

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



**NIVEL DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y AUTOESTIMA  
EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA ESTADIO I-  
IV. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES  
NEOPLÁSICAS. 2012**

**AUTORES:**

Br. Calva Vásquez, Jahaira Briggite

Br. Castro Perez, Miriam Giuliana

**ASESORA:**

Mg Ruth A. Vargas Gonzales

TRUJILLO-PERÚ

2015

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



**NIVEL DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y AUTOESTIMA  
EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA ESTADIO I-  
IV. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES  
NEOPLÁSICAS. 2012**

**AUTORES:**

Br. Calva Vásquez, Jahaira Briggite

Br. Castro Perez, Miriam Giuliana

**ASESORA:**

Mg Ruth A. Vargas Gonzales

TRUJILLO-PERÚ

2014

## **Página del Jurado**

---

Presidente

---

Secretario

---

Vocal

## Dedicatoria

*A Dios quien me guió por el buen camino, por darme fuerzas para seguir adelante y a mis padres que me inculcaron el sentido de la responsabilidad y lo dieron todo por mí para que yo pudiera lograr mis sueños y especialmente a mi madre por darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba.*

*A mi esposo y a mi hija por brindarme su amor, cariño, comprensión y sobre todo su apoyo, siempre están y estarán en mi corazón.*

*Br. Miriam Giusiana, Castro Perez*

*En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida, también agradezco el apoyo y confianza de toda mi familia en especialmente a mis padres; también a mis hermanos Maribel y Frank por estar siempre a mi lado y a mi hijo Diego por ser mi motivo e inspiración para salir adelante.*

*Br. Jahaira Briggite, Galva Vásquez*

## **Agradecimiento**

Gracias te damos Señor por todo lo bueno y lo malo que acontece en nuestras vidas, gracias por habernos dado tranquilidad cuando más lo necesitábamos, gracias por tomar nuestras manos para guiarnos por un camino a tu lado y no abandonarnos jamás.

Agradecemos a la Universidad Privada Antenor Orrego por habernos permitido ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar la carrera, así también a los diferentes docentes que nos brindaron sus conocimientos y su apoyo para poder salir adelante.

Deseamos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a la Obst. Ruth A. Vargas Gonzales quien además de transmitirnos su vocación investigadora, nos orientó, constantemente y directamente en todos los aspectos de la tesis durante estos años. Agradecerle la plena confianza que siempre nos ha demostrado, así como la dedicación y la atención que en todo momento nos ha ofrecido.

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

Las autoras

# ÍNDICE

## CARÁTULA

## PÁGINAS PRELIMINARES

Página del Jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice	vi
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I.-Introducción	1
Formulación del Problema	9
Objetivos	10
II.-Material y Métodos	
2.1.-Material	11
2.1.1.-Población	11
2.1.2.-Muestra	11
2.1.3.-Unidad de Análisis	12
2.2.-Método	
2.2.1.-Tipo de Estudio:	12
2.2.2.-Diseño de Investigación	12
2.2.3.-Variables	12
2.2.4.-Instrumentos de recolección de datos	14
2.2.5.-Procedimiento y análisis estadístico	17
III.-RESULTADOS	19
IV.-DISCUSION	22
V.-CONCLUSIONES	29
VI.-RECOMENDACIONES	30

# ÍNDICE

VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
VIII.-ANEXOS	37

## ÍNDICE DE TABLAS

	pág.
Tabla n°1: Nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica. 2012.	19
Tabla n°2: Nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica. 2012.	20
Tabla n°3: Nivel de autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásica. 2012	21

## RESUMEN

Con el objetivo de determinar el nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012; se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal, en 130 mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Se utilizó el test de depresión y ansiedad de Hamilton y test de autoestima de Rosemberg. El nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 50%, moderada 42%, ausente 8%. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 56%, moderada 35%, ausente 9% y el nivel de autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es bajo 69%, mediano en 29%, alto 2%. Es necesario realizar una implementación adecuada de la estrategia sanitaria de las enfermedades no transmisibles: cáncer desde el primer nivel de atención que permita el manejo integral y multidisciplinario del paciente con cáncer.

**PALABRAS CLAVES:** Cáncer de mama, depresión, ansiedad y autoestima.

## **ABSTRACT**

In order to determine the level of depression, anxiety and self-esteem in women with breast cancer stage I-IV. The Regional Institute of Neoplastic Diseases. 2012; conducted a descriptive, cross-sectional prospective study in 130 women with breast cancer stage I-IV. The test of depression and anxiety of Hamilton and Rosenberg self-esteem test were used in this investigation. The level of depression in women with breast cancer stage I-IV is severe in 50%, moderate in 42% and absent in 8%. The level of anxiety in women with breast cancer stage I-IV is severe in 56%, moderate in 35%, absent in 9% and the level of self-esteem in women with stage I-IV breast cancer is under 69%, medium in 29 % and higher in 2%. It is necessary to improve and provide a high standard of health care strategy of noncommunicable diseases: cancer from the primary care level that allows an integrated and multidisciplinary care management for patients with cancer.

**KEY WORDS:** breast cancer, depression, anxiety and self-esteem

## I.- INTRODUCCION

El cáncer es un problema de salud pública a nivel mundial y una de las principales causas de muerte que afecta la población. El cáncer de mama es el tipo de cáncer más predominante en el mundo debido a su alta incidencia y mortalidad que representa alrededor del 14% de todas las muertes por cáncer en las mujeres y el 1,6% de todas las muertes en la población femenina mundial. (1)

El cáncer de mama es un tumor maligno que se origina en las células de la mama. Como otros tumores malignos el cáncer de mama es consecuencia de alteraciones en la estructura y función de los genes. Los carcinomas de mama suponen más del 90% de los tumores malignos. (2,3)

En Estados Unidos el cáncer de mama es el cáncer más común entre las mujeres, alrededor de 1 de cada 8 (12%) mujeres padecerá cáncer de mama invasivo durante el transcurso de su vida. (2)

En la Unión Europea es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres y la principal causa de muerte, una de cada nueve mujeres europeas sufrirá de cáncer de mama en un algún momento de su vida, pero estos cálculos varían según el país. (4)

En México en el año 2012 la mortalidad del cáncer de mama también se incrementó, aumento 14% desde el 2008 con un total de 522,000 muertes. (5)

En Colombia la incidencia estuvo alrededor de 30 casos por 100.000 mujeres como en la mayoría de los países del Tercer Mundo, el mayor porcentaje de casos se diagnostica cuando el cáncer de mama está muy avanzado y las posibilidades terapéuticas de curación son muy limitadas. (6)

En Chile la incidencia de cáncer de mama también ha ido creciendo, probablemente por el aumento de la esperanza de vida al nacer, y actualmente

es el cáncer más frecuente en mujeres chilenas, con 40 casos por cada 100.000 mujeres. (7)

En el Perú, se reportan 4 mil casos de cáncer de mama al año, lo que significa que 4 mujeres fallecen por día a causa de este mal. Actualmente ocupa el primer lugar y no solamente ataca a las mujeres en edad avanzada, sino que cada vez hay mujeres mucho más jóvenes que están en edad de producción económica, laboral, familiar, social, afectadas por la enfermedad. (8)

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.(9)

La mayoría de los tumores que se producen en la mama son benignos, debidos a formaciones fibroquísticas, pero también existen tumores malignos. Los tumores benignos están relacionados en su mayoría con factores genéticos. Los síntomas que producen son dolor e inflamación pero ni se diseminan al resto del organismo ni son peligrosos. Dentro de los tumores malignos, existen varios tipos en función del lugar de la mama donde se produzca el crecimiento anormal de las células y según su estadio. Los tumores pueden ser localizados a haberse extendido, a través de los vasos sanguíneos o mediante los vasos linfáticos, y haber dado lugar a metástasis de inicio originándose diversos tipos de cáncer de mama como el carcinoma ductal in situ que se origina en las células de las paredes de los conductos mamarios. (10)

La causa del cáncer de mama no se conoce pero si sabe algunos factores de riesgo. Un factor de riesgo es todo aquello que aumenta la probabilidad de que una persona desarrolle cáncer. Aunque a menudo los factores de riesgo influyen en el riesgo de desarrollar cáncer, la mayoría no provoca cáncer de forma directa. (11)

Se cree que alrededor del 5 al 10 por ciento de los casos de cáncer de mama son hereditarios, lo que significa que se originan directamente de defectos genéticos (llamados mutaciones) heredados de uno de los padres. BRCA1 y BRCA2: la causa más común de cáncer de mama hereditario es una mutación hereditaria en los genes BRCA1 y BRCA2. (12)

Raza, las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de padecer cáncer de mama. (12,13) Tejido mamario denso, las mujeres cuyos senos aparecen densos en los mamogramas tienen un riesgo de padecer cáncer de mama de 1.2 a 2 veces mayor que las mujeres con una densidad promedio. (12- 14) Periodos menstruales, el inicio temprano de la menarquia (antes de los 12 años), aumenta el riesgo de padecer cáncer de mama al igual que las mujeres con una menopausia tardía (después de los 55años). (13) Terapia hormonal sustitutiva, se utiliza para aliviar los síntomas de la menopausia, a largo plazo parece aumentar el riesgo de sufrir cáncer de mama. (12, 13)

La determinación del estadio es una manera de describir el cáncer, es decir, dónde está ubicado, si se ha diseminado o hacia dónde y si está afectando las funciones de otros órganos del cuerpo. El conocimiento del estadio clínico permite decidir cuál es el mejor tratamiento y predecir el pronóstico de la paciente.

El estadio cero (0) describe una enfermedad que se limita a los conductos y lobulillos del tejido mamario y que no se ha diseminado al tejido circundante de la mama. También se denomina cáncer no invasivo.

Estadio IA: El tumor es pequeño, invasivo y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos. Estadio IB: El tumor está confinado a los conductos y lobulillos del tejido mamario y no se ha diseminado al tejido circundante de la mama o mide menos de 20 milímetros (mm), y se observa diseminación microscópica a los ganglios linfáticos.

Estadio IIA: No hay evidencia de un tumor en la mama, pero el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares aunque no a zonas

distantes del cuerpo. El tumor mide 20 mm o menos y se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares. El tumor mide más de 20 mm pero menos de 50 mm y no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Estadio IIB: Cualquiera de estas condiciones: El tumor mide más de 20 mm pero menos de 50 mm y se ha diseminado a un número de uno a tres ganglios linfáticos axilares. El tumor mide más de 50 mm pero no se ha diseminado a los ganglios linfáticos axilares.

Estadio IIIA: Un cáncer de cualquier tamaño que se ha diseminado a un número de cuatro a nueve ganglios linfáticos axilares, pero no a otras partes del cuerpo. El estadio IIIA también puede ser un tumor mayor de 50 mm que se ha diseminado a un número de uno a tres ganglios linfáticos.

Estadio IIIB: El tumor se ha diseminado a la pared torácica o ha causado hinchazón o ulceración de la mama, o se diagnostica como cáncer inflamatorio de mama. Puede o no haberse diseminado a los ganglios linfáticos axilares, pero no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Estadio IIIC: Tumor de cualquier tamaño que no se ha diseminado a partes distantes del cuerpo pero se ha diseminado a 10 o más ganglios linfáticos axilares, o a los ganglios linfáticos debajo de la clavícula, a los ganglios mamarios internos y ganglios axilares, o a los ganglios linfáticos ubicados por encima de la clavícula.

Estadio IV (metastásico): El tumor puede tener cualquier tamaño y se ha diseminado a sitios distantes del cuerpo, generalmente los huesos, pulmones o hígado o la pared torácica. Se observa diseminación de cáncer metastásico al momento de realizar el primer diagnóstico de cáncer en alrededor del 5% al 6% de los casos. La mayoría de las veces, el cáncer de mama metastásico es el resultado de una recurrencia que se produce muchos meses o años después del diagnóstico y el tratamiento del cáncer original. (18)

Puede sospecharse de la aparición de cáncer de mama en diferentes circunstancias. Las circunstancias principales son una mamografía de cribado con resultado positivo, el descubrimiento por palpación de una masa en la mama, cualquier modificación observada en la piel de la mama, por la paciente o por el médico, o el derrame de líquido de un pezón. (15)

En el Perú los recursos humanos especializados en oncología y anatomía patológica se encuentran concentrados en Lima, Arequipa y La Libertad. Los servicios más concentrados son los de radioterapias y trasplante de médula ósea. Los departamentos de Piura, Cajamarca, Loreto, Cuzco, Ayacucho y La Libertad cuentan con un número insuficiente de equipos de mamografía en relación a la población objetivo (mujeres de 50 a más años) por lo que quieren fortalecerse prioritariamente mediante la adquisición de equipos. (16)

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 reporta en su boletín epidemiológico que durante el año 2012 se abrieron 1828 Historias Clínicas, de las cuales 1425 pacientes (78%) tienen diagnóstico de cáncer. Las neoplasias más frecuentes fueron cáncer de mama con 208 casos (14.6%), seguido del cáncer de cuello uterino con 180 casos (12.6%), cáncer de estómago con 150 casos (10.5%), cáncer de piel con 144 casos (10.1%) y cáncer de próstata con 135 casos (9.5%). (17)

Dentro de los eventos vitales que pueden acontecer a las personas, no hay duda de que las enfermedades crónicas, especialmente aquellas socialmente estigmatizadas como es el caso del cáncer, imponen una serie de demandas que movilizan en un sentido otro los recursos de afrontamiento. (18)

En la actualidad ciertos aspectos psicológicos y socioculturales condicionan a la evolución del cáncer de mama provocando la aceleración de la enfermedad. Se plantean los aspectos psicológicos más relevantes estudiados en las mujeres con cáncer de mama, 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 la autoconfianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima, así como el afrontamiento satisfactorio a situaciones de estrés, entre ellas al estrés de la enfermedad, y a los cambios que esta impone en el estilo de vida. (19)

Los sufrimientos o trastornos que aquejan a la mujer con cáncer de mama incluyen frecuentemente ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal (Barbón & Beato, 2002). (20) La depresión, reacción emocional muy frecuente en los enfermos crónicos al debut de su enfermedad, ha sido estudiada por Ford, quien encuentra que los síntomas depresivos se relacionan estrechamente con el estadio de la enfermedad y con el apoyo social. (21). Zhao y colaboradores encontraron en las mujeres con cáncer de mama mayores niveles de depresión y ansiedad, así como un afrontamiento más negativo a la misma (22). Sin embargo, Torrico y colaboradores señalan que, después de una primera fase de adaptación a la enfermedad, las mujeres con cáncer de mama consiguen controlar sus reacciones emocionales, no encontrando diferencias significativas con mujeres sanas en lo que respecta a indicadores de depresión (23). También Nosarti encuentra que los síntomas psicopatológicos son mayores cuando el diagnóstico está pendiente de confirmación que pasado un año del mismo. (24)

La depresión clínica o trastorno depresivo mayor es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un periodo al menos de 2 semanas de duración durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. (25)

Así mismo 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. (26)

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. (26)

Las variables como la autoestima y el optimismo han sido consideradas como recursos de afrontamiento que aumenta la habilidad para manejar los eventos estresantes y mejorar la salud (Taylor & Stanton, 2007). La autoestima es la autoevaluación que el individuo hace y mantiene de manera persistente sobre sí mismo; expresándose en una actitud de aprobación o reprobación e indicando hasta donde la persona se siente capaz, significativa, exitosa y valiosa (Montt & Ulloa, 1996) Una autoestima baja ha sido relacionada con pensamientos negativos y síntomas depresivos. (27,28)

En mujeres con cáncer de mama se ha encontrado que una autoestima alta se relaciona con mejor percepción de la calidad de vida (Pedro, 2001), asimismo una mejor percepción de la imagen corporal y la autoestima se relacionan con menor deterioro de la calidad de vida. (29)

Diversos autores informan que la depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en pacientes con enfermedades físicas (30,31), incluyendo el cáncer(32-34); Hoy sabemos que estos trastornos psiquiátricos se encuentran entre las causas principales de años perdidos por calidad de vida en todo el mundo(35) ; y que cuando se presentan en comorbilidad con el cáncer contribuyen a disminuir el apego al tratamiento, prolongar las estancias hospitalarias, y en última instancia a reducir las oportunidades de sobrevida(36,37).

El tema ha sido revisado por distintos investigadores desde distinto punto de vista, siendo entre los encontrados, los más relevantes para nuestra investigación:

Betancur A, Aristizabal G. (Venezuela, 2010) realizaron una investigación sobre cáncer de mama como factor predictivo de ansiedad y depresión. Se planteó una investigación cuyo propósito fundamental es determinar si el cáncer de mama es un factor predictivo de ansiedad y depresión en las pacientes. Se evaluaron a 40 pacientes, el 57,5% presento trastorno de ansiedad y depresión según la escala de Zigmond y Snaith en un 25% hubo ausencia del trastorno y un 17,5% trastorno dudoso. Se concluyó que el diagnóstico, tratamiento y evolución del cáncer de mama es un predictor de ansiedad y depresión. (38)

Canicali C, Nunes L, Pires P, Costa F, Costa M. (Brasil, 2012) realizaron una investigación sobre ansiedad en mujeres con cáncer de mama, se aplicó un estudio a 84 mujeres con cáncer de mama objetivando a evaluar la prevalencia de ansiedad generalizada y depresión mayor, se utilizó el instrumento state trait anxiety elaborado por Spielberger y colaboradores. Se concluyó que 17.8% presentaba depresión mayor y el 11,9% ansiedad generalizada. Este estudio revelo una prevalencia expresiva de síntoma clínicamente significativo de ansiedad y depresión entre las pacientes con cáncer de mama lo cual permite evaluar la ansiedad en mujeres con cáncer de

mama para la identificación de aquellas pacientes con mayor riesgo en el transcurso del tratamiento de desarrollar perturbaciones psicopatológicas. (39)

Pintado S (España, 2013) realizó una investigación sobre bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. Se determinó que la autoestima y el bienestar emocional están directamente relacionados. Las mujeres que padecen cáncer de mama presentan una alteración en su bienestar emocional, disminuyendo este a causa de los síntomas depresivos y ansiosos que se experimentan. Y ello provoca una disminución de la autoestima en las pacientes. Sin embargo, esta relación entre bienestar emocional y autoestima es bidireccional, puesto que en algunos estudios se han observado además, que una baja autoestima es un factor de riesgo de presentar síntomas depresivos. Para la evaluación de la autoestima en el cáncer de mama se utilizó la escala de autoestima de Rosenberg. Se concluyó que la autoestima es una parte del auto concepto que está afectada por las mujeres que padecen cáncer de mama que implica un empeoramiento en la calidad de vida. A raíz de los estudios analizados, la autoestima se ve afectada por el nivel de estrés, sobre todo los síntomas de depresión y ansiedad que presentan; así como los sentimientos negativos en la imagen corporal.(40)

Cabrera L, Mendoza L, Obando P (Lima, 2010) realizó una investigación sobre factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes con cáncer con el objetivo de identificar los factores asociados a la depresión en pacientes oncológicos. La muestra estuvo conformada por 44 pacientes hospitalizados que cumplieron con los criterios de inclusión. El instrumento utilizado para medir el nivel de depresión fue el inventario de depresión de Beck, se concluyó que la depresión en pacientes oncológicos se ve influenciada por factores socioculturales y propios de la enfermedad. (41)

El diagnóstico y tratamiento del cáncer suele provocar en el paciente un gran impacto emocional y problemas psicológicos. Los más frecuentes relatados en las investigaciones son: problemas emocionales; como depresión, ansiedad, autoestima; problemas derivados de la sintomatología física: dolor,

efectos secundarios al tratamiento y problemas derivados de la ruptura de los estilos de vida cotidianos, laborales, familiares, de relación social. (42)

Estos problemas puede variar según a fase y evolución de la enfermedad (43). 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 torna 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.

El cáncer supone enfrentarse a una situación amenazante, poco predecible y más o menos aversiva de su estilo de vida y presentan graves problemas emocionales de lo que nunca se recuperan por completo, mientras que otros parecen adaptarse a la enfermedad sin excesiva dificultad.

Una variable que podría explicar estas diferencias anteriores son las estrategias que utilizan los pacientes para hacer frente a la enfermedad y el estrés generado por la misma. (Holland y Mastrovito, 1980 cit. en Latorre y Beneit, 1991 pp227 cit. en Robles R, Morales M, Jiménez L, Morales.pp.19)

Los estilos de afrontamiento a la enfermedad están relacionados por los niveles de ansiedad, o depresión ; aunque esta es una reacción más frecuente en los pacientes crónicos con esta enfermedad; el presente estudio pretende investigar los aspectos psicológicos presentes en las pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer de mama estadio I, como es conocer el nivel de depresión, ansiedad y autoestima, consideramos que es importante que el paciente pueda adaptarse relativamente bien a su enfermedad con la detección a tiempo de niveles de ansiedad, depresión o nivel de autoestima desde el inicio de la enfermedad, que se pueda establecer de manera oportuna estrategias de apoyo psicológico tanto para el paciente como para el acompañante; las cuales deben ser oficializadas como parte del soporte desde el pre diagnóstico y en todos los niveles de atención.

Así mismo consideramos la necesidad de informar a la familia de lo que ocurre desde el momento de la sospecha para que lo vayan asimilando y apoyen a la afectada desde el principio. Con el apoyo familiar los cambios pueden ser pequeños y la vida puede continuar su curso normal. De la misma forma establecer grupos de apoyo que son muy útiles proporcionando apoyo emocional e información, facilitan la aceptación y conocimiento de la enfermedad por medio del intercambio de experiencias con otras mujeres en la misma situación.

Dentro de la carrera de obstetricia, y a cargo de la estrategia de cáncer, las obstetras realizamos un despistaje de cáncer de mama, el cual debe ir acompañado siempre de una consejería y orientación; en el proceso de diagnóstico y tratamiento con el especialista dar cumplimiento al abordaje de un equipo multidisciplinario, estableciendo el cumplimiento de la derivación de casos detectados con problemas psicológicos al especialista.

Por lo revisado anteriormente nos planteamos el siguiente problema de investigación:

## **FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012?

## **OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- ✓ Determinar el nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Trujillo 2012.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- ✓ Identificar el nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Trujillo 2012.
- ✓ Identificar el nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Trujillo 2012.
- ✓ Identificar el nivel de autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Trujillo 2012.

## **II.- MATERIAL Y METODOS**

### **2.1.-Material:**

#### **2.1.1.-Población:**

El informe de registro hospitalario del instituto regional de enfermedades neoplásicas, registrado en los últimos cinco años (Oct. 2007- I Sem. 2013) diagnosticaron a 873 mujeres con cáncer de mama. (44)

En el año 2012, se reportaron 208 casos de pacientes con cáncer de mama en estadio I-IV según el boletín epidemiológico del IREN. (17) (Anexo N°6)

#### **2.1.2.-Muestra:**

La muestra para el presente estudio estuvo conformada por el 62% de las pacientes con cáncer de mama en estadio I-IV que acudieron al servicio de ginecología oncológica del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012; es decir 130 pacientes.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:**

#### **Criterios de Inclusión:**

- ✓ Mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en estadio I-IV.
- ✓ Mujeres que residen dentro de la región la libertad.

#### **Criterios de Exclusión:**

- ✓ Mujeres que no desean participar en la investigación.
- ✓ Mujeres que tienen diagnóstico de síndrome depresivos.
- ✓ Mujeres que no pertenezca a la región la libertad.
- ✓ Mujeres que tienen cáncer de mama con otros trastornos mentales.

### **2.1.3.-Unidad de Análisis:**

Son las mujeres con cáncer de mama estadio I-IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.

## **2.2.-Método**

### **2.2.1.-Tipo de Estudio:**

Básico, cuantitativo, no experimental

### **2.2.2.-Diseño de Investigación:**

Descriptivo Básico



### **2.2.3.-Variables:**

Nivel de depresión, ansiedad y autoestima

## **Operacionalización de variables**

### **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:**

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

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

**Tipo de variable:** Cualitativa ordinal

**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 de medición:**

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

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

**Tipo de variable:** Cualitativa ordinal.

## **Autoestima**

### **Definición nominal:**

Es un término evaluativo que se puede utilizar para describir cómo se siente una persona con respecto a su auto concepto. El auto concepto representa información que uno posee sobre sí mismo.

### **Definición Operacional:**

Es aquella que se quiere y se valora a sí mismo.

### **Escala de medición:**

- ✓ **Baja:** 0 a 25 puntos.
- ✓ **Moderada:** 26 a 29 puntos.
- ✓ **Alta:** 30 a 40 puntos.

**Forma de medición:** Aplicación de encuesta (test de autoestima de Rosemberg) (Anexo 05)

**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 depresivo, ansioso y autoestima.

### **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 cuatros 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 – Brieva 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. (45)

**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. (46).

#### **Instrumento para medir autoestima:**

Se empleó la escala de autoestima de Rosenberg, (Rosenberg S-S) Rosenberg Self-Steem Scale, permite evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tienen consigo misma. La escala consta de 10 ítems, 5 planteados en forma positiva y 5 en forma negativa (para controlar la aquiescencia y la tendencia a responder afirmativamente. La puntuación se obtiene sumando la puntuación directa de los ítems 2, 5, 8, 9, 10 y la puntuación invertida de los ítems 1, 3, 4, 6, 7. La puntuación final oscila entre 10 y 40. Las puntuaciones mayores son indicadoras de una autoestima más alta.

**Validación y confiabilidad del test para medir la autoestima de Rosenberg,** el análisis de fiabilidad test-re test que se realizó mediante la correlación  $r$  de Pearson y la diferencia de medias mediante la  $t$  de Student para muestras relacionadas. Asimismo la validez de constructo se analizó mediante la correlación  $r$  de Pearson entre la puntuación global en EAR y las puntuaciones correspondientes al SCL90R y el EAT. (47).

## 2.2.5.-Procedimiento y análisis estadístico.

### **Procedimientos de recolección de datos:**

- ✓ Se envió un documento a la Dirección Ejecutiva del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, autorización para la realización de la investigación; a través de la Oficina de Docencia e Investigación.
- ✓ Se realizó la coordinación con el Dpto. de GinecoObstetricia para la realización de las encuestas.
- ✓ Posteriormente se realizó la aplicación de la encuesta a las mujeres con cáncer de mama; según los criterios de inclusión y exclusión, previa aceptación y firma del consentimiento informado.(ver anexo 1, 2)
- ✓ Se ingresaron los datos recolectados en una base de datos en Excel.
- ✓ Se realizó el análisis de la información.
- ✓ Se preparó un informe de acuerdo a lo encontrado y se presentará a la Oficina de Docencia e Investigación.

### **Consideraciones éticas:**

**Anonimato:** Los nombres de las mujeres 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 mama 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.

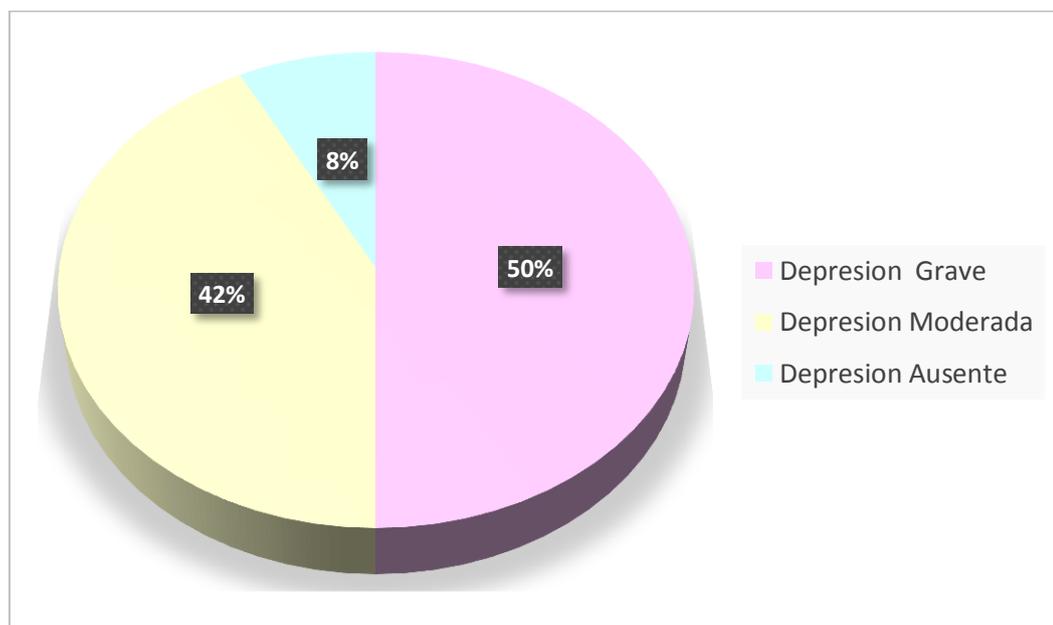
### III.-RESULTADOS

Tabla n°1: Nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV.  
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012.

Nivel de depresión	N°	%
Depresión Grave	65	50
Depresión Moderada	55	42
Depresión Ausente	10	8
Total	130	100

Fuente: Calva Vásquez, J. Castro Perez, M (2012)

Grafico n°1: Nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV  
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012.



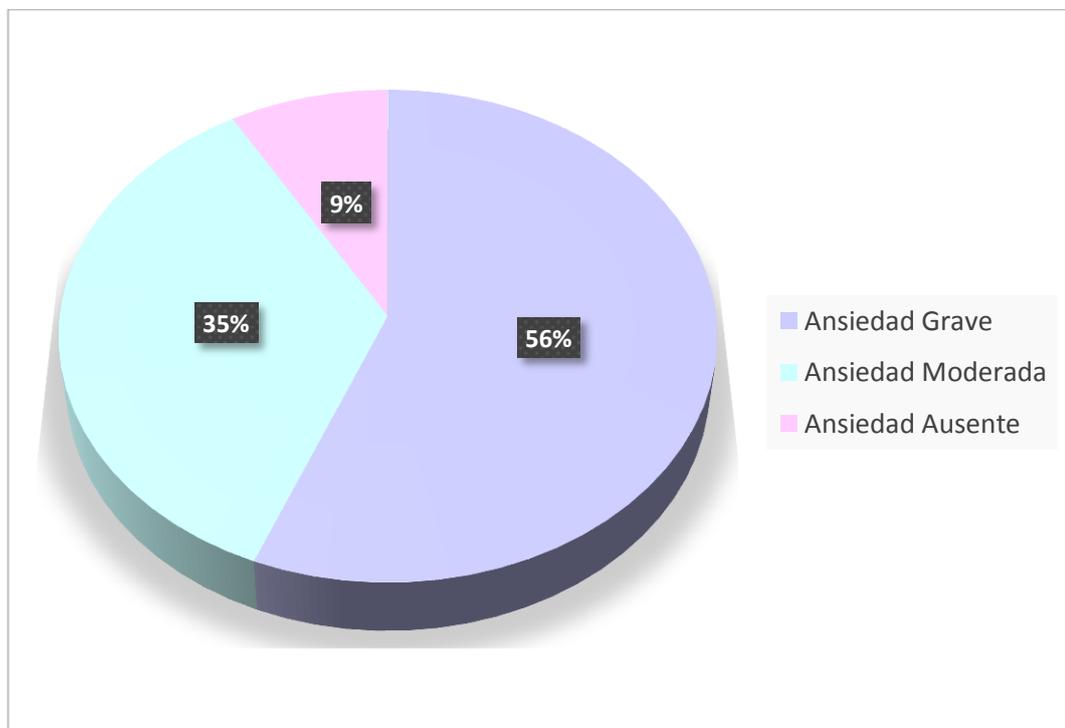
Fuente: Calva Vásquez, J. Castro Perez, M (2012)

Tabla n°2: Nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV.  
 Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012

Nivel de Ansiedad	N°	%
Ansiedad Grave	73	56
Ansiedad Moderada	46	35
Ansiedad Ausente	11	9
Total	130	100

Fuente: Calva Vásquez, J. Castro Perez, M (2012)

Tabla n°2: Nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV.  
 Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012



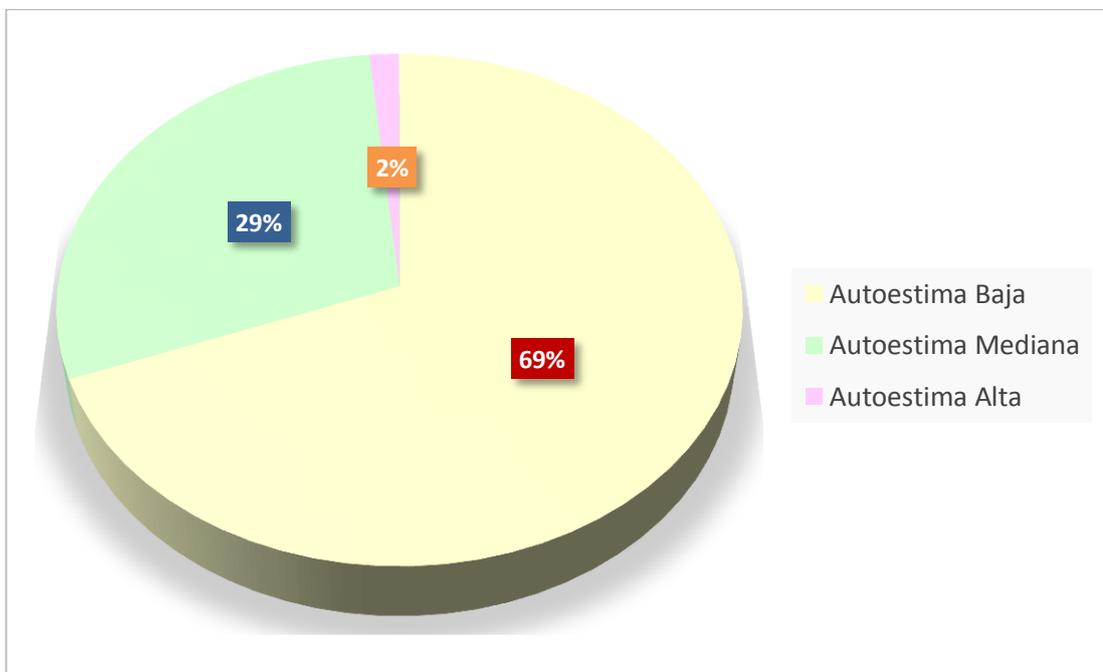
Fuente: Calva Vásquez, J. Castro Perez, M (2012)

Tabla n°3: Nivel de autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV  
 Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012

Nivel de autoestima	N°	%
Autoestima Baja	90	69
Autoestima Mediana	38	29
Autoestima Alta	2	2
Total	130	100

Fuente: Calva Vásquez, J. Castro Perez, M (2012)

Grafico n°3: Nivel de autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV.  
 Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2012



Fuente: Calva Vásquez, J. Castro Perez, M (2012)

#### **IV.-DISCUSION:**

Los aspectos psicológicos y socioculturales condicionan a la evolución del cáncer de mama provocando la aceleración de la enfermedad. Así mismo el diagnóstico y tratamiento del cáncer suele provocar en el paciente un gran impacto emocional y problemas psicológicos. Los más frecuentes relatados en las investigaciones son: problemas emocionales; como depresión, ansiedad, autoestima; problemas derivados de la sintomatología física: dolor, efectos secundarios al tratamiento y problemas derivados de la ruptura de los estilos de vida cotidianos, laborales, familiares, de relación social. (19,42)

Un análisis de los niveles de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV (Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas) del año 2012, en la Tabla N°01, se encontró que la mayor prevalencia de depresión en mujeres con cáncer de mama es de predominio grave. La depresión debe diagnosticarse y tratarse aunque se manifieste de inmediato tras el diagnóstico de cáncer de mama, puesto que ello tiene un beneficio en el funcionamiento psicológico y la calidad de vida de las pacientes, pero también en la respuesta al tratamiento oncológico y la supervivencia a largo plazo. Aunque algunos estudios señalan la disminución de la sintomatología depresiva durante el tiempo, datos recientes constatan que ésta puede persistir con igual o mayor intensidad tras un año del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. En pacientes oncológicos se aconseja utilizar instrumentos de medición para la depresión que eliminen la sintomatología somática asociada al propio trastorno médico como la escala de depresión de Hamilton. (48)

Vidal M, López B; realizaron un estudio con el objetivo de determinar la presencia de trastornos depresivos en las pacientes con cáncer de mama y su relación con el estadio tumoral, el tipo del tratamiento oncológico instituido, la discapacidad física que la paciente padece y la existencia de apoyo familiar o social. Para ello utilizaron la escala de autoevaluación de la

depresión de Wiliam W. Zung en 50 pacientes de las cuales el 38% presento síntomas de depresión, con predominio de los tipos moderado y severo. Este estudio es similar a nuestra investigación debido a que con frecuencia las pacientes con cáncer de mama sufren depresión, habitualmente por el estrés de enfrentarse a la propia enfermedad. (49)

Fernández C, et al. Realizaron una investigación con el objetivo de analizar la evolución de los síntomas físicos y emocionales y la influencia de la ansiedad y la depresión en el estado físico de los pacientes con cáncer de mama a lo largo del tratamiento con quimioterapia intravenosa (QT), con una muestra de 29 pacientes con cáncer de mama fueron evaluados antes de iniciar el tratamiento, finalizado el primero, segundo y último ciclo de QT, mediante el HAD y un cuestionario de síntomas. Los resultados obtenidos fueron que la ansiedad se redujo significativamente al finalizar el tratamiento en todos los participantes pero la depresión se mantuvo elevada. (51)

Los resultados de este estudio se asemejan a los resultados de investigaciones anteriores tales como: Pérez G. realizó un estudio con el objetivo de determinar la asociación que existe entre cáncer de mama y depresión, se aplicó el Inventario de Beck a 20 pacientes del hospital General de México, que padecen dicha enfermedad. Se concluyó que no existe asociación estadísticamente significativa entre cáncer de mama y depresión; los resultados podrían ser consecuencia del tamaño de la muestra y de la influencia de otros factores, como el tipo de personalidad. (50)

Es importante el tener en consideración los factores de riesgo de depresión que deterioran la calidad de vida de los enfermos oncológicos, con miras a su prevención. (49)

Morales M, Robles R, Jiménez M, Morales J; realizaron una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en una muestra de mujeres con Cáncer de Mama. La muestra fue integrada por 225 mujeres derechohabientes del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto

Mexicano del Seguro Social de Guadalajara, Jalisco, que presentaron diagnóstico confirmado de Cáncer de Mama a través de resultado histopatológico y/o mamografía, y que aceptaron participar en el estudio de manera anónima y voluntaria. La sintomatología depresiva y ansiosa fue evaluada con base en la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS, por las siglas en inglés). Encontramos que la puntuación promedio en la escala de depresión fue de  $5.5 \pm 4$ , y en la de ansiedad de  $8.1 \pm 4.5$ . De acuerdo con el punto de corte propuesto para las escalas (10 puntos), la prevalencia de depresión y ansiedad fue de 14.2% (IC95%= 10 a 19%) y 26.5% (IC95%= de 21 a 32%), respectivamente. (52)

Vidal M , Santiago J, López C, realizaron un estudio con el objetivo de estimar la presencia de trastorno depresivo su relación con el estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento realizado, el deterioro físico y el apoyo familiar. Utilizando el instrumento de la escala de evaluación de la depresión de zung, en mayores de 18 años. En una muestra de 75 pacientes con cáncer de mama en tratamiento atendidos por el equipo de psicooncología del CEMIC. Los resultados obtenidos fueron que el 80% presentaba depresión con predominio moderado, 55% depresión leve y el 11% depresión severa. Se encontró que existía una relación estadísticamente significativa entre la depresión y la falta de apoyo familiar, el deterioro del estado físico, la presencia de dolor y de metástasis o de estadio terminal. La quimioterapia no se relacionó significativamente con la depresión. (53)

El diagnóstico de depresión en el paciente de cáncer es muy complicado por dos razones: una emocional y otra somática. La tristeza y la pena es la norma en los individuos que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer y a un tratamiento que va a afectar su calidad de vida.(54)

Valle R, et al, realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama en el servicio de oncología del hospital Arzobispo Loayza de Lima, se encuestó a 24 pacientes encontrándose una prevalencia de 38% de sintomatología depresiva y 38% de baja calidad de vida. Se concluyó que no existe asociación significativa e sintomatología depresiva y calidad de vida.(55)

En la Tabla Nro 02, se indica que la ansiedad grave es la de más predominio en las mujeres con cáncer de mama que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 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. (26)

Los resultados de este estudio se asemejan a los resultados de investigaciones anteriores tales como: Velázquez N, Vásquez L, Alvarado S; realizaron un estudio sobre ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos en donde el 25% de los pacientes diagnosticados con cáncer manifiestan síntomas de ansiedad o en el 21% de los casos cumple con criterios de Trastorno Adaptativo Ansioso. Morrow y su grupo informan que empleando el DSM III-R en una muestra de 215 pacientes oncológicos, del 13% presentaron trastornos de adaptación con síntomas mixtos de ansiedad y depresión; y de ansiedad intensa en el 21% de los pacientes. (56)

Canicàli C, Nunes L, Pires P, Costa F, Costa M; realizaron un trabajo sobre ansiedad en mujeres con cáncer de mama, con el objetivo de evaluar la prevalencia de ansiedad generalizada , se realizó un estudio a 84 mujeres con cáncer de mama, utilizando el instrumento state trait anxiety inventory, elaborado por Spielberger y colaboradores. Se concluyó que el 11,9% presentaba ansiedad generalizada. Este estudio reveló una prevalencia expresiva de síntoma clínicamente significativo de ansiedad entre las pacientes

con cáncer de mama lo cual permite evaluar la ansiedad en mujeres con cáncer de mama para la identificación de aquellas pacientes con mayor riesgo en el trascurso del tratamiento de desarrollar perturbaciones psicopatológicas. (39)

Vaccaro Y, Ramírez M (Bolívar, 2005) realizaron una investigación sobre trastornos de adaptación y ansiedad en pacientes con cáncer de mama a 13 pacientes cuyos resultados según el DSM IV, solo 8 pacientes tenían criterios para hacer trastornos de adaptación de las cuales solo 5 presentaron dicho trastorno. De las 13 pacientes, 11 presentaron ansiedad y según los grados de la escala de Hamilton 8 pacientes (62%) tienen ansiedad ligera, 3 pacientes (23%) tuvieron ansiedad moderada. Las 13 pacientes, (100%) no fueron evaluadas por el servicio de psiquiatría. Se concluyó que sólo 5 de las 13 pacientes tenían un trastorno de adaptación y un 62% tenían síntomas de ansiedad ligera. (57)

Raimundo y Ayala, realizaron una investigación con el objetivo de estudiar la relación entre el impacto del tratamiento y las fases psicológicas que atraviesa el paciente con cáncer. Se utilizó la escala de actitud frente a la enfermedad y la escala de evaluación funcional de la terapia de cáncer. La muestra fue de 60 pacientes de la ciudad de Trujillo. Encontrándose lo siguiente: existe una correlación directa entre impacto del tratamiento y todas las fases psicológicas; el estado físico general se correlaciona directamente con las fases de negación directa, ansiedad y depresión; el ambiente familiar social tiene una correlación directamente con todas las fases psicológicas y la capacidad de funcionamiento tiene una relación directa con las fases de ansiedad y depresión. (58)

La ansiedad es un síntoma de incidencia bastante común en las pacientes tras el diagnóstico, durante el tratamiento y principalmente en aquellas que precisan someterse a cirugía. 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. Varios estudios se realizaron en los últimos años con el objetivo de conocer la relación entre factores emocionales y la vivencia de los pacientes con cáncer de mama. (39)

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. (59)

En la Tabla N°03, de los datos obtenidos se puede concluir que las mujeres con cáncer de mama en estadio I-IV presentaron un predominio de autoestima baja. La autoestima y el bienestar emocional están directamente relacionados. Las mujeres que padecen cáncer de mama presentan una alteración en su bienestar emocional, disminuyendo éste a causa de los síntomas depresivos y ansiosos que se experimentan. Y ello provoca una disminución de la autoestima en las pacientes. Sin embargo, esta relación entre bienestar emocional y autoestima es bidireccional, puesto que en algunos estudios se ha observado además, que una baja autoestima es un factor de riesgo de presentar síntomas depresivos. (40)

Martínez O, Camarero O, López I; realizaron una investigación con el objetivo de determinar los niveles de autoestima y estilos de afrontamiento presentes en pacientes con cáncer de mama del Consejo Popular Jaruco, provincia Mayabeque. De un universo compuesto por 30 mujeres que padecen cáncer de mama y pertenecen al Consejo Popular Jaruco. Se utilizó el Inventario de autoestima de Coopersmith, los resultados arrojaron que 14 mujeres con cancer de mama presentan una autoestima baja, lo que corresponde al 46.7 % de la muestra estudiada; seguido por el nivel medio de

autoestima con una incidencia de 9 pacientes, para un 30 % y por último, 7 mujeres cuentan con nivel alto de autoestima, indicando el 23.3 % del total. (60)

En diversos estudios como Lepore et al. Se observó dicha relación con una muestra de 71 mujeres con cáncer de mama, la mayoría (el 89% de los casos) se encontraban en los estadios I y II de la enfermedad. Se hizo una evaluación en dos momentos, la primera a los 3 meses después del diagnóstico, y la segunda a los 18 meses desde el diagnóstico. Los resultados mostraron que la alta autoestima en el segundo momento de la evaluación, se relacionaba con el bajo apoyo social percibido en el primer momento. Esto muestra como recibir apoyo social perjudica la autoestima y aumenta el estrés, tal y como se ha postulado desde el Modelo de Amenaza a la Autoestima de Arie Nadler y Jeffrey Fischer, el cual sostiene que cuando se percibe que la ayuda es muestra de apoyo, interés y preocupación por el receptor, produce reacciones positivas como la estimulación de los sentimientos de autovaloración y aprecio por quien ayuda. (40)

Becerra I, Otero S, realizaron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama. La muestra estuvo conformada por 46 mujeres con cáncer de mama con un tiempo de diagnóstico de por lo menos seis meses, en estadio clínico del I a III, que asisten a una clínica oncológica privada de la ciudad de Lima. Los resultados obtenidos en cuanto a la fase o estadio de la enfermedad, el 10,9% se encontraba en la fase I, en la fase II (47,8%) y en la fase III (41,3%). En los estilos de afrontamiento se hallaron una correlación directa y significativa entre el estilo centrado en el problema y el centrado en la emoción. En cuanto al bienestar psicológico, a nivel descriptivo se encontró que las dimensiones obtienen puntajes muy similares, siendo las de mayor puntaje las relaciones positivas, autoestima, autoaceptación y dominio del entorno. Las de menor puntaje fueron la autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal. (61)

En este sentido, se ha encontrado la presencia de indicadores de sintomatología depresiva y ansiosa en pacientes con cáncer de mama. Algunos estudios sugieren que factores psicosociales como la imagen corporal, los niveles de autoestima, la calidad de las relaciones interpersonales y el nivel de atractivo/feminidad, percibidos por estas pacientes se relaciona con el desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos; existiría una correlación negativa con la calidad de vida en dicho grupo de pacientes (Begovic-Juhan et al., 2012; Kim et al., 2012; Rodríguez et al., 2011; Saleh Baqutayan, 2012).

El presente estudio tiene limitaciones importantes como la homogeneidad de la muestra de la población de pacientes con cáncer de mama, en donde variables como el estrato económico y el nivel educativo podrían jugar un papel importante en la investigación.

La autoestima ha sido estudiada en el cáncer de mama, encontrándose datos e información importante sobre su papel y las relaciones que presenta con las demás variables estudiadas: el bienestar emocional, la imagen corporal y la sexualidad. En general, se postula que la autoestima y el bienestar emocional están directamente relacionados. Las mujeres que padecen cáncer de mama presentan una alteración en su bienestar emocional, disminuyendo éste a causa de los síntomas depresivos y ansiosos que se experimentan. Y ello provoca una disminución de la autoestima en las pacientes. (40)

Sin duda dentro del proceso de la atención del cáncer de mama existen aspectos psicológicos que se presentan en el transcurso de la enfermedad tales como la depresión, ansiedad y autoestima es por eso que los profesionales de salud deben de informar, educar y comunicar de manera adecuada, eficaz y eficiente a las mujeres sobre el cáncer de mama, con el fin de fomentar la detección temprana de la enfermedad y de prevenir problemas

emocionales así como la referencia oportuna al especialista para el tratamiento psicológico para mejorar la calidad de vida.

## **V.-CONCLUSIONES:**

1. El nivel de depresión en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 50%, moderada 42%, ausente 8 % en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Trujillo 2012
2. El nivel de ansiedad en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es grave en 56%, moderada 35%, ausente 9% en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Trujillo 2012
3. El nivel de autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-IV es bajo 69%, mediano en 29%, alto 2% en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Trujillo 2012

## **VI.-RECOMENDACIONES:**

1. Realizar una implementación adecuada de la estrategia sanitaria de las enfermedades transmisibles: cáncer desde el primer nivel de atención que permita el manejo integral y multidisciplinario del paciente con cáncer.
2. Realizar la derivación oportuna del paciente con cáncer al profesional de psicología para que le permita comprender la enfermedad, así como su impacto físico y emocional, de manera que el paciente pueda encontrar equilibrio entre cuerpo, mente y espíritu para mejorar su calidad de vida.
3. Los exámenes mamarios realizados en los establecimientos de salud debe ir acompañados de una consejería con una metodología adecuada antes, durante y después del autoexamen mamario realizado a la paciente.

## VII.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Knaul F, López L, Lazcano E, Gómez H, Romieu I, Torres G. Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. México. Salud pública de México.2009;51(2): 138-140
2. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2015. Atlanta: American Cancer Society; 2015.
3. Gonzales M. Cáncer ginecológico. Bogotá; 1999. Pp . 88-105.
4. La fundación contra el cáncer. Cáncer de mama: una guía para pacientes- basada en la guía de práctica clínica de la ESMO. 2013. vol. 1. Pp 1-44
5. CNN México. Los casos de cáncer de mama aumentan un 20% desde 2008. México. .2013. [Fecha de acceso 15 de enero de 2015]. Disponible en: <http://mexico.cnn.com/salud/2013/12/12/los-casos-de-cancer-de-mama-en-el-mundo-aumentan-un-20-desde-2008>
6. Leuro Y, Mayorga P. Lineamientos para la promoción y prevención de cáncer de mama a partir de revisión bibliográfica entre 1997- 2007. [Tesis de grado] Bogotá; 2008. Pp. 11.
7. Cáncer online.Instituto Milenio en Inmunología e Inmunoterapia. Chile.2015. [Fecha de acceso 31 de enero de 2015]. Disponible en: [http://www.canceronline.cl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=47&Itemid=54](http://www.canceronline.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=47&Itemid=54)
8. RPP Noticias. Cáncer de mama en el Perú. Servicios periodísticos y multimedia RPP Noticias.2013. [Fecha de acceso el 20 de diciembre de 2014]. Disponible en: [http://www.rpp.com.pe/2013-10-16-cuatro-mujeres-mueren-cada-dia-en-el-peru-por-cancer-de-mama-noticia\\_639890.html](http://www.rpp.com.pe/2013-10-16-cuatro-mujeres-mueren-cada-dia-en-el-peru-por-cancer-de-mama-noticia_639890.html).
9. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Lima: OMS; 2013.
10. Torres L, Vladislavovna S. Cáncer de mama. Detección oportuna en el primer nivel de atención. Revista Médica Instituto de México. Seg. Soc.2007; [Internet].Vol. 45(2): 157-166.

11. Bouche G. Cáncer de mama: una guía para pacientes - Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO. 2013 Vol.1 Pp. 1-44.
12. Morales S, López E. Incidencia de hallazgos por ultrasonido en mamas heterogéneamente densas en mastografía [monografía en internet]\*. Junio a Octubre 2013. [Fecha de acceso 30 de diciembre de 2014]\*. Disponible en: <http://www.infocancer.org.mx/factores-de-riesgo-i-con85i0.html>
13. American Cancer Society. Breast Cancer Facts and Figures 2011-2012. [Fecha de acceso 08 de marzo del 2014]; Página. 1.
14. Hooley, R; et al. Screening US in patients with mammographically dense breasts: Initial Experience with Connecticut Public Art 09 Radiology 2012; 265 (1) Pp 59. Disponible en:<http://incanmexico.org/incan/docs/tesis/2014/altaespecialidad/Tesis%20OIIIM%20Morales%20V%C3%A9lez.pdf>
15. Cáncer de mama: una guía para pacientes - Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO. 2013 Vol.1. Pp. 1.
16. Ramos W, Venegas D. Ministerio de Salud: Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, Lima 2013
17. Burga A, Corasma V. Indicadores hospitalarios 2012. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas.2012. Pp. 1-21.
18. American Joint Committee on Cancer (AJCC, Comisión Conjunta Estadounidense para el Cáncer). Publicada por Springer-Verlag New York. 2010. [acceso 31de enero de 2015]. Disponible en: [www.cancerstaging.net](http://www.cancerstaging.net)
19. Stanton, A. y Cols, Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. Journal of Consulting & Clinical Psychology. 2000; 68 (5): 875-882.
20. Borbón E, Beato I. Enfoque actual de la problemática salud-sociedad en pacientes con mastectomía. Revista Cubana de Medicina Militar. 2002; 31(1); 47-53.

21. Fond A. Predictors of psychological functioning in African American women with breast cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences & Engineering*. 2002; 63(1-B): 523.
22. Zho W, y Cols. Depression , anxiety and coping patients with breast cancer. *Chinese Journal of Clinical Psychology*. Vol. 9(4): 286- 289.
23. Torrico E, Santin C, López M & Andrés M. La depresión como reacción adaptativa ante el diagnóstico de cáncer. 2003. Vol.7 (1).
24. Nosarti C, y Cols. Early psychological adjustment in breast cancer patients: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2002; 53(6): 1123-1130.
25. Mate J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, Ansiedad y Depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*. 2004; 1(2-3): 211-213.
26. 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.
27. Hall, A., Kotch, B., Browne, D. & Rayens, M. Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing Research*. 1996; 45(4): 231-238.
28. Peden, A., Hall, L., Rayens, M. & Beebe, L. Negative thinking mediates the effect of self-esteem on depressive symptoms in college women. *Nursing Research*, 2000; 49(4): 201-207.
29. Manos, D y Cols. Body image in relation to self-esteem in a sample of spanish women with early-stage breast cancer. *Psicooncología*. 2005; 2(1): 103-116
30. Magni G, Schifano F, De Leo D. Assessment of depression in An Eldery Medical Population. *J Affect Disord* 1986; 11:121-4.
31. Feldman E, Myour R, Hawton K, Arern M, Smith E. Psychiatric disorder in medically ill patients. *Q J Med* 1987;63: 12-405.

32. Rodríguez B, Ortiz A, Palao A, Avedillo C, Sánchez-Cabezudo A, Chinchilla C. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y sus cuidadores. *Eur J Psychiatr* 2002;16(1):27-38.
33. Thompson D, Shear M. Psychiatric disorders and gynecological oncology: a review of the literature. *Gen Hosp Psychiatr* 1998; 20: 241-7.
34. Fowler J, Carpenter K, Gupta P, Golden- Kreutz D, Andersen B. The gynecologic Oncology consult: Symptom presentation and concurrent symptoms of depression and anxiety. *Gynecol Oncol* 2004; 103(6): 1211-7.
35. World Health Organization. The economic burden of mental Diseases. Génova: World Health Organization, 2001.
36. Blasco T, Pallares C, Alonso C, López J. The role of anxiety and adaptation to illness in the intensity of postchemotherapy nausea in cancer patients. *Span J Psychol* 2000; 3(1):47-52.
37. Stark D, Kiely M, Smith A. Anxiety in medical situations: their nature, associations and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 2002; 14: 3137-48.
38. Betancurt A, Aristizabal G. Cáncer de mama como factor predictivo de ansiedad y depresión. Consulta externa de oncología hospital universitario Ruiz y Paez. Ciudad Bolívar-Edo-Bolívar. Febrero-Abril 2008. [Tesis Doctoral]. Venezuela: Hospital Ruiz y Paez; 2010. Pp 12.
39. Canicali C, et al. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama. 2012; 11(28): 52-62.
40. Pintado S. Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. [Tesis Doctoral]. España: Universidad de Valencia; 2013. Pp 40-47.
41. Cabrera L, Mendoza L, Obando P. Factores asociados a los niveles de depresión situacional en pacientes con cáncer. *Rev enferm Herediana*. 2010; 3(2):96-103.

42. Font, A. El coping como variable psicológica relevante en oncología. Modificación de conducta y psicología de la salud. Valencia. 1988. Pp 251-259
43. Carrión C, Galdón A, Manzanares A, Rodenas A, Rodríguez M. Aspectos psicosociales del Cáncer de mama. Rev. de Enf. [revista en internet]\*2004 julio. [accesado 17 de febrero de 20115]. 18: 19-24. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/408/2004-4.pdf?sequence=1>
44. Pinillos L. Registro Hospitalario de Cáncer. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. 2014. Pp 42.
45. 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.
46. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medicine and Psychology 1959; 32: 50-55.
47. Vásquez A, Jiménez R. Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. 2004; 22(2): 247-255.
48. Adán A, Sánchez M. Depresión y cáncer de mama. Relación no negligible. 2003; 10(5): 2
49. Vidal M, López B. la depresión en cáncer de mama. Alcmeon, revista argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 1999; 8 (2): 141 – 156
50. Pèrez G. cáncer de mama y depresión. 2006; 9(2): 67.
51. Fernández C, et al. Influencia del estado emocional en la sintomatología referida por pacientes con cáncer de mama durante el tratamiento con quimioterapia. 2013; 20(3):85-92.
52. Morales M, Robles R, Jiménez M, Morales J. Las mujeres con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. 2007; 49(4): 247-248

53. Vidal M, Santiago J, López C. La depresión en la consulta psicooncología. 2001;9(4):1-40.
54. Valencia S. depresión en personas diagnosticadas con cancer.2006; 2(2): 3
55. Valle R, et al, sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama, An FAC .MED.2006;67:4 327-332. ISSN 10255583.
56. Velázquez N, Vásquez L, Alvarado S. Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos.2009; 4: 19-29
57. Vaccaro Y, Ramírez M. Trastornos de adaptación y ansiedad en pacientes con cáncer de mama. 2005; 51 (105): 5.
58. Ramundo O, tratamiento en pacientes con cancer: impacto y adherencia.2014;pp 1-83
59. 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/depresion-pro-pdq>
60. Martínez O, Camarero O, López I. autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama.2014; 20 (3): 393.
61. Becerra I, Otero S, relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama.2013; pp 4-66.

## VIII.-ANEXOS:

### **ANEXO 01: Consentimiento Informado Para Participar Voluntariamente En La Investigación “Nivel De Depresión, Ansiedad Y Autoestima En Mujeres Con Cáncer De Mama Estadio I-IV. Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas. 2012.**

1. Estimadas señoras le invitamos a participar del estudio “NIVEL DE DEPRESION, ANSIEDAD Y AUTOESTIMA EN MUEJERES CON CANCER DE MAMA ESTADIO I-IV. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. 2012.”. Este estudio es realizado por las Estudiantes de Obstetricia De la Universidad Privada Antenor Orrego con la finalidad de determinar el nivel de depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama estadio I-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 depresión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama, 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: CALVA VASQUEZ, JAHAIRA BRIGGITE y CASTRO PEREZ, MIRIAM GIULIANA 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**

**“NIVEL DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y AUTOESTIMA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA ESTADIO I-IV. INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. 2012.”**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que he leído o me han leído los objetivos de la investigación que se realizará a las mujeres con cáncer de mama estadio I-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 2012

-----  
Firma o huella digital  
da consentimiento

-----  
Firma o huella digital del Que  
del participante

Trujillo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2014

## **ANEXO 03:**

### **ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON**

#### **1. Humor deprimido, tristeza (melancolía) desesperanza, desamparo, inutilidad:**

0. Ausente
1. Estas sensaciones las expresas solamente si le pregunta cómo se siente
2. Estas sensaciones las relatas constantemente
3. Sensaciones no comunicadas verbal mente (expresión facial postura, voz, y tendencia al llanto)
4. 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 morir
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**

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

**ANEXO 04:****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).

<b>SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD</b>	0	1	2	3	4
1. <b>HUMOR ANSIOSO:</b> Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.					
2. <b>TENSION:</b> Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3. <b>MIEDOS:</b> A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4. <b>INSOMNIO:</b> Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5. <b>FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS):</b> Dificultad de concentración. Mala memoria.					
6. <b>HUMOR DEPRESIVO:</b> Pérdida de interés. No					

disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
<b>7. SINTOMAS SOMATICOS MUSCULARES:</b> Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
<b>8. SINTOMAS SOMATICOS GENERALES:</b> Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestesias (pinchazos u hormigueos).					
<b>9. SINTOMAS CARDIOVASCULARES:</b> Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de “baja presión” o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
<b>10. SINTOMAS RESPIRATORIOS:</b> Opresión pre torácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
<b>11. SINTOMAS GASTROINTESTINALES:</b> 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.					
<b>12. SINTOMAS GENITOURINARIOS:</b> Micciones					

frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual).Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
<b>13. SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO:</b> Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
<b>14. CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST:</b> 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. Sudoración. Pestañeo.					

### PUNTUACIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

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

## **ANEXO 05:**

### **TEST DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG**

A continuación se muestra un test con 10 apartados. En cada pregunta ha de elegir una sola respuesta. Mientras realiza el test, ha de sumar los puntos que hay a la derecha de cada respuesta elegida. La suma final es el resultado que ha obtenido en el test y se corrige al final de la página.

**1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como los demás.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo            3 puntos
- C. En desacuerdo        2 puntos
- D. Muy en desacuerdo    1 punto

**2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo            3 puntos
- C. En desacuerdo        2 puntos
- D. Muy en desacuerdo    1 punto

**3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo            3 puntos
- C. En desacuerdo        2 puntos
- D. Muy en desacuerdo    1 punto

**4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo            3 puntos
- C. En desacuerdo        2 puntos
- D. Muy en desacuerdo    1 punto

**5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.**

- A. Muy de acuerdo      4 puntos
- B. De acuerdo            3 puntos

- C. En desacuerdo 2 puntos
- D. Muy en desacuerdo 1 punto

**6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.**

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

**7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.**

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

**8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.**

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

**9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.**

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

**10. A menudo creo que no soy una buena persona.**

- A. Muy de acuerdo 1 punto
- B. De acuerdo 2 puntos
- C. En desacuerdo 3 puntos
- D. Muy en desacuerdo 4 puntos

## **PUNTUACION DE LA ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG**

- ✓ **Baja:** 0 a 25 puntos.
- ✓ **Moderada:** 26 a 29 puntos.
- ✓ **Alta:** 30 a 40 puntos.

**ANEXO N° 6**

**FRECUENCIA DE CÁNCER DE MAMA SEGÚN ESTADIO CLINICO.**

**IREN-NORTE 2012.**

Estadio Clínico	N°	%
In situ	5	2.4
I	15	7.2
II	37	17.8
III	69	33.2
IV	82	39.4
Total	208	100

