R. (2018). Trastornos de Ansiedad y Depresión En Relación Con La Calidad de Vida de Pacientes Con Cáncer de Mama En Estadio Localmente Avanzado o Diseminado.” *Revista Colombiana de Psiquiatría* 47(4):211–20. Doi: 10.1016/j.rcp.2017.04.003

Vázquez, G, Meneses, O, Herrera, A, Caballe, M. del R., & Aguilar Ponce, J. L. (2015). Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3), 383-392. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51016

Vidal, M & López C (1999) .La Consulta psico-oncologica, la depresión en cáncer de mama, *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 8(2), 141- 156. Recuperado de <https://www.alcmeon.com.ar/8/30/MCVidal.htm>

Villegas, M (2011) . Depresión y Ansiedad En Mujeres Mastectomizadas. *Revista academica e institucional de la UCPR*. 83(1) 39-57 Recuperado de <https://biblioteca.ucp.edu.co/ojs/index.php/paginas/article/view/183/164>

Vivar, C. (2012). Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes, *Atención Primaria*, 44(5),288-292, <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.011>.

Wang, X., Wang, N., Zhong, L, Shengqi, W., Yifeng, Z., Bowen, Y., . . . Zhiyu, W (2020) . Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. *Mol Psychiatry* 25, 3186–3197. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-00865-6>

Wondimagegnehu, A., Abebe, W., Abraha, A. & Solomon T. (2019) Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Cancer* 19, 836 <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6007-4>

XIII. ANEXOS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Consentimiento informado para la investigación.

“Prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, febrero 2021.”

Código _____ Consulta Externa

Objetivo General: Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, febrero 2021.

Somos estudiantes investigadores de la facultad de ciencias médicas, actualmente cursando el sexto año que corresponde al internado, nuestros nombres son Eduardo Alexander Gómez Arauz y Yusbelky Solieth Arguello Duarte estamos abordando el tema de “Prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama”, tema de suma importancia ya que la salud mental debe de ser prioridad en cada individuo, de esta manera teniendo una mejor calidad de vida y una mejor recuperación de su patología de base.

Yo _____

He leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha respondido satisfactoriamente las preguntas que he realizado, aclarándoseme todas las dudas con respecto al tema. Por lo tanto, con total libertad decido participar en la investigación y doy mi visto bueno.

Firma del participante: _____

Nombre de quién aplicó el cuestionario: _____

Fecha de Aplicación: ____/____/____

Hora de Aplicación: _____



Cuestionario de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama.

“Prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, febrero 2021.”

Código _____ Consulta Externa

Objetivo General: Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, febrero 2021.

En este punto usted deberá llenar la edad con su valor correspondiente y el resto de incisos deberá marcar con una X según se corresponda en el inciso que se le está consultando.

I. Características sociodemográficas.

Edad: _____

Procedencia	Sí	No
Urbana		
Rural		
Religión	Sí	No
Católico		
Evangélico		
Testigo de Jehová		
Otros		

Estado civil	Sí	No
Soltera		
Casada		
Unión libre		
Separada		
Divorciada		
Viuda		

Etnia	Sí	No
Mestizo		
Otros		
Ocupación	Sí	No
Costurera		
Ama de casa		
Jubilada		
Enfermera		
Maestra		
Otras		
Ninguna		

Profesión	Sí	No
Costurera		
Secretaria		
Enfermera		
Contadora		
Docente		
Otras		
Ninguna		
Escolaridad	Sí	No
Primaria		
Secundaria		
Universitaria		

Este acápite está dividido en 3 aspectos, donde usted deberá marcar con una X en **Sí**, en caso haya presentado las características clínicas desde el momento del diagnóstico hasta la actualidad. En caso que no haya presentado alguna, marcar **No**. Puede marcar más de alguna alternativa.

Características clínicas del cáncer de mama	Si	No
Aumento del grosor de la mama		
Cambio en la coloración		
Bulto en la mama		
Secreción purulenta		
Retracción del pezón		
Dolor en la mama		
Presencia de masas en un solo lado del pecho		
Nódulo Axilar (Pelotitas)		

Características de la Ansiedad	Si	No
Insomnio		
Dificultad para concentrarse		
Tensión muscular		
Cambios de humor		
Características de la Depresión	Si	No
Tristeza.		
Pérdida de peso y apetito		
Falta de concentración		
Pensamientos negativos		

ESCALA DE HADS MODIFICADA

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta con una X dentro del cuadro que se corresponda que más se ajusta a cómo se ha sentido durante su proceso de diagnóstico de cáncer. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde de prisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se ha sentido. Solo se puede marcar por cada punto una sola alternativa.

Subescala de ansiedad:

1. Me siento tenso o nervioso.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

2. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

- Siempre
- Por lo general
- No muy a menudo
- Nunca

3. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.

- Muy a menudo
- Con bastante frecuencia
- En ciertas ocasiones
- Nunca

4. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

- Muy frecuentemente
- Bastante a menudo
- No muy a menudo
- Rara vez

5. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.

- Nunca
- Casi nunca
- No tanto ahora
- Al igual que siempre

6. Tengo mi mente llena de preocupaciones.

- La mayoría de las veces
- Con bastante frecuencia
- A veces, aunque no muy a menudo
- Sólo en ocasiones

7. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.

- Por lo general en todo momento
- Muy a menudo
- A veces
- Nunca

Subescala de depresión:

8. Todavía disfruto lo que antes me gustaba.

- Nunca
- Casi nunca
- No tanto ahora
- Al igual que siempre lo hice

9. Me siento alegre.

- Nunca
- No muy a menudo
- A veces
- Casi siempre

10. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.

- Nunca
- No muy a menudo
- Por lo general
- Siempre

11. Me siento optimista respecto al futuro.

- Nunca
- En ciertas ocasiones
- Con bastante frecuencia
- Muy frecuentemente

12. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.

- Nunca
- Casi nunca
- No tanto ahora
- Al igual que siempre

13. Me siento como si cada día estuviera más lento.

- Bastante a menudo
- Muy a menudo
- Sólo un poco
- Nunca

14. He perdido interés en mi aspecto personal.

- Totalmente
- No me preocupo tanto como debiera
- Me preocupo de vez en cuando
- Me preocupo al igual que siempre

Agradecemos nuevamente su participación en la investigación y reiteramos el manejo confidencial de la misma.

Nombre de quién aplicó el cuestionario: _____

Fecha de Aplicación: ____/____/____ **Hora de Aplicación:**

Tabla No. 01.01:

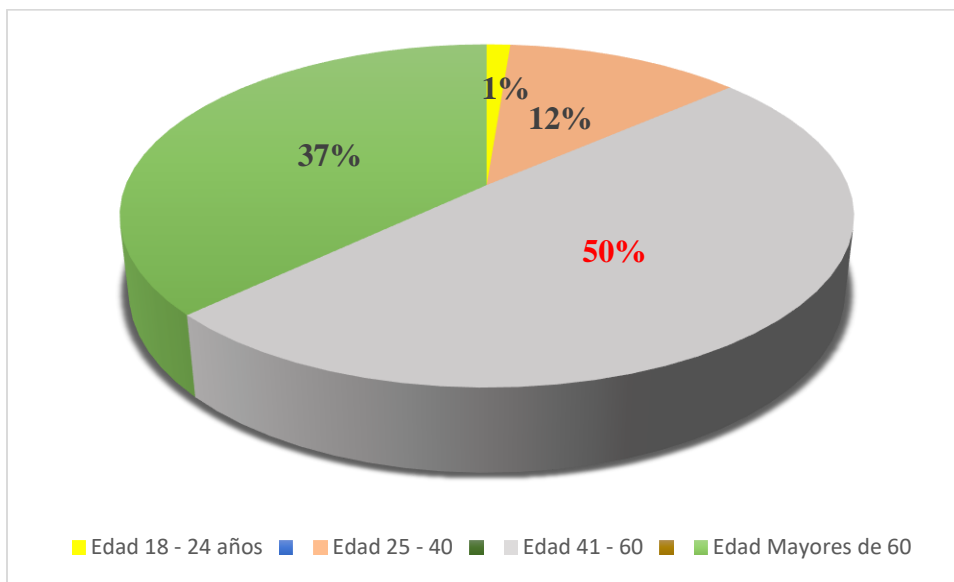
Características Sociodemográficas que predisponen a depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.

	Edad				Total
	18 - 24 años	25 - 40	41 - 60	Mayores de 60	
Frecuencia	1	10	40	30	81
Porcentajes	1.23	12.35	49.38	37.04	100
Media	55.58				
Mediana	57				
Moda	42				
Rango	56				
	Procedencia			Total	
	Urbana	Rural			
Frecuencia	67	14		81	
Porcentajes	82.72	17.28		100	
	Religión				Total
	Católico	Evangélico	Testigo de Jehová	Otros	
Frecuencia	38	35	4	4	81
Porcentajes	46.91	43.21	4.94	4.94	100

Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama / Base de Datos propia.

Gráfico No. 01:

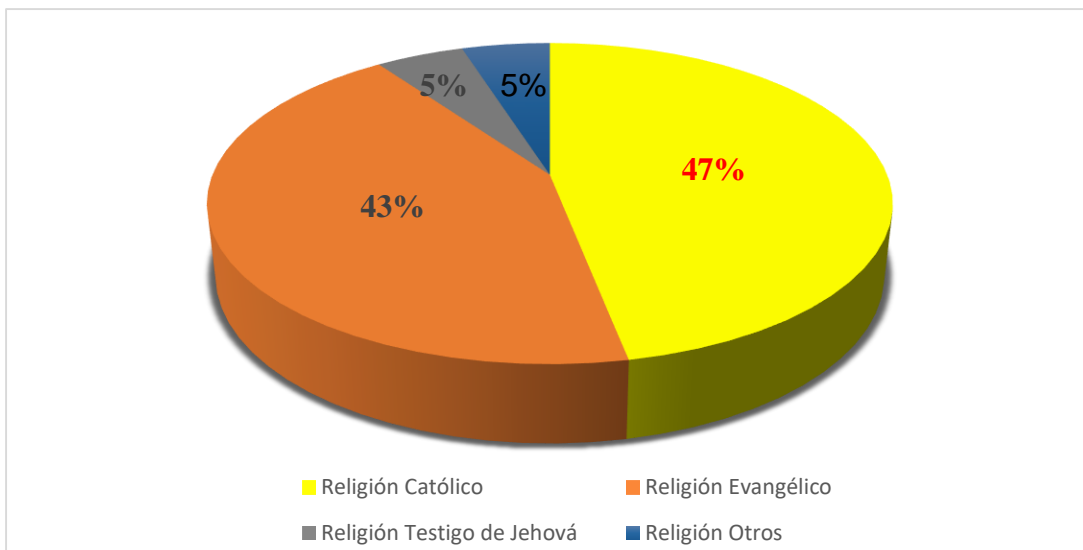
Grupo etario en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.



Fuente: Tabla No. 01.01.

Gráfico No 02:

Religión en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.



Fuente: Tabla No. 0101.

Tabla No. 01.02:

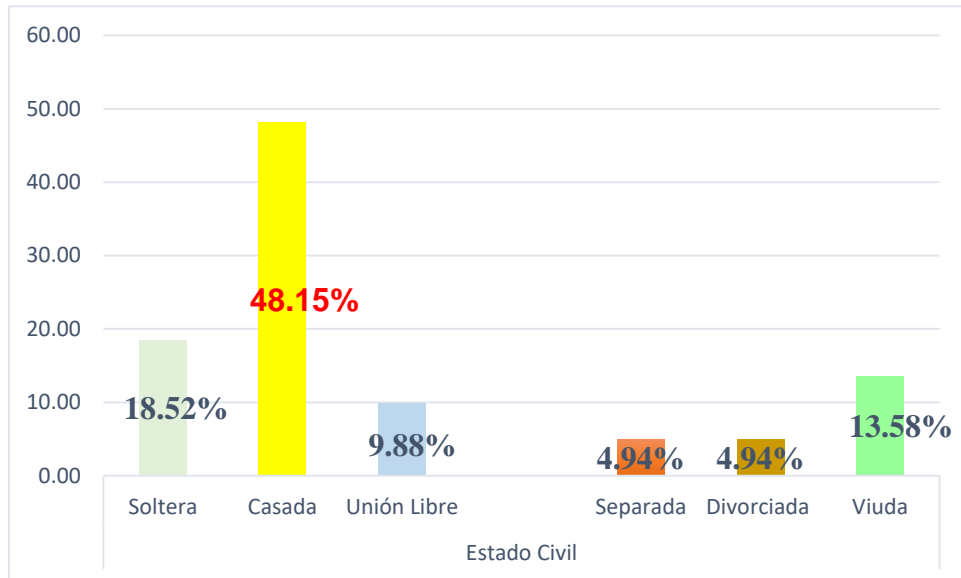
Características Sociodemográficas que predisponen a depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.

	Estado Civil							
	Soltera	Casada	Unión Libre	Separada	Divorciada	Viuda	Total	
Frecuencia	15	39	8	4	4	11	81	
Porcentajes	18.52	48.15	9.88	4.94	4.94	13.58	100	
	Etnia							
	Mestizo			Otros			Total	
Frecuencia	77			4			81	
Porcentajes	95.06			4.94			100	
	Ocupación							
	Costurera	Ama de casa	Jubilada	Enfermera	Maestra	Otras	Ninguna	Total
Frecuencia	4	58	1	1	2	10	5	81
Porcentajes	4.94	71.60	1.23	1.23	2.47	12.35	6.17	100
	Profesión							
	Costurera	Secretaria	Enfermera	Contadora	Docente	Otras	Ninguna	Total
Frecuencia	3	3	2	5	5	7	56	81
Porcentajes	3.70	3.70	2.47	6.17	6.17	8.64	69.14	100
	Escolaridad							
	Primaria		Secundaria			Universitaria		Total
Frecuencia	37		31			13		81
Porcentajes	45.68		38.27			16.05		100

Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama / Base de Datos propia.

Gráfico No 03:

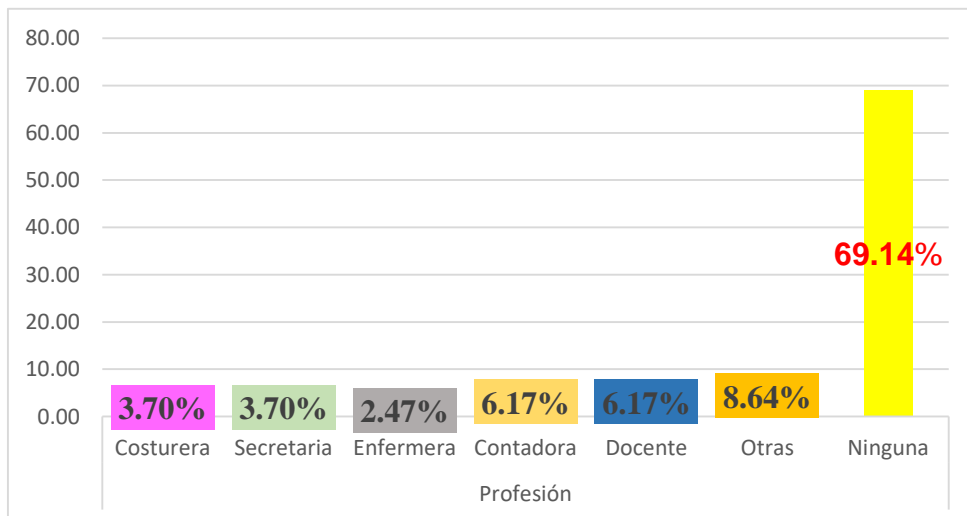
Estado civil en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.



Fuente: Tabla No. 01.02.

Gráfico No. 04:

Profesión en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021



Fuente: Tabla No. 01.02.

Tabla No. 02:

Características clínicas del cáncer de mama en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero-febrero, 2021.

Características clínicas del cancer de mama	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Aumento del grosor de la mama	23	28.40	58	71.60	81	100
Cambio de coloración de la mama	22	27.16	59	72.84	81	100
Bulto en la mama	52	64.20	29	35.80	81	100
Secreción purulenta	27	33.33	54	66.67	81	100
Retracción del pezón	30	37.04	51	62.96	81	100
Dolor en la mama	34	41.98	47	58.02	81	100
Presencia de masa en un solo lado del pecho	60	74.07	21	25.93	81	100
Nódulo Axilar	50	61.73	31	38.27	81	100

Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama /Base de Datos propia.

Tabla No. 03:

Características clínicas de la ansiedad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero-febrero, 2021.

Características clínicas de la ansiedad	Si		No		Total	
	Frecuencia	porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	total, de pacientes	Porcentaje
Insomnio	49	60.49	32	39.51	81	100
Dificultad para concentrarse	46	56.79	35	43.21	81	100
Tensión Muscular	55	67.90	26	32.10	81	100
Cambio de Humor	48	59.26	33	40.74	81	100

Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama / Base de Datos propia.

Tabla No. 04:

Características clínicas de la depresión en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero-febrero, 2021.

Características clínicas de la depresión	Si		No		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Tristeza	54	66.67	27	33.33	81	100
Pérdida de peso y apetito	46	56.79	35	43.21	81	100
Falta de concentración	46	56.79	35	43.21	81	100
Pensamientos negativos	43	53.09	38	46.91	81	100

Fuente: Cuestionario de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama / Base de Datos propia.

Tabla No. 05.

Frecuencia de ansiedad según escala HADS en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero-febrero, 2021.

		Ansiedad									
	Todos los días		Muchas Veces		A Veces		Nunca		Total		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Me siento tenso o nervioso	5	6.17	10	12.35	53	65.43	13	16.05	81	100	
Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder	Siempre		Por lo general		No muy a menudo		Nunca		Total		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
	7	8.64	13	16.05	33	40.74	28	34.57	81	100	
Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme	Muy a menudo		Con bastante frecuencia		En ciertas ocasiones		Nunca		Total		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
	7	8.64	8	9.88	27	33.33	39	48.15	81	100	
Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	Muy frecuentemente		Bastante a menudo		No muy a menudo		Rara vez		Total		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
	4	4.94	13	16.05	22	27.16	42	51.85	81	100	
Puedo reirme y ver el lado divertido de las cosas	Nunca		Casi nunca		No tanto ahora		Al igual que siempre		Total		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
	1	1.23	4	4.94	25	30.86	51	62.96	81	100	
Tengo mi mente llena de preocupaciones	La mayoría de las veces		Con bastante frecuencia		A veces, aunque no muy a menudo		Solo en ocasiones		Total		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
	13	16.05	12	14.81	18	22.22	38	46.91	81	100	
Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposa en el estómago	Por lo general en todo momento		Muy a menudo		A veces		Nunca		Total		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
	9	11.11	13	16.05	33	40.74	26	32.10	81	100	

Fuente: Escala de HADS Modificada / Base de Datos propia.

Tabla No. 06:

Frecuencia de depresión según escala HADS en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero-febrero, 2021.

Depresión										
Todavía disfruto de lo que antes me gustaba	Nunca		Casi nunca		No tanto ahora		Al igual que siempre lo hice		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	2	2.47	4	4.94	25	30.86	50	61.73	81	100
Me siento alegre	Nunca		No muy a menudo		A veces		Casi siempre		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	2	2.47	6	7.41	31	38.27	42	51.85	81	100
Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado	Nunca		No muy a menudo		Por lo general		Siempre		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	0	0	20	24.69	32	39.51	29	35.80	81	100
Me siento optimista con respecto al futuro	Nunca		En ciertas ocasiones		Con bastante frecuencia		Muy frecuentemente		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	3	3.70	23	28.40	23	28.40	32	39.51	81	100
Me divierto con un buen libro , la radio o programa de television	Nunca		Casi nunca		No tanto ahora		Al igual que siempre		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	6	7.41	6	7.41	14	17.28	55	67.90	81	100
Me siento como si cada dia estuviera más lento	Bastante a menudo		Muy a menudo		Solo un poco		Nunca		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	14	17.28	12	14.81	33	40.74	22	27.16	81	100
He perdido interes en mi aspecto personal	Totalmente		No me preocupo tanto como debiera		Me preocupo de vez en cuando		Me preocupo al igual que siempre		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	12	14.81	15	18.52	15	18.52	39	48.15	81	100

Fuente: Escala de HADS Modificada/ Base de Datos Propia.

Tabla No. 07:

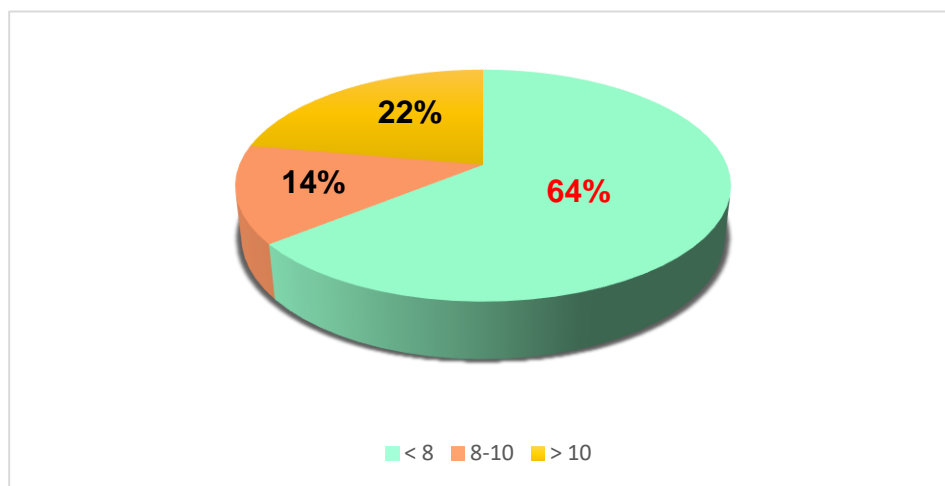
Diagnóstico de ansiedad según escala HADS en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.

Diagnóstico de Ansiedad		
	Frecuencia	Porcentaje
< 8	52	64.20
8-10	11	13.58
> 10	18	22.22
Total	81	100

Fuente: Escala de HADS Modificada / Base de Datos Propia.

Gráfico No. 05:

Diagnóstico de ansiedad según escala HADS en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.



Fuente: Tabla No. 07.

Tabla No. 08:

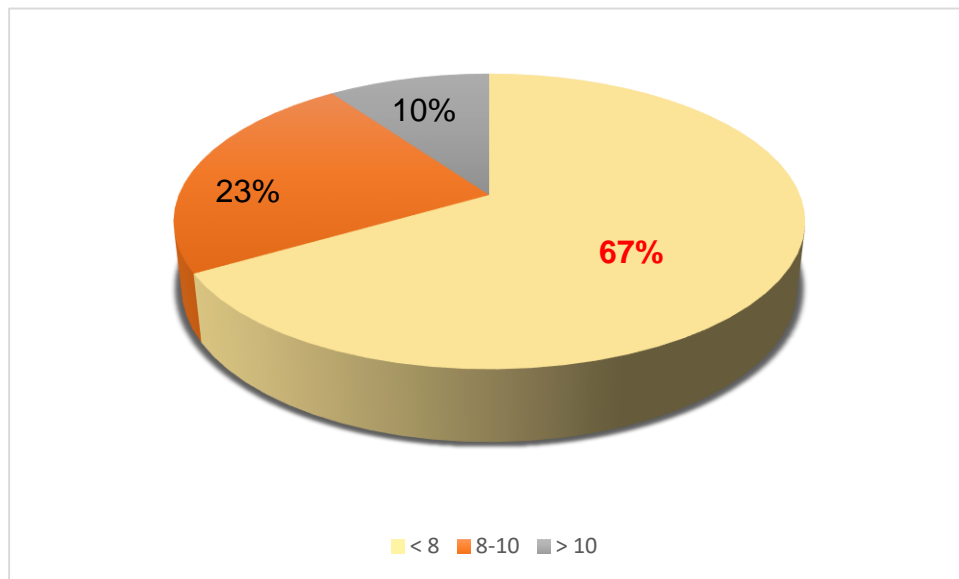
Porcentaje de ansiedad según escala HADS en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.

Diagnóstico de Depresión		
	Frecuencia	Porcentaje
< 8	54	66.67
8-10	19	23.46
> 10	8	9.88
Total	81	100

Fuente: Escala de HADS Modificada / Base de Datos Propia.

Gráfico No. 06:

Porcentaje de depresión según escala HADS en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.



Fuente: Tabla No. 08.

Tabla No. 09:

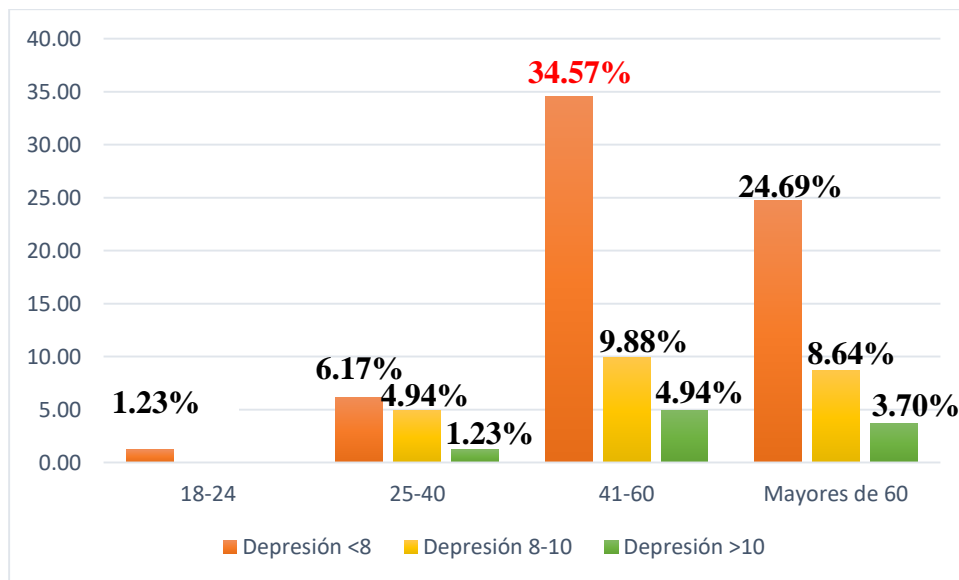
Depresión según grupo etario en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.

Edad / Depresión								
	<8		8-10		>10		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
18-24	1	1.23	0	0.00	0	0.00	1	1.23
25-40	5	6.17	4	4.94	1	1.23	10	12.34
41-60	28	34.57	8	9.88	4	4.94	40	49.39
Mayores de 60	20	24.69	7	8.64	3	3.70	30	37.03
Total	54	66.67	19	23.46	8	9.88	81	100

Fuente: Escala de HADS Modificada / Base de Datos propia.

Gráfico No. 07:

Depresión según grupo etario en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.



Fuente: Tabla No. 09.

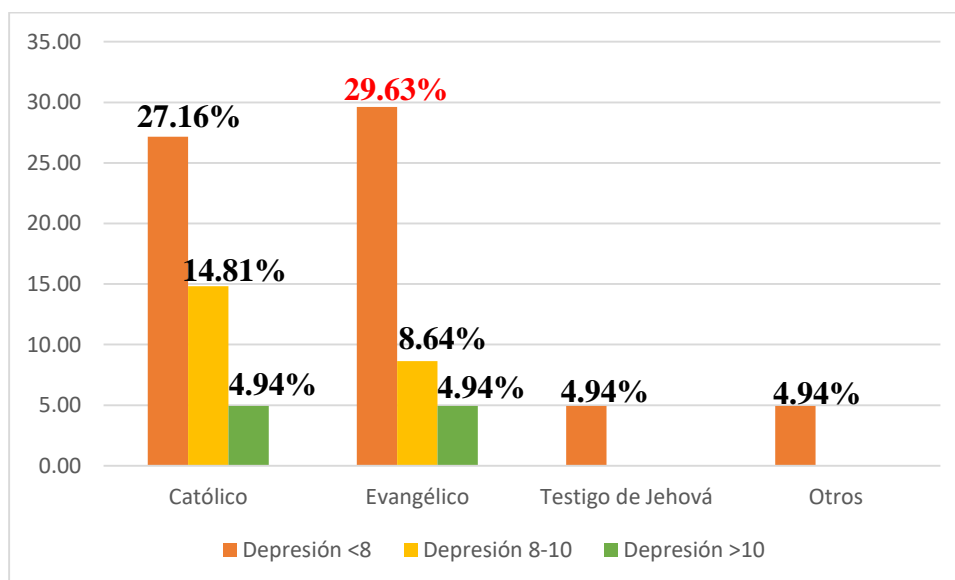
Tabla No. 10:

Depresión según religión en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.

Religión / Depresión								
	<8		8-10		>10		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Católico	22	27.16	12	14.81	4	4.94	38	46.91
Evangélico	24	29.63	7	8.64	4	4.94	35	43.21
Testigo de Jehová	4	4.94	0	0	0	0	4	4.94
Otros	4	4.94	0	0	0	0	4	4.94
Total	54	66.67	19	23.46	8	9.88	81	100

Fuente: Escala de HADS Modificada / Base de Datos propia.

Gráfico No. 08:



Fuente: Tabla No. 10.

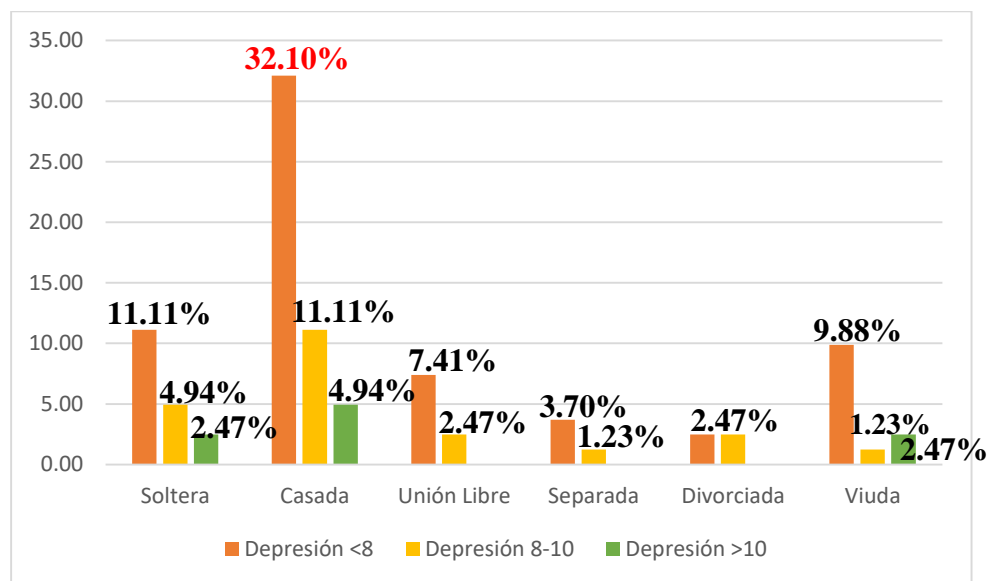
Tabla No. 11:

Depresión según estado civil en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.

Estado Civil / Depresión								
	<8		8-10		>10		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	9	11.11	4	4.94	2	2.47	15	18.52
Casada	26	32.10	9	11.11	4	4.94	39	48.15
Unión Libre	6	7.41	2	2.47	0	0	8	9.88
Separada	3	3.70	1	1.23	0	0	4	4.93
Divorciada	2	2.47	2	2.47	0	0	4	4.94
Viuda	8	9.88	1	1.23	2	2.47	11	13.58
Total	54	66.67	19	23.46	8	9.88	81	100

Fuente: Escala de HADS Modificada / Base de Datos propia.

Gráfico No. 09:



Fuente: Tabla No. 11.

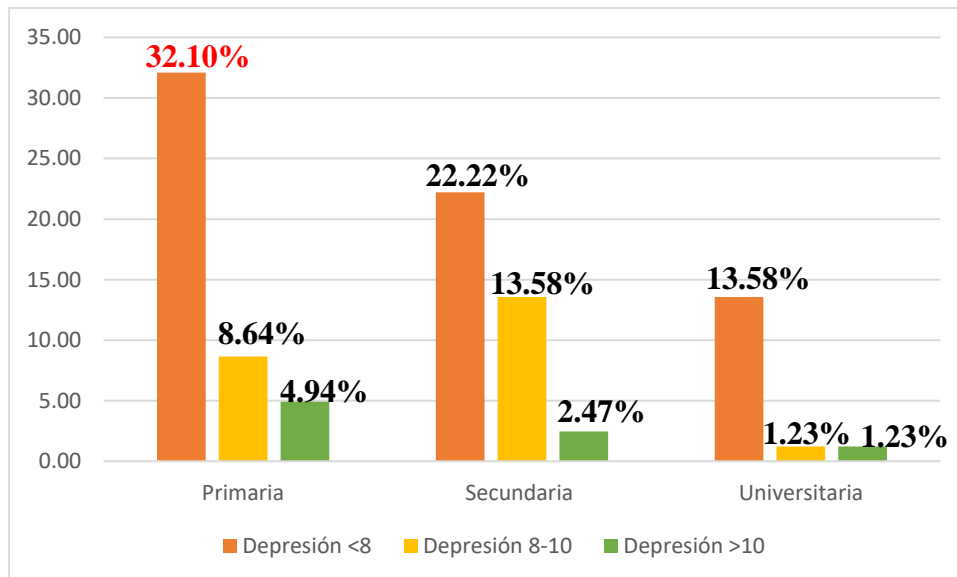
Tabla No. 12:

Depresión según escolaridad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.

Escolaridad / Depresión								
	<8		8-10		>10		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	26	32.10	7	8.64	4	4.94	37	45.68
Secundaria	18	22.22	11	13.58	2	2.47	31	38.27
Universitaria	11	13.58	1	1.23	1	1.23	13	16.04
Total	55	67.90	19	23.46	7	8.64	81	100

Fuente: Escala de HADS Modificada / Base de Datos propia.

Gráfico No. 10:



Fuente: Tabla No. 12.

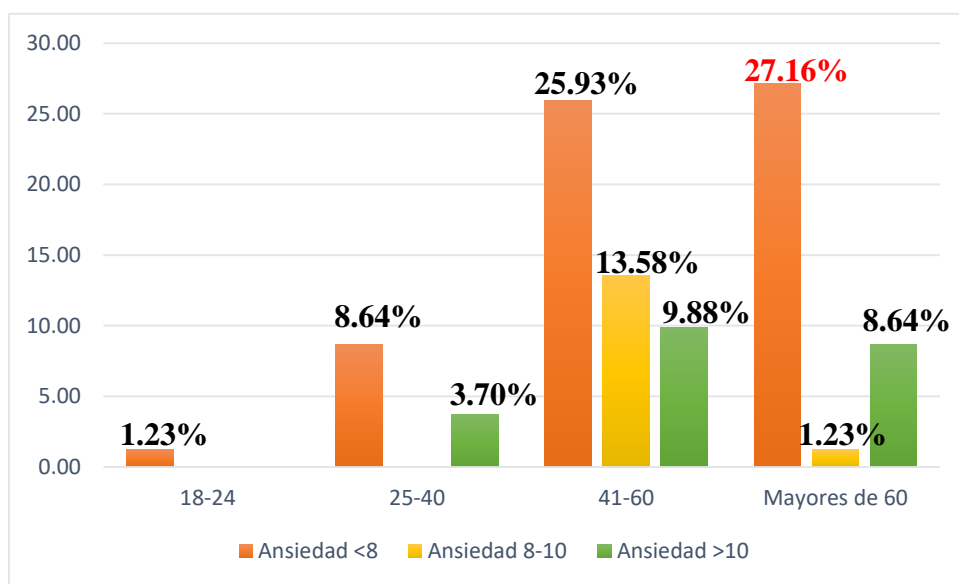
Tabla 13:

Ansiedad según grupo etario en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.

Ansiedad / Edad								
	<8		8-10		>10		Total	
Edad	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	frecuencia	Porcentaje
18-24	1	1.23	0	0	0	0.00	1	1.23
25-40	7	8.64	0	0	3	3.70	10	12.34
41-60	21	25.93	11	13.58	8	9.88	40	49.39
Mayores de 60	22	27.16	1	1.23	7	8.64	30	37.03
Total	51	62.96	12	14.81	18	22.22	81	100

Fuente: Escala de HADS Modificada / Base de datos propia.

Gráfico No. 11:



Fuente: Tabla No. 13.

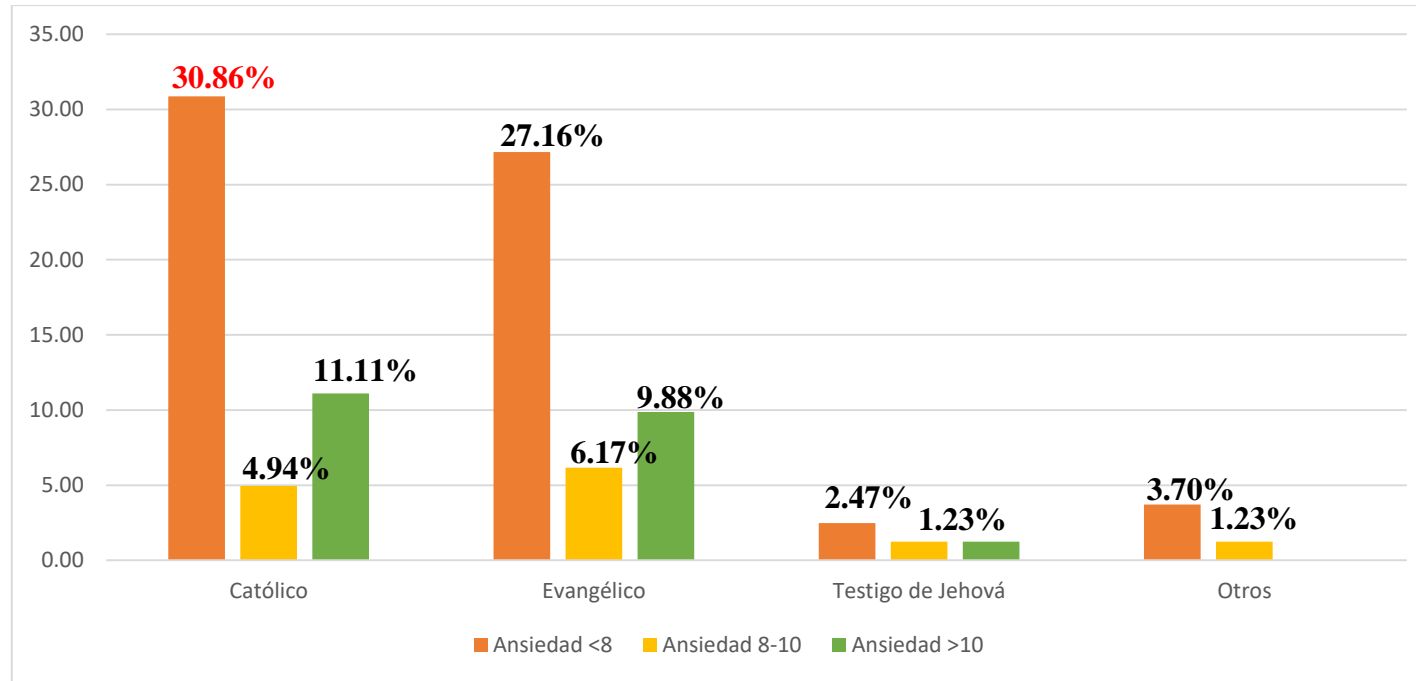
Tabla No 14:

Ansiedad según religión en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.

Ansiedad/Religión								
	<8		8-10		>10		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Católico	25	30.86	4	4.94	9	11.11	38	46.91
Evangélico	22	27.16	5	6.17	8	9.88	35	43.21
Testigo de Jehová	2	2.47	1	1.23	1	1.23	4	4.93
Otros	3	3.70	1	1.23	0	0	4	4.93
Total	52	64.20	11	13.58		22.22	81	100

Fuente: Escala de HADS Modificada / Base de datos propia.

Gráfico No. 12:



Fuente: Tabla No. 14.

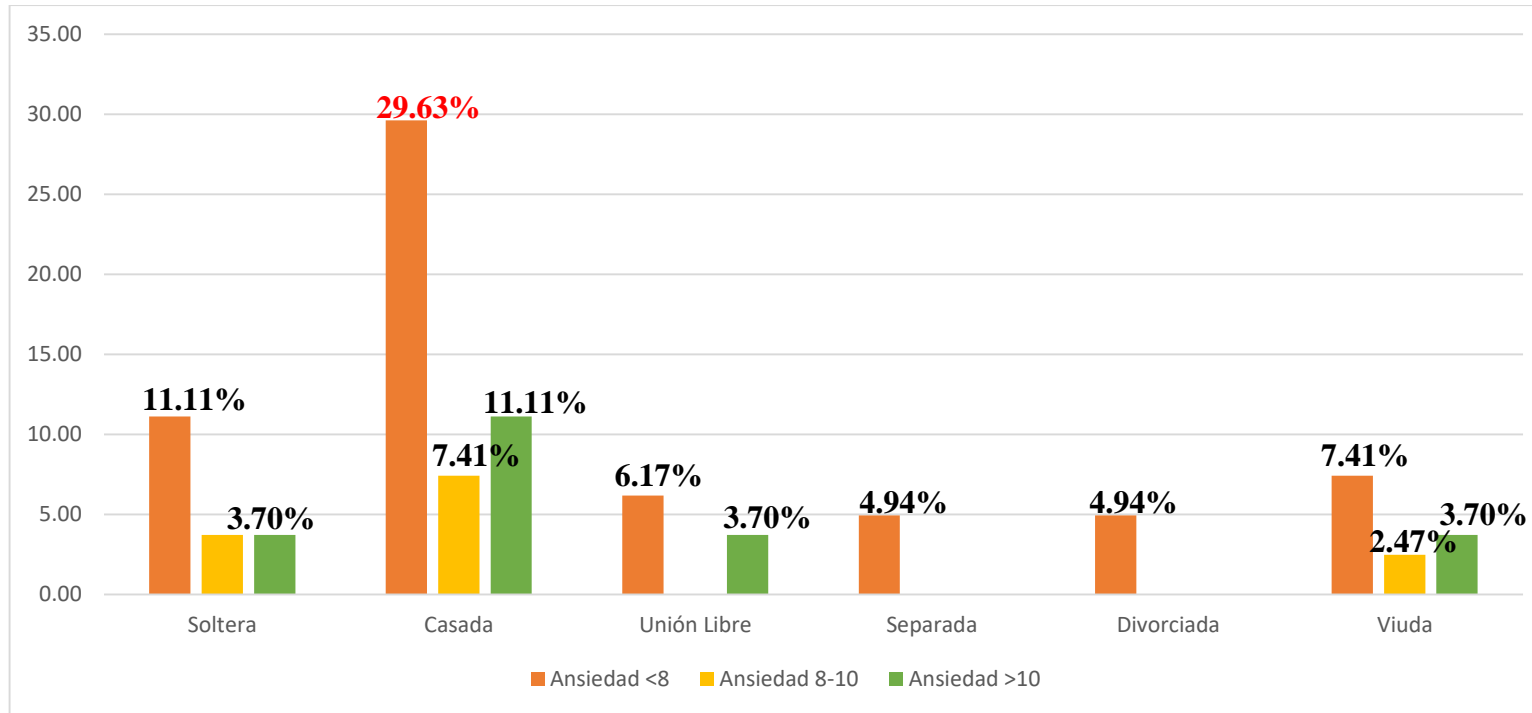
Tabla No 15:

Ansiedad según grupo estado civil en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.

Estado civil/ Ansiedad								
	<8		8-10		>10		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	9	11.11	3	3.70	3	3.70	15	18.51
Casada	24	29.63	6	7.41	9	11.11	39	48.15
Unión Libre	5	6.17	0	0	3	3.70	8	9.87
Separada	4	4.94	0	0	0	0	4	4.94
Divorciada	4	4.94	0	0	0	0	4	4.94
Viuda	6	7.41	2	2.47	3	3.70	11	13.58
Total	52	64.20	11	13.58	18	22.22	81	100

Fuente: Escala de HADS Modificada / Base de datos propia.

Gráfico No. 13:



Fuente: Tabla No. 15.

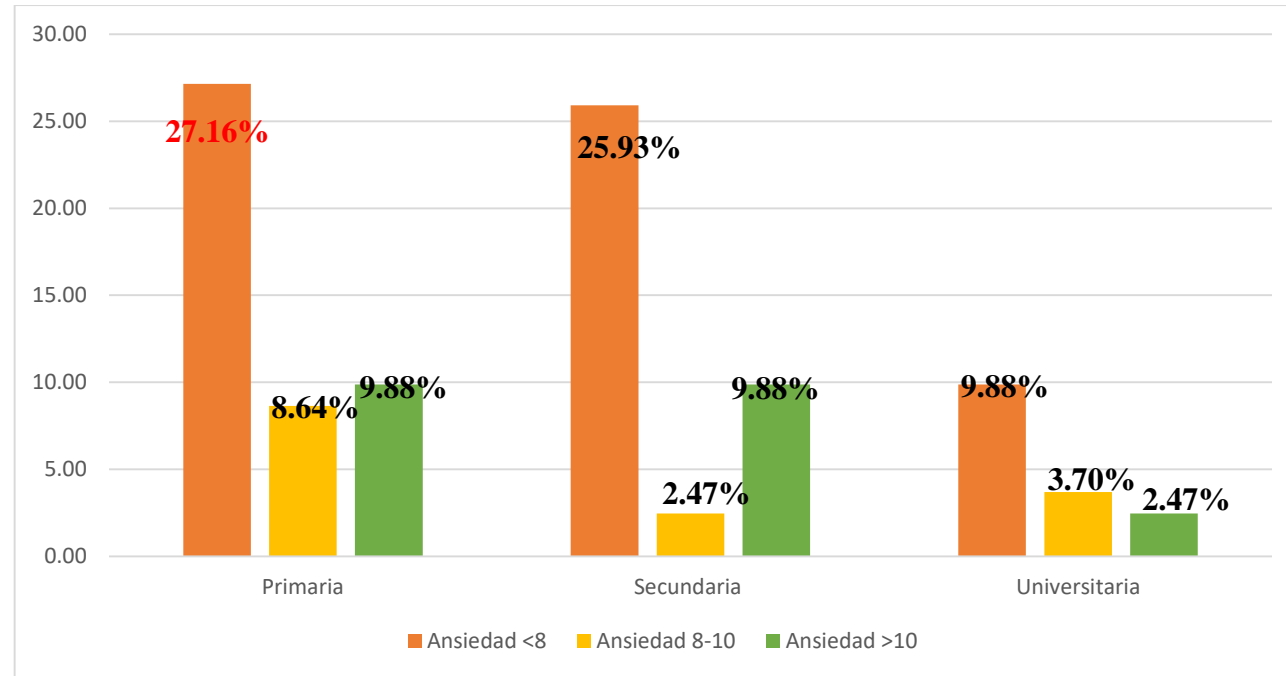
Tabla No 16.

Ansiedad según escolaridad en pacientes con cáncer de mama atendidas en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua enero- febrero, 2021.

Escolaridad/ Ansiedad								
	<8		8-10		>10		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	22	27.16	7	8.64	8	9.88	37	45.68
Secundaria	21	25.93	2	2.47	8	9.88	31	38.28
Universitaria	8	9.88	3	3.70	2	2.47	13	16.05
Total	51	62.96	12	14.81	18	22.22	81	100

Fuente: Escala de HADS Modificada / Base de datos propia.

Gráfico No. 14:



Fuente: Tabla No. 16.