

**ESCUELA PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN
MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE
CUELLO UTERINO GRADO III Y IV. INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS -
2013.**

AUTORES:

Br. Aguilar Melquiades Fiorella Stefanie.

Br. Quinde Yovera Yariksa.

ASESORA:

Mg Ruth A. Vargas Gonzales

TRUJILLO-PERÚ

2015

**ESCUELA PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**



**NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN
MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE
CUELLO UTERINO GRADO III Y IV. INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS -
2013.**

AUTORES:

Br. Aguilar Melquiades Fiorella Stefanie.

Br. Quinde Yovera Yariksa.

ASESORA:

Mg Ruth A. Vargas Gonzales

TRUJILLO-PERÚ

2015

Página del Jurado

Presidente

Secretario

Vocal

Dedicatoria

En primer lugar doy infinitamente las gracias a Dios, quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante a pesar de las adversidades, enseñándome a encarar los problemas sin perder la fe....

A mis padres Juvenal y Emperatriz por su apoyo, consejos, comprensión y amor, incondicional en toda esta etapa de mi vida.

A mi preciosa hija Valeria por ser el motivo más grande de dicha y felicidad, por quien ningún sacrificio es suficiente. A mi novio que con su apoyo y su amor incondicional ha sido mi amigo y compañero inseparable, fuente de sabiduría, calma y consejo en todo momento.

A mis hermanos agradezco el apoyo y consejos que siempre me han brindado y por demostrarme que a pesar de los problemas siempre estarán conmigo.

Br. Aguilar Melquiades Fiorella Stefanie

Dedicatoria

Agradezco a mi padre celestial por haberme dado las fuerzas necesarias para afrontar los obstáculos en toda esta etapa de mi vida, gracias Dios mío por darme sabiduría, paciencia y fortaleza y por el regalo más grande "el ser madre". Porque a partir de ahora será uno de mis motivos para seguir luchando. Y ser siempre su único orgullo y ejemplo.

A mis padres Esther Yovera y Domingo Quinde un agradecimiento infinito por ser mis primeros maestros, por inculcar en mí, los valores, por su paciencia y su amor incondicional y todo lo que soy es gracias a ustedes.

A mis hermanos Gian Carlos, Jerson Paul y mi cuñada Leyla Gonzales gracias por estar siempre a mi lado, por confiar en mí, por demostrarme su amor y su amistad, los amo.

Y a mi novio Oscar Herrera, gracias porque siempre estuviste en los momentos de lucha, por tus palabras, por creer en mí, gracias porque ahora formas parte de esta hermosa etapa y porque tenemos mucho por caminar y deseo que jamás me sueltes tu mano.

Br. Quinde Yovera Yariksa

Agradecimiento

Agradecemos a Dios por la paciencia, perseverancia, fortaleza y fe que nos brindó durante toda esta etapa de nuestras vidas y poder seguir adelante, gracias por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera y brindarnos una vida llena de aprendizajes y valores.

Deseamos expresar nuestros agradecimientos infinitos a la Obst. Ruth A. Vargas Gonzales quien nos orientó, guio y aconsejó constantemente y directamente en todos los aspectos de la tesis. Agradecerle su confianza y paciencia que siempre nos ha demostrado, así como la dedicación y la atención que en todo momento nos ha ofrecido.

Agradecemos al personal administrativo y epidemiológico del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, por su colaboración para poder realizar este trabajo.

Las autoras

ÍNDICE

Página del Jurado	II
Dedicatoria	III
Agradecimiento	V
Resumen	VIII
Abstract	IX
I.- INTRODUCCION	1
II.- MATERIAL Y METODOS	14
2.1.-Material:	14
2.1.1.-Población:	14
2.1.3.-Unidad de Análisis:	15
2.2.-Método:	15
2.2.1.-Tipo de Estudio:	15
2.2.2.-Diseño de Investigación:	15
2.2.3.-Variables:	15
2.2.4.-Instrumentos de recolección de datos:	16
2.2.5.-Procedimiento y análisis estadístico.	18
III.-RESULTADOS	21
IV.-DISCUSION:	24
V.-CONCLUSIONES:	30
VI.-RECOMENDACIONES:	31
VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
VIII.-ANEXOS:	38

ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
Cuadro n°1: Nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica- 2013	21
Cuadro n2: Nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica- 2013	22
Cuadro n°3: Nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica- 2013.	23
Cuadro n°4: Nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica- 2013	24

Resumen

Con el objetivo de determinar el nivel de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas- 2013; se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, en 70 mujeres con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Se utilizó el test de ansiedad y depresión de Hamilton. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III es ausente 2, 9%, leve 34, 3%, grave un 51, 4%. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV es ausente 1, 4%, moderada 2, 9%, grave un 7, 1%. El nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III es grave un 47, 2%, moderada 40%, ausente 1, 4%. El nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV es grave un 5, 9%, moderada 2, 9%, ausente 2, 9%. Es necesario realizar una implementación adecuada de la estrategia sanitaria de cáncer desde el primer nivel de atención que permita el adecuado manejo integral y oportuno del paciente con cáncer.

PALABRAS CLAVES: Cáncer de cuello uterino, ansiedad y depresión.

Abstract

In order to determine the level of depression, anxiety in women with cervical cancer grade III and IV. The Regional Institute of Neoplastic Diseases. 2013; conducted a descriptive, cross-sectional prospective study in 70 women with cervical cancer grade III y IV. The test of depression and anxiety of Hamilton were used in this investigation. The level of anxiety in women with cervical cancer grade III is absent in 2, 9%, mild in 34, 3%, severe in 51, 4% .The level of anxiety in women with cervical cancer grade IV is absent in 1, 4%, moderate in 2, 9%, severe in 7, 1%. The level of depression in women with cervical cancer grade III is severe in 47, 2%, moderate in 40% and absent in 1, 4%. The level of depression in women with cervical cancer grade IV is severe in 5, 9%, moderate in 2, 9% and absent in 2, 9%. It is necessary to make a proper implementation of the health strategy of cancer from the primary care level that allows adequate comprehensive and timely management of patients with cancer.

KEYWORDS: cervical cancer, anxiety and depression.

I.- INTRODUCCION

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo (con aproximadamente 500.000 nuevos casos al año en todo el mundo) y el quinto de todos los cánceres. La edad media de diagnóstico es de 48 años, aunque aproximadamente el 47% de las mujeres con carcinoma invasivo de cérvix se diagnostica antes de los 35 años. Solo el 10% de los diagnósticos se hacen en mujeres mayores de 65 años (1).

En Estados Unidos, se calcula que se diagnosticarán 12.900 casos de cáncer invasivo de cuello uterino en 2015, y que 4.100 mujeres morirán por la enfermedad. Estas tasas han estado mejorando en forma constante. Sin embargo, de 2007 a 2011, las tasas en mujeres menores de 50 años permanecieron estables en las mujeres de raza blancas y disminuyeron 3,4% por año en las mujeres de raza negras; en las mujeres de 50 años o más, las tasas disminuyeron 2,5% en mujeres de raza blancas y 3,8% en mujeres de raza negras. Las tasas de mortalidad permanecieron estables en las mujeres menores de 50 años, pero disminuyeron 1,1% por año en las mujeres de 50 años y más. En gran parte, esta mejora se atribuyó a los exámenes de detección con la prueba de Papanicolaou (2).

En España el cáncer de cérvix ocupa el sexto lugar después del cáncer de mama, colorrectal, estómago, endometrio y ovario. Supone el 3,7 % de todos los cánceres femeninos, si bien la incidencia varía según la provincia. Las de menor incidencia son Navarra y Zaragoza con 4-5 casos por 100000 habitantes y la provincia con mayor incidencia es Baleares (Mallorca), con 13,6 casos por 100000 habitantes. Esta variabilidad podría explicarse por las diferencias socioculturales de la población (3).

En Paraguay la incidencia de cáncer de cuello uterino es de 17,1%, ubicándose ahora en segundo lugar, luego del cáncer de mama, que se lleva el 25%. Por tumor maligno de cuello uterino murieron 250 mujeres en el 2011, en tanto que por tumor maligno de mama, fallecieron 309 (4).

Bolivia tiene una de las tasas de incidencia y mortalidad más altas del mundo: según estimaciones de la OMS, entre 4 y 5 mujeres mueren al día por Cáncer de Cuello Uterino causado por el virus de papiloma humano (VPH) (5,6).

En el Perú de acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, de un total de 109 914 casos notificados en el período 2006- 2011, los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%) (7).

El incremento de los casos de cáncer en nuestro país puede ser explicado por determinantes como la transición demográfica, la transición epidemiológica, la pobreza, la urbanización, los cambios en la dieta , el género, la raza /etnia, entre otros (8).

El síndrome más frecuente en las pacientes con cáncer de cuello del útero es la hemorragia. El más habitual es el sangrado poscoital, pero también puede aparecer como un sangrado irregular o posmenopáusico. Las pacientes con enfermedad avanzada pueden debutar con secreción vaginal mal oliente, pérdida de peso o uropatía obstructiva. En las mujeres asintomáticas, el cáncer de cuello uterino habitualmente se encuentra mediante el estudio posterior de una citología anormal (9).

El cáncer de cuello uterino y las lesiones pre malignas se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), El VPH es el principal

factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la actualidad es considerado como virtualmente necesario pero no suficiente como agente causal (10).

Los principales factores de riesgo de cáncer cervical en las mujeres sexualmente activas, es el producto de una infección, pobre higiene, pobreza, alta paridad y malnutrición. La infección persistente con uno de los aproximadamente 14 tipos de PVH (Virus de papiloma humano) (11).

Para su diagnóstico y prevención del cáncer de cérvix hay varias técnicas la más efectiva para prevención y detección de lesiones precancerosas y cancerosas de cérvix uterino es el Papanicolaou, sin embargo varios estudios han demostrado que actualmente existe un cierto grado de discordancia en la correlación citohistologica (12).

Es por eso que en el año 2011, el país introdujo la vacuna contra el virus de papiloma humano en el Esquema Nacional de Vacunación peruano, que previene la infección por los virus del papiloma humano responsable del cáncer de cuello uterino, verrugas genitales y otros tipos de cáncer frecuentes en regiones genitales. Esto como medida para reducir la incidencia de morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino. En el mes de octubre del 2014, se inició la vacunación contra el VPH a las niñas del quinto grado de educación primaria, vacunando a 126 mil 608 niñas. Además, se inició el esquema de vacunación a 114 mil 730 niñas entre el 1 de octubre 2014 y el 4 de marzo 2015. Esta actividad se realizó en las instituciones educativas como en los establecimientos de salud (13).

Actualmente en el Perú existen recursos humanos especializados en oncología y cirugía oncológica se encuentran concentrados en Lima y Callao.

A nivel Provincial están: Ayacucho, Junín, Ica, Lambayeque, Piura, Loreto y San Martín. Mientras que a nivel Regional esta: Trujillo, Huancayo, Arequipa y Loreto (14).

En la Región La Libertad; uno de los establecimientos de mayor nivel de atención en oncología es el Instituto Regional Oncológico del Norte; el cual viene funcionando desde el 15 de Octubre del 2007. Las neoplasias más frecuentes fueron cáncer de cuello uterino con 113 casos (15,9%), seguido del cáncer de estómago con 89 casos (12,6%), cáncer de mama con 86 casos (12,1%), cáncer de piel con 66 casos (9,3%) y cáncer de próstata con 51 casos (7,2%) (15).

En la actualidad ciertos aspectos psicológicos y socioculturales condicionan a la evolución del cáncer de cuello uterino provocando la aceleración de la enfermedad. Se plantean los aspectos psicológicos más relevantes estudiados en las mujeres con cáncer cervical, tales como estilos de afrontamiento, preocupaciones, valoraciones de su enfermedad y efectos psicológicos del tratamiento. Se analizan los determinantes del bienestar psicológico de las pacientes, tales como depresión, ansiedad, autoconfianza, la estabilidad emocional y a los cambios vida (16).

Entre ellos los más frecuentes son: ansiedad y depresión esto puede deberse al estigma, temores, percepciones y síntomas asociados con la enfermedad. Para la mayoría de personas, el temor principal es morir de manera dolorosa; a esto se suma el temor de volverse incapaces y dependientes, tener alteraciones en su apariencia, experimentar cambios en las funciones de su cuerpo y perder la compañía de las personas allegadas. (17)

Estos problemas puede variar según a fase y evolución de la enfermedad. En la fase pre diagnóstico se caracteriza por la preocupación por los síntomas y las conductas de retraso hasta que la persona se somete a exploración. En torno al diagnóstico es la incertidumbre relacionada con el sometimiento a diversas pruebas y a la espera de resultados. En la fase de tratamiento serán las medidas terapéuticas las que centra la atención del paciente (18).

El síndrome depresivo es uno de los factores psicológicos más frecuentes, ya que afecta a las pacientes con cáncer teniendo un gran impacto negativo en sus familiares y más si el cáncer está en la fase última (19).

Por eso es considerada uno de los problemas más comunes y frecuentes en el mundo. Es un desorden particularmente que afecta el diario funcionamiento del individuo, pueden perturbar el desempeño en el trabajo, en las interacciones sociales, relaciones familiares y en los propios sentimientos que tenga el individuo sobre sí mismo (20).

Además es una afección mórbida, un síndrome que además de incapacitar afecta aproximadamente de 15 a 25% de los pacientes con cáncer. Se cree que la depresión afecta de igual manera tanto a los hombres como a las mujeres con cáncer y las diferencias relacionadas con el género en cuanto a incidencia y gravedad no se han evaluado adecuadamente. Tanto los individuos como las familias que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer experimentarán diversos grados de tensión y perturbación emocional. La depresión en los pacientes con cáncer no solo afecta a los pacientes sino que también tiene un gran impacto negativo en sus familiares (21).

La fatiga y la depresión son algunos de los principales problemas que alteran la calidad de vida de los pacientes de cáncer. Aproximadamente el 80% de los pacientes de cáncer presentan fatiga y depresión en alguna fase de su enfermedad. Se trata de un síndrome subjetivo complejo de carácter biopsico-social que puede estar presente incluso trascurridos varios años desde que se finalizó el tratamiento (22).

La ansiedad es una reacción emocional que surge ante las situaciones de alarma, o situaciones ambiguas, o de resultado incierto, y nos prepara para actuar ante ellas. Esta reacción la vivimos generalmente como una experiencia desagradable con la que nos ponemos en alerta ante la posibilidad de obtener un resultado negativo para nuestros intereses (23).

Consideramos que la ansiedad se puede manifestar en el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica o de la recidiva, cuando el paciente está esperando el nuevo tratamiento, durante el mismo y en los estadios avanzados o terminales. Aunque algunos estudios informan que la ansiedad aumenta conforme empeora la gravedad y el pronóstico de la enfermedad, en la clínica diaria se observa que los pacientes en estadios precoces de la enfermedad o incluso con pronósticos favorables, también pueden desencadenar intensas manifestaciones de ansiedad (24).

Las principales causas de la ansiedad en pacientes con cáncer son la percepción de cercanía de la muerte, el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma, la anticipación del sufrimiento propio y de los familiares, la dificultad para expresar sus sentimientos, miedos y preocupaciones, la sensación de pérdida de control, problemas económicos; problemas de índole espiritual y existencial, crisis de creencias y necesidad de trascendencia. Es fundamental para realizar un diagnóstico establecer si el trastorno de ansiedad proviene de la enfermedad médica (dolor,

complicaciones, cambios metabólicos), de la medicación (corticoides, dexametasona), del tratamiento (quimio/radioterapia, náuseas y vómitos condicionados) o es debida al consumo de sustancias (abstinencia a la nicotina, alcohol). En los pacientes con cáncer los síntomas de ansiedad coexisten con síntomas depresivos, aunque se ha encontrado que la ansiedad es aún más frecuente en estos pacientes que la depresión (25).

La ansiedad y el sufrimiento pueden afectar la capacidad del paciente de hacer frente a un diagnóstico de cáncer o su tratamiento. Puede hacer que los pacientes pierdan sus citas de control o demoren el tratamiento. La ansiedad puede aumentar el dolor, afectar el sueño, y causar náuseas y vómitos. La ansiedad, aunque sea moderada, puede afectar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias, y puede ser necesario tratarla. Cerca de la cuarta parte de los pacientes de cáncer se deprimen (26).

Los estudios mostraron que casi la mitad de los pacientes con cáncer dicen que sienten algo de ansiedad y alrededor de un cuarto de todos los pacientes con cáncer dicen que sienten mucha ansiedad. Los pacientes que viven con cáncer encuentran que se sienten más o menos ansiosos en diferentes momentos. Un paciente se puede volver más ansioso cuando el cáncer se disemina o el tratamiento pasa a ser más intensivo. Para algunos pacientes, los sentimientos de ansiedad se pueden volver abrumadores y pueden afectar el tratamiento del cáncer (27).

El tema ha sido revisado, discutido y comparado con distinto trabajos de investigadores desde distinto punto de vista, siendo entre los encontrados, los más relevantes para nuestra investigación:

Parra G. (Bogotá 2010) realizó una investigación sobre la calidad de vida de mujeres con enfermedad crónica de cáncer de cérvix, la muestra fue constituida por 50 mujeres donde se midió la calidad de vida a través de cuatro dimensiones: física, psicológica, social y espiritual. Llegando a la conclusión que en la dimensión de bienestar psicológico los ítems donde se observa mayor percepción negativa o problema en su calidad de vida son ansiedad y desesperación en el 50% de las participantes (28).

García G, Velásquez J, Martínez M. (Argentina, 2011) realizaron una investigación sobre el perfil afectivo, desesperanza e ideación suicida en mujeres con anormalidad cervicouterina donde 49.1% mostró puntuaciones altas para la sub escala de malestar y 47.4% para ansiedad. En 43.9% se observó ausencia y niveles bajos de desesperanza. 12% presentó alguna evidencia de ideación suicida. Concluyendo que es prevalente el malestar y ansiedad en pacientes recientemente diagnosticadas con algún grado de displasia cervicouterina (29).

Lena T. (Cuba 2012) realizó una investigación descriptiva de corte transversal la muestra estuvo integrada por 21 pacientes operadas de cáncer cérvico uterino. Se utilizaron para la realización de la investigación los siguientes instrumentos de recolección de información, entrevista semiestructurada, el Inventario de Autoestima, Inventario de Ansiedad. La investigación concluyó que la mayoría de las pacientes presentaban una autoestima baja, la percepción de apoyo social en la mayoría de las pacientes es baja, así como altos niveles de ansiedad y depresión (30).

Cuando un paciente recibe un diagnóstico de cáncer, puede sentir estrés excesivo, ira, tristeza y otras emociones fuertes. Aunque estos sentimientos generalmente disminuyen con el tiempo, pueden generar depresión. Una depresión después de enterarse que tiene cáncer, o padecía de

depresión antes de recibir el diagnóstico, puede afectar el desarrollo de su cáncer así como su capacidad para participar en el tratamiento (31).

Hace frente a situaciones difíciles es el uso de pensamientos y comportamientos para adaptarse a las situaciones que presenta la vida. La manera en que la gente hace frente a esas situaciones habitualmente se relaciona con las características de su personalidad. El sufrimiento se puede presentar cuando los pacientes se sienten incapaces de manejar o controlar los cambios que causa el cáncer. Los pacientes con el mismo diagnóstico o tratamiento pueden tener grados muy diferentes de sufrimiento. Los pacientes sufren menos cuando sienten que las exigencias del diagnóstico o el tratamiento no son muchas o el grado de apoyo que reciben es alto (32).

Además tiene repercusión no solo a nivel emocional del paciente sino que afecta a todo su entorno familiar, es por eso que debería haber grupos de apoyo emocional y social que serían una alternativa importante en el tratamiento y seguimiento de los casos de carcinoma de cuello uterino, ya que un aspecto que se deja de lado el aspecto psicológico de las pacientes tratadas, ya sea con cirugía radical o radioterapia (33).

Es nuestra realidad en donde estamos rodeados de problemas de salud y el impacto psicosocial referido por las pacientes plantea la necesidad de ofrecer rehabilitación de manera oportuna, eficiente y eficaz, y en algunos casos profiláctica. Ya que al recibir la noticia de portar cáncer puede sobrepasar los recursos emocionales de una mujer, debido a los diversos factores, lo que genera una gran inestabilidad emocional durante la evolución de la enfermedad, conformando una amenaza constante, no solo para la vida, sino para la integridad física, familiar, económica y social de la paciente.

El padecer cáncer de cuello uterino en fases avanzadas es un acontecimiento estresante que amenaza de manera significativa a las personas en distintas áreas, es por ello que el trabajo está desarrollado para que todas las personas puedan conocer la enfermedad, los niveles de riesgos: ansiedad y depresión que presentan las mujeres con cáncer de cuello uterino, mostrando que el cáncer tiene serias implicancias a nivel social, puesto que arrastra un estigma y fatalismo difíciles de superar si no se cuenta con una estrategia integral. Ya que no solo abarca aquel que lo padece sino a cada miembro de la familia emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la rutina cotidiana, en los planes para el futuro, significado sobre uno mismo, sobre los demás e incluso al sentido de la vida.

Es por eso que se debe brindar apoyo para ayudar a esta población a conocer mejor su enfermedad y los tratamientos a los cuales tendrán que someterse, para brindarle con esto, seguridad y confianza ante los procesos que posteriormente vivenciarán. Por lo tanto es de suma importancia que todo profesional de salud este enterado de la parte emocional de aquellas mujeres con cáncer cervicouterino. Y sobre todo nosotras como profesionales de obstetricia porque somos las primeras en brindar apoyo emocional a la paciente cuando se diagnostica la enfermedad, para luego realizar la derivación de la paciente a otro centro de alta complejidad.

Dentro de la carrera de Obstetricia, esto nos ayudara a la estrategia de cáncer, al realizamos despistaje de cáncer de cuello uterino en donde brindamos orientación y consejería a la paciente.

Al estar en contacto con más frecuencia con la mujer y al tener los diagnósticos principales de la paciente, nos ayudara para ayudarla a que puedan tomar la noticia de manera tranquila. Y explicarle los siguientes pasos para descartar si en realidad pueda tener un posible cáncer.

Estas capacidades se deberán coordinar y fortalecer con otros programas y sectores como educación, promoción, desarrollo social, etc. De otra manera, las consecuencias de acciones se evidenciarán no solo en altas tasas de morbimortalidad, sino además en el alto costo terapéutico, esto servirá para la prevención, detección, derivación y tratamiento temprano y precoz.

Es por ello que a través del presente estudio se pretende determinar la influencia de los factores psicológicos al padecer cáncer de cuello uterino más cuando está en las últimas fases ya que es un acontecimiento estresante que amenaza de manera significativa a las personas en distintas áreas.

La importancia de los resultados del estudio es para implementar políticas de Salud Pública que permitan cumplir las metas propuestas en nuestra ámbito laboral como futuras obstetras y presentar decadencia en las mismas e informar a todo el personal de salud y familiares que tomen conciencia del peligro latente que es esta enfermedad y fomentar la valoración y el cuidado integral de ellas.

Por lo revisado anteriormente, los resultados de la investigación servirán como diagnóstico para otras investigaciones que se pudieran realizar en beneficio al profesional de obstetricia como a nuestras pacientes. Por lo que nos planteamos el siguiente problema de investigación:

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es nivel de ansiedad y depresión que se presentan en las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en estadio III y IV.
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas 2013?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar los niveles de ansiedad y depresión que se presentan en las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificación del nivel de ansiedad en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- Identificación del nivel de ansiedad en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- Identificación del nivel de depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- Identificación del nivel de depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

II.- MATERIAL Y METODOS

2.1.-Material:

2.1.1.-Población:

El informe hospitalario del instituto regional de enfermedades neoplásicas, registran 163 mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en el año 2013 de las cuales el 26,6 % es decir 70 mujeres se encuentran en estadio III (62) y IV (8) (Anexo 05).

2.1.2.-Muestra:

La muestra para el presente estudio estuvo conformada por 70 pacientes con cáncer de cuello uterino grado III y IV que acudieron al servicio de ginecología oncológica del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – 2013.

Criterios de Inclusión y Exclusión:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en estadio III.
- Mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en estadio IV.
- Mujeres que solo presentan cáncer de cuello uterino.
- Mujeres que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.
- Mujeres que deseen participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Mujeres que no pertenecen al estadio III.
- Mujeres que no pertenecen al estadio IV.

- Mujeres que no desean participar en la investigación.
- Mujeres que tienen cáncer de cuello uterino con otros trastornos mentales.

2.1.3.-Unidad de Análisis:

Son las mujeres con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - 2013

2.2.-Método:

2.2.1.-Tipo de Estudio:

Básico, cuantitativo. No experimental.

2.2.2.-Diseño de Investigación:

Descriptivo simple



2.2.3.-Variables:

Nivel de ansiedad y depresión

Operacionalización de variables

Ansiedad

Definición Nominal:

Es la expresión de un estado emocional en el que el sujeto se siente inquieto, tenso, en estado de alerta excesiva, atemorizada con una profunda preocupación.

Definición operacional:

Es un estado transitorio que la persona experimenta nerviosismo y desesperanza

Escala:

- ✓ **Ausente:** 0 a 5 puntos.
- ✓ **Leve:** 6 a 14 puntos.
- ✓ **Grave:** mayor de 15 puntos.

Forma de medición: Aplicación de encuesta (test de síndrome Ansioso de Hamilton) (Anexo 03)

Tipo de variable: Cualitativa ordinal.

Depresión

Definición Nominal:

Es un síndrome o agrupación de síntomas susceptible de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales operativos.

Definición operacional:

La depresión es un conjunto de sentimientos o emociones: tristeza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a la exigencia de la vida.

Escala de Medición:

- ✓ **Ausente:** menor de 7 puntos.
- ✓ **Moderada:** 7 a 17 puntos.
- ✓ **Grave:** mayor de 25 puntos.

Forma de medición: Aplicación de encuesta (test de síndrome depresivo de Hamilton) (Anexo 04)

Tipo de variable: Cualitativa ordinal.

2.2.4.-Instrumentos de recolección de datos:

Se empleó test de recolección de datos, donde se ingresó la información.

Instrumento:

La presente investigación es un estudio cuantitativo para el cual se empleó diferentes test validados para medir síndrome ansioso y depresivo.

Instrumento para medir síndrome ansioso:

Se empleó el test de ansiedad de Hamilton, (HARS) Hamilton Anxiety Rating Scale, permite determinar el grado de ansiedad global del paciente. Estuvo compuesta por 13 ítems referentes a síntomas ansiosos, y uno referido al comportamiento durante la entrevista.

Validación y Confiabilidad del test para medir el síndrome ansioso de Hamilton; Se empleó el test de Hamilton que tiene una consistencia interna de: 0,79-0,86; la fiabilidad test- retest es de :0,96, con la escala de ansiedad de Covi: 0.73-0.75; y con el inventario de ansiedad de Beck (BAI): 0.56. correlaciones significativa altas (0.62-0.73) con la escala para la valoración de la depresión de Hamilton (Ham.D). al eliminarse los ítems referidos a depresión de la HARS y los ítems referidos a ansiedad de la Ham.D se alcanza una mejor discriminación entre pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes con trastorno de depresión mayor según criterios, para evaluar la conducta que ha tenido la persona durante el test en una escala de 0 (ausencia de síntomas) a 4 (intensidad máxima). La suma de las puntuaciones en los ítems oscila entre 0 y 56, y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona (34).

Instrumento para medir síndrome depresivo:

Se empleó el test de depresión de Hamilton, que fueron administrados por las investigadoras. La versión inicial constan de 24 ítems y data de 1960 siendo revisada y modificada por el mismo autor en 1967 reduciéndola a 21 ítems, de estos los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la

gravedad o intensidad de la depresión, por lo que en la práctica, se ha utilizado una versión reducida de 17 ítems. Posteriormente Ramos – Brieve y Cordero (1986) adaptaron y validaron la versión reducida de 17 ítems, ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno depresivo y permite cuantificar la evolución de los síntomas bajo efectos de un tratamiento. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semana previa.

Validación y Confiabilidad del test para medir el síndrome depresivo; se empleó el test de depresión de Hamilton: HDRS (HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE, año 1960, en sus dos versiones (adaptadas) esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,76 Y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0,65 y 0,9. Su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión como la escala de depresivo de Montgomery – Asberg, o el inventario de sintomatología depresiva y la escala de melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. Puntuaciones más altas indican mayor gravedad del síntoma. La puntuación total es la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem (35).

2.5.-Procedimiento y análisis estadístico.

Procedimientos de recolección de datos:

- ✓ Se envió un documento a la Dirección Ejecutiva del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, solicitando autorización para la realización de la investigación; a través de la Oficina de Docencia e Investigación.(ver anexo 1)
- ✓ Se realizó la coordinación con el Dpto. de GinecoObstetricia para la realización de encuestas.
- ✓ Se aplicó la encuesta en las mujeres con cáncer de cuello uterino según criterios de inclusión y exclusión previa aceptación de

participar en el estudio y firma del consentimiento informado (Ver anexo 2,3).

- ✓ Se ingresó los datos recolectados en una base de datos.
- ✓ Se realizó el análisis de la información.
- ✓ Se preparó un informe de acuerdo a lo encontrado y se presentara a la Oficina de Docencia e Investigación; así como al Dpto. de GinecoObstetricia.

Consideraciones éticas:

- **Anonimato:** Los nombres de las mujeres con cáncer de cuello uterino que participaron en la investigación no fueron revelados.
- **Participación de seres humanos:** el estudio involucró la participación de seres humanos
- **Proceso del consentimiento informado:** Se empleó un consentimiento informado escrito, para las mujeres con cáncer de cuello uterino. Perciba la importancia y seriedad del estudio (Anexo 01).
- **Pago a los participantes:** No hubo pago a las participantes.
- **Confidencialidad de la información obtenida:** La información fue ingresada lo más pronto posible en el software con el que se hizo el procesamiento y análisis de datos, los cuestionarios se almacenaron por una de las investigadoras cuando se culminó la investigación.
- **Veracidad de los datos:** Se tomó los datos que se encontraron.
- **Inocuidad:** La investigación no causó ningún tipo de daño en los participantes.
- **Conflicto de interés:** Los autores del proyecto declararon no tener ningún conflicto de interés.

Análisis Estadístico:

Los datos recolectados fueron ingresados a una base de datos de la aplicación informática (Excel) realizándose un control de calidad de los datos.

Los datos fueron procesados a SPSS v. 21.0 para realizar el análisis estadístico. Se realizó un análisis descriptivo, presentándose el porcentaje correspondiente para las variables cualitativas.

III.-RESULTADOS

CuadroN°1: Nivel de Ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-2013

Nivel de Ansiedad	N°	%
Ansiedad Ausente	2	2.9%
Ansiedad leve	24	34.3 %
Ansiedad Grave	36	51.4%
Total	62	88.6 %

Fuente: Aguilar Melquiades, F. Quinde Yovera, Y (2013)

CuadroN°2: Nivel de Ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-2013

Nivel de Ansiedad	N°	%
Ansiedad Ausente	1	1.4%
Ansiedad leve	2	2.9 %
Ansiedad Grave	5	7.1 %
Total	8	11.4 %

Fuente: Aguilar Melquiades, F. Quinde Yovera, Y (2013)

Cuadro N°3: Nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-2013

Nivel de depresión	N°	%
Depresión Ausente	1	1.4 %
Depresión Moderada	28	40 %
Depresión Grave	33	47.2 %
Total	62	88.6

Fuente: Aguilar Melquiades, F. Quinde Yovera, Y. (2013)

Cuadro N°4: Nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas-2013

Nivel de depresión	N°	%
Depresión Ausente	2	2.9 %
Depresión Moderada	2	2.9 %
Depresión Grave	4	5.9 %
Total	8	11.4 %

Fuente: Aguilar Melquiades, F. Quinde Yovera, Y. (2013)

IV.-DISCUSION:

Un análisis de los niveles de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III y IV del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica en el año 2013, se encontró que más del 50% de las pacientes registran una escala de depresión Grave en grado III y IV. La asociación de la ansiedad, depresión son muy comunes en la fase terminal del cáncer cervicouterino que se relacionan con el miedo a la enfermedad, muerte o tratamiento. Lo que provoca la aparición síntomas físicos y psicológicos la cual influyen decididamente en la determinación del progreso de las pacientes y en la forma de afrontar la enfermedad; más cuando hay cambios físicos que influyen en la calidad de vida.

El cáncer, desde su inicio, provoca frecuentemente muchos síntomas y éstos se hacen cada vez más cambiantes y complejos según avanza la enfermedad, afectando la calidad de vida de la persona. Muchos autores afirman que la persona con cáncer, sobre todo, en fase avanzada y terminal, es un enfermo plurisintomático y multicambiante. Un elemento crítico en el tratamiento del paciente con cáncer es reconocer los índices presentes de depresión y ansiedad para poder establecer el grado apropiado de intervención, que puede abarcar desde una consejería breve o grupos de apoyo. (36)

Las mujeres con cáncer de cuello uterino avanzado pueden sentirse rechazadas, sucias y que no merecen el contacto con otras personas. Por esta razón, tocar su brazo mientras se habla, tomar sus manos, abrazarla y darle un masaje pueda brindar un sentimiento amigable y cálido que puede ser emocionalmente muy saludable. El cáncer de cuello uterino no es contagioso, por lo que se debe aclarar a la mujer, familia y amigas que no existe ningún

peligro en mantener contacto físico con alguien que tenga esta enfermedad.
(26)

El problema surge cuando esta forma de reacción aguda es excesivamente intensa, como en los ataques de pánico o en las crisis de ansiedad (en los que la persona no puede controlar su ansiedad y alcanza niveles extremos), o bien cuando dicha reacción aguda se establece como un hábito, es decir, si una reacción de ansiedad de alta intensidad se convierte en crónica, o se vuelve muy frecuente (37).

La ansiedad y el sufrimiento pueden afectar la capacidad del paciente de hacer frente a un diagnóstico de cáncer o su tratamiento. Puede hacer que los pacientes pierdan sus citas de control o demoren el tratamiento. La ansiedad puede aumentar el dolor, afectar el sueño, y causar náuseas y vómitos. La ansiedad, aunque sea moderada, puede afectar la calidad de vida de los pacientes con cáncer y sus familias, y puede ser necesario tratarla (32).

Nuestro estudio coincide con la investigación de White y Macleod mencionan que la depresión es más frecuente en la etapa terminal del cáncer, especialmente entre aquellos con síntomas físicos pobremente controlados; siendo que puede ser hasta tres veces más frecuente en los pacientes al final de la vida, que en la población general (38).

Nuestro estudio coincide con la investigación de Castro L; realizo una investigación en Colombia, sobre el cáncer de cérvix y su influencia en la calidad de vida de las mujeres donde se las dimensiones afectadas son: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Según las fuentes referidas,

puede verse que los problemas que comúnmente se encuentran en este tipo de pacientes y la ansiedad, disturbios en el sueño debido a los tratamientos y a la medicación recibida, produciendo fatiga recurrente. (40)

Valores similares a los de nuestra investigación se registran en la investigación de González P; realizó una investigación sobre Calidad de Vida de Mujeres con Enfermedad Crónica de Cáncer de Cérnix donde reportan que la mayoría de las mujeres tienen una alteración o percepción negativa de la calidad de vida en sus cuatro dimensiones. Dentro de la dimensión de bienestar físico, se identifica que el 60% de las participantes refiere presentar cambios en la dimensión de bienestar psicológico con mayor percepción negativa a nivel de ansiedad y desesperación. En la dimensión de bienestar social los ítems más alterados, son el impacto/afectación de la sexualidad y la interferencia de la enfermedad (28).

En esta investigación de Corney y Cols; coincide con nuestra investigación donde se estudió a un grupo de 105 pacientes con carcinoma de cérvix, Muchas de las pacientes presentan síntomas depresivos y de ansiedad, así como describían problemas sexuales crónicos cinco años después de la cirugía (41)

Ceballos C; realizó una investigación en Veracruz; que el nivel de depresión en mujeres con cáncer cervicouterino del albergue es 42.96% lo que de acuerdo con la escala de autoevaluación de Zung representa una depresión moderada. En este sentido, se puede observar que de forma general, las mujeres encuestadas presentan una depresión de nivel medio. Dato que se difiere a nuestro estudio encontrado (42)

Por otra parte, un grupo de médicos estableció los denominadores comunes en un grupo de pacientes con cáncer de cuello uterino y mama con la ayuda de tests, cuestionarios y consultas. Entre los factores comunes se encuentran la ruptura de una situación vital (divorcio o fallecimiento de un allegado), sentimiento de abandono, soledad, desesperación. Muchas habían sufrido un traumatismo psíquico durante la infancia (la cantidad de personas que han perdido un hermano/a durante la infancia es mucho mayor entre pacientes cancerosos que entre los que no lo son). Otro estudio que va en la misma línea se efectuó con dos mil mujeres de Minnesota, cuyos casos se siguieron durante diecisiete años posteriores a un test de personalidad, y que concluía que las personas calificadas como depresivas al principio tenían el doble de probabilidades de contraer cáncer que las otras. (43)

Las altas tasas de depresión en cáncer pueden deberse al estigma, temores, percepciones y síntomas asociados con la enfermedad. Para la mayoría de personas, el temor principal es morir de manera dolorosa; a esto se suma el temor de volverse incapaces y dependientes, tener alteraciones en su apariencia, experimentar cambios en las funciones de su cuerpo y perder la compañía de las personas allegadas. Todas estas respuestas normales ante una crisis de este tipo se asemejan a las descritas ante pérdidas (Massie & Popkin, 1998). (44)

Entre los factores de riesgo psicosocial de depresión en los pacientes con cáncer se encuentran pobres habilidades de afrontamiento, escaso apoyo social y presencia de preocupación ansiosa. La depresión en el cáncer suele asociarse a pensamientos negativos intrusivos relacionadas con temas de enfermedad y muerte, que a su vez contribuyen a que el paciente mantenga estrategias de afrontamiento poco adaptativas y una visión negativa del futuro. (45)

El tipo de depresión más común en los pacientes con cáncer, la cual se caracteriza por los cambios de humor continuos y la incapacidad para participar en las actividades normales. Los síntomas duran más tiempo y son más pronunciados que los de una reacción normal. En las personas con cáncer avanzado puede ser problemático basar el diagnóstico solo en estos síntomas, ya que la enfermedad puede estar provocando una disminución de sus funciones. Es importante identificar la diferencia entre fatiga y la depresión ya que estas pueden ser evaluadas y tratadas por separado. (46)

La importancia del estudio radica en la ausencia de investigaciones de este tema en el país o siendo muy pocos los estudios que describan o evalúen la calidad de vida del paciente oncológico en fase terminal.

En general, todos los aspectos analizados hasta aquí, condicionan y determinan la calidad de vida. El padecer cáncer de cuello uterino en fases avanzadas es un acontecimiento estresante y doloroso no solo para quien lo presenta sino además para todo el entorno que lo rodea.

Frente a esta problemática, la obstetra es la profesional del equipo de salud, que parte de nuestra rama es brindar cuidado y dar respuesta a las necesidades del paciente con el único fin de poder lograr una vida de esperanza, satisfacción o muerte digna en los pacientes terminales, defendiendo sus derechos, respetando su autonomía y dignidad; acompañándolo para mitigar su sufrimiento y lograr bienestar espiritual en el paciente y familia. Por ello nuestra prioridad como obstetras es enfocarnos en la atención que se brinda a la mujer en el contexto de su familia y su comunidad, brindándole intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación oportuna.

CONCLUSIONES:

1. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III es ausente 2.9% leve 34.3% y grave en 51.4%, en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Trujillo 2013.
2. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de cuello uterino grado IV es, ausente 1.4%, leve 2.9% y grave en 7.1% en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Trujillo 2013.
3. El nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino en grado III es ausente 1.4 %, moderada 40% y grave en 47.2% en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Trujillo 2013.
4. El nivel de depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino en grado IV es ausente 2.9 %, moderada 2.9% y grave en 5.9% en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Trujillo 2013.

VI.-RECOMENDACIONES:

1. Realizar una implementación adecuada de la estrategia sanitaria de cáncer desde el primer nivel de atención que permita el adecuado manejo integral y oportuno del paciente con cáncer.
2. Establecer un acompañamiento psicológico que permita a la paciente con cáncer de cuello uterino poder identificar y resolver los problemas psicológicos.
3. Realizar la derivación oportuna del paciente con cáncer de cuello uterino según el nivel resolutivo
4. La orientación y consejería sobre el Papanicolaou debe ser previa al examen usando un adecuado lenguaje para que la paciente comprenda la importancia de este procedimiento.

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La Asociación Española Contra el Cáncer es una organización de carácter benéfico asistencial. 2013
2. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2015. Atlanta, Ga: American Cancer Society. Available online Last accessed April 1, 2015.
3. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras de cáncer. 2013.
4. Incidencia del cáncer de cuello uterino pasa a segundo lugar. Revista ABC Color. [revista en internet] 2015. [citado 13 de enero 2015]. Disponible en : "<http://www.abc.com.py/nacionales/incidencia-del-cancer-de-cuello-uterino-pasa-segundo-lugar-553973.html>
5. Cáncer de Cuello uterino mata 5 mujeres al día. Eju. [revista en internet]. 2014 [citado 15 de febrero 2015]. Disponible en : <http://eju.tv/2014/03/cncer-de-cuello-uterino-mata-a-5-mujeres-al-da/>
6. PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN CONTROL Y SEGUIMIENTO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Documentos Técnicos – Normativos, la Paz – Bolivia, 2009 – 2015. estado plurinacional de bolivia ministerio de salud y deportes. [citado 2 de julio 2015]. Disponible en: http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/plan_cancer_cuello_uterino.pdf
7. Midori M, Habich Rospigliosi C. Análisis de la situación de cáncer en el Perú. 2013.
8. Cáncer Cervicouterino. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud. [revista en internet] 2015. [citado 11 de mayo]. Disponible en : <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/cancer-cervicouterino>

9. Berek J. Ginecología de novak. 14 edición. pág. 1460- 1464
10. Purriños M. Escala de Hamilton – Hamilton depresión rating scale. Servicios de epidemiología (Brasil, 2009)
11. García G, Pachón J, Smith R, Zuleta J. Cáncer de cuello uterino: experiencia durante un período de seis años en un hospital universitario colombiano. Rev Colomb Obstet Ginecol [revista en la Internet]. 2007
12. Morales F, Ávila D. Correlación cito-histológico de la lesiones intraepiteliales epidermoides (LEI) cervicouterinas- Hospital José carrasco Arteaga 2011. (Ecuador, 2012)
13. Más de 475 mil niñas serán vacunadas contra el Virus de Papiloma Humano. Ministerio del Perú. Sala de prensa. [revista en internet] 2015. [citado 22 de marzo]. Disponible en: "<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16252>"
14. Plan Esperanza para la atención Integral del cáncer. Decreto Supremo N° 009- 2012- SA. [revista en internet]. 2012 [citado 26 de abril]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/esperanza/>
15. Pinillos L. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Estadísticas. Indicadores hospitalarios 2014. Disponible en : http://www.irennorte.gob.pe/staff_medicos.php
16. Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., Sworowski, L. A. & Twillman, R. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. Journal of Consulting & Clinical Psychology. 2000. 68(5), 875-882
17. Valencia Lara, Sandra Carolina. (2006). Depression in patients with cáncer. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 2(2), 241-257. Retrieved May 06, 2015, from

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982006000200006&Ing=en&tIng=en.

18. Berek J. Ginecología de novak. 14 edición. pág. 1460- 1464
19. Cabellos C. Relación existente entre la calidad de vida percibida y el nivel de depresión en mujeres con cáncer cervicouterino del albergue para enfermos con cáncer de la ciudad de Xalapa, Veracruz. 2007
20. Estrada Gabriela, Judith de Gante y Hernández Anabel. Niveles de ansiedad y depresión en personas con sobrepeso y obesidad en cáncer cervicouterino. Universidad del Valle de México, Campus Tlalpan. 2008. [citado 2015 mayo 17]. Disponible en: "http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/Ansiedad%20Depresi%C3%B3n%20Sobrepeso_04_CS0_PSIC_PICSJ_D.pdf"
21. Jacobsen PB, Donovan KA, Weitzner MA: Distinguishing fatigue and depression in patients with cancer. Semin Clin Neuropsychiatry 8 (4): 229-40, 2003.
22. Reyes J. Cáncer de cuello uterino, enemigo silencioso. 23 enero de 2012
23. Rodríguez B, Bayan C, Orgaz Pablo, Torres G, Mora F, Castelo B. Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. Psicooncología. 2007. 4(1).pp (7-19)
24. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. Libro de psicooncología. Pamplona año 2006
25. Bellver, A y Cols. Mujeres con Cáncer de Mama: Evaluación del Afecto Positivo y Negativo y Valoración de un programa de Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. Psicooncología. 2009; 6(1): 139-154.

26. Hospicio B, Path M, Hospicio R, Koonsaen S, Sankaranayanan R. Cuidado Paliativo para mujeres con cáncer de cuello uterino. [revista en internet]. 2003 [citado 28 de marzo]. Disponible en : http://screening.iarc.fr/doc/RH_palliative_care_sp.pdf
27. Instituto Nacional del Cáncer. Adfaptacion del cáncer: ansiedad y sufrimiento. Estados unidos 2013. Disponible en : ["http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pdq"](http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pdq)[d-sufrimiento-pdq](http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pdq)
28. Parra G. Calidad de vida de mujeres con enfermedad crónica de cáncer de cérvix. Programa de Maestria en Enfermeria. Bogota 2010
29. Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, N° 1, junio de 2011, págs. 64 a 73.
30. Lena T. Comportamiento de la autoestima, el apoyo y estados emocionales en pacientes operadas de cáncer cérvico uterino. 2012; pag 1.
31. Chida Y, Hamer M, Wardle J, Steptoe A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? Nature Clinical Practice: Oncology. 2008 Aug; 5(8):466–75.
32. Adaptación del Cáncer: Ansiedad y Sufrimiento. Instituto Nacional del cáncer de los institutos nacionales de la Salud de Estados Unidos. [revista en internet]. 2013 [citado 26 de abril]. Disponible en: ["http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/Patient/page2](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/adaptacion/Patient/page2)
33. Aibar S, Celano C, Concepción M, Estrada S, Gandur N, Gange P. Manual de Enfermería Oncológica. Instituto Nacional del Cáncer. [revista en internet]. [citado 12 de abril]. Disponible en : ["http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/manual_enfermeria_08-03.pdf](http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/manual_enfermeria_08-03.pdf)

34. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medicine and Psychology* 1959; 32: 50-55.
35. Ramos-Brieva JA, Cordero A. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatra* 1986; 14: 324-334.
36. Jackelyn Cecilia Salas Pardo, Calidad de vida del paciente oncológico terminal asistente a una Unidad de Terapia Especializada- Lima- Peru, 2014 [citado 5 de julio 2015] Disponible en: <http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/14/13>
37. Karnell LH, Funk GF, Christensen AJ, et al.: Persistent posttreatment depressive symptoms in patients with head and neck cancer. *Head Neck* 28 (5): 453-61, 2006.
38. Barbero J. Psicólogos en Cuidados Paliativos: La sinrazón de un olvido. *Psico Oncología* [internet] 2011 [citado 5 julio de 2015]; 5 (1): 179-191. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0808130179A/15553>
39. Barsevich A; et al. National Cancer Institute: Adaptacion al cancer: ansiedad y sufrimiento. Bethesda, MD: National Cancer Institute. España 2014[fecha de acceso 24 de enero del 2015]. Pp 1. Disponible en: [http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depression-pro-pdq"on-pro-pdq](http://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depression-pro-pdq)
40. Castro L. El cáncer de cérvix y su influencia en la calidad de vida de las mujeres. Diplomado Psicología de la Salud. Chía, Julio 2007
41. Olivares C. Aspectos Psicológicos en el Cáncer Ginecológico. *Avances en Psicología Latinoamericana* 2004; volumen 22, pg 29- 48

42. Ceballos C. Relación existente entre la calidad de vida percibida y el nivel de depresión en mujeres con cáncer cervicouterino del albergue para enfermos con cáncer de la ciudad de xalapa, Veracruz. Xalapa. Enero 2007.
43. Orjuela P, Pimas I, Culebras N. Influencias en determinados factores psicologicos en la génesis del cáncer. Postgrado de Psicopatología. Barcelona 2010.
44. Valencia S. depresión en personas diagnosticadas con cancer.2006; 2(2): 3
45. Barroilhet D, Forjaz M, Garrido E. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. Escuela de psicología de Santiago de Chile y Navarra. 2005. [citado 16 de mayo]. Disponible en: ["http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/index.shtml"](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-ansiedad/index.shtml)
46. Telleria G. Carmen E. Niveles de depresión, riesgo y suicida y factores psicosociales de riesgo de suicida en pacientes adultos con cáncer. Caracas -2008

VIII.-ANEXOS:

ANEXO 01: Consentimiento Informado Para Participar Voluntariamente En La Investigación “Niveles de Ansiedad y Depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas- 2013.

1. Estimadas señoras le invitamos a participar del estudio “NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE CUELLO UTERINO GRADO III Y IV. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS- 2013.”. Este estudio es realizado por las Estudiantes de Obstetricia De la Universidad Privada Antenor Orrego con la finalidad de determinar el nivel de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Si usted acepta voluntariamente participar en este estudio, nosotros le haremos algunas preguntas sobre cierto nivel. Las respuestas que nos dé serán anotadas en una hoja y le tomará aproximadamente 10 minutos responder a todas las preguntas.
2. La recolección de información se realizara por una sola vez y no tiene ningún riesgo para su salud. No se le tomará ningún tipo de muestras para realizar análisis de laboratorio.
3. Usted será una de las mujeres que participará en este estudio. El estudio se realizará durante los meses de septiembre y noviembre de este año.
4. La decisión de participar es totalmente voluntaria y será muy importante para determinar el nivel de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de cuello uterino. Usted podrá retirarse del estudio si lo decide incluso después de realizar la encuesta. Si decide no participar, no habrá ninguna sanción para usted o su familia. Usted seguirá teniendo el mismo cargo y función que tenía antes.
5. Si tiene alguna duda o necesita alguna información adicional o si decidiera retirarse del estudio puede comunicarse con las investigadoras: AGUILAR MELQUIADES FIORELLA STEFANIE y QUINDE YOVERA YARIKSA Bachilleres en Obstetricia de la Universidad Privada Antenor Orrego.
6. La información proporcionada por usted es estrictamente confidencial y se mantendrá de acuerdo a las normas éticas internacionales vigentes; sólo tendrá acceso a esta información las investigadoras. Su nombre no aparecerá en las encuestas ni en ninguna publicación ni presentación de resultados del presente estudio.

ANEXO 02:

AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

“NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN MUJERES DIAGNOSTICADAS CON CANCER DE CUELLO UTERINO GRADO III Y IV. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS-2013”

Yo, _____, certifico que he leído o me han leído los objetivos de la investigación que se realizará a las mujeres con cáncer de cuello uterino grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, me han dicho sobre los beneficios y riesgos de participar en el estudio. Me han hecho saber que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Se me informó además que se me aplicará una encuesta, no se me tomarán muestra de ningún tipo y que mi nombre no aparecerá en ningún informe o publicación, la información que brinde será estrictamente confidencial y de uso solo de los investigadores.

Trujillo, ____ de _____ del 2013

Firma o huella digital
da consentimiento

Firma o huella digital del Que
del participante

Trujillo, ____ de _____ del 2014

ANEXO 03:**ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON**

Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación. 0 Ausente, 1 Intensidad ligera, 2 Intensidad media, 3 Intensidad elevada, 4 Intensidad máxima (invalidante).

SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	0	1	2	3	4
<ul style="list-style-type: none"> • HUMOR ANSIOSO: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad. 					
<ul style="list-style-type: none"> • TENSION: Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar. 					
<ul style="list-style-type: none"> • MIEDOS: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre. 					
<ul style="list-style-type: none"> • INSOMNIO: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos. 					
<ul style="list-style-type: none"> • FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS): Dificultad de concentración. Mala memoria. 					

<ul style="list-style-type: none"> • HUMOR DEPRESIVO: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día. 					
<ul style="list-style-type: none"> • SINTOMAS SOMATICOS MUSCULARES: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada. 					
<ul style="list-style-type: none"> • SINTOMAS SOMATICOS GENERALES: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestesias (pinchazos u hormigueos). 					
<ul style="list-style-type: none"> • SINTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de “baja presión” o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas). 					
<ul style="list-style-type: none"> • SINTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión pre torácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar). 					
<ul style="list-style-type: none"> • SINTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento. 					

<ul style="list-style-type: none"> • SINTOMAS GENITOURINARIOS: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual).Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección. 					
<ul style="list-style-type: none"> • SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión. 					
<p>14. CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado.</p> <p>Sudoración. Pestañeo.</p>					

PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

- **Ausente:** 0 a 5 puntos
- **Leve:** 6 a 14 puntos.
- **Grave:** mayor de 15 puntos.

ANEXO 04:

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

- **Humor deprimido, tristeza (melancolía) desesperanza, desamparo, inutilidad:**

- Ausente
- Estas sensaciones las expresas solamente si le pregunta cómo se siente
- Estas sensaciones las relatas constantemente
- Sensaciones no comunicadas verbal mente (expresión facial postura, voz, y tendencia al llanto)
- Manifiesta estas sensaciones en sus comunicaciones verbales y no verbales en forma espontánea.

2. Sentimiento de culpa

0. Ausente
1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
2. Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
3. Se siente que la enfermedad actual es un castigo
4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio

0. Ausente
1. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
3. Ideas de suicidio o amenazas
4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz

0. No tiene dificultad
1. Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
2. Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio

0. No hay dificultad
1. Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
2. Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío

0. No hay dificultad
1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades

0. No hay dificultad
1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
2. Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
3. Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

0. Palabra y pensamiento normales
1. Ligeramente retrasado en el habla
2. Evidente retraso en el habla
3. Dificultad para expresarse
4. Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

0. Ninguna
1. Juega con sus dedos
2. Juega con sus manos, cabello, etc.
3. No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
4. Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

0. No hay dificultad
1. Tensión subjetiva e irritabilidad
2. Preocupación por pequeñas cosas
3. Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
4. Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

0. Ausente
1. Ligera
2. Moderada
3. Severa
4. Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

0. Ninguno
1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.
Sensación de pesadez en el abdomen
2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

0. Ninguno

1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
2. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)

0. Ausente
1. Débil
2. Grave

15. Hipocondría:

0. Ausente
1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)
2. Preocupado por su salud
3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana
1. Pérdida de más de 500 g en una semana
2. Pérdida de más de 1 kg en una semana

17. Perspicacia:

0. Se da cuenta que está deprimido y enfermo.
1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
2. No se da cuenta que está enfermo.

PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON

- **Ausente:** menor de 7 puntos
- **Moderada:** 7 a 17 puntos
- **Grave :** mayor de 25 puntos

ANEXO 05:

