

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**Asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en
pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad**

Virgen de la Puerta

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

AUTOR: Roxanna Guadalupe Sosa Cornejo

ASESOR:

Mg. Roberto Alejandro Rosales García

Trujillo – Perú

2017

Asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta

JURADO CALIFICADOR

Dra Rosa Lozano Ibáñez

Presidenta

Dra Paola Rodríguez García

Secretario

Dr. Julio García Cabrera

Vocal

DEDICATORIA

A Dios:

Por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por planear un futuro de buenas obras, llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad

A mis padres

*Julio y Gladys por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, agradecida por el sacrificio que hicieron por mí, porque de ellos he recibido lo mejor que este mundo me ha
Mil palabras no bastarían para agradecerles su apoyo y su amor.*

A mis Hermanos

Diego y Roberto gracias por estar siempre a mi lado apoyándome, por confiar en mí y demostrarme que siempre estuvieron listos para brindarme toda su ayuda, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se ponía difícil.

A Carlos Enrique:

Mi gran amor, por ser mi compañero, mi mejor amigo, mi ayuda idónea. Porque estoy segura que sin su apoyo y empuje no hubiera podido lograrlo y sobre todo por su amor sin medidas. Te amo

AGRADECIMIENTO

Gracias Dios por extender tu mano llena de bendiciones cada día, gracias por tu infinito amor que ilumina y guía mi camino y permitir que culmine con éxito una de mis metas.

Gracias cautivito de Ayabaca y mi San judas Tadeo por estar siempre a mi lado y permitirme ser quien soy ahora.

Gracias a mis padres Julio y Gladys por darme la vida, quererme mucho, creer en mí, por todo su sacrificio, porque siempre me apoyaron en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo así también transmitirme su valor para no darme por vencida. Todo esto es poco para todo lo que se merecen.

Gracias a mis Hermanos Hubert, Roberto y Diego por compartir alegrías y tropiezos, buenos y malos momentos de los cuales salimos triunfadores por su confianza, apoyo moral y económico y por ser parte de mi vida.

Gracias a mi Amor Carlos Enrique por estar siempre incondicionalmente a mi lado en las buenas y en las malas; por su comprensión, paciencia y amor, dándome ánimos, fuerza y valor para seguir a delante; gracias por llegar a mi vida, darle sentido llenarla de felicidad y amor.

A mis abuelos en el cielo: Juan, Braulia y Julio que sé que desde allá arriba estarán felices de mis logros.

TABLA DE CONTENIDOS

PAGINAS PRELIMINARES	
PORTADA	
PAGINA DE DEDICATORIA	
PAGINA DE AGRADECIMIENTOS	
TABLA DE CONTENIDOS.....	1
RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCION.....	4
MATERIAL Y METODOS.....	12
RESULTADOS.....	22
DISCUSION.....	30
CONCLUSIONES.....	35
RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	37
Anexos:.....	40

RESUMEN

Objetivo: Determinar si existe asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta.

Material y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, prospectivo, seccional transversal. La población de estudio estuvo constituida por 212 pacientes oncológicos adultos; las cuales fueron divididas en 2 grupos: con insomnio o sin insomnio; se calculó el odds ratio y la prueba chi cuadrado.

Resultados: La frecuencia de insomnio en pacientes oncológicos con ansiedad o sin ella fue de 55% y 15% respectivamente. El insomnio es factor asociado a ansiedad en pacientes oncológicos con un odds ratio de 6.93 el cual fue significativo ($p<0.05$). La frecuencia de insomnio en pacientes oncológicos con depresión o sin ella fue de 65% y 16% respectivamente. El insomnio es factor asociado a depresión en pacientes oncológicos con un odds ratio de 7.70 el cual fue significativo ($p<0.05$).

Conclusiones: Existe asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta.

Palabras Clave: *Insomnio, ansiedad, depresión, oncológicos.*

ABSTRACT

Objective: To determine if there is an association between insomnia, anxiety and depression in cancer patients at Hospital of high complexity Virgen de la Puerta.

Material and Methods: An analytical, observational, retrospective, cross sectional study was carried out. The study population consisted of 212 adult oncological patients; Which were divided into 2 groups: with insomnia or without insomnia; The odds ratio and chi-square test were calculated.

Results: The frequency of insomnia in cancer patients with or without anxiety was 39% and 10%, respectively. Insomnia is a factor associated with anxiety in cancer patients with an odds ratio of 5.92 which was significant ($p < 0.05$). The frequency of insomnia in cancer patients with or without depression was 44% and 12%, respectively. Insomnia is a factor associated with depression in cancer patients with an odds ratio of 6.21 which was significant ($p < 0.05$).

Conclusions: There is an association between insomnia, anxiety and depression in oncological patients of Hospital of high complexity Virgen de la Puerta.

Keywords: Insomnia, anxiety, depression, oncological.

I. INTRODUCCION

1.1 Marco teórico:

La presencia de alteraciones psicopatológicas o trastornos mentales en pacientes con cáncer ha sido extensamente documentada a lo largo de las dos últimas décadas. El 25-50% de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica mantenida principalmente en forma de trastornos de ansiedad y depresivos. Muchos de estos cuadros suelen ser ignorados, minusvalorados o aceptados por los profesionales, que los consideran comprensibles dada la situación del enfermo^{1,2,3}.

Dormir es una actitud conductual y fisiológica necesaria para la salud y el bienestar. Un sueño de baja calidad puede interferir la función inmunitaria, alterar las respuestas hacia el estrés así como la actividad de la vida cotidiana y la calidad de vida^{4,5}.

Los trastornos del sueño pueden afectar seriamente al bienestar físico y mental así como a la calidad de vida del paciente, y más pronunciado es en aquellos pacientes con enfermedades que amenazan la vida, como el cáncer^{6,7}.

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y de mayor prevalencia con consecuencias negativas sobre la actividad cotidiana y la calidad de vida del paciente, por lo que una valoración y un tratamiento temprano son prioritarios^{8,9}.

El insomnio puede presentarse en distintos patrones; como dificultad para conciliar (dificultad en dormirse o insomnio de conciliación) o mantener el sueño (frecuentes despertares durante la noche y/o despertar temprano o insomnio de

mantenimiento). Además, éste puede ser transitorio (días de duración), de duración corta (1 a 3 semanas) o duración larga (más de 3 semanas)^{10,11}.

La dificultad para dormir satisfactoriamente durante la noche es uno de los síntomas más prevalentes en los pacientes con cáncer y aunque son muchas las causas que pueden alterar el descanso nocturno, podemos destacar la ansiedad asociada a la propia enfermedad y a los efectos secundarios de los tratamientos recibidos^{12,13}.

En comparación con otros tipos de cáncer, el de mama se asocia con mayores niveles de insomnio con una prevalencia entre el 38% y 61%(. En este sentido, contribuyen los síntomas vasomotores de la menopausia, como sensación de calor intenso, sudoración, palpitaciones, dolor de cabeza, afecto negativo y en especial los sofocos, referidos por el 40-70% de las supervivientes de cáncer de mama, más frecuentes y más severos que en mujeres sanas de la misma edad^{14,15,16}.

Comparado con otros problemas que los pacientes con cáncer sufren, tales como náuseas, dolor y depresión, el insomnio no ha recibido mucha atención, a pesar de ser uno de los síntomas más comunes y que genera mayor distress en los pacientes oncológicos, afectando al 40-60% de los enfermos según varios autores^{17,18,19}.

Conocer la naturaleza y la prevalencia de los trastornos del sueño en el paciente oncológico es esencial para el manejo total de los síntomas ya que muchos de ellos pueden tratarse efectivamente. Los pacientes oncológicos necesitan ser atendidos para revertir el insomnio crónico y/o prevenirlo; la intervención psicológica se ha mostrado efectiva para tratar algunos aspectos del insomnio^{20,21,22}.

La ansiedad es un sistema de alerta y activación ante situaciones consideradas amenazantes, tiene la función de movilizarnos frente a dichas circunstancias, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente^{23,24}.

Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales^{25,26}.

Por elementos inherentes a la enfermedad de cáncer y por sus características (enfermedad grave, de larga evolución, con múltiples tratamientos y con un pronóstico incierto), el proceso de la enfermedad neoplásica está acompañado de miedos, angustias y dudas; y los niveles de ansiedad suelen ser altos, constantes y persistentes en el tiempo^{27,28}.

Es la ansiedad incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación la que se considera patológica. Dicha ansiedad patológica puede observarse mediante la presencia de irritabilidad, dificultades para conciliar o mantener el sueño, dificultades de atención/concentración, aprehensión duradera, disminución del rendimiento intelectual, inquietud, preocupación excesiva y alerta, entre otros muchos síntomas y signos posibles²⁹.

Se puede manifestar desde el momento mismo del diagnóstico, en los estadios avanzados, durante el tratamiento o después de terminarlo. Es muy importante identificar y tratar la ansiedad en el paciente oncológico, ya que ésta disminuye su capacidad para tolerar el tratamiento y los efectos secundarios del mismo^{30,31}.

La depresión (del latín depressus, que significa ‘abatido’, ‘derribado’) es un trastorno del estado de ánimo que se diagnostica clínicamente. Puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral

hasta el suicidio. Las cifras de prevalencia de la depresión en países occidentales son de aproximadamente 3 por ciento de la población general. Todos los estudios coinciden en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre y que algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces, frente a la población general.³²⁻³³

El diagnóstico de cáncer y la evolución de la propia enfermedad genera frecuentemente un malestar emocional (distress) importante, ya que suele afectar al paciente globalmente, tanto a nivel físico, como psíquico y social. Por ello la adaptación del paciente a su nuevo entorno es difícil y genera reacciones ansiosas y depresivas. Aproximadamente un 50% de los pacientes oncológicos presentarán algún trastorno psiquiátrico a lo largo de la enfermedad; frecuentemente un trastorno adaptativo con ánimo depresivo. Muchos de estos trastornos no se tratan porque no son diagnosticados, ya que suelen considerarse reacciones “normales” a la enfermedad o bien porque se considera que los síntomas observados pueden ser debidos no sólo a la propia depresión sino también al cáncer y los tratamientos oncológicos.³⁴

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. La prevalencia de depresión mayor en pacientes con cáncer se estima entre el 5 y 8%.³⁵⁻³⁶

El sistema diagnóstico más utilizado es el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Este sistema está basado en el supuesto de que la depresión es un síndrome bien diferenciado y caracterizado por un grupo de síntomas, con unos niveles mínimos de severidad y duración, y que se halla asociado a un deterioro funcional, laboral y social. La presencia de síntomas somáticos, como anorexia, astenia, pérdida de peso, insomnio, enlentecimiento psicomotor o pérdida de interés sexual, es básica para el diagnóstico de depresión en pacientes sin otra enfermedad, pero sin embargo estos indicadores tienen poca utilidad diagnóstica en los pacientes oncológicos ya que son comunes a la enfermedad neoplásica y a la depresión.³⁷

La escala de ansiedad y depresión de Goldberg (heteroadministrada) Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad. Además constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una, todos ellos de respuesta dicotómica (Si / No); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Su aplicación es heteroadministrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas algunos de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad. Puede ser aplicado incluso por personal no médico, sin precisar estandarización.³²⁻³⁸

Cada una de las sub-escalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas las preguntas de despistaje (2 o más en la sub-escala de ansiedad, o más en la sub-escala de depresión). Los puntos de corte son > 4 para la escala de ansiedad, y >2 para la

de depresión, como cualquier instrumento de su género, la escala de depresión y ansiedad de Goldberg está diseñado para detectar "probables casos", no para diagnosticarlos; su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico.³⁸⁻³⁹

En el estudio de validación mostró una sensibilidad del 83 % y una especificidad del 82 %. Considerando cada una de las sub-escalas, la de depresión muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85.7 %), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo baja (captó el 66 % de los pacientes con trastornos de ansiedad). La escala de ansiedad tiene una sensibilidad algo menor (72 %), pero mayor capacidad discriminante (sólo detecta un 42 % de los trastornos depresivos). La validez convergente de la E.A.D.G. con otros instrumentos de cribaje de amplia difusión como el GHQ-28, el MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) o el PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders), es alta. Así, con el GHQ-28, muestra una sensibilidad del 82 % y una especificidad del 85 %; con el MINI , una sensibilidad del 74 % y una especificidad del 72 %; y con el PRIME-MD3, una sensibilidad del 90% y una especificidad del 73 %.⁴⁰

1.2 Antecedentes:

Rodríguez C, et al (Colombia, 2012); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de describir la evolución de la sintomatología, estado emocional y rutinas cotidianas en pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento con quimioterapia (QT), y se analiza la mediación de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad. 66 pacientes, 29 con cáncer de mama y 37 con cáncer de pulmón, se evalúan antes de iniciar el tratamiento. Menos de un 30% alcanzan puntuaciones en las escalas indicativas de patología ansiosa o depresiva ($p < 0.05$). La preocupación por el futuro de allegados y el insomnio se incrementan significativamente a lo largo del tiempo en pacientes con cáncer de mama, mientras que se reducen en pacientes con cáncer de pulmón⁴¹.

Torre L, et al (Colombia, 2015); llevaron a cabo una investigación con miras a precisar en pacientes con cáncer pulmonar localmente avanzado, la prevalencia de condiciones médicas y comorbilidades que podrían ser revertidas desde antes del tratamiento oncológico; a través de una evaluación inicial de pacientes consecutivos con diagnóstico de cáncer pulmonar de células no pequeñas. Se aplicaron la escala de disnea (MRC), el índice de calidad del sueño de Pittsburg (PSQI). Se reclutaron 46 pacientes; 50% reportaron una pobre calidad de sueño; el promedio del puntaje de calidad de vida fue alto (0.848 [EE \pm 0.185]); 45.7% refirieron dolor y 19.6% síntomas de ansiedad⁴².

Guerrero J, et al (Cuba, 2016); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar la relación entre autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento; a través de un estudio de asociación, transversal, realizado; se utilizó una muestra de 140 pacientes con cáncer en tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia como mínimo un mes, 62 hombres y 78 mujeres en edades comprendidas entre 18 y 60 años, a través del análisis de correlación

de Pearson, se encontró una relación negativa baja entre la auto trascendencia y la dimensión de preocupaciones sociales y estrés de la escala de ansiedad ($r=-.235$; $p<.01$). En cuanto a la ansiedad y la depresión, se encontró una relación positiva moderada ($r=.519$; $p<.01$)⁴³.

Collazo A. et al (Argentina, 2012); desarrollaron un estudio con la finalidad de precisar la prevalencia de trastornos del sueño en pacientes con cáncer; observando que la prevalencia de los trastornos del sueño fue de un 78,5% según la escala Pittsburgh (pacientes que duermen mal) y 52,3% según la escala ISI (presencia de alguna forma de insomnio ya sea leve o grave); la presencia de insomnio se asocia de forma estadísticamente significativa con el dolor, el consumo de fármacos (antidepresivos, ansiolíticos, corticoides y opioides), el estado funcional del paciente, se encontró además que la dificultad para dormir medida con la escala ESAS y tomando como punto de corte 3 detecta el insomnio (con los criterios diagnósticos de ISI) con una sensibilidad y especificad por encima del 80%⁴⁴.

1.3. Justificación:

Considerando que en los pacientes oncológicos se han descrito incremento de los niveles de ansiedad patológica en el quehacer cotidiano producto de la propia historia natural de la enfermedad así como de las estrategias diagnósticas y terapéuticas que implican la resolución de la misma, tomando en cuenta que el cáncer es una enfermedad crónica y que implica por parte del paciente la necesidad de asistencia permanente y concurrencia frecuente a los servicios de salud en tal sentido es un tipo de paciente que se ve expuesto con mayor frecuencia a agentes estresores; por otra parte existe evidencia de la influencia deletérea que ejerce esta circunstancia patológica en la calidad del sueño en estos

pacientes con lo que se ve comprometida en mayor intensidad la calidad de vida de los mismos; pudiendo todo ello contribuir en la adherencia del paciente a los esquemas terapéuticos indicados, lo cual resulta determinante al momento de definir su pronóstico; Comparado con otros problemas que los pacientes con cáncer sufren, tales como náuseas, dolor y depresión, el insomnio no ha recibido mucha atención, a pesar de ser uno de los síntomas más comunes y que genera mayor distress en los pacientes oncológicos, afectando al 40-60% de los enfermos según varios autores, no habiéndose registrado investigaciones similares en el ámbito nacional, regional ni local consideramos importante realizar el presente estudio.

1.4. Problema:

¿Existe asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta?

1.5. Hipótesis

Hipótesis nula (H₀):

No existe asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta

Hipótesis alterna (H_a):

Existe asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta

1.6 Objetivos

Objetivos generales:

Determinar si existe asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta.

Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de insomnio en pacientes oncológicos con ansiedad y sin ella.
- Comparar la frecuencia de insomnio entre pacientes oncológicos con ansiedad y sin ella.
- Determinar la frecuencia de insomnio en pacientes oncológicos con depresión y sin ella.
- Comparar la frecuencia de insomnio entre pacientes oncológicos con depresión y sin ella.

II. MATERIAL Y METODO

2.1. MATERIAL:

Población diana:

Pacientes oncológicos que acuden al servicio de consulta externa del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta durante el periodo entre Enero y Febrero 2017.

Población de estudio:

Pacientes oncológicos que acuden a consulta externa del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta durante el periodo entre Enero y Febrero 2017 que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos. mayores de 18 años, que acepten participar en este proyecto de investigación.

Criterios de exclusión:

- Pacientes en tratamiento con medicamentos ansiolíticos, con alteración del estado de conciencia, en tratamiento con antidepresivos, en tratamiento con hipnóticos, con encefalopatía hepática, renal, metabólica, con secuela de enfermedad cerebrovascular.

2.2 MUESTRA:

Unidad de Análisis:

Es cada uno de los pacientes oncológicos que acuden a consulta externa del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta durante el periodo entre Enero y Febrero 2017 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de Muestreo:

Los pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta durante el periodo entre Enero y Febrero 2017 y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Tamaño muestral:

Para la determinación del tamaño de muestra se utilizó la siguiente formula³⁸:

$$n_0 = \frac{Z^2 \alpha^2 p e q e}{E^2}$$

Donde:

n_0 : Tamaño inicial de muestra.

$Z\alpha$: Coeficiente de confiabilidad; el cual es de 1.96 para un nivel de confianza de 95% para la estimación.

pe: Prevalencia estimada según revisión bibliográfica de la variable en estudio (ansiedad en estudiantes de medicina): 0.19 (19%)³⁵.

qe=1-pe

peqe: Variabilidad estimada.

E: Error absoluto o precisión. En este caso se expresará en fracción de uno y será de 0.05 (5%).

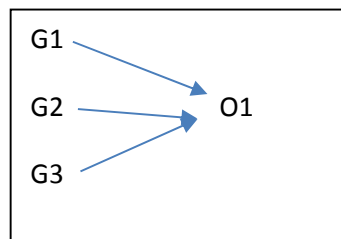
OBTENEMOS:

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (pe) (qe)}{(0.05)^2}$$

$$n_0 = 212 \text{ pacientes}$$

2.3.Diseño específico:

El presente estudio correspondió a un diseño prospectivo, correlacional, transversal.

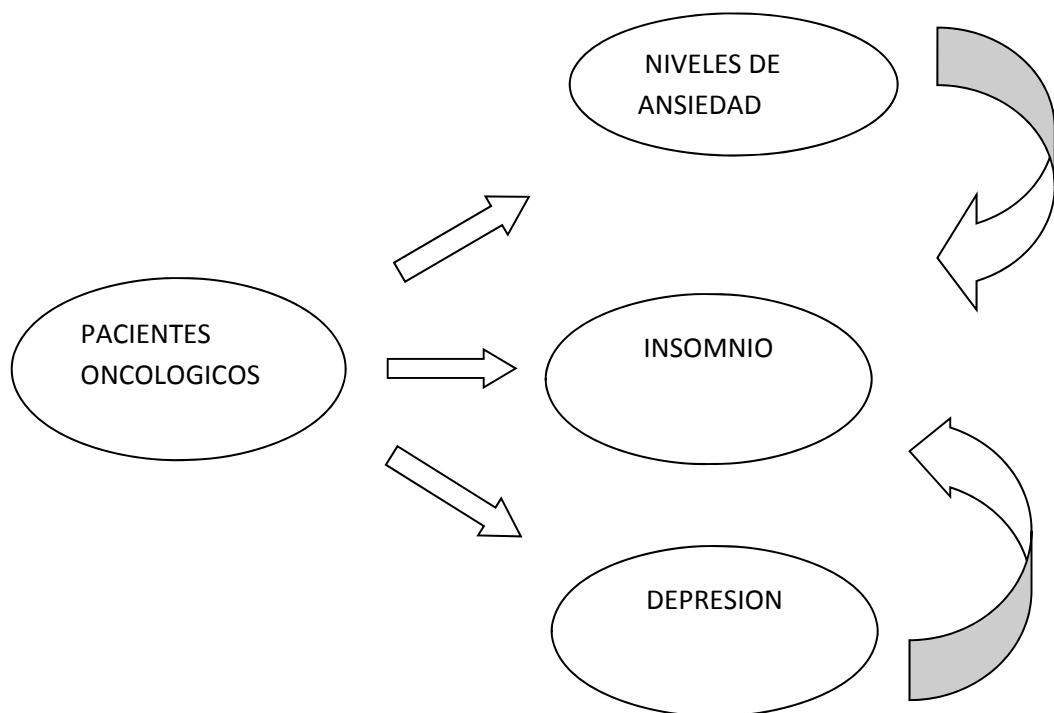


G1: Niveles de ansiedad

G2: Insomnio

G3: Depresión

O1: Pacientes oncológicos



2.4. Descripción de variables y escalas de medición:

VARIABLE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
INDEPENDIENTE: Ansiedad	Cuantitativa	Discreta	Cuestionario de ansiedad y depresión de Goldberg	Si ≥ 4 pts No < 4 pts
Depresión	Cuantitativa	Discreta	Cuestionario de Ansiedad y depresión de Goldberg	Si ≥ 2 pts No < 2 pts
DEPENDIENTE: Insomnio	Cuantitativa	Discreta	Índice de gravedad del insomnio (ISI)	Si > 7 pts No ≤ 7 pts
INTERVINIENTES				
Edad	Cuantitativa	Discreta	Ficha de recolección	Años
Procedencia	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección	Urbano – rural
Sexo	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección	Masculino – femenino.

2.5. DEFINICIONES OPERACIONALES:

Ansiedad: Mecanismo adaptativo natural que nos permite ponernos alerta ante sucesos comprometidos. Cuando se presenta en momentos inadecuados o es una reacción desproporcionada frente a cualquier estímulo posible y persiste por encima del nivel de adaptación, constituyéndose en una respuesta a una amenaza indeterminada, difusa y muchas veces, inexistente. Se utilizara para su medición la Escala de Ansiedad de Hamilton (Anexo 3) se diseñó con el propósito de conocer el nivel de ansiedad que presentan las personas en la vida cotidiana⁴³.

Depresión: 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.³⁵⁻⁴³

Insomnio: Trastorno del sueño más frecuente y de mayor prevalencia con consecuencias negativas sobre la actividad cotidiana y la calidad de vida del paciente, por lo que una valoración y un tratamiento temprano son prioritarios. Puede presentarse en distintos patrones; como dificultad para conciliar (dificultad en dormirse o **insomnio de conciliación**) o mantener el sueño (frecuentes despertares durante la noche y/o despertar temprano o **insomnio de mantenimiento**). Además, éste puede ser transitorio (días de duración), de duración corta (1 a 3 semanas) o duración larga (más de 3 semanas)⁴⁴.

2.6. PROCESO DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN:

Ingresaron al estudio los pacientes del servicio de Oncología del Hospital de Alta complejidad Virgen de la Puerta durante el periodo entre enero y febrero del 2017 y que cumplieron con los criterios de selección.

Se solicitó autorización al Directo del Hospital de Alta complejidad Virgen de la Puerta para la realización de la presente investigación.

Se acudió a los ambientes de Consultorios Externos de Oncología en donde se pidió el consentimiento informado a los pacientes que desearon participar en el estudio (Anexo 1).

Se realizó la aplicación de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg y la Escala de Sueño (ISI) (Anexos 3 y 4).

Se registraron los puntajes obtenidos por los pacientes tras la aplicación de estos instrumentos.

Se recogieron los datos pertinentes correspondientes a las variables intervinientes las cuales se incorporaron en la hoja de recolección de datos (Anexo 2).

Recoger la información de todas las hojas de recolección de datos con la finalidad de elaborar la base de datos respectiva para proceder a realizar el análisis respectivo.

2.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 23.0, los que luego fueron presentados en cuadros de entrada simple y doble, así como gráficos de relevancia.

Estadística Descriptiva:

Se obtuvieron datos de distribución de frecuencias esto para las variables cualitativas; así mismo se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas

Estadística Analítica

En el análisis estadístico se hizo uso de la prueba chi cuadrado para las variables cualitativas y del estadístico t de student para las variables cuantitativas; para verificar la significancia estadística de las asociaciones.

Las asociaciones fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio:

Dado que el estudio correspondió a un diseño seccional transversal se precisó el odds ratio entre las variables ansiedad y e insomnio. Se calculó el intervalo de confianza al 95% del estadígrafo correspondiente.

2.8. ASPECTOS ÉTICOS:

La presente investigación contó con la autorización del comité de Investigación y Ética de la Universidad Particular Antenor Orrego. Debido a que es un estudio correlacional prospectivo transversal en donde solo se recogieron datos clínicos y no se manipularon variables; se tomó en cuenta la declaración de Helsinki II (Numerales: 11,12,14,15,22 y 23)⁴⁶, la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S. 006-2007-SA)⁴⁷ y el código de Ética y deontología del colegio médico del Perú capítulo 6 artículo 90.⁴⁸

III. RESULTADOS

Tabla N° 01. Características de los pacientes incluidos estudio en el Hospital de Alta complejidad Virgen de la Puerta durante el periodo Enero – Febrero 2017:

Características sociodemográficas	Insomnio (n=65)	No insomnio (n=147)	Significancia
Edad :			
- Promedio	47.4	46,1	T student: 1.28 p>0.05
- D. estandar	23.8	24.5.	
Género :			
- Masculino	30(46%)	62(42%)	Chi cuadrado: 2.64 p>0.05
- Femenino	35(53%)	85 (58%)	
Procedencia:			
- Urbano	51(78%)	138(93%)	Chi cuadrado: 2.32 p>0.05
- Rural	14(21%)	9 (7%)	

FUENTE: HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA–Ficha de datos: 2017.

No se apreciaron diferencias significativas en relación a las variables edad, sexo y procedencia entre los pacientes con o son insomnio

Tabla N° 2: Frecuencia de insomnio en pacientes oncológicos con ansiedad o sin ella Hospital de Alta complejidad Virgen de la Puerta durante el periodo Enero – Febrero 2017:

Insomnio	Ansiedad		Total
	Si (n=81)	No (n=131)	
Si	45 (55%)	20 (15%)	65

FUENTE: HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA–Ficha de datos: 2017.

La frecuencia de insomnio en pacientes oncológicos con ansiedad o sin ella fue de 55% y 15% respectivamente.

Tabla N° 3: Insomnio como factor asociado a ansiedad en pacientes oncológicos con Hospital de Alta complejidad Virgen de la Puerta durante el periodo Enero – Febrero 2017:

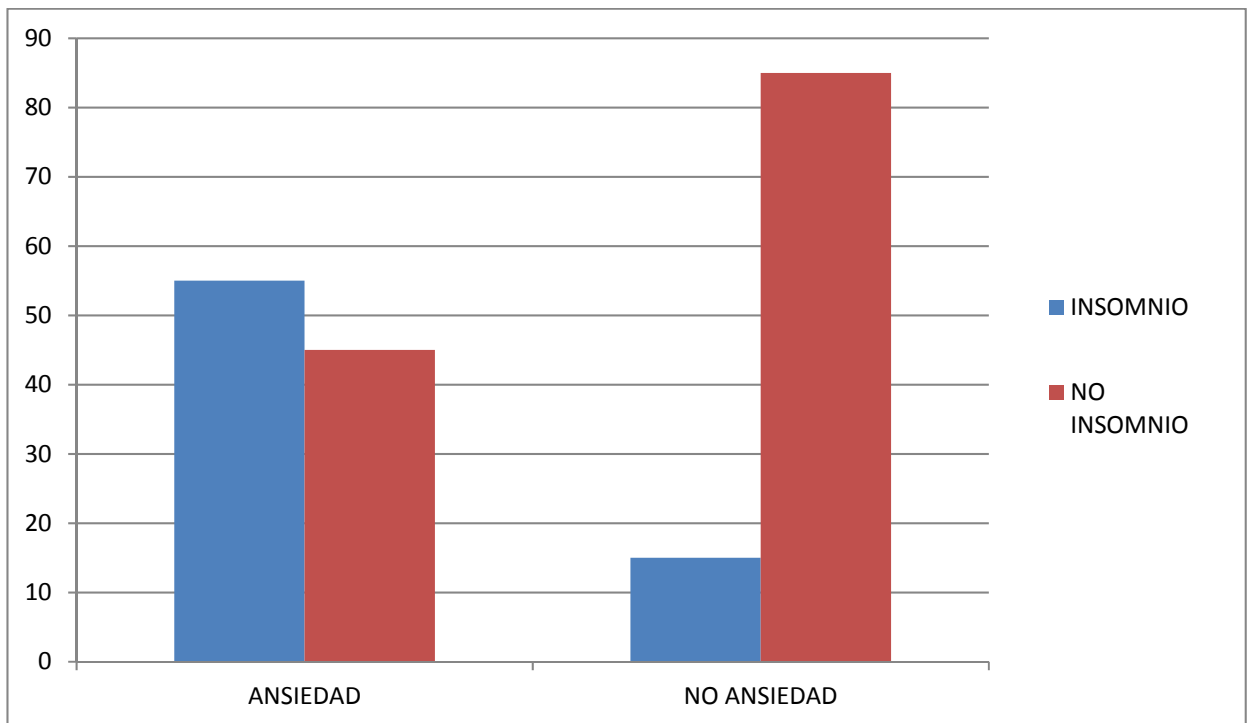
Insomnio	Ansiedad		Total
	Si	No	
Si	45 (55%)	20 (15%)	65
No	36 (45%)	111 (85%)	147
Total	81 (100%)	131 (100%)	212

FUENTE: HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA–Ficha de datos: 2017.

- Chi Cuadrado: 31.4
- $p < 0.05$
- Odds ratio: 6.93
- Intervalo de confianza al 95%: (1.78; 9.56)

En el análisis se observa que el insomnio se asocia a ansiedad en pacientes oncológicos a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa esta mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 1%; estas 3 condiciones permiten afirmar que existe asociación entre las variables en estudio.

Gráfico N° 1: Insomnio como factor asociado a ansiedad en pacientes oncológicos con Hospital de Alta complejidad Virgen de la Puerta durante el periodo Enero – Febrero 2017:



La frecuencia de insomnio en el grupo con ansiedad fue de 55% mientras que en el grupo sin ansiedad fue 15%.

Tabla N° 4: Frecuencia de insomnio en pacientes oncológicos con depresión o sin ella Hospital de Alta complejidad Virgen de la Puerta durante el periodo Enero – Febrero 2017:

Insomnio	Depresión		Total
	Si (n=63)	No (n=149)	
Si	38 (65%)	24 (16%)	65

FUENTE: HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA–Ficha de datos: 2017.

La frecuencia de insomnio en pacientes oncológicos con depresión o sin ella fue de 65% y 16% respectivamente.

Tabla N° 5: Insomnio como factor asociado a depresión en pacientes oncológicos con Hospital de Alta complejidad Virgen de la Puerta durante el periodo Enero – Febrero 2017:

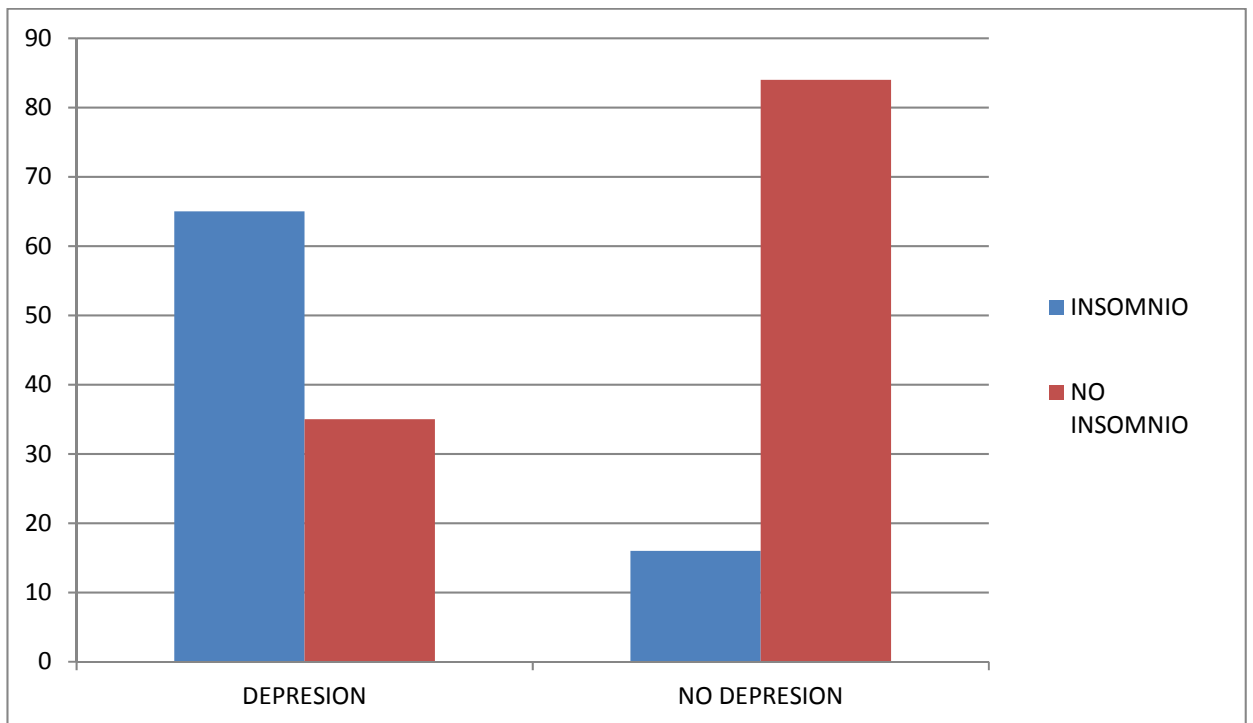
Insomnio	Depresión		Total
	Si	No	
Si	41 (65%)	24 (16%)	65
No	22 (35%)	125 (84%)	147
Total	63 (100%)	149 (100%)	212

FUENTE: HOSPITAL VIRGEN DE LA PUERTA–Ficha de datos: 2017.

- Chi Cuadrado: 23.2
- $p < 0.05$
- Odds ratio: 7.70
- Intervalo de confianza al 95%: (1.96; 11.32)

En el análisis se observa que el insomnio se asocia a depresión en pacientes oncológicos a nivel muestral lo que se traduce en un odds ratio > 1 ; expresa esta mismo riesgo a nivel poblacional lo que se traduce en un intervalo de confianza al 95% > 1 y finalmente expresa significancia de estos riesgos al verificar que la influencia del azar es decir el valor de p es inferior al 1%; estas 3 condiciones permiten afirmar que existe asociación entre las variables en estudio.

Gráfico N°4: Insomnio como factor asociado a depresión en pacientes oncológicos con Hospital de Alta complejidad Virgen de la Puerta durante el periodo Enero – Febrero 2017:



La frecuencia de insomnio en el grupo con depresion fue de 65% mientras que en el grupo sin depresion fue 24%.

IV. DISCUSION

La presencia de alteraciones psicopatológicas o trastornos mentales en pacientes con cáncer ha sido extensamente documentada a lo largo de las dos últimas décadas. El 25-50% de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica mantenida principalmente en forma de trastornos de ansiedad y depresivos. Muchos de estos cuadros suelen ser ignorados, minusvalorados o aceptados por los profesionales, que los consideran comprensibles dada la situación del enfermo^{1,2,3}. El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente y de mayor prevalencia con consecuencias negativas sobre la actividad cotidiana y la calidad de vida del paciente, por lo que una valoración y un tratamiento temprano son prioritarios^{8,9}.

En la Tabla N° 1 se compara información general de los pacientes , que podrían considerarse como variables intervinientes para la asociación que se pretende verificar; en tal sentido se observan los promedios de edad , también en función del género y de su procedencia; sin verificar diferencias significativas respecto a estas características entre los pacientes oncológicos de ambos grupos de estudio; esta tendencia denota uniformidad en la muestra, lo que representa un contexto apropiado para efectuar comparaciones y minimizar la posibilidad de sesgos. Estos hallazgos son coincidentes con los descritos por Rodríguez C, et al⁴¹ en Colombia en el 2012; Guerrero J, et al⁴³ en Torre L, et al (Colombia, en el 2015) y Collazo A. et al en Argentina en el 2012⁴⁴; quienes tampoco registran diferencia respecto a edad y género entre los pacientes oncológicos con o sin insomnio.

En la Tabla N° 2 realizamos la valoración de las frecuencias de insomnio, en primer término en el grupo de oncológicos con ansiedad; encontrando que de los pacientes de este grupo, el 55% presentaron esta alteración del sueño; por otra parte en el grupo de oncológicos sin ansiedad se registra que la presencia de insomnio fue de solo 15%.

En relación a los referentes bibliográficos previos podemos mencionar a Rodríguez C, et al en Colombia en el 2012 quienes describen la evolución de la sintomatología, estado emocional y rutinas en pacientes oncológicos en quimioterapia (QT), y se analiza la mediación de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad. Observando que la frecuencia de insomnio se incrementan significativamente a lo largo del tiempo ($p<0.05$)⁴¹.

En la Tabla N° 3 precisamos el grado de asociación que implica la presencia de insomnio para la aparición de ansiedad; el cual se expresa como un odds ratio de 6.93; que al ser expuesto al análisis estadístico con la prueba chi cuadrado verifica su presencia en toda la población al tener gran significancia estadística ($p<0.01$); lo cual nos permite concluir que existe asociación entre insomnio y ansiedad en el paciente oncológico.

Cabe mencionar las tendencias descritas por Torre L, et al en Colombia en el 2015 quienes precisaron en pacientes con cáncer pulmonar localmente avanzado, la prevalencia de comorbilidades se aplicó el índice de calidad del sueño de Pittsburg (PSQI); en 46 pacientes de los cuales 50% reportaron una pobre calidad de sueño y 19.6% refirieron síntomas de ansiedad⁴².

En la Tabla N° 4 se verifica la frecuencia de insomnio en el grupo de pacientes oncológicos con depresión, encontrando en este grupo que el 65% de pacientes presento este trastorno del sueño, en tanto que en el grupo sin depresión únicamente el 16% presento esta comorbilidad.

Cabe hacer referencia las conclusiones a las que llegó Guerrero J, et al en Cuba en el 2016 quienes determinaron la relación entre ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento; en un estudio de asociación, transversal, realizado; en 140 pacientes con cáncer entre 18 y 60 años, a través del análisis de correlación de Pearson, en cuanto a la ansiedad y la depresión, se encontró una relación positiva moderada ($r=.519$; $p<.01$)⁴³.

En la Tabla N° 5 calculamos el estadígrafo de asociación que condiciona la presencia de insomnio para la aparición del trastorno del estado de ánimo depresivo; el cual se expresa como un odds ratio de 7.70; que al ser expuesto al análisis estadístico con la prueba chi cuadrado verifica su presencia en toda la población al tener gran significancia estadística ($p<0.01$); lo cual nos permite concluir que el insomnio también es factor asociado a depresión en pacientes con cáncer.

Finalmente es de resaltar lo encontrado Guerrero J, et al (Cuba, 2016); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar la relación entre autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento; a través del análisis de correlación de Pearson, se encontró una relación negativa baja entre la auto trascendencia En cuanto a la ansiedad y la depresión, se encontró una relación positiva moderada ($r=.519$; $p<.01$)⁴³.

V. CONCLUSIONES

- 1.-No se apreciaron diferencias significativas en relación a las variables edad, sexo y procedencia entre los pacientes con o sin insomnio.
- 2.-La frecuencia de insomnio en pacientes oncológicos con ansiedad o sin ella fue de 55% y 15% respectivamente.
- 3.-El insomnio es factor asociado a ansiedad en pacientes oncológicos con un odds ratio de 6.93 el cual fue significativo ($p<0.05$).
- 4.-La frecuencia de insomnio en pacientes oncológicos con depresión o sin ella fue de 65% y 16% respectivamente.
- 5.-El insomnio es factor asociado a depresión en pacientes oncológicos con un odds ratio de 7.70 el cual fue significativo ($p<0.05$).

VI. SUGERENCIAS

1. Es necesario emprender estrategias de despistaje de trastornos del estado de ánimo como depresión y ansiedad en pacientes oncológicos, con la finalidad de realizar el abordaje terapéutico farmacológico y no farmacológico de manera oportuna para mejorar la calidad de vida y propiciar la adherencia a la terapia oncológica correspondiente.
2. Sería conveniente identificar la influencia de otros factores de riesgo relacionados con la aparición de trastornos del sueño tales como la percepción del dolor, el tipo de tratamiento recibido y el tipo de neoplasia así como su estadio.
3. Es pertinente la aplicación rutinaria de elementos de tamizaje de insomnio en poblaciones de riesgo, como la población oncológica con el objetivo de controlar oportunamente los efectos deletéreos de esta comorbilidad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1.-Wang JW, Gong XH, Ding N, et al. The influence of comorbid chronic diseases and physical activity on quality of life in lung cancer survivors. *Support Care Cancer* 2015;23(5):1383-1389.

2.-Aarts MJ, Aerts JG, van den Borne BE, Biesma B, Lemmens VE, Kloover JS. Comorbidity in patients with small-cell lung cancer: trends and prognostic impact. *Clin Lung Cancer* 2015;16(4):282-291.

3.-Menezes AM, Victora CG, Perez-Padilla R; PLATINO Team. The Platino project: methodology of a multicenter prevalence survey of chronic obstructive pulmonary disease in major Latin American cities. *BMC Med Res Methodol* 2004;4:15.

4.-López M, Montes M, Halbert R, et al. Comorbidities and health status in individuals with and without COPD in five Latin American cities: the PLATINO study. *Arch Bronconeumol* 2013;49(11):468-474.

5.-Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 2014;28(2):193-213.

6.-Shaw JW, Johnson JA, Coons SJ. US valuation of the EQ-5D health states: development and testing of the D1 valuation model. *Med Care* 2013;43(3):203-220.

7.-Miller MR, Hankinson J, Brusasco V, et al. Standardisation of spirometry. *Eur Respir J* 2012;26(2):319- 338.

8.-Stata Technical Support. Citing Stata software, documentation, and FAQs; Date November 1999; updated June 2013; 4 (12):12-15.

9.-Akgün KM, Crothers K, Pisani M. Epidemiology and management of common pulmonary diseases in older persons. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2012;67(3):276- 291. doi: 10.1093/gerona/qlr251.

10.-Decramer M, Janssens W, Miravittles M. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2012;379(9823):1341-

11.-Loganathan RS, Stover DE, Shi W, Venkatraman E. Prevalence of COPD in women compared to men around the time of diagnosis of primary lung cancer. *Chest* 2012;129(5):1305-1312.

12.-Maldonado F, Bartholmai BJ, Swensen SJ, Midthun DE, Decker PA, Jett JR. Are airflow obstruction and radiographic evidence of emphysema risk factors for lung cancer? A nested case-control study using quantitative emphysema analysis. *Chest* 2012;138(6):1295-1302.

13.-Rivas H, Nana-Sinkam P. Integrating pulmonary rehabilitation into the multidisciplinary management of lung cancer: A review. *Respir Med* 2015;109(4):437-442.

14.-Barreto SS, McClean PA, Szalai JP, Zamel N. Reduction of lung diffusion for carbon monoxide in patients with lung carcinoma. *Chest* 2012;103(4):1142-1146.

15.-Ekström MP, Wagner P, Ström KE. Trends in causespecific mortality in oxygen-dependent chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;183(8):1032-1036.

16.-Wilcock A, England R, El Khoury B, et al. The prevalence of nocturnal hypoxemia in advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2008;36(4):351-357. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.11.007.

17.-Dean GE, Redeker NS, Wang YJ, et al. Sleep, mood, and quality of life in patients receiving treatment for lung cancer. *Oncol Nurs Forum* 2013;40(5):441-451.

18.-Cheville AL, Kollasch J, Vandenberg J, et al. A homebased exercise program to improve function, fatigue, and sleep quality in patients with Stage IV lung and colorectal cancer: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2013;45(5):811-821.

20.-Delgado-Guay M, Yennurajalingam S, Parsons H, Palmer JL, Bruera E. Association between selfreported sleep disturbance and other symptoms in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(5):819-827.

21.-Dean GE, Abu-Sabbah E, Yingrengreung S, et al. Sleeping with the enemy: sleep and quality of life in patients with lung cancer. *Cancer Nurs* 2015;38(1):60-70.

22.-Quinten C, Martinelli F, Coens C, et al; Patient Reported Outcomes and Behavioral Evidence (PROBE) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Clinical Groups. A global analysis of multitrial data investigating quality of life and symptoms as prognostic factors for survival in different tumor sites. *Cancer* 2014;120(2):302-311.

23.-Galbraith T, Heimberg R, Wang S, Schneier F, Blanco C. Comorbidity of Social Anxiety Disorder and Antisocial Personality Disorder in the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Anxiety Disord.* 2014; 28(1): 57–66.

24.-Saiz P, Jimenez L, Diaz E, Garcia M. Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones.* 2014; 26(3):254-274.

25.-The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists. Social anxiety disorder. The nice guideline on recognition, assessment and treatment. London; 2013.

26.-Ipser JC, Wilson D, Akindipe TO, Sager C, Stein DJ. Pharmacotherapy for anxiety and comorbid alcohol use disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; 20(1): 5-11.

27.-Smith JP, Randall CI. Anxiety and Alcohol Use Disorders: Comorbidity and Treatment Considerations. *Alcohol Research: Current Reviews.* 2012; 34(4): 414-31.

- 28.-Calderón C, Forns M, Varea V. Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutr Hosp*. 2012; 25(4): 641-7.
- 29.-Puliafico AC, Comer JS, Kendall PC. Social Phobia in Youth: The Diagnostic Utility of Feared Social Situations. *Psychological Assessment*. 2012; 19(1): 152-8.
- 30.-Blanco C, Wall MM, He JP, Krueger RF, Olfson M, Jin CJ, et al. Space of Common Psychiatric Disorders in Adolescents: Comorbidity Structure and Individual Latent Liabilities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015; 54(1):45–52
- 31.-Garcia L, Bermejo R, Hidalgo M. The Social Phobia Inventory: Screening and Cross-Cultural Validation in Spanish Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*. 2012; 13(2): 970-80.
- 32.-Letamendi A, Chavira D, Stein M. Issues in the Assessment of Social Phobia: A Review. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2012; 46(1): 13–24.
- 33.- Vargas-Mendoza, J.E. y Sánchez-López, A. S. Prevalencia de la depresión en pacientes oncológicos y renales crónicos en tratamiento ambulatorio Centro Regional de Investigación en Psicología, Volumen 5, Número 1, 2011 Pág. 27-33.
- 34.- Fernández Corcuera, P, Dolz, M, Rojo, JE. Uso de psicofármacos en el enfermo oncológico. En: Gil F, editor. *Manual de Psico-Oncología*. Madrid: Nova Sidonia 2000; p. 75-91

35.- Derogatis CR., Morrow GR & Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA 1983; 249: 751-7.

36.- Valente SM, Saunders JM, Cohen MZ. Evaluating depression among patients with cancer. Cancer Pract 1994; 2: 65-71.

37.- Cavanagh S. The prevalence of cognitive and emotional disfunction in a general medical population using the MMSE, GHA and BDI. Gen Hosp Psychiatry 1983; 5: 15-21

38.- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. Br Med J (ed. esp.) 1989 4(2): 49' 53.

39.- Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten Primaria 1999; 23(1): 184-190.

40.- Montón c, Pérez-Echevarría MJ, campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria 1993; 12:345-349.

41 Rodríguez C. Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. Psicothema 2012; 23(3): 374-381.

42 Torre L. Comorbilidades, calidad de sueño y calidad de vida en pacientes con cáncer pulmonar localmente avanzado. Neumología y cirugía de tórax 2015; 74(2): 87-94.

43 Guerrero J. Autotrascendencia, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en tratamiento. Barquisimeto. 2015. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2016; 15(2): 297-309.

44.-Collazo A. Prevalencia de los trastornos del sueño en pacientes con cáncer avanzado y su relación con otros factores: Estudio multicéntrico, transversal, observacional, no intervencionista. 2014. Tesis. Argentina.

45.-Kleinbaun. D. Statistics in the health sciences: Survival analysis. New York: Springer – Verlag publishers; 2012 p. 78.

46.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2012.

47.-Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perú :20 de julio de 2012.

48.-Codigo de ética y deontología del colegio médico del Perú 2008, capítulo 6 articulo 90.

ANEXOS

Asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta.

ANEXO N° 1:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....estoy de acuerdo en participar en la investigación titulada: Asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del hospital de Alta complejidad Virgen de la puerta.

Se me ha explicado en lo que consisten las encuestas y comprendido el procedimiento de la recolección de datos así también la naturaleza de la investigación, he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas y estoy satisfecho con la información proporcionada. Por lo tanto declaro estar debidamente informado y mi participación es voluntaria y para que así conste firmo este documento y procedo a realizar las encuestas establecidas.

Trujillo, 2017

Nombre y apellidos

ANEXO N° 2:
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

DATOS GENERALES:

1.1. Edad: _____ días

1.2. Género: Masculino () Femenino ()

1.3. Procedencia: Urbano () Rural ()

1.4 Tipo de cáncer: _____

II. INSOMNIO:

Puntaje del Cuestionario: _____

Insomnio: Si () No ()

III: ANSIEDAD:

Puntaje del Cuestionario: _____

Ansiedad: Si () No ()

IV: DEPRESION:

Puntaje de Cuestionario: _____

Depresión: Si () No ()

ANEXO N° 3

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg:

Instrucciones: Lea con cuidado y detenidamente y escriba SI o NO según su respuesta.

No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la mejor respuesta, describa sus sentimientos ahora.

Escala de EADG – (Escala de ansiedad - depresión)	Si/No
Subescala de ansiedad	
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD	

≥ 4 : Ansiedad probable

Subescala de depresión	Si/No
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	
Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de la preguntas anteriores, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?	
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	
TOTAL DEPRESIÓN	

≥ 2 : Depresión probable

ANEXO N°4

ISI (Insomnia Severity Index) - Índice de Gravedad del Insomnio (autoadministrada)

1. Indica la gravedad de tu actual problema(s) de sueño:					
	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido/a:	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a:	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano:	0	1	2	3	4
2. ¿Cómo estás de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?					
Muy satisfecho	Moderadamente satisfecho			Muy insatisfecho	
0	1	2	3	4	
3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario (Ej.: fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo etc.)?					
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo	
0	1	2	3	4	
4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta a tu calidad de vida?					

Interpretación:

La puntuación total se valora como sigue: 0-7 = ausencia de insomnio clínico

8-14 = insomnio subclínico

15-21 = insomnio clínico (moderado) 22-28 = insomnio clínico (grave)