



UNIVERSIDAD LATINA S. C.

**Universidad
Latina**

3344-25

**ESTUDIO CORRELACIONAL DE ANSIEDAD,
DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON CANCER CERVICOUTERINO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

GIOVANNA MORENO MORGADO

ASESOR:

DRA. EVA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

MÉXICO, D.F. MARZO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A:

Dios, por el don de la vida y salud por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mis padres, Saraí y Joaquín por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y por todo su apoyo incondicional, los amo con todo mi corazón.

Mi esposo Arturo, gracias por ser un crítico constructivo de mi formación profesional, a pesar de que el camino fue muy largo y duro, siempre estuviste a mi lado brindándome tu apoyo, muchas gracias.

Mi mascota Turín gracias por ser mi compañerito fiel.

Mi hermano Daniel y cuñada Alejandra por su apoyo incondicional.

Mis sobrinas Andrea y Daniela las amo gracias por sus sonrisas.

Mi tía Josefina Morgado por ser un ejemplo de vida, una guerrera y luchadora incansable, gracias por tu generosidad y amor, Te quiero mucho.

Mi mejor amigo Kike gracias por darme la libertad de ser yo misma.

Mi prima Areli por tenerme siempre presente en sus oraciones y por su gran amor.

A mi tutora de tesis, Dra. Eva González Rodríguez por su generosidad al brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo.

Agradezco de manera especial y sincera a la Mtra. Liliana Mey Len Rivera Fong por su calidez humana, por su apoyo incondicional y paciencia, por su disponibilidad y generosidad para compartir su amplio conocimiento, por tantas horas de trabajo y su capacidad para guiar mis ideas, ha sido un soporte invaluable, le agradezco también el haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de la tesis. Muchas gracias Lili Dios te bendiga, para ti toda mi admiración, respeto y afecto.

Agradezco al Dr. Oscar Galindo Vázquez por el valioso apoyo, orientación y generosidad y su contribución a enriquecer este trabajo de investigación. Su profesionalismo y dedicación son una verdadera inspiración y ejemplo a seguir.

Agradezco inmensamente a todos los pacientes que participaron, su paciente colaboración, sus aportaciones, sugerencias y reflexiones que siempre han sido mucho más enriquecedoras e interesantes que lo que la ciencia me permite verter en estas líneas. Su lado humano y su apertura de corazón ha sido la principal lección que me llevo para saber cómo ser mejor persona y mejor profesional. Gracias por una lección de fortaleza, valentía y “espíritu positivo, ante la vida.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 4 |
| Introducción | 5 |
| Capítulo 1. Cáncer cervicouterino | 9 |
| Definición del Cáncer cervicouterino | 9 |
| Epidemiología..... | 9 |
| Anatomía del aparato reproductor femenino | 11 |
| Evolución del cáncer cervicouterino | 13 |
| Factores de riesgo | 14 |
| Diagnóstico..... | 15 |
| Estadificación | 18 |
| Tratamientos | 27 |
| Tratamiento quirúrgico | 27 |
| Capítulo 2. Ansiedad | 31 |
| Definición de ansiedad..... | 31 |
| Síntomas de ansiedad en pacientes oncológicos..... | 32 |
| Epidemiología..... | 32 |
| Etiología..... | 33 |
| Modelo explicativo | 35 |
| Consecuencias de la ansiedad en pacientes con cáncer | 36 |
| Capítulo 3. Depresión..... | 44 |
| Definición de depresión | 44 |
| Síntomas de la depresión en pacientes oncológicos | 44 |
| Epidemiología..... | 45 |
| Etiología..... | 46 |
| Modelo explicativo de depresión..... | 50 |
| Consecuencias de la depresión en pacientes con cáncer | 54 |
| Capítulo 4. Calidad de vida..... | 57 |
| Definición de calidad de vida | 57 |
| Factores de riesgo relacionados con la calidad de vida en pacientes con cáncer | 58 |

| | |
|---|-----|
| Calidad de vida en pacientes con cáncer | 59 |
| Método..... | 63 |
| Justificación | 63 |
| Planteamiento del problema | 64 |
| Objetivos | 64 |
| General | 64 |
| Específicos | 64 |
| Participantes..... | 65 |
| Tipo de muestreo | 65 |
| Criterios de inclusión..... | 65 |
| Criterios de exclusión | 65 |
| Criterios de eliminación | 66 |
| Diseño..... | 66 |
| Definición conceptual de variables | 66 |
| Definición operacional de las variables..... | 67 |
| Procedimiento..... | 69 |
| Análisis estadísticos..... | 69 |
| Resultados | 71 |
| Discusión | 85 |
| Conclusiones | 89 |
| Anexos..... | 119 |

Resumen

El cáncer cervicouterino es la segunda causa de muerte en México, el porcentaje más alto de mortalidad se concentra entre los 25 a 59 años, en estadios IIB y IVA principalmente. El cáncer y su tratamiento afectan de forma importante al bienestar físico, mental, social y la calidad de vida de las pacientes. OBJETIVO: determinar la correlación entre ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de pacientes con cáncer cervicouterino. DISEÑO: no experimental, correlacional y transversal en el que participaron 20 mujeres, todas con diagnóstico confirmado de cáncer cervicouterino, que firmaron un consentimiento informado de su colaboración. PROCEDIMIENTO: Fueron evaluadas en una sesión mediante la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), versión validada para pacientes con cáncer y el Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA); se realizaron análisis descriptivos y se obtuvieron los coeficientes de correlación r de Pearson para conocer la asociación entre los factores de las variables. RESULTADOS: Se observaron síntomas de ansiedad y depresión de moderadas a altas y afectación en la calidad de vida. Se revelaron tendencias de correlaciones positivas y significativas entre estas variables dependencia médica, aislamiento y preocupaciones; así como tendencias de correlaciones negativas y significativas entre funciones cognitivas, vida cotidiana, actitud ante el tratamiento, percepción corporal, tiempo libre, desempeño físico, redes sociales, familia y relación con el médico. CONCLUSIONES: La sintomatología ansiosa y depresiva es parte de los principales problemas de salud mental y afecta la calidad de vida de las pacientes con cáncer cervicouterino, esta asociación es identificada y confirmada en otros estudios en pacientes oncológicos.

Palabras clave: Ca Cu, malestar emocional, calidad de vida.

Introducción

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer es una de las situaciones más difíciles, estresantes y temidas en la sociedad actual, pocas enfermedades originan tantos problemas psicológicos, es to es así, porque en el cáncer se dan una serie de circunstancias que por sí mismas son generadoras de malestar psicológico, como su cronicidad la incertidumbre ante su evolución, los efectos secundarios de los tratamientos y el significado social de la palabra cáncer (Alonso & Bastos, 2011).

La enfermedad, cuando se percibe como amenazante supone una ruptura de l mundo interior de la persona, en el sentido de que provoca la experiencia de la propia limitación e interrumpe la realización del proyecto personal (Pinglo, 2014).

Pensando en ello el cáncer es una de las enfermedades percibidas como más amenazantes de nuestra época, tanto por su elevada incidencia como por las consecuencias del mismo, constituyendo uno de los problemas de salud más importantes de nuestro siglo (Alonso & Bastos, 2011).

En México el cáncer de cuello uterino es la segunda causa de muerte, en el año 2013, se registraron 3,784 defunciones en mujeres con una tasa cruda de 7.0 defunciones por 100,000 mujeres (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2015).

En el grupo específico de mujeres de 25 años y más, se registraron 3,771 defunciones con una tasa cruda de 11.3 defunciones por 100,000 mujeres y un promedio de edad a la defunción de 59 años, las entidades con mayor mortalidad

por cáncer de cuello uterino son: Morelos (18.6), Chiapas (17.2) y Veracruz (16.4) (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2015).

El cáncer de cuello uterino es el crecimiento, desarrollo y multiplicación de manera desordenada y sin control de las células del cuello del útero (o matriz). Se asocia a la infección por el virus de papiloma humano (VPH), el cual se transmite por contacto sexual y afecta a 8 de cada 10 personas (hombres y mujeres) en algún momento de la vida, pero sólo una de cada mil mujeres con infección por este virus desarrollará cáncer (Ministerio de Salud, 2010).

Dos de los principales problemas psicológicos en las pacientes oncológicas es la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, afectando de forma importante su calidad de vida, estos estados emocionales se consideran implicados de toda una serie de manifestaciones físicas y psíquicas (Alonso, 2003).

Se considera que la ansiedad es una respuesta adaptativa a la amenaza contra la supervivencia, integridad y bienestar, sin embargo, es desadaptativa cuando hay un incremento en la frecuencia, intensidad y duración y es desproporcional a la amenaza (Bustamante, 2013).

En el caso de la ansiedad las pacientes con cáncer sienten una inquietud torturante de estar en peligro o ser vulnerables en su integridad física o psíquica, en un estado de aprehensión expectante, a parecen preocupaciones, pensamientos repetidos y exagerados sobre su propia salud, sobre su futuro, trabajo y familia, esto provoca falta de atención y concentración, trastornos de la

memoria y como consecuencia escaso rendimiento laboral, escolar y social (Uriarte, 2014).

Que cuando además se asume un rol de enferma, ocurren toda una serie de abandonos de actividades relevantes y responsabilidades de la vida diaria, que conllevan la pérdida de gratificaciones y con ellas, la aparición de alteraciones emocionales (Trill, 2003).

Por otro lado, la depresión, caracterizada por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza y desesperanza, alteraciones en el sueño, apetito, dificultades en la concentración y pensamientos de muerte y de suicidio (Baena, Sandoval, Urbina, Helen & Villaseñor, 2005).

La respuesta depresiva provocada por un evento es bastante claramente identificado, se presenta dentro de los tres primeros meses de suceso y se desajusta la vida del sujeto (Asociación Americana de Psiquiatría, 2002).

Sin embargo, puede ser difícil de evaluar en pacientes con cáncer, ya que los síntomas de la misma se presentan en un continuo que va desde los sentimientos normales de tristeza a un trastorno afectivo mayor (Wilson et al., 2007).

Por lo que el diagnóstico de depresión mayor en pacientes con cáncer podría representar un reto, ya que los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, incluyen varios síntomas que se superponen a los síntomas propios del cáncer o de los efectos secundarios del tratamiento, como la pérdida del apetito, disminución de peso, trastornos del sueño, fatiga, falta de energía, dificultad para concentrarse, entecimiento psicomotor (Passik & Lowery, 2010).

Vale la pena señalar que la ansiedad y depresión en sí mismas provocan un deterioro en la calidad de vida, además de una percepción pesimista de su enfermedad y de otras experiencias lo que conducen a no cumplir bien su tratamiento, a abandonar, lamentarse y autoacusarse de lo que sucede, empeorando con esto su estado general (Escobar, 2004; Piqueras et al., 2008).

Capítulo 1. Cáncer cervicouterino

Definición del Cáncer cervicouterino

El cáncer es una alteración celular originada por el crecimiento anómalo en número y tamaño de las células, lo que las convierte en malignas o cancerígenas, en el caso del cáncer cervicouterino, estas células se reproducen en el epitelio del cuello del útero y se manifiestan inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, pueden aparecer en etapas de displasia leve, moderada o severa, en algunos casos la lesión intraepitelial evoluciona en forma paulatina a carcinoma in situ, con la posibilidad posterior de romper la membrana basal y así invadir el estroma adyacente y convertirse en un carcinoma micro invasor (Ministerio de Salud, 2010).

Epidemiología

El cáncer cervicouterino es la séptima neoplasia más frecuente en la población mundial y la cuarta más frecuente entre las mujeres con un estimado de 528 mil nuevos casos diagnosticados anualmente, 85% de los cuales se registran en países en vías de desarrollo y su incidencia varía desde 42.7 en África Oriental, hasta 4.4 por 100,000 mujeres en Asia Occidental (Medio Oriente) (Ferlay et al., 2015).

Es también una importante causa de muerte por un tumor maligno en la mujer con 266,000 defunciones anuales, 87% de las cuales ocurren en países subdesarrollados. Las tasas de mortalidad van de 2.0 en Asia Occidental a 27.6

defunciones por 100,000 mujeres en África Oriental (Dirección General de Información en Salud, 2012).

En América Latina el cáncer cervicouterino es la segunda neoplasia más común en mujeres con 68,818 casos anuales, la incidencia es de 21.2 casos por 100,000 mujeres, alcanzando valores superiores a 30 en países como Perú, Paraguay, Guyana, Bolivia, Honduras, Venezuela, Nicaragua y Surinam (Dirección General de Información en Salud, 2012).

La mortalidad es de 8.7 defunciones por 100,000 mujeres, el 75% de las 28,565 defunciones anuales por esta causa, ocurren en seis países: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. Sin embargo, la mortalidad es más alta en Guyana (21.9), Bolivia (21.0) y Nicaragua (18.3) (Ferlay et al., 2015).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2007) el cáncer cervicouterino continúa siendo un problema de salud pública en todo el mundo, siendo el segundo tipo de cáncer más frecuente en la población femenina, ya que representa el 9% de las neoplasias malignas a nivel mundial (529,800 casos) y 8% (275,100) de las muertes por cáncer. En México, el Registro Histopatológico de Neoplasias malignas (2003) mostró una incidencia creciente de 10 millones de casos nuevos de los cuales (24,094) son cáncer invasor y (14,867) carcinoma in situ, se esperan cerca de 15 millones para el año 2020.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2012) reportó que de la población que padece cáncer cervicouterino, el porcentaje más alto de mortalidad hospitalaria se concentra entre las edades de 40 a 54 años principalmente, de

manera específica de 45 a 49 años (15.1%) seguido de mujeres de 40 a 44 años (14%) y de los 50 a 54 años (13.2%).

El Instituto Nacional de Cancerología (INCan, 2015) informó que la mayoría de los casos de cáncer cervicouterino se encuentran en etapas avanzadas por falta de un diagnóstico oportuno.

De manera similar el Servicio de Oncología del Hospital General de México, ha registrado en años recientes un incremento del 41.5% en el diagnóstico de cáncer de cérvix, con relación a lo que ocurría 20 años antes. El 75.2% de los diagnósticos de Neoplasia Intraepitelial Cervical correspondieron a NIC I un 7.2%, NIC II 17.4%, NIC III, 21.5%, cáncer invasor el 78% de los 1,166 casos de cáncer cervicouterino la edad promedio de las pacientes con cáncer in situ fue 40 años y de 50 en adelante para el cáncer invasor (Torres et al., 2007).

Contrario a lo que sucede en Estados Unidos de América y Europa, donde hasta el 75% de las ocasiones se diagnostica en estadios clínicos tempranos, en nuestro país las etapas avanzadas (estadios IIB-IVA) son las que tienen mayor prevalencia, tal como ocurre en otros países en vías de desarrollo, lo que refleja que el programa de detección oportuna con Papanicolaou no es lo suficientemente adecuado (Montalvo et al., 2011).

Anatomía del aparato reproductor femenino

Para poder comprender la enfermedad y su evolución es necesario tener un conocimiento básico de la anatomía del aparato reproductor femenino, la cual se explicará a continuación.

Como se puede observar en la figura 1. La vagina es un conducto muscular que se extiende desde el orificio vaginal hacia arriba hasta llegar al cérvix, dentro de sus funciones esta conducir el flujo menstrual al exterior, recibir al pene durante la relación sexual y como vía de paso al producto durante el parto (Ganong, 2010).

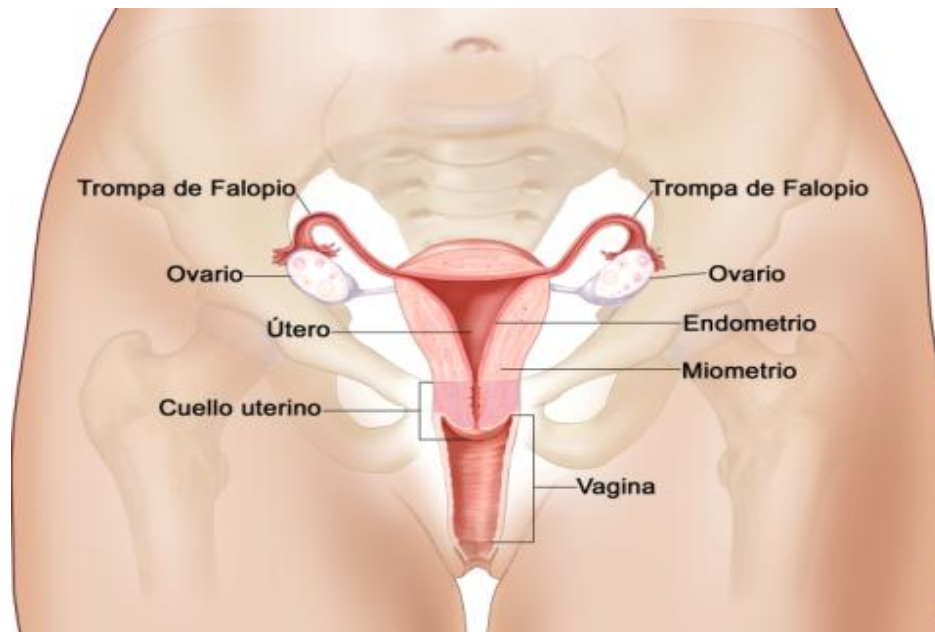


Figura 1. Aparato reproductor femenino, Órganos internos. Tomada del National Cancer Institute (2009), Derechos reservados Wilson, T.

El cérvix antes de la gestación es de forma cónica y moderadamente firme y mide de 2 a 4 cm de largo con un diámetro de 2.5cm, y se encuentra íntimamente relacionada con la vagina por un conducto central, que está recubierta por células escamosas estratificadas y su importancia clínica en oncología se debe a que es el lugar en donde se presenta el cáncer (Higashida, 2013).

El útero, también conocido como matriz, es un órgano musculoso localizado profundamente en la pelvis entre la vejiga y el recto, con forma como una pera invertida, el útero no ocupado por un producto mide de 7 a 8 cm de longitud y 4 cm en su diámetro mayor, en la mujer embarazada puede llegar a medir hasta 30 cm de diámetro, (Ralf, 1994). Cabe mencionar que el cuello uterino experimenta cambios naturales desde el nacimiento hasta la menopausia, y al ser una zona de transformación en donde surgen la mayor parte de tumores premalignos y cánceres (OMS, 2007).

Las trompas de Falopio son un par de conductos delgados que miden de 10 a 12cm de longitud y presentan movimientos peristálticos que permiten el tránsito del óvulo para ser fecundado y después de cuatro días implantarse en el endometrio (Ganong, 2010).

Los ovarios: son dos pequeños órganos del tamaño de una almendra situados en las extremidades de las trompas, tienen dos funciones la producción de los óvulos y la producción de las hormonas femeninas: estrógenos y progesterona. (Beckmann, 2015).

Evolución del cáncer cervicouterino

Las capas de revestimiento del cuello uterino que son el epitelio escamoso (o pavimentoso) y epitelio cilíndrico (o columnar), se identifican como las zonas más propensas a presentar anomalías precancerosas (Sellors, 2003).

Como se puede observar en la figura 2. En circunstancias normales, las capas superiores se destruyen y descaman continuamente, y la integridad del revestimiento se mantiene debido a la formación constante y ordenada de nuevas células en la capa basal. No obstante, en presencia de una infección persistente por el VPH y otros factores, las células escamosas metaplásicas de la zona de transformación adoptan un aspecto anormal, indicador de un tumor premaligno epidermoide cervicouterino (displasia). Estas últimas se multiplican de manera desordenada, característica clara de la transformación cancerosa, y dan lugar al carcinoma epidermoide (Romaní, 2014).

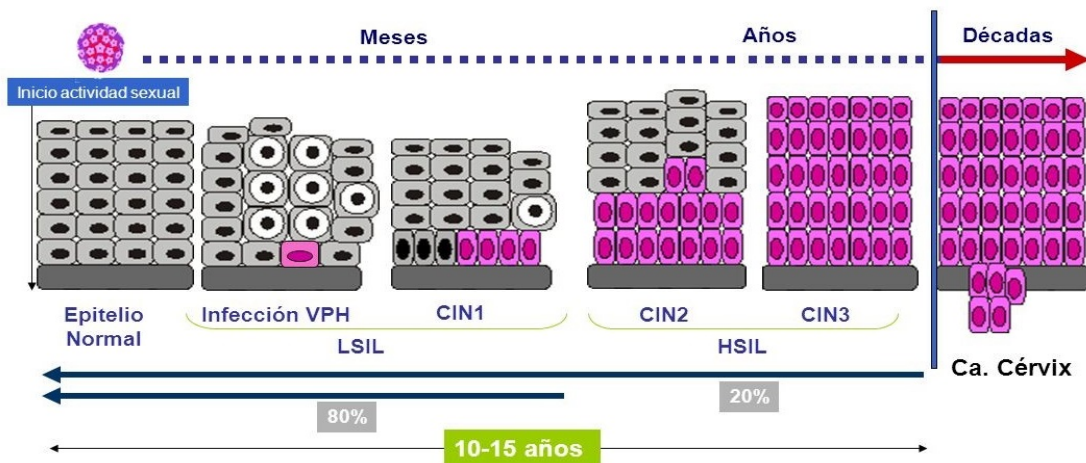


Figura 2. Historia natural de infección por VPH. Adaptada de: Gravitt PE & Jamshidi R. (2005). Infect Dis Clin N Am

Factores de riesgo

La OMS (2015) define factor de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de cáncer

cervicouterino, se encuentran las prácticas sexuales de alto riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua contaminada, las deficiencias de limpieza y la falta de higiene en la zona genital.

En México, la Secretaría de Salud, a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento, indica que deben considerarse como factores de riesgo en el cáncer del cuello del útero, el virus del papiloma humano (tipo 16 y 18) como causa principal ya que es un requisito indispensable para el desarrollo del cáncer, sin embargo lo contrario no es cierto, es decir, si una persona está infectada con el virus del papiloma humano no significa que necesariamente vaya a desarrollar el cáncer; hay otros factores importantes conductuales y medioambientales que se deben considerar, como que la edad en que se desarrolla la enfermedad es mayoritariamente entre los 25 y 64 años, inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 19 años), promiscuidad de la pareja, multiparidad (más de cuatro partos), embarazo temprano (antes de los 18 años), antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, uso de hormonas, tabaquismo, factores nutricionales como la deficiencia de vitaminas A, C y E, y nunca haberse practicado un estudio citológico (Luna & Ramírez, 2014; Tirado et al. 2005; Ortiz, Uribe, Díaz, & Dangond, 2004).

Diagnóstico

Para detectar y diagnosticar el cáncer de cuello uterino se utilizan tres métodos de exploración ginecológica indispensables en la actualidad:

- Citología cervicovaginal (Papanicolaou): Con la ayuda de un espejo vaginal se visualiza el cuello del útero, posterior a esto hay que tomar una muestra del centro del cuello de la matriz con una espátula y un cepillo con el que se hace una especie de barrido, se toma una pequeña muestra de células para luego ser analizadas en el laboratorio, Figura 3 (García et al., 2008).

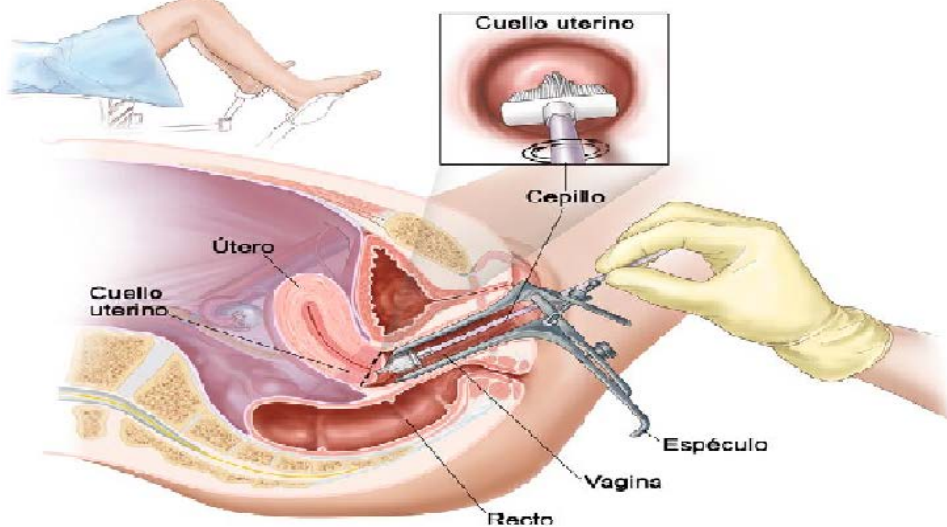


Figura 3. Citología Cervical. Tomada del National Cancer Institute (2009), Derechos reservados Wilson, T.

- Colposcopia: Se observan zonas sospechosas de lesión; consiste en la observación estereoscópica, aumentada e iluminada del epitelio del cuello uterino, paredes vaginales y la entrada a la vagina, que permite identificar lesiones precancerosas con gran precisión. Se introduce un espejo vaginal,

posteriormente se aplica al cuello uterino una solución (ácido acético) para retirar el moco que recubre la superficie y ayuda a resaltar las áreas afectadas en color blanco y no afectadas en color negro (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010; Olivares & Alonso, 2006).

- Las imágenes de colposcopia han sido enriquecidas con la prueba de Schiller usando solución yodurada para teñir el cuello uterino, con el fin de diferenciar las estructuras normales de las patológicas, la solución yodada tiñe las porciones normales, pero no los tejidos anormales (Sankaranarayanan et al., 2003).
- Biopsia cervical: Es la extracción de una pequeña muestra de tejido del cuello uterino para su posterior examen con microscopio, solo la biopsia permite formular un diagnóstico definitivo, la cantidad y la ubicación del tejido extraído depende del tipo de biopsia que se realice (Chavaro, Arrollo, Alcázar, Muruchi & Pérez 2005).

La biopsia simple llamada sacabocados, es un procedimiento quirúrgico para extraer pequeñas muestras de tejido mediante un tipo especial de fórceps, la biopsia de cono o conización, consiste en extraer una porción más grande de tejido en forma de cono del cuello uterino se puede utilizar el procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa, el procedimiento de biopsia en cono con bisturí frío utilizando un láser o bisturí quirúrgico para lo cual, requiere el uso de anestesia regional o general; finalmente el procedimiento quirúrgico curetaje

endocervical, utiliza un instrumento estrecho llamado cureta para raspar el revestimiento del canal endocervical, una zona que no puede verse desde fuera del cuello uterino (Ministerio de Salud, 2006).

Estadificación

Estadificación se le llama a la clasificación por etapas (estadios) para determinar hasta dónde se ha extendido el cáncer y la gravedad del mismo; para lo cual se utilizan exámenes y pruebas de diagnóstico para comprobar el tamaño del tumor, hasta qué punto éste ha invadido los tejidos alrededor del cuello uterino y la propagación a los ganglios linfáticos u otros órganos distantes (metástasis) figura 4 (American Cancer Society (ACS), 2015).

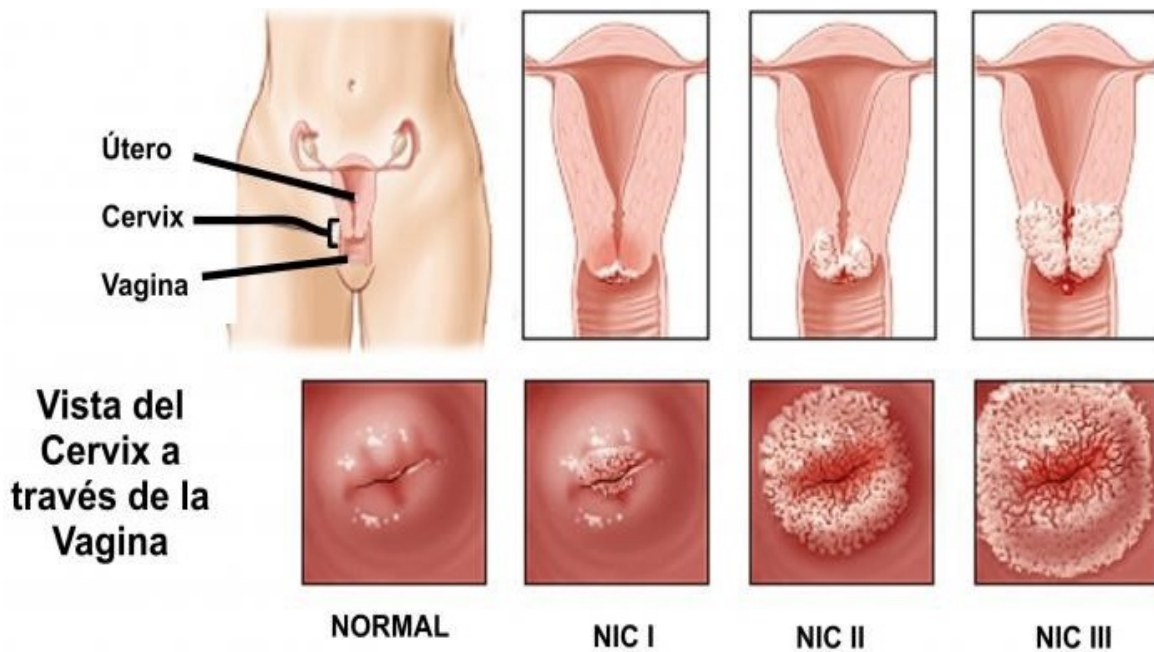


Figura 4. Evolución hacia el cáncer de cuello uterino. Tomada del National Cancer Institute (2009), Derechos reservados Wilson, T.

Este es un proceso importante por que la etapa del cáncer es el factor más relevante para seleccionar el plan de tratamiento adecuado. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) describe los diferentes estadios del cáncer de cuello uterino como se describe a continuación (Álvarez et al, 2012; European Society for Medical Oncology, 2012; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010; Secretaria de Salud, 2008).

Estadio I

El estadio I se divide en IA1 y IA2, dependiendo de la cantidad de tumor que se encuentre. En este caso el cáncer se limita estrictamente al cuello uterino y solo puede ser diagnosticado a través de estudios de colposcopia dado que aún no está clínicamente visible, ni presenta síntomas. El tratamiento indicado en esta etapa es la histerectomía abdominal total, que es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extracción total del útero a través de una incisión quirúrgica en la parte delantera del abdomen se llama histerectomía abdominal, cuando se extirpa el útero a través de la vagina se llama histerectomía vaginal, al procedimiento que se emplea para extirpar el útero mediante laparoscopia se le llama histerectomía laparoscópica , Figura 5 (Sola, Ricci, Pardo & Guiloff 2006).

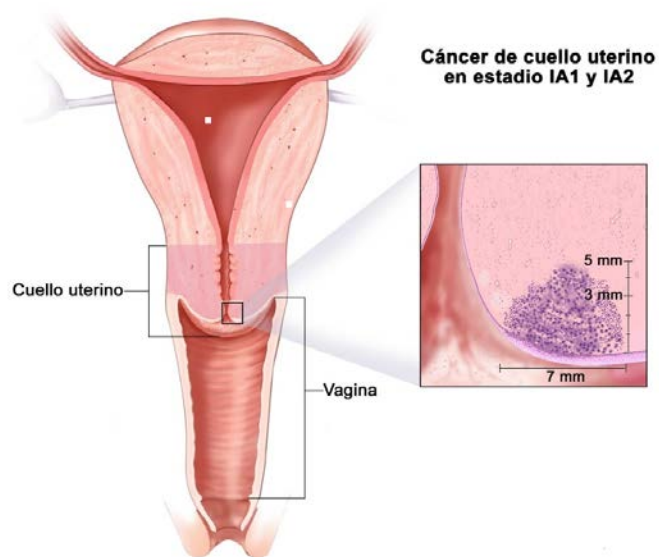


Figura 5. Cáncer de cuello uterino estadios IA1 Y IA2. Tomada de: National Cancer Institute (2009), Derechos reservados Wilson, T.

Dentro de esta misma etapa se encuentra el estadio IB, el cual se divide en los estadios IB1 y IB2 con base en el tamaño del tumor. En este punto el cáncer sigue limitado estrictamente al cuello uterino, sin embargo, la lesión presente ya es clínicamente visible, puede existir un flujo vaginal acuoso blanco amarillento y hemorragia poscoital. El tratamiento óptimo consiste en la radioterapia radical o histerectomía radical con linfadenectomía pelviana bilateral, procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae el útero, el cuello del útero y parte de la vagina. También se pueden extraer los ovarios, las trompas de Falopio y los ganglios linfáticos cercanos, Ver figura 6 (Palomares et al., 2009).

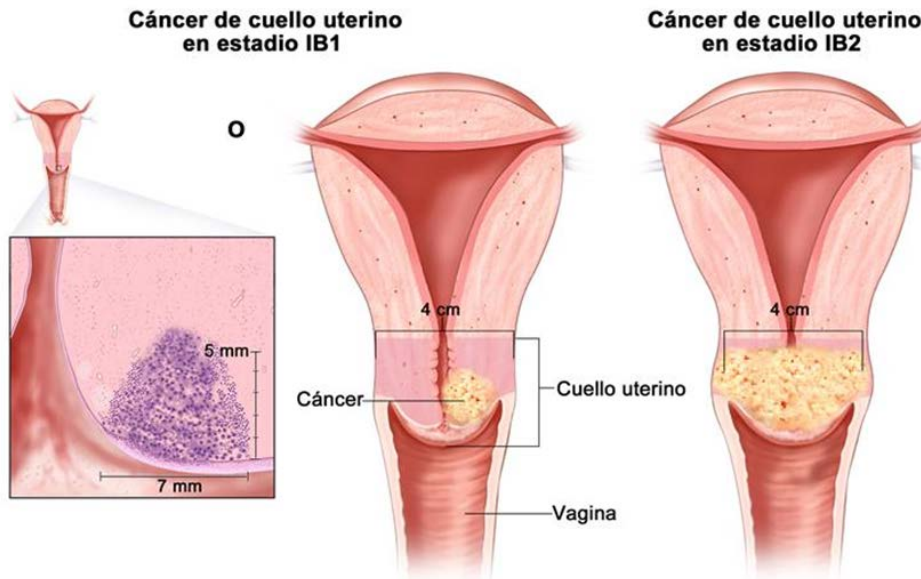


Figura 6. Cáncer de cuello uterino en estadios IB1 Y IB2. Tomada de: National Cancer Institute (2009), Derechos reservados Wilson, T.3

Estadio II

El estadio II se divide en los estadios IIA y IIB, según hasta donde se diseminó el cáncer. El carcinoma se ha extendido más allá del útero, pero no involucra a la pared pelviana, del tercio inferior de la vagina o el parametrio, en cuanto a los síntomas de las mujeres con cáncer de cuello uterino pueden experimentar flujos vaginales acuosos, amarillentos, con sangre o de olor fétido, estos flujos pueden estar compuestos de sangre, pus, tejidos, orina, heces o cualquier combinación de éstos, este síntoma es, a menudo, el resultado de bacterias que son atraídas al tejido enfermo del cáncer de cuello uterino en la vagina, las cuales producen gases de un olor especialmente fétido, también puede haber hemorragia vaginal

recurrente incluyendo pos coital (PATH & EngenderHealth 2003), el tratamiento indicado es la radioterapia radical con o sin quimioterapia concurrente, en casos especiales, cirugía radical más radioterapia.

En el estadio IIB el cáncer se ha extendido más allá del cuello del útero, pero no ha llegado a la pared pelviana o al tercio inferior de la vagina, existe un obvio compromiso de los parametrios, se presentan síntomas similares al estadio IIA a menudo con dolor en la pelvis menor y espalda baja, el tratamiento óptimo es, radioterapia radical con o sin quimioterapia concurrente, figura 7.

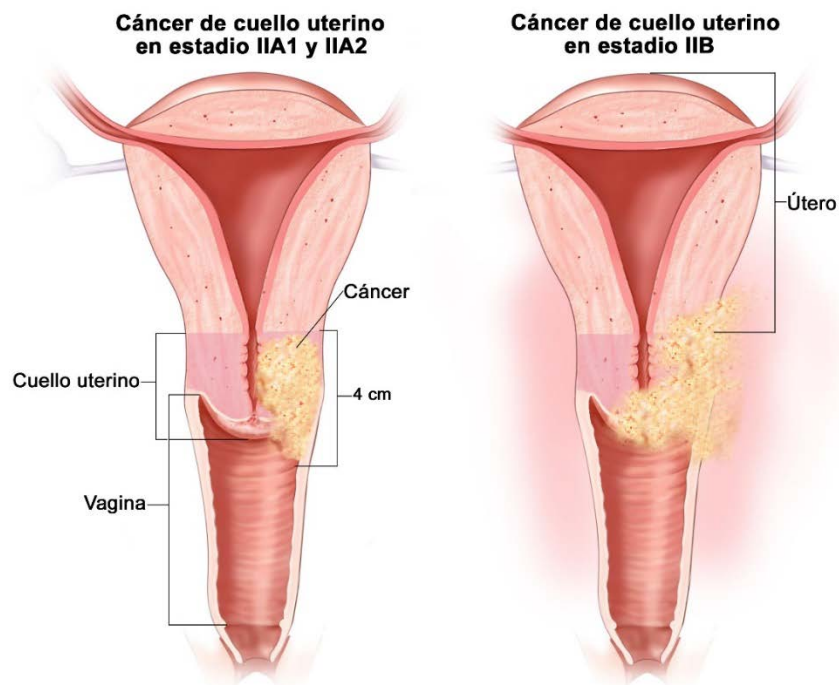


Figura 7. Cáncer de cuello uterino en estadios IIA y IIB. Tomada National Cancer Institute (2009), Derechos reservados Wilson, T.

Estadio III

El estadio III se divide en los estadios IIIA y IIIB según hasta donde se diseminó el cáncer, el tumor invade el tercio inferior de la vagina, sin extenderse a la pared pelviana, síntomas similares al estadio IIB a menudo con dolor durante el coito. El tratamiento óptimo, radioterapia con o sin quimioterapia concurrente, figura 8.

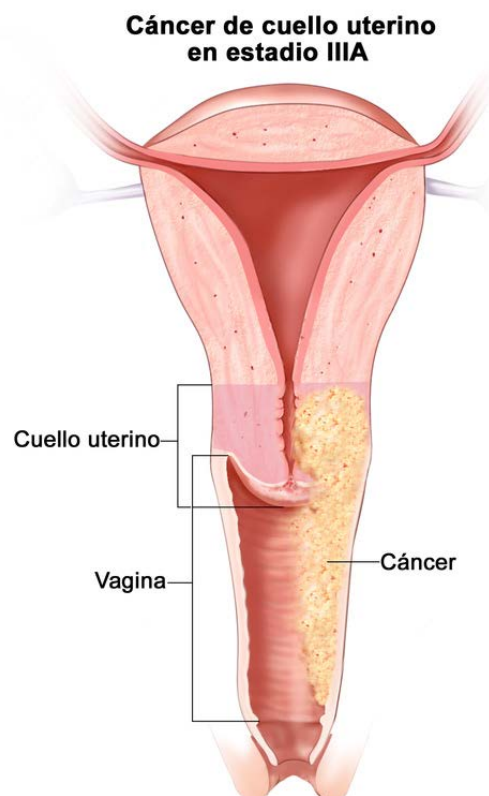


Figura 8. Cáncer de cuello uterino estadio IIIA. Tomada National Cancer Institute (2009), Derechos reservados Wilson, T.

Estadio IIIB el tumor involucra el tercio medio de la vagina y se extiende la pared pelviana donde produce que un riñón no funcione, se presenta con síntomas similares al estadio IIIA como con dolor severo en la parte inferior del abdomen y espalda baja, a menudo con edema de miembros inferiores en una o las dos piernas, que pueden ser señales de insuficiencia renal crónica, debido a la obstrucción de ambas uréteres. El tratamiento óptimo es, radioterapia con o sin quimioterapia concurrente, figura 9.

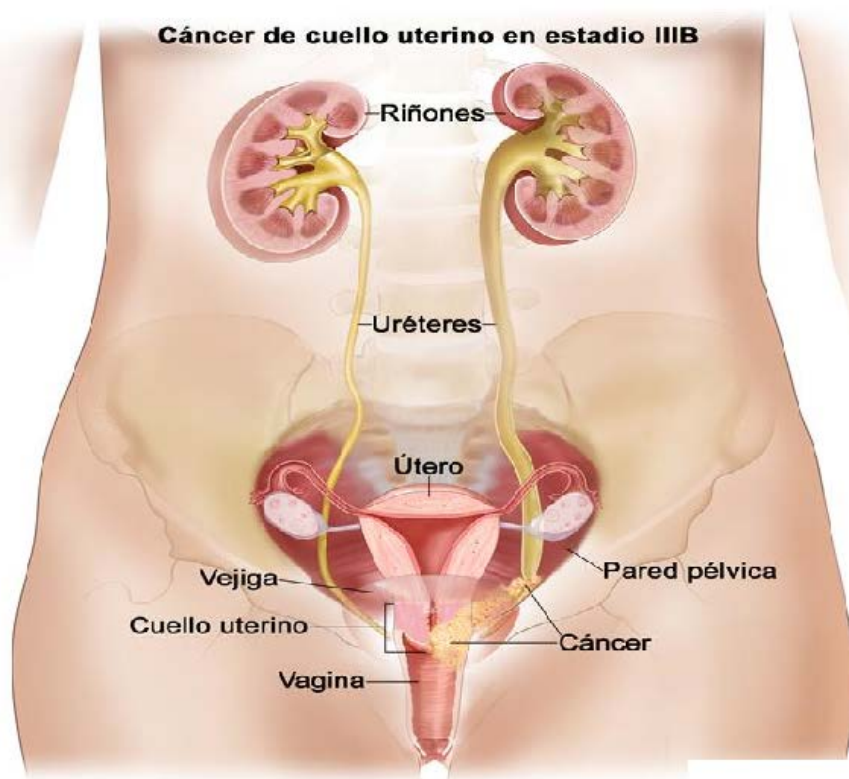


Figura 9. Cáncer de cuello uterino estadio IIIB. Tomada National Cancer Institute (2009), Derechos reservados Wilson, T.

Estadio IV

El estadio IV se divide en los estadios IVA y IVB según hasta donde se diseminó el cáncer. El cáncer se ha extendido más allá de la pelvis a los órganos adyacentes (vejiga y/o recto), produce síntomas similares al estadio IIIB a menudo con sangre en la orina, disuria (dolor al orinar), anemia, pérdida de peso, y a veces fistula vesico vaginal, que es una perforación entre la vagina y la vejiga causando que la orina fluya en forma incontrolable de la vagina, algunas veces la perforación está entre el recto y la vagina y las heces escapan por la vagina a esto se le llama fistula recto vaginal (Secretaría de Salud, 2010), el tratamiento óptimo consiste en la radioterapia radical con o sin quimioterapia concurrente en casos especiales, figura 10.

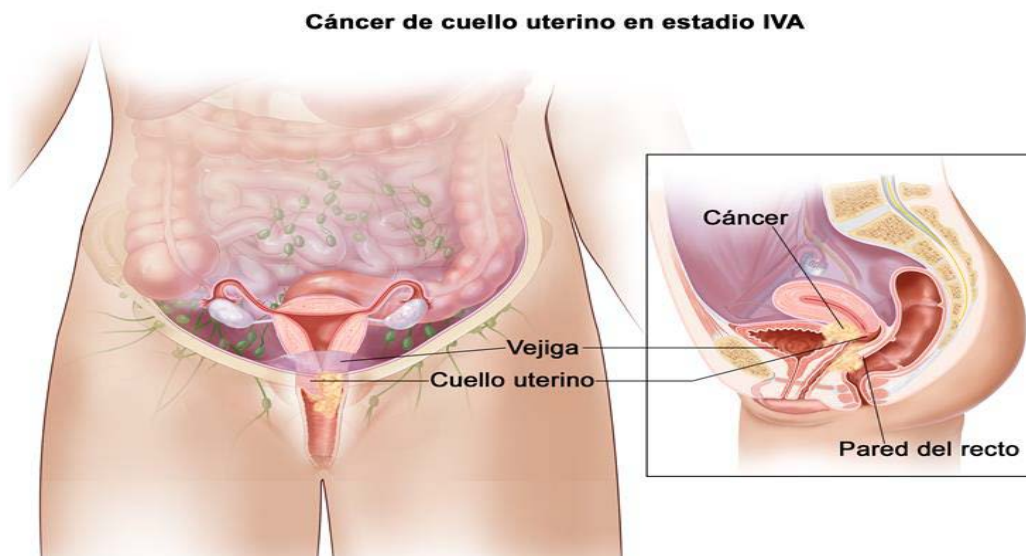


Figura 10. Cáncer de cuello uterino estadio IVA. Tomada National Cancer Institute (2009), Derechos reservados Wilson, T.

Estadio IVB el cáncer se ha extendido a los órganos distantes, presenta síntomas similares al estadio IVA pero con señales adicionales de acuerdo al lugar de la propagación del cáncer, en los riñones puede causar dolor severo en la espalda media, pulmones intratable tos, hígado distensión abdominal (dolor y sensibilidad en el cuadrante superior derecho) ictericia, piel nódulos cutáneos grandes pero sin dolor, nódulos linfáticos ganglios linfáticos sobredimensionados, cerebro convulsiones, confusión. El tratamiento óptimo es, radioterapia paliativa y /o quimioterapia paliativa, además del control de síntomas, cabe resaltar que en este estadio el objetivo del tratamiento no es la cura. Figura 11.

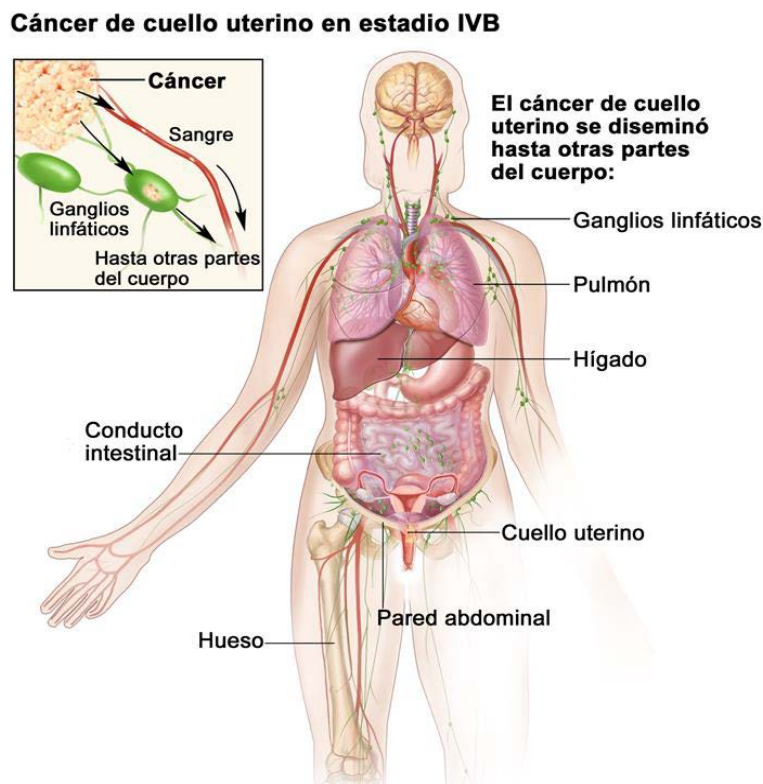


Figura 11. Cáncer de cuello uterino estadio IVB. Tomada National Cancer Institute (2009), Derechos reservados Wilson, T.

Tratamientos

Las opciones de tratamiento para el cáncer de cuello uterino dependen principalmente de la etapa en la que se encuentre el cáncer. Algunos cánceres en etapas tempranas son tratados con cirugía. Sin embargo, la mayoría de los cánceres de cuello uterino se tratan con radiación combinada con quimioterapia (Cruz, Ojeda & Muñoz, 2003).

Tratamiento quirúrgico

La histerectomía es una intervención quirúrgica que consiste en la extirpación del útero o matriz, hay distintos tipos de cirugía que se explican a continuación figura 12.

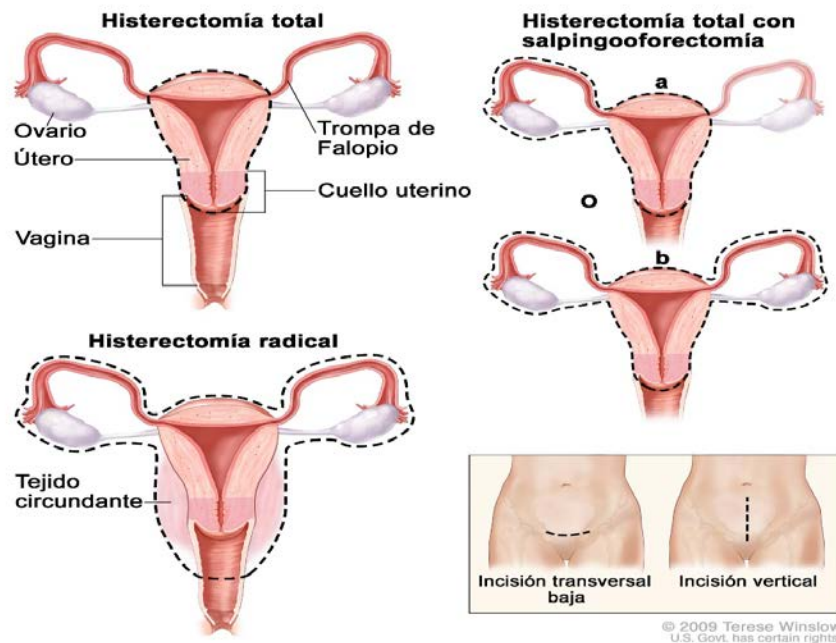


Figura 12. Tratamiento quirúrgico. Tomada National Cancer Institute (2009), Derechos reservados Wilson, T.

La histerectomía radical: consiste en extirpar el útero entero, las trompas, los ovarios, el tercio superior de la vagina y los ganglios linfáticos de la pelvis.

La histerectomía total: es una cirugía que se hace para retirar el útero y el cuello uterino, pero no los ovarios (Patino, Jiménez & Pérez, 2014).

En la histerectomía total con doble salpingooforectomía: se lleva a cabo la extirpación de los dos ovarios y ambas trompas junto con el útero. También puede ser unilateral, cuando se extirpan el ovario y la trompa de un solo lado (Palomares et al., 2009).

Por otro lado, se encuentra la radioterapia que es el uso de radiación de alta energía para tratar el cáncer, ya que puede destruir la capacidad de las células cancerosas para reproducirse, la radiación afecta las células cancerosas dañando sus ADNs, de modo que estas células ya no puedan dividirse y crecer (Radiological Society of North America [RSNA], 2015).

De manera general, la radiación se puede dividir en dos grandes grupos que son la radiación externa y la interna o braquiterapia; la primera de ellas, se dirige hacia la ubicación del cáncer desde una máquina fuera del cuerpo, los efectos secundarios comunes incluyen: cansancio, problemas estomacales, diarrea, náuseas y vómitos, anemia (bajo recuentos de glóbulos rojos), y leucopenia (bajos recuentos de glóbulos blancos), lo que aumenta los riesgos de infecciones graves (Instituto Nacional Del Cáncer, 2015).

Por otro lado, la radiación interna o braquiterapia; se dirige a la ubicación del cáncer desde un dispositivo colocado dentro del cuerpo, el efecto secundario más común es irritación de la vagina, la cual se torna enrojecida y sensible al dolor ([RSNA], 2015).

La quimioterapia se ha empleado en carcinomas de cuello localmente avanzados es un tratamiento sistémico que utiliza fármacos para detener el crecimiento de las células cancerígenas eliminándolas o evitando su división celular. Su mecanismo de acción se puede describir mencionando una vez que los fármacos entran en el torrente sanguíneo se desplazan y llegan a las células cancerígenas de todo el cuerpo, dentro de los efectos secundarios se presenta: náuseas y vómitos, pérdida del apetito, caída del cabello, úlceras en la boca, cansancio y fatiga (Asociación Española Contra el Cáncer, 2011).

Usualmente se combina la radioterapia externa con quimioterapia (quimio radiación concurrente), a menudo, se usa una dosis baja de un medicamento llamado cisplatino, aunque también se pueden usar otros medicamentos de quimioterapia. (Instituto Nacional Del Cáncer, 2015).

Finalmente, los cuidados paliativos se añaden al tratamiento para el cáncer, cuando el paciente llega al punto en el cual ya no puede justificarse el tratamiento para combatir el cáncer, es decir, el riesgo del tratamiento convencional es mayor que el posible beneficio que le ofrecería al paciente; por lo que los cuidados paliativos se convierten en el enfoque total de atención, como tratamiento que alivia síntomas como el dolor, aunque no contempla la cura de la enfermedad. Los cuidados paliativos están conformados por un equipo multidisciplinario de médicos, enfermeras, nutriólogos, farmacéuticos, asistentes sociales, psicólogos y familiares (Ministerio de Salud Pública, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes que se enfrentan a enfermedades amenazantes para la vida, como es el caso del cáncer

cervicouterino, a través de una atención total y activa, médica, psicológica, social y espiritual, la prevención y alivio del sufrimiento, con el uso de medicamentos efectivos para el dolor (WHO, 2014; Ministerio de Salud Pública, 2014).

Los efectos físicos y emocionales del cáncer y su tratamiento pueden ser muy diferentes de una persona a otra. Por ejemplo, las diferencias en edad, en antecedentes culturales o en sistemas de apoyo pueden dar como resultado necesidades muy diferentes de cuidados paliativos, por ello es importante tener en cuenta los problemas de cada paciente (PATH & EngenderHealth 2003).

Los cuidados paliativos en las pacientes con cáncer cervicouterino se deben brindar tempranamente, y a que la gran mayoría son detectados en estadios avanzados de la enfermedad y son portadoras de una complejidad de síntomas de difícil manejo y de impacto múltiple que afecta de forma global su calidad de vida, la enfermedad avanzada se caracteriza por ser progresiva, sin respuesta razonable al tratamiento curativo, con síntomas intensos y cambiantes además de gran implicación emocional para la enferma y familia que se encarga de su cuidado (Ministerio de Salud Pública., 2014).

Capítulo 2. Ansiedad

Definición de ansiedad

La ansiedad es una reacción emocional que surge ante las situaciones de alarma, o de resultado incierto, y prepara para actuar ante ellas. En esta emoción la sensación de miedo es desproporcionada a la naturaleza de la amenaza (Bouayed, Rammal & Soulimani, 2009).

Usualmente la ansiedad es caracterizada como una emoción perjudicial, pero también puede ser protectora cuando acciona las respuestas que hacen frente y protegen a algún individuo contra amenazas (Moser, 2007), debido a que una propiedad de la ansiedad es su componente anticipatorio, desencadenada por pensamientos con tendencias negativas ante situaciones particulares, esto quiere decir, que la respuesta de ansiedad es caracterizada por anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo, esto le confiere una utilidad biológica adaptativa, por lo que cierto grado de ansiedad es deseable y necesario en el afrontamiento de las exigencias de la vida cotidiana, ya que permite mejorar el rendimiento personal y la actividad, pero, cuando se rebasa el límite se convierte en desadaptativa y aparece una evidente sensación de malestar y se deteriora el rendimiento, es decir, cuando pensamos y anticipamos, la posibilidad de que ocurra un resultado negativo, comenzamos a preocuparnos, y así activarnos conductual y fisiológicamente de manera desadaptativa (Cano, 2005).

Síntomas de ansiedad en pacientes oncológicos

Los síntomas de la ansiedad en pacientes oncológicos se manifiestan de la siguiente manera: palpitaciones, sudoración, temblor, boca seca, dificultad para respirar, ahogo, dolor torácico, náuseas, dolor abdominal, mareo, inestabilidad, irrealidad, despersonalización, miedo a perder el control, alucinaciones, miedo a morir, calor, escalofríos, entumecimiento, hormigueos, tensión muscular, parestesias, dificultad para relajarse, sensación de estar al límite, nudo en la garganta, alarma exagerada, dificultad para concentrarse, mente en blanco, irritabilidad persistente, dificultad para dormir. (Heinze, & Camacho, 2010, Estrada, 2004).

Cuando la frecuencia, intensidad o duración de la respuesta de ansiedad son excesivas, se tenderá a disminuir la capacidad de adaptación del individuo al medio circundante, y en consecuencia comenzaremos a hablar de ansiedad patológica (DSM-IV-TR, 2002).

Epidemiología

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los padecimientos mentales más prevalentes y constituyen un problema de salud pública dentro de la sociedad, se estima el 13.6 % a 28.8% de la población padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Kessler et al., 2005; Alonso et al., 2004).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en México los trastornos de ansiedad reportaron una prevalencia de 14.3% en las áreas metropolitanas de nuestro país en donde se encontró la mayor prevalencia (3.4%)

entre los 15 y 45 años de edad, con una tendencia mayor en mujeres que en hombres (Medina et al., 2003).

Aproximadamente de 1 entre 5 y 1 entre 12 sujetos solicitan consulta en el primer nivel de atención por padecimientos de síntomas ansiosos, reportando el 14.3% alguna vez en su vida, 8.1% en los últimos 12 meses, y el 3.2% en el último mes (Kessler et al., 2005).

Se estima que a nivel mundial en población oncológica del 24 al 66%, de pacientes presentan sintomatología ansiosa, los cuales representan índices superiores los reportados entre la población general (Derogatis, Morrow, & Fetting, 1983; Henriksson, Isometsä, Hietanen, Aro HM et al. 1995).

En México, la prevalencia a 12 meses se ha reportado de 0 a 4%, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Comorbilidad. La prevalencia de sintomatología de ansiedad que requiere atención psicológica en población oncológica es de 0,9% a 49% con instrumentos de auto reporte. Sin embargo estudios que utilizan entrevistas psiquiátricas estandarizadas y criterios diagnósticos identifican un rango más estrecho de 10% a 30%. (Medina et al. 2005).

Etiología

Las causas de la ansiedad la constituyen una serie de factores que pueden ser biológicos, psicológicos, sociales y de aprendizaje, dentro de la etiología multifactorial se menciona la presencia de factores de riesgo y factores protectores que median en la expresión de un trastorno (Reyes, 2014).

Desde el punto de vista neurobiológico, la ansiedad tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos de Rafé, locus coeruleus) que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia, y el hipocampo y la amígdala pertenecientes al sistema límbico. El ácido γ -aminobutírico (GABA) es el neurotransmisor de acción inhibitoria más importante, a veces funciona como ansiolítico y otras como generador de angustia. También el sistema serotoninérgico es importante, pues guarda una estrecha relación con la adrenalina y la dopamina que juegan un papel tranquilizante o lo contrario, ciertas hormonas tienen un rol relativo al estrés (cortisol, ACTH,) y en la ansiedad (Escobar, 2014).

Entre los factores biológicos, se encuentra la predisposición de los trastornos de ansiedad y la vulnerabilidad genética, en gran parte heredada, aunque no todas las personas que tienen esta vulnerabilidad desarrollan la enfermedad, depende también de situaciones ambientales y sociales (Téllez, et al., 2007).

Así mismo la presencia de factores estresores psicosociales juegan un papel importante en muchos trastornos de ansiedad como factores precipitantes, agravantes, causales o de adaptación como son los problemas de relaciones interpersonales, académicos y laborales, así como socioeconómicos y por ende cambio en el sistema de vida (Sánchez, et al., 2014).

Existen también factores traumáticos como enfrentar acontecimientos fuera del rango de la experiencia humana normal, accidentes graves, desastres, asaltos,

violaciones, torturas, secuestros, suelen provocar serios daños biológicos cerebrales que se asocian a síntomas graves de ansiedad (Sánchez, et al., 2012).

Dentro de los factores cognitivos conductuales se considera que los pensamientos negativos proceden a conductas desadaptadas, y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás (Cano, et al., 2011).

Modelo explicativo

La ansiedad no es un fenómeno unitario, pues se conoce que la ansiedad, al igual que cualquier otra emoción, implica al menos tres componentes, modos o sistemas de respuestas: cognitivo, fisiológico y conductual (Sandín & Charot, 1986).

Los tres niveles distintos, pueden influirse unos en otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y éstos a su vez disparar los síntomas conductuales (Celis et al., 2001).

Cognitivo: es el componente de la ansiedad relacionado con la propia experiencia interna, percepción y evaluación subjetiva de los estímulos. A esta dimensión pertenecen las vivencias de miedo, pánico, alarma, inquietud, preocupación, aprensión, obsesiones y pensamientos intrusivos. (Cano & Tobal, 1990).

Fisiológico: La experiencia de ansiedad suele acompañarse de un componente biológico. Por un lado, un incremento de la actividad del “sistema nervioso autónomo” que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular generando dolores, sobre todo en espalda, cabeza y cuello, palidez facial, et c.) como internos (aceleración cardíaca, descenso o aumento de la salivación, agitación respiratoria, necesidad de orinar con frecuencia, diarrea o molestias en el estómago, dificultades de sueño, alteraciones del apetito que pueden oscilar desde su aumento a la disminución, lo mismo puede observarse en relación al impulso sexual, la experiencia de estos cambios orgánicos suele ser percibida como molesto y desagradable. (Tobal & Cano, 2002).

Conductual. Corresponde a los componentes observables de la conducta, como la expresión facial y movimientos o posturas corporales, en referencia a las “respuestas de huida, defensa y evitación”. La ansiedad es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie, que surge ante las situaciones de alarma, o situaciones confusas, o de resultado incierto, y nos prepara para actuar ante ellas. No obstante, las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones. (Tobal & Cano, 2002).

Consecuencias de la ansiedad en pacientes con cáncer

La ansiedad se manifiesta a menudo en diversos momentos del proceso de enfermedad en cáncer como durante la detección, el diagnóstico, el tratamiento

la recidiva, la fase de supervivencia y la etapa terminal. A veces, puede afectar la conducta de una persona con respecto a su salud, contribuyendo a la demora o el descuido de medidas que podrían prevenir el cáncer (Lauver, 2003; MacFarlane, 2002; Gram & Slenker, 2002).

Es normal que las pacientes presenten ansiedad situacional ante un diagnóstico de cáncer y a que constituye una amenaza y es adaptativo sentir ansiedad en esas ocasiones, es frecuente que se sientan ansiedad anticipatoria ante un procedimiento quirúrgico y ante la administración del tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia, su bienestar psicológico se puede ver cada vez más perturbado, a la vez que sus sistemas fisiológicos pueden verse alterados por un exceso de activación, su sistema inmune puede verse incapaz de defenderle, sus procesos cognitivos pueden estar alterados, o la evitación de las situaciones que provocan estas reacciones intensas de activación fisiológica y temor puede afectar a la vida personal, familiar, laboral o social del individuo, sin embargo, el apoyo del entorno y del personal sanitario puede ser suficiente para tranquilizar a las pacientes y conseguir que los niveles de ansiedad no se conviertan en patológicos (Barlow, 1998, Cervera, 2011; Hernández).

El comportamiento ansioso de las pacientes oncológicas, afecta muchos aspectos de la vida cotidiana, como por ejemplo la eficiencia para resolver problemas, las interacciones con otras personas, la manera como se describen a sí mismos, su capacidad de relajación, su calidad de vida y, por ende, su salud (Cano & Miguel, 2001).

Para las pacientes sometidas a tratamiento de cáncer, la ansiedad también puede aumentar la percepción de dolor y otros síntomas de sufrimiento y perturbaciones del sueño, además de ser un factor importante en las náuseas y vómitos anticipatorios, e independientemente de su grado, puede interferir sustancialmente en la calidad de vida de las pacientes con cáncer y de sus familias, por lo que se debe evaluar y tratar para evitar la deserción del tratamiento. (Velicokova, et al. 2005; Laura, Edith, Andrea, & Salvador, 2010).

Durante la fase de tratamiento activo de la enfermedad, la adaptación de un paciente se centra primordialmente en hacer frente a los muchos y variados factores de tensión que trae consigo el tratamiento. Estos pueden incluir aprehensión y temores sobre las situaciones, como procedimientos dolorosos, efectos secundarios indeseados (pérdida del cabello, náuseas o vómitos, fatiga y dolor), perturbaciones de la vida cotidiana (incluso cambios en los roles vitales, por ejemplo, ser el sostén de la familia y ya no poder trabajar, son difíciles para muchas pacientes) (Holland & Goen, 2000).

Antes de finalizar el tratamiento, la mayoría de los pacientes esperan la conclusión del tratamiento con expectativas y esperanzas positivas de poder volver a la normalidad, no obstante, la finalización del tratamiento puede ser un momento de gran ambivalencia para las pacientes de cáncer y sus familias. La finalización del tratamiento indica un momento de celebración y alivio, pero también puede ser un momento de acentuado sufrimiento y una sensación renovada de vulnerabilidad que aparecen al cesar los esfuerzos médicos activos para luchar contra la enfermedad (Sherman & Simonton, 2005).

Muchas pacientes dan cuenta de tener mayor ansiedad y preocupación relacionadas con los miedos a la recidiva y a la reducción en la frecuencia del seguimiento médico por tener contactos menos frecuentes con el médico, mayor sensación de vulnerabilidad, sensación del dolor, recuerdos condicionados sobre la quimioterapia, (olores, síntomas, imágenes visuales) que les producen ansiedad y náuseas, síntomas similares a la tensión posttraumática como pensamientos persistentes molestos, imágenes recurrentes relacionados con el tratamiento del cáncer, preocupaciones sobre la imagen corporal y la sexualidad (Loscalzo & Brintzenhofeszc, 2007).

Por otro lado, la transición de un plan de tratamiento curativo a un plan de atención paliativa es extremadamente difícil para las pacientes de cáncer, el sufrimiento extremo a menudo acompaña esta transición, dado que la paciente se enfrenta a un sufrimiento psicológico renovado, síntomas físicos y una crisis existencial ante la muerte, todo lo cual se combina hasta resultar en el sufrimiento relacionado a menudo con el cáncer en estadio avanzado, incredulidad y negación seguidos por un período importante de estado de ánimo deprimido, problemas para concentrarse, pensamientos molestos frecuentes sobre la muerte, períodos significativos de tristeza y llanto, sentimientos periódicos de rabia contra Dios o el poder superior en el que se cree, períodos de retraimiento y aislamiento, pensamientos de darse por vencida. (Holland & Goen, 2000).

Aunque la intensidad de estas emociones puede ser similar a las de psicopatologías más graves la frecuencia con que se presentan y su duración tienden a ser más breves, las pacientes que tienen una adaptación normal a la

recidiva y a la atención paliativa generalmente se recuperarán de estas emociones fuertes más rápidamente que aquellos que presentan un verdadero trastorno mental (Cherny, Coyle & Foley, 2004).

La tendencia a la ansiedad tiene efectos que inciden en otros procesos psicológicos de forma negativa, ya que implica una interacción de esta disposición emocional con otros procesos psicológicos como la vigilia, la atención, la percepción, el razonamiento y la memoria. La ansiedad como una disposición, en su forma más pura, es un sentimiento difuso, sin objetivo, una sensación desagradable y persistente, que por lo general hace difícil para la persona que la experimenta, identificar su inicio y su fin (Hernández, Coronado, Araujo & Cerezo, 2008).

A pesar de todo esto y de que resulte difícil hablar del cáncer, un derecho humano fundamental es el derecho a estar informadas, para no ver comprometida su dignidad humana, ya que la enferma ha de ser considerada, por encima de todo, una persona con derechos, uno de los cuales es el derecho a recibir información adecuada sobre la propia enfermedad y el tratamiento a seguir (Rodríguez & Vall 2006).

Generalmente es el médico quien informa a la paciente sobre su estado de salud y proporciona toda la información con respecto a la enfermedad, es importante tener en cuenta la edad de la paciente ya que los conceptos de enfermedad y muerte van cambiando con el desarrollo evolutivo y determinan ideas que ellas se hacen de lo que pasa y el porqué, en ocasiones explicar en qué consiste la

enfermedad ayuda, al menos a deshacerse de otras fantasías irracionales y probablemente autoculpadoras para darse una explicación a lo que está ocurriendo (Domínguez, 2007).

La idea primordial consiste en comunicar la verdad de forma honesta, pero sin desatender otros aspectos prácticos de la enfermedad que, a veces, preocupan más que la cuestión médica en sí misma y son frecuentemente desatendidos al informar al paciente o a la familia, en cualquier caso, más que la cantidad de información es importante el tono en el que se administra y la calidez, una comunicación cálida y flexible contribuye a favorecer un clima de confianza fundamental para afrontar la enfermedad (Sánchez & Abellán 2003).

Además de información sobre la enfermedad, de los procedimientos que se van a emplear y del tratamiento para el dolor, es útil confortar a la paciente y transmitirle que sus miedos y sus preocupaciones son esperadas y pueden ser atendidas (Sánchez & Abellán 2003).

A menudo la mayor cantidad de información se da en el momento del diagnóstico, pero es precisamente entonces cuando el grado de amenaza es mayor y la receptividad es menor, tanto para la paciente como para la familia, además se suele estar tan enferma o asustada en ese momento que es poco capaz de asimilar lo que se dice, por tanto, será necesario repetir la información en varias ocasiones y estar abiertos a las preguntas que se puedan hacer a lo largo de su enfermedad y, es entonces, donde el médico tendrá que promover la adhesión terapéutica (García, 2009), que es un proceso a través del cual el paciente lleva a

cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta, es decir, cuando cumple con las prescripciones recibidas. Por el contrario, la falta de adhesión terapéutica describe aquella situación en la que el paciente no sigue, por alguna razón, el programa terapéutico establecido por su médico o terapeuta para el manejo de una enfermedad o padecimiento (Martín, 2004; OMS, 2004).

En pacientes oncológicos, la falta de adhesión terapéutica se da con mayor frecuencia en la fase diagnóstica, en este caso se trata de pacientes que acuden a la consulta por primera vez y en quienes se elabora su historia clínica, se indican estudios de laboratorio y gabinete, y la paciente no regresa, o sucede también que después del resultado no se acepta la enfermedad (Soria, et al., 2012).

También puede ocurrir durante la fase terapéutica, dado que implica intervenciones quirúrgicas, radioterapia prolongada (de dos a seis semanas), que precisa de una elaborada planeación previa y que puede causar efectos secundarios mediatos o inmediatos, a menudo desagradables como náuseas, vómitos, hipoxia, diarrea y alopecia; además del tratamiento quimioterapéutico que a veces es difícil obtener y, que si bien mejoran o curan procesos neoplásicos, son tóxicos y generan molestias similares a las producidas por la radioterapia, aunque de menor duración pero de mayor intensidad (Ehrenzweig, 2007).

Cabe recordar que el proceso terapéutico implica diversas combinaciones de procedimientos; en general no hay deserción cuando se trata de cirugía, pero puede haberla para intervenciones subsecuentes como la radio y/o quimioterapia (Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2011).

Esto significa que los tratamientos deben ser planeados para administrarse en la forma ideal y completa para lograr el máximo beneficio y evitar la deserción del tratamiento (Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2011).

La posibilidad de deserción en la paciente dependerá, en parte, de su condición sociocultural, que le permita entender la gravedad real de su padecimiento, de su capacidad económica para hacer frente al costoso proceso diagnóstico, tratamiento, seguimiento y, con frecuencia, continuar sosteniendo a una familia; del grado en que el proceso cambie sus hábitos y conducta; de su lugar de residencia, que le hará más o menos difícil el acceso al centro especializado donde será atendida, ya que hay pacientes que abandonan su tratamiento por no tener medios para el transporte, e incluso otras, lo hacen por disponer de recursos abundantes buscando en el extranjero una posible mejor atención; además de la influencia familiar que apoya o rechaza la atención, de contar con información inadecuada, falsa, incompleta o incorrectamente proporcionada por médicos, otros pacientes o medios de comunicación y de otros factores que pueden ser el religioso o el educacional (Buitargo, 2011).

Capítulo 3. Depresión

Definición de depresión

Emoción ante vivencia amenazante para la integridad psicofísica, síntomas y signos en tres dimensiones: cognitiva, conductual y fisiológica (Asociación Europea de Orientación y Ayuda Psicológica, 2003; Beck, 1970; León, 2003).

Síntomas de la depresión en pacientes oncológicos

Los síntomas de la depresión en pacientes oncológicos se manifiestan de la siguiente manera: Episodio: Periodo de tiempo durante el cual el paciente presenta síntomas que satisfacen criterios diagnósticos, deben cumplirse dos del primer grupo y dos del segundo grupo durante al menos dos semanas.

Primer grupo (al menos dos). Tristeza, pérdida de interés, fatigabilidad, segundo grupo (al menos dos). Disminución de la atención, concentración, sentimiento de inferioridad, ideas de culpa, inutilidad, futuro sombrío, ideas suicidas, trastorno del sueño, pérdida del apetito.

Consideraciones: Con dos síntomas de cada grupo: episodio depresivo leve, con dos del primero y al menos tres del segundo: episodio depresivo moderado, con tres del primero y al menos cuatro del segundo: episodio depresivo grave.

Síntomas cognitivos de tipo afectivo: apariencia trémula, aislamiento social, retraso / agitación psicomotriz, ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, amargura, autocompasión, inutilidad, culpa, pensamientos de muerte, suicidio,

humor no reactivo. Cumplir cinco de los nueve síntomas durante, al menos, dos semanas, sustituyen a síntomas físicos. (Escobar, 2004; Consenso ,2000).

Epidemiología

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) se estima que la prevalencia mundial de depresión en población general es de 5.8 % en hombres y 9.5 % en mujeres; y en México, 2.5 % para hombres y 5.8 % para mujeres (Belló, Puentes, Medina & Lozano, 2005).

De acuerdo con los datos generados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2003), de la cifra de mujeres mayores de 18 años con sintomatología depresiva, solo el 27.2% había sido alguna vez diagnosticada con depresión por un médico y el 7.9% había tomado medicamentos antidepresivos en las últimas dos semanas. En el caso de los hombres, del total, solo el 19 % contaban con diagnóstico y el 6.1% se encontraban en tratamiento antidepresivo en las últimas dos semanas (Belló, et al, 2005).

Se estima que a nivel mundial en población oncológica del 15 al 58%, de pacientes presentan sintomatología depresiva, los cuales representan índices superiores los reportados entre la población general (Derogatis, Morrow, & Fetting, 1983; Henriksson, Isometsä, Hietanen, Aro HM et al. 1995).

La prevalencia reportada de depresión en pacientes con cáncer es muy variada, pues se estima que para episodio depresivo mayor es del 3 a 38% y para síndromes del espectro de la depresión va de 1.5 a 52% (Kissane, Maj, & Sartorius, 2010).

El amplio rango de índices de prevalencia es un reflejo de las diferencias entre los estudios y definiciones de depresión, el uso de cuestionarios de auto reporte o entrevistas psiquiátricas y el tipo de cáncer o el estadio, tratamientos del cáncer (Passik & Lowery, 2010).

Etiología

No existe una sola causa para la depresión, ésta puede estar dada por uno o varios factores, algunas personas tienen mayor probabilidad de desarrollar estos trastornos que otras. Hay diferentes razones que intentan explicar esta predisposición como los que se mencionan a continuación (Virgen, Lara, morales & Villaseñor 2005).

La depresión se da con mayor frecuencia en la mujer esto quizá debido a los factores hormonales, además de la herencia que juega un papel importante de padecer depresión cuando hay una historia familiar de la enfermedad, sin embargo, también puede ocurrir en personas que no tienen dichos antecedentes lo cual indica que hay factores extras, como bioquímicos, y que pueden verse debido a un desequilibrio de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina y la dopamina (Kandel, Schwatz & Jessell 2001), así como situaciones psicosociales de riesgo como acontecimientos que exceden los recursos personales de afrontamiento y que pueden ser la muerte de una persona significativa, el padecer una enfermedad crónica, problemas interpersonales severos, estrés, dificultades económicas, un proceso de divorcio y pobre red de apoyo social (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2014).

También se han descrito rasgos de personalidad que explican la presencia de depresión, como la presencia de esquemas mentales negativos, baja autoestima, tendencia a la preocupación, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y auto-eficiencia baja favorecen el desarrollo de sintomatología de depresión (González & Castillo, 2015).

Además de factores ambientales como la estacionalidad, que se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos, es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión (Fresno, 2006).

En pacientes oncológicos los factores de riesgo son multidimensionales pues existen factores que predisponen precipitan y mantienen la amenaza de vida, entre los factores que predisponen, se encuentran el género y la edad, siguiendo con los factores que precipitan, incluye no sólo el tipo y estadio del cáncer sino también, el dolor y los efectos secundarios de los tratamientos, como la náusea y vómito, fatiga, dificultad respiratoria, frecuencia urinaria, la propia hospitalización y un contexto inusual para dormir, que también altera el descanso nocturno, y por último los factores que mantienen, que incluye no sólo una pobre higiene del sueño sino también, una deficiente nutrición, vida sedentaria, fumar, abstinencia alcohólica y consumo de cafeína. (Velázquez, García, Alvarado, et al. 2007; Savard & Morin, 2001; Maté, Hollenstein, & Gil, 2004).

Dadas las características de los trastornos del estado de ánimo es aconsejable realizar una entrevista que permita dilucidar la presencia de signos y síntomas que permitan efectuar un diagnóstico diferencial con los síntomas que pudieran explicarse mejor por la enfermedad o efectos secundarios del tratamiento (Roca & Arroyo, 1996).

En el caso de la sintomatología depresiva comórbida en pacientes con enfermedades médicas, el desarrollo de estos trastornos parece depender de varios factores como la patología médica específica (curso, evolución y pronóstico, que condicionan la cronicidad), la existencia de historia psiquiátrica previa, carencia de apoyo social y las estrategias de afrontamiento utilizadas para enfrentar la enfermedad (Vallejo, Gastó, Cardoner & Catalán, 2002; Roca & Arroyo, 1996).

La literatura muestra que la depresión es comórbida a otros trastornos mentales, como los trastornos de ansiedad y biológicos como el cáncer, haciendo difícil identificarla (Charlson & Peterson, 2002; Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR] 1997; Roca & Arroyo, 1996). Roca y Arroyo (1996) enuncian como factores que se deben tener en cuenta para realizar un diagnóstico diferencial del trastorno depresivo cuando hay una patología médica; pérdida de tono, anhedonia, tristeza, despertar de madrugada y mejoría vespertina del ánimo, conductas psicomotoras enlentecidas, antecedentes familiares de depresión, mejoría de síntomas depresivos como respuesta al ejercicio físico, incapacidad para experimentar placer ante el contacto psicosocial, fatiga, anorexia, pérdida de peso y dolor.

El recibir un diagnóstico de cáncer, crea un impacto que propicia una serie de situaciones afectivas ya que, recrea una vivencia de muerte, lo que refuerza la sintomatología de depresión y ansiedad (Kaplan, 2003; Espasa, Estape Gondon, Martín & Bares, 2003; Jovell, 2004).

La respuesta emocional frente al diagnóstico se presenta en tres fases: una inicial, en la que las personas reaccionan con incredulidad o rechazo y desesperación; sigue una de disforia, en la que están ansiosas y presentan un estado de ánimo depresivo, anorexia, insomnio, irritabilidad, concentración deficiente y alteración de las actividades cotidianas; y por último, una de adaptación en la que los individuos se ajustan a la nueva información, confrontan aspectos que se les presentan, tienen razones para estar optimistas y reanudan sus actividades cotidianas (Massie, Spiegel, Lederberg & Holland, 1996).

Por ello es importante distinguir entre los grados normales de tristeza y los trastornos depresivos, generalmente la respuesta emocional que inicialmente muestra la paciente ante el diagnóstico de cáncer suele ser breve, con una duración de días o semanas, y puede incluir sentimientos de incredulidad y desesperación, temor a la muerte, alteración de los planes de vida, aprehensión a los cambios en la imagen corporal, autoestima disminuida, cambios en el rol social y en el estilo de vida, así como las preocupaciones económicas y legales son asuntos importantes en la vida de cualquier persona con cáncer (Williams, Pignone, Ramírez, & Pérez, 2002).

Modelo explicativo de depresión

El modelo de Aaron T. Beck es posiblemente la aproximación cognitiva más conocida, que, aunque no es el único modelo que pone énfasis en aspectos cognitivos como elementos causales de la depresión, sin duda es el que más investigación y apoyo ha recibido (Sanz & Vázquez, 1995).

El modelo cognitivo de Beck, (ver figura 13). Considera que la principal alteración en la depresión se encuentra en el procesamiento de la información, pues en gran medida es el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos o situaciones que enfrenta el individuo. Tras un suceso vital que suponga una pérdida o un fracaso es bastante frecuente la presencia de sentimientos de tristeza y abatimiento. Durante la depresión se activan una serie de esquemas (formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen. Estos esquemas pueden adquirirse en la infancia, pero pueden permanecer latentes (inactivos) y activarse cuando el sujeto se encuentra con situaciones similares a aquellas en que se formaron (Beck, Rush, Shaw & Emery 1983).

Puesto que estos pensamientos son productos cognitivos de los esquemas activados, en la depresión giran en torno a temas de pérdida, fallo o rechazo, incompetencia y desesperanza, configurando la tríada cognitiva (Beck & Clark, 1988)

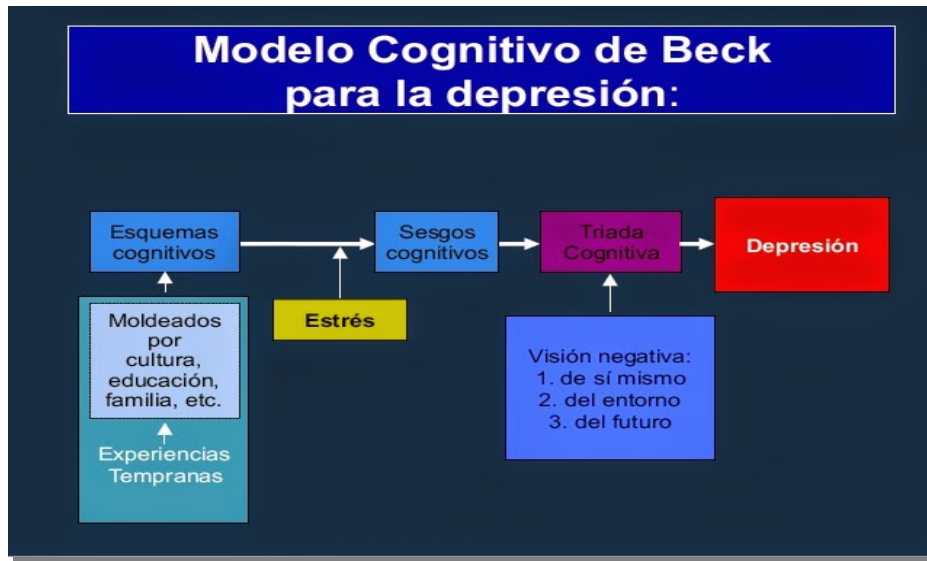


Figura 13. *Modelo cognitivo de Beck. Tomada de Modelos de terapias conductivas y conductuales (2013). Derechos reservados Viau, G.*

La tríada cognitiva (Beck, 1967) es una visión negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro que es disfuncional ya que se amplían los sentimientos de tristeza y abatimiento, en su duración, frecuencia e intensidad por lo que interfieren con la capacidad adaptativa del individuo.

Con una visión negativa de sí mismo, el individuo deprimido manifiesta una marcada tendencia a considerarse como deficiente, inadecuado o inútil, sin valor, culpable de todas las situaciones negativas que lo rodean.

Por consideración negativa del mundo, se entiende que las interacciones con el ambiente son interpretadas como privaciones, derrotas, obstáculos que interfieren con el logro de sus objetivos y le impiden vivir satisfactoriamente.

En cuanto a una consideración negativa del futuro, las expectativas les parecen amenazantes y representan fracaso.

Estos esquemas de cognición se evidencian en la formación de distorsiones cognitivas, que son errores en el procesamiento de la información, haciendo juicios o conclusiones que se consideran erróneos respecto a la realidad objetiva, los pensamientos automáticos son negativos son repetitivos, involuntarios e incontrolables (Beck, 1987). De acuerdo con Beck se han enumerado las siguientes distorsiones cognitivas:

- Inferencias arbitrarias, es un proceso de llegar a una conclusión de una situación sin evidencia que la apoye.
- Abstracción selectiva, tendencia a prestar atención a un solo aspecto o detalle de la situación, en general el aspecto atendido y procesado es de carácter negativo y poco importante, mientras que los aspectos ignorados suelen ser positivos y más relevantes.
- Sobre generalización, tendencia de sacar conclusiones generales a partir de un solo hecho.
- Magnificación y minimización, errores cometidos al evaluar la magnitud de un acontecimiento.
- Personalización despersonalización, tendencia a atribuirse sucesos ajenos y a no atribuirse la responsabilidad de sucesos propios, se manifiesta en la tendencia a culparse uno mismo por todo lo que ocurre mientras que la

despersonalización se manifiesta por la tendencia contraria a culpar a los otros.

- Pensamiento absolutista y dicotómico, tendencia a clasificar todas las experiencias en categorías opuestas (blanco o negro), seleccionando las categorías del extremo negativo.

Por otro lado, Beck (1983,1987) sugiere que la activación de los esquemas depresógenos sería, pues, responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en los trastornos depresivos. Para que tal activación tenga lugar es necesaria la aparición de un suceso estresante.

La teoría de Beck supone pues, que los esquemas depresógenos son la diátesis cognitiva (o factor de vulnerabilidad cognitivo) para la depresión. Antes de su activación por experiencias específicas, la teoría propone que tales esquemas permanecen latentes, de modo que no influyen de manera directa en el estado de ánimo del sujeto o en sus procesos cognitivos ni tampoco, necesariamente, se encuentran accesibles a la conciencia (Beck, 1983;1987).

La cadena de acontecimientos que desencadena la depresión adopta pues la forma del modelo de diátesis estrés, se plantea una transacción continua con el medio tras la aparición de acontecimientos ambientales estresantes (Beck, 1983).

En este sentido, se pueden ver en la depresión la aparición de círculos viciosos o espirales cognitivas depresivas; las distorsiones cognitivas o errores en el procesamiento de la información que los individuos depresivos cometen, por ejemplo, al personalizar sus fracasos y errores y al exagerar y sobregeneralizar

sus efectos, mantienen a su vez la validez de sus creencias negativas del depresivo acerca de sí mismo, el mundo y el futuro (Beck, 1987).

Consecuencias de la depresión en pacientes con cáncer

Se considera que las personas con cáncer son vulnerables a la depresión porque su organismo experimenta alteraciones metabólicas y endocrinas a raíz de la enfermedad y el tratamiento que es debilitante, lo que modifica la respuesta inmune y de dolor (Ballenger, et al., 2001).

Las mujeres con niveles altos de depresión tienen una probabilidad de supervivencia significativamente reducida y una disminuida motivación hacia el autocuidado, dificultad para planear, creencias negativas con respecto a la salud y pesimismo sobre el tratamiento, evitación de conductas que favorecen a la salud, aislamiento social y mayor dificultad para tolerar los efectos adversos del tratamiento (Allen, Cull & Sharpe, 2003; Spiegel & Giese, 2003; Jones, 2001).

La enfermedad confronta a las personas con retos y amenazas que incluyen la experimentación de dolor y cambios en las expectativas futuras que se pueden relacionar con la falta de adherencia al tratamiento (Ritterband & Spielberger, 2001).

La quimioterapia y la radioterapia se consideran como procedimientos invasivos que perturban la vida de los pacientes y les recuerda constantemente que tienen cáncer (Knobf, Pasacreta, Valentine & McCorkle, 1998). La quimioterapia puede inducir síntomas depresivos en los pacientes que están sometidos a estos tratamientos (Raison & Miller, 2003); además, es usual que las personas tengan una serie de síntomas que causan malestar tales como fatiga, náuseas,

vómitos y dolor (Nicholas & Veach, 2000; Dimello, Steiglitz, Novelli Fischer, Fetscher, & Keul, 1999) que pueden abarcar desde una intensidad leve hasta severa en cuanto al funcionamiento cotidiano del paciente, imagen corporal, relaciones familiares, relaciones sexuales y malestar psicológico general (Greenberg, 1998; Jacobsen, Roth, & Holland 1998; Knobf, Pasacreta, Valentine & McCorkle, 1998).

En cuanto a los efectos neuropsiquiátricos secundarios de las drogas contra el cáncer, se puede afirmar que los síntomas como delirio, confusión, concentración deficiente, de presión, alucinaciones, desorientación, somnolencia, irritabilidad, agitación, deterioro de la memoria y alteraciones de la cognición son el resultado de disfunciones cerebrales y cerebelosas, de la toxicidad en el sistema nervioso central o incluso de encefalopatías. Al terminar el tratamiento es posible que los síntomas puedan explicarse mejor por la carencia de enfermedad, menos contacto con los proveedores de cuidado de salud y la persistencia de síntomas de ansiedad, depresión, tristeza, malestar emocional general, aumento del temor de recurrencia e incertidumbre (Knobf, Pasacreta, Valentine & McCorkle, 1998).

Los trastornos depresivos en pacientes con patologías médicas son poco diagnosticados o ignorados, no son tratados y rara vez se someten a tratamiento adecuado, lo que es objeto de complicaciones como el suicidio (Charlson & Peterson, 2002; Agency for Health Care Policy and Research [AHCPR], 1997; Roca & Arroyo, 1996).

Los pacientes con cáncer presentan un riesgo aproximadamente dos veces mayor de cometer suicidio que la población general, debido a factores adicionales que

incluyen sentimientos, como el sentirse una carga para otros, la pérdida de autonomía, el deseo de controlar la propia muerte, síntomas físicos, desesperanza, preocupaciones existenciales, la ausencia de un soporte social, y el miedo al futuro (Valencia, 2006).

Capítulo 4. Calidad de vida

Definición de calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) plantea que la calidad de vida es un constructo multidimensional que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno. El concepto está directamente asociado al de bienestar y toma en cuenta las percepciones individuales en su contexto, cultura y valores (Harper & Power, 1998).

La OMS (2015) determina que hay cinco áreas que se deben considerar para determinar la calidad de vida del individuo y que son la salud física, salud psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales y medio ambiente. Es por ello que la pérdida de la salud es una de las situaciones que más suele impactar en la calidad de vida de las personas debido a que la salud reúne y condiciona a la mayoría de los aspectos determinantes del funcionamiento humano, como la interacción con la familia, en el trabajo y las relaciones interpersonales (Moreno & Ximénez, 1996).

Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa (Levy & Anderson, 1980).

La calidad de vida permite evaluar la eficacia de las intervenciones al considerar la agresividad tanto de padecimientos como de tratamientos, se reconocen tres vertientes, la calidad de vida general, y la aquella relacionadas con la salud y con enfermedades específicas, en psicológica que permite evaluar la percepción de

satisfacción del sujeto ante diversos aspectos de la vida cotidiana (Fernández, 1997).

La mejor evaluación de calidad de vida estará dada por el propio individuo, pues es quien posee y determina cuales aspectos son los más importantes ya sea en el bienestar percibido antes o después de una intervención médica o psicológica, o con respecto a la satisfacción que tiene de su propia vida, además de la percepción de funcionalidad en relación a sus actividades cotidianas (Schwartzmann, 2013; Fernández, 1997).

El estado de salud es un elemento fundamental para el desempeño de cualquier actividad, por lo que su pérdida también altera el funcionamiento cotidiano de quien enfrenta la situación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) respalda que la Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente de ausencia de enfermedad o discapacidad, por lo que el concepto de calidad de vida adquiere especial relevancia como aspecto necesario de la salud, y sus análisis implica aspectos de funcionamiento humano, cuya ausencia o deterioro imposibilitan su funcionalidad (Fernández, 1997).

Factores de riesgo relacionados con la calidad de vida en pacientes con cáncer

La calidad de vida en las mujeres con cáncer cervicouterino se ve alterada en todas sus dimensiones, (De Groot, et al., 2005).

Dentro de la dimensión psicológica, las pacientes con cáncer cervicouterino reportan los mayores índices de ansiedad y depresión, existiendo múltiples inquietudes predominando el sentimiento de preocupación constante por la

enfermedad y miedo a la recaída, asociado al tema de infertilidad dado al gran impacto en la feminidad y el rol reproductivo, la alteración en la percepción de la imagen corporal debido al tratamiento, lo que puede traer como consecuencia una baja autoestima y una disminución de la confianza en sí misma, y pérdida de control (Ashing, 2004).

En la dimensión social se ha reportado que existe una disminución de las relaciones sociales, así como de las relaciones afectivas, el no tener una red de apoyo social, puede favorecer el uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas, ya que el apoyo social de la familia, pareja y amistades constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad. El sistema familiar completo entra en crisis con el diagnóstico de cáncer y debe existir un período de reajuste a la nueva situación que requiere de apoyo profesional para afrontar y adaptarse exitosamente, por lo que necesitan estar informados de la enfermedad y clarificar mitos y creencias al respecto (Wenzel, 2005).

En cuanto a la dimensión física, las pacientes sometidas a radioterapia y quimioterapia son las que presentan mayores alteraciones, por los efectos secundarios del tratamiento (Pallí, Lluch & Valero, 2010).

Calidad de vida en pacientes con cáncer

El cáncer es una enfermedad que puede entenderse como un proceso con distintas fases que la paciente y su entorno tendrán que afrontar, sin embargo, la fase de tratamiento va a tener una repercusión importante en la calidad de vida de la paciente. Por un lado, puede tener efectos positivos en relación a una mejoría

de determinados síntomas y del pronóstico de la enfermedad, puesto que supone un medio para combatir la enfermedad, pero por otro lado, puede añadir otros síntomas como cansancio, fatiga y dolor; así como otras dificultades relacionadas con el propio proceso de tratamiento que pueden suponer problemas y limitaciones físicas, facilitar la aparición de alteraciones emocionales y generar interferencias en distintos ámbitos de la vida de la paciente. (Hickock et al., 2005; Manganiello, et al., 2011; Meyerowitz, 1980; National Institutes of Health State-of-the Science Panel, 2002; Nuhu, Odejide, Adebayo & Yusuf, 2009; Pallí, Lluch & Valero, 2010; Pearman, 2008; Shepherd & Fisher, 2004).

Todos estos síntomas, reacciones emocionales y alteraciones en el funcionamiento de la paciente, van a estar en estrecha relación con el tipo de tratamiento utilizado (cirugía, radioterapia, quimioterapia,) cuyas características pueden dar lugar a distintos efectos y problemas.

La cirugía es una experiencia, por sí misma, estresante que puede llevar asociada diferentes temores relacionados con el proceso y resultado de la intervención, errores en la ejecución, sentir dolor durante la intervención y morir en el quirófano, sin embargo, es el tratamiento más resolutivo y menos tóxico para las pacientes de edad avanzada con cáncer, aunque a medida que aumenta la edad se incrementan los riesgos de la cirugía (Olivares, 2007; Parker et al., 2007).

Las complicaciones o efectos secundarios de la cirugía varían según la magnitud del procedimiento. En ocasiones, las pacientes experimentan sufrimiento

considerable, infección o daño en los sistemas urinario e intestinal, afectando la salud de la mujer (Olivares, 2007; Parker et al., 2007).

Por otro lado la radioterapia, es una intervención que aunque no parece tener unos efectos psicológicos duraderos, sí puede ocasionar miedos, preocupaciones y alteraciones del humor asociados fundamentalmente a la falta de conocimiento de esta tecnología, sus requerimientos de aplicación y el lugar de tratamiento que suscitan todo especie de miedos en relación con los peligros de las radiaciones, y que conllevan al principio un alto estado de ansiedad y al final de irritabilidad (Ridruejo, 1999). Además, la radioterapia puede representar un estresor fundamental, y a que este procedimiento implica acudir diariamente al centro hospitalario, lo que generalmente supone una alta interferencia en la vida cotidiana del paciente (Ferrero, 1993); parece, por tanto, que la paciente bajo radioterapia también vería reducida de forma significativa su calidad de vida.

Por último, la quimioterapia, ha resultado ser el foco de atención más importante puesto que puede constituir fuertes síntomas de ansiedad por ser uno de los procedimientos más estresantes, agresivos y amenazadores, que sin lugar a dudas tienen una gran repercusión en la calidad de vida de la paciente (McCorkle & Young, 1978; Weisman & Worden 1976).

Al compararlo con otros tratamientos, la quimioterapia parece tener un mayor impacto emocional; entre los efectos que pueden aparecer con la quimioterapia, y que pueden estar en función del tipo de fármaco y dosis, está la disminución de las defensas del organismo, malestar general, dolor, diarrea, insomnio, fiebre,

náuseas y /o v ómitos, al opecia, c ansancio, f atiga, al teraciones del humor y anorexia (Badger, Braden & Mishel, 2001; Berger, 1998; Given et al., 2004).

Estos s íntomas p ueden t ener di versas c onsecuencias. Además de pr ovocar ansiedad previa a l a administración d e c ada ciclo (Hughes, 1 987; J acobsen, Donovan & Weitzner, 2003), también pueden provocar alteraciones en el aspecto corporal, al teraciones en l a ac tividad l aboral, en l as ac tividades d e ocio y alteraciones en las relaciones interpersonales y sexuales (Meyerowitz, Sparks & Spears, 1 979) que pued en t ener una s eria r epercusión e n l a a utoestima d e l a persona y en su calidad de vida.

Como se ha revisado, el impacto psicológico por tener cáncer y las implicaciones de los tratamientos hace necesaria l a evaluación de l a sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes oncológicos ya q ue es de g ran r elevancia de bido a s u relación con afectaciones severas durante el tratamiento y periodo de seguimiento, los s íntomas de ansiedad y depresión constituyen una c onstante en l a vida del paciente con cáncer.

Método

Justificación

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), el cáncer cervicouterino es un problema de salud pública, al ser el segundo más letal entre las mujeres de todo el mundo; en México cada dos horas muere una mujer por esta causa, su desenlace constituye no solamente una tragedia personal, sino también una pérdida lamentable e innecesaria para sus familias y sus comunidades.

Las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino ven afectado no sólo su estado físico sino también psicológico, además tienen repercusiones en su calidad de vida debido a factores como los efectos secundarios del tratamiento; las demandas de cambio en el estilo de vida; las largas estancias hospitalarias; el concepto de la enfermedad, que en ocasiones consideran que representa un a sentencia de muerte; la red de apoyo con que cuentan; los cambios en la dinámica familiar; problemas de relación de pareja; así como los costos del tratamiento, la necesidad de incapacitarse por periodos prolongados en el trabajo o incluso la pérdida de éste; y el estigma social del cáncer, todo ello puede favorecer el desarrollo de sintomatología psicológica como ansiedad y depresión.

En México se ha investigado poco sobre la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva, así como posibles factores asociados a estas sintomatologías en mujeres con cáncer cervicouterino en fase de tratamiento ambulatorio. De manera similar, el uso de instrumentos validados en mujeres mexicanas es muy limitado

(Galindo et al., 2015). En virtud de lo anterior se adopta como propósito principal del presente estudio evaluar la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva que presentan las mujeres con cáncer cervicouterino y de examinar la posible relación con la calidad de vida.

Planteamiento del problema

¿Existe correlación entre síntomas de ansiedad, síntomas de depresión y calidad de vida en pacientes con cáncer cervicouterino?

Objetivos

General

Determinar la asociación entre sintomatología de ansiedad, depresión y calidad de vida en un grupo de pacientes con cáncer cervicouterino.

Específicos

Determinar la prevalencia de sintomatología de ansiedad en pacientes con cáncer cervicouterino.

Determinar la prevalencia de sintomatología de depresión en pacientes con cáncer cervicouterino.

Determinar la calidad de vida en las pacientes con cáncer cervicouterino.

Determinar la asociación entre sintomatología de ansiedad, sintomatología de depresión y calidad de vida en un grupo de pacientes con cáncer cervicouterino.

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 20 pacientes.

Tipo de muestreo

Muestra no probabilística por disponibilidad.

Criterios de inclusión

- Mujeres con diagnóstico confirmado de cáncer cervicouterino, independientemente del estadio de la enfermedad.
- Mayores de 18 años.
- En cualquier tipo de tratamiento oncológico
- Pacientes que decidan participar voluntariamente, a través de la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con alteraciones visuales, auditivas o cognitivas que les impida contestar los instrumentos.

- Pacientes con sintomatología activa de dolor o náuseas intenso al momento del estudio.

Criterios de eliminación

- Que hayan dejado sin contestar el equivalente al 10 % de cualquier instrumento.
- Pacientes que decidan retirar el consentimiento informado.

Diseño

Diseño correlacional tipo transversal.

Definición conceptual de variables

La ansiedad es una reacción emocional que surge ante las situaciones de alarma, o de resultado incierto, y prepara para actuar ante ellas. En esta emoción la sensación de miedo es desproporcionada a la naturaleza de la amenaza (Bouayed, Rammal & Soulimani, 2009).

La depresión es una emoción ante vivencia amenazante para la integridad psicofísica, síntomas y signos en tres dimensiones: cognitiva, conductual y fisiológica (Asociación Europea de Orientación y ayuda psicológica, 2003; Beck, 1970; León, 2003).

La calidad de vida de acuerdo la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) plantea que la calidad de vida es un constructo multidimensional que está influido

por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno. El concepto es tá directamente asociado al de bienestar y toma en cuenta las percepciones individuales en su contexto, cultura y valores (Harper & Power, 1998).

Definición operacional de las variables

La Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS por sus siglas en inglés), desarrollada por Zigmond y Snaith (1983), versión validada para pacientes con cáncer, permite detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario no psiquiátrico o en medios de atención primaria. La escala excluye síntomas somáticos (insomnio, fatiga, y pérdida de apetito) y está compuesta por dos subescalas de 6 reactivos en la escala de tipo Likert que va de 0 a 3, en donde los pacientes tienen que describir los sentimientos que han experimentado durante la última semana. El alfa de Cronbach para la escala completa es de 0.86, para la subescala de ansiedad de 0.79 y para la de depresión de 0.80.

El Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA). (Riveros, Sánchez-Sosa, & del Águila, 2009). Es un instrumento que evalúa calidad de vida en pacientes con padecimientos crónicos, consta de 53 reactivos, con seis opciones de respuesta que abarcan diferentes aspectos de la vida del paciente en doce áreas relacionadas al concepto de calidad de vida relacionada a la salud. Las áreas y el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach (α)- para cada una es:

Preocupaciones: ($\alpha = 0.839$). Se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros.

Desempeño físico: ($\alpha = 0.823$). Se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.

Aislamiento: ($\alpha = 0.798$). Explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual.

Percepción corporal: ($\alpha = 0.847$). Se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente.

Funciones cognitivas: ($\alpha = 0.877$). Revisa la presencia de problemas en funciones de memoria y concentración.

Actitud ante el tratamiento: ($\alpha = 0.683$). Revisa el desagrado que puede derivar de adherirse a un tratamiento médico.

Tiempo libre: ($\alpha = 0.874$). Explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas.

Vida cotidiana: ($\alpha = 0.933$). Revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de la enfermedad.

Familia: ($\alpha = 0.899$). Explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia.

Redes sociales: ($\alpha = 0.817$). Explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas.

Dependencia médica: ($\alpha = 0.810$). Se refiere al grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante.

Relación con el médico: ($\alpha = 0.758$). Se refiere al grado en que el paciente se encuentra cómodo(a) con la atención del médico tratante.

Se reporta una consistencia interna total de 0.90.

Procedimiento

Una vez explicados los objetivos y procedimientos del estudio y haber obtenido el consentimiento de la paciente, se aplicaron los instrumentos, que tuvieron una duración en promedio de 30 minutos.

Los datos obtenidos fueron capturados en el Programa Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS), en el cual se realizaron los análisis estadísticos descriptivos y de correlación pertinentes para cubrir los objetivos de la presente investigación.

Análisis estadísticos

Se obtuvieron los estadísticos descriptivos, específicamente las medidas de tendencia central (moda, media, mediana) y las medidas de dispersión (rango, varianza y desviación estándar) de cada una de las variables. Para obtener la correlación se obtuvo una r de Pearson entre las variables ansiedad, depresión y calidad de vida.

Participantes

Se incluyen en el estudio 20 mujeres

Tabla 1.

Descripción de la muestra datos clínicos y sociodemográficos.

| | f (%) | Media (DE) | Edad | f (%) |
|--|----------|---------------------------------------|---------|---------------------|
| N | 20 (100) | 48.45 | (11.60) | |
| Sometida a cirugía | 20 (100) | Radioterapia | | |
| | | Si | | 8 (40) |
| | | No | | 12 (60) |
| Estadio | | Quimioterapia | | |
| Estadio I | 6 (30) | Si | | 12 (60) |
| Estadio II | 4 (20) | No | | 7 (35) |
| Estadio III | 5 (25) | | | |
| Estadio IV | 3 (15) | | | |
| Apoyo psicológico | 2 (10) | Sin antecedentes psiquiátricos | | 20 (100) |
| Si | 18 (90) | | | |
| No | | | | |
| Sin antecedentes psicológicos y psiquiátricos | 20 (100) | Hipertensión | | |
| | | Si | | 9 (45) |
| | | No | | 11 (55) |
| Diabetes | | Otras enfermedades | | |
| Si | 3 (15) | Asma | | 1 (5) |
| No | 17 (85) | Epilepsia | | 1 (5) |
| | | Hipotiroidismo | | 1 (5) |
| | | No | | 1 (5) |
| | | Tics nerviosos | | 1 (5) |
| Estado Civil | | Número de hijos | | 3 |
| Soltera | 2 (10) | | | Todas tenían hijos* |
| Casada | 13 (65) | | | |
| Separada | 2 (10) | | | |
| Divorciada | 2 (10) | | | |
| Viuda | 1 (5) | | | |
| Escolaridad | | Ocupación | | |
| Primaria | 7 (35) | Cocinera | | 1 (5) |
| Secundaria | 3 (15) | Comerciante | | 1 (5) |
| Preparatoria | 6 (30) | Desempleada | | 1 (5) |
| Carrera técnica | 1 (5) | Empleada domestica | | 1 (5) |
| Licenciatura | 2 (10) | Enfermera | | 1 (5) |
| Maestría | 1 (5) | Estudiante | | 1 (5) |
| | | Hogar | | 8 (40) |
| | | Intendencia | | 1 (5) |
| | | Profesora de preescolar | | 1 (5) |
| | | Psicóloga | | 1 (5) |
| | | Publicista | | 1 (5) |
| | | Secretaria | | 1 (5) |

*Todas las participantes tenían hijos

Resultados

De acuerdo con el Inventario de Calidad de Vida y Salud en el factor preocupaciones ver figura 14, la mayor parte de la muestra obtuvo puntuaciones bajas, lo que hace referencia a que estas pacientes se encuentran en un estado mayor de ansiedad, están alertas y en busca de posibles amenazas, lo que genera que estén agotadas y más irritables de lo normal. Nadie obtuvo puntuaciones muy altas.

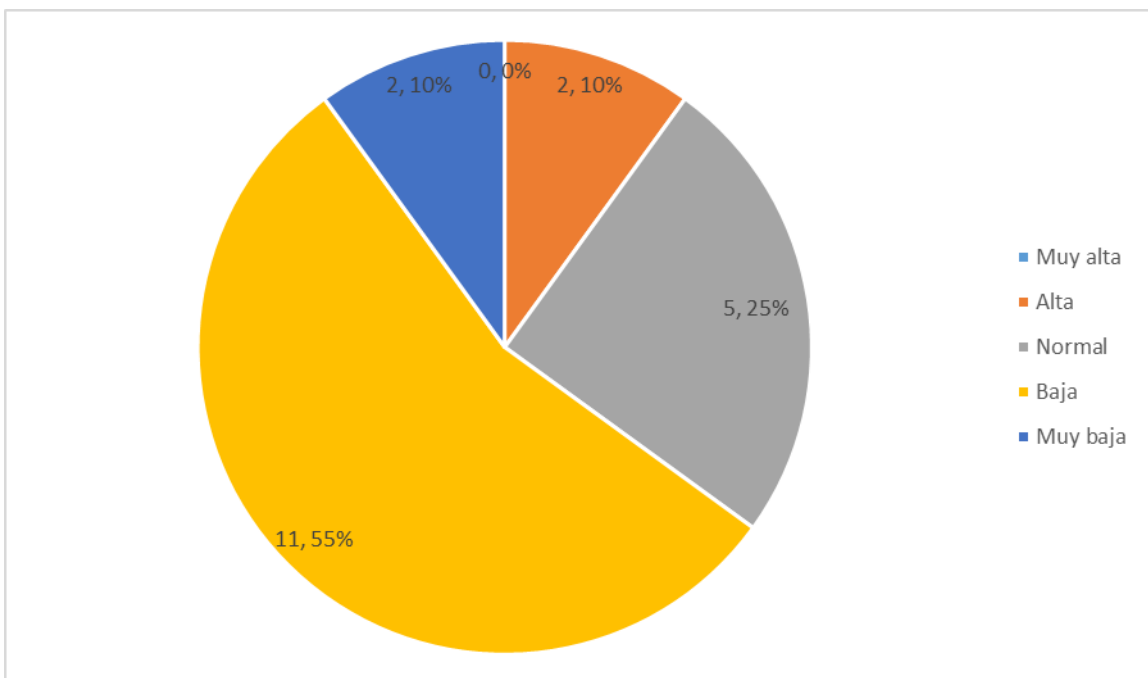


Figura 14. Distribución de participantes por porcentaje en factor Preocupaciones.

En el factor desempeño físico ver figura 15, las puntuaciones son muy bajas, lo que demuestra que la capacidad para realizar actividad física en estas pacientes esta notablemente deteriorada, nadie obtuvo puntuaciones altas.

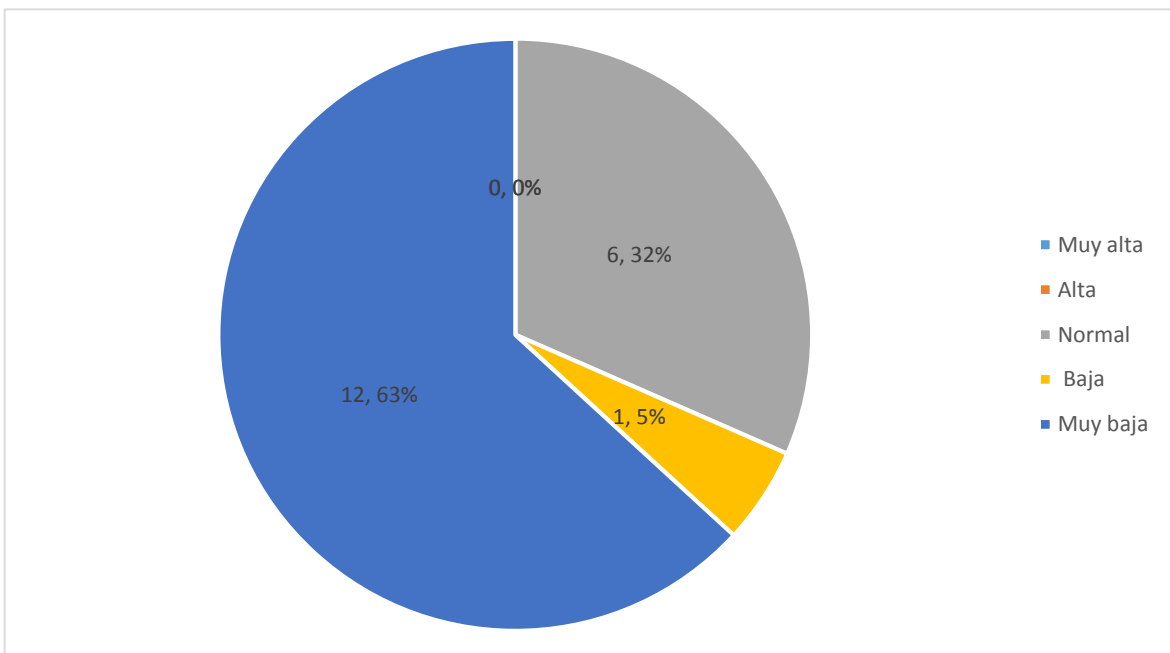


Figura 15. Distribución de participantes por porcentaje en factor desempeño físico.

Se destaca en el factor aislamiento ver figura 16, puntuaciones normales, en general estas pacientes refieren un auto concepto positivo y habilidades sociales funcionales en su medio, cuentan con el aprecio y afecto eficaz que se requiere de quienes las rodean, dentro de las puntuaciones bajas, posiblemente en estas pacientes domine una sensación de vacío constante pues pueden no existir redes sociales de apoyo o son ineficaces, pudiendo haber sintomatología depresiva.

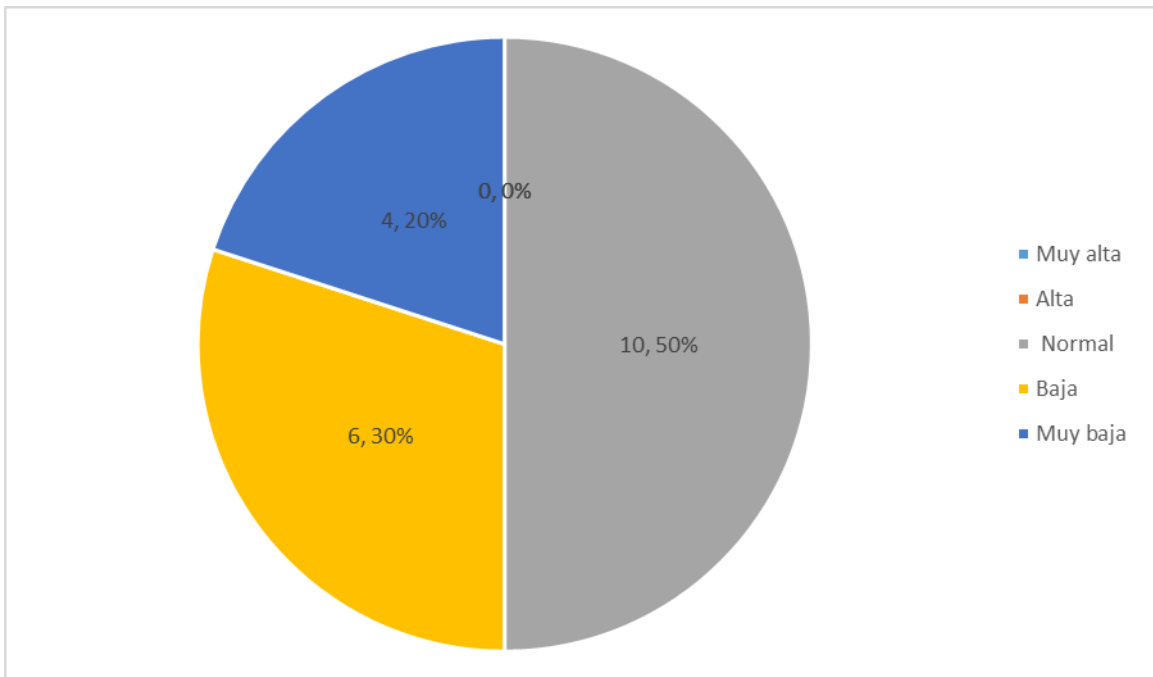


Figura 16. Distribución de participantes por porcentaje en factor aislamiento.

En la gráfica factor de percepción corporal ver figura 17, se aprecia puntuaciones muy bajas, indicador de que estas pacientes se perciben como feas físicamente o desagradables, nadie obtuvo puntuaciones altas.

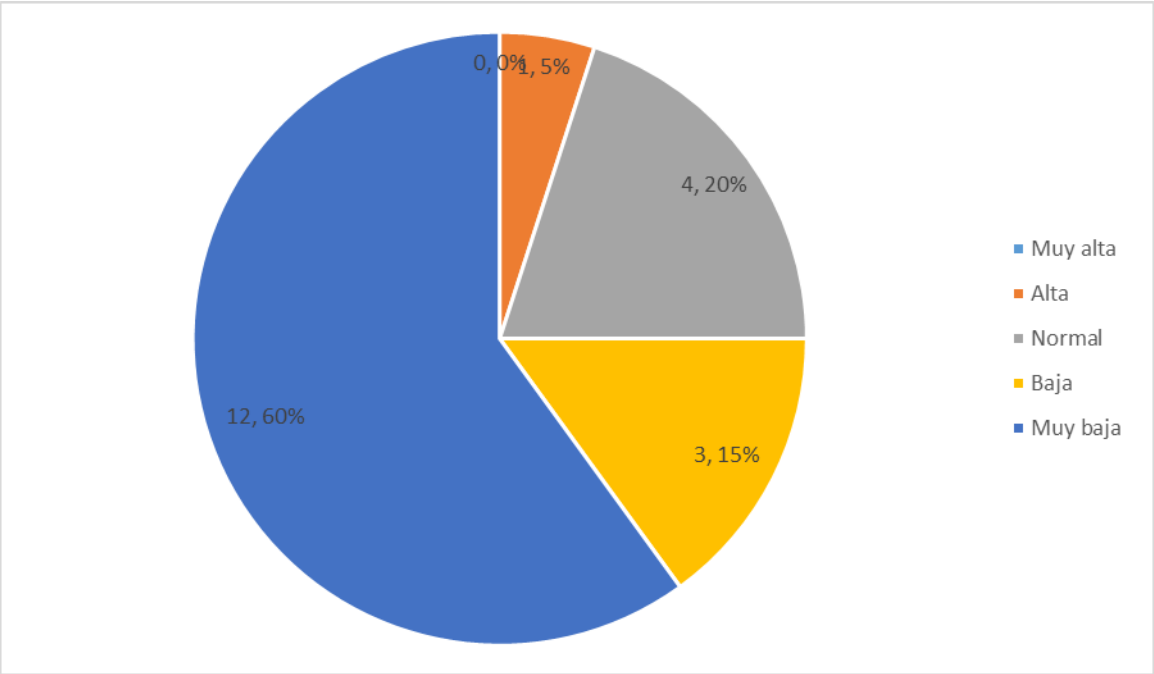


Figura 17. Distribución de participantes por porcentaje en factor percepción corporal.

En cuanto al factor funciones cognitivas ver figura 18, se obtiene puntuaciones muy bajas, lo que indica en estas pacientes una disminución notable de su capacidad de memoria y concentración, pudiendo mostrar estados emocionales parecidos a la de presión, sentimientos de inutilidad, enojo o ansiedad, nada que obtuvo puntuaciones altas.

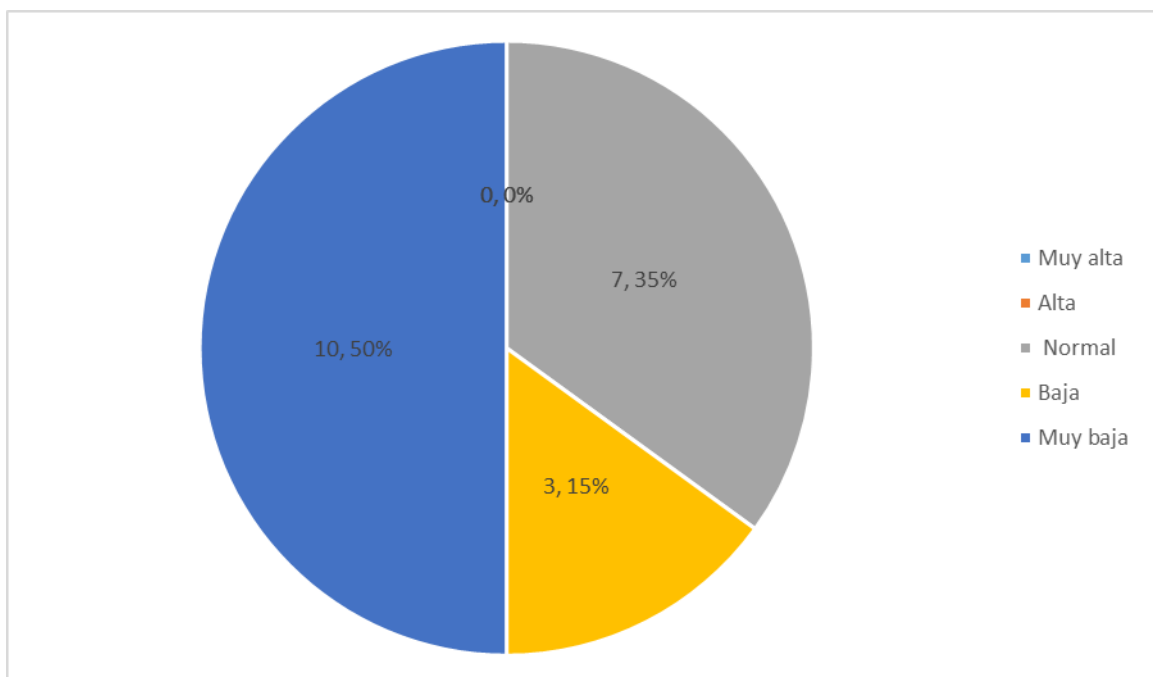


Figura 18. Distribución de participantes por porcentaje factor funciones cognitivas.

En la figura 19 del factor actitud ante el tratamiento ver figura 19, la mayoría de las pacientes refirieron puntuaciones muy bajas, lo que demuestra una resistencia al tener que seguir un tratamiento médico y el estar enfermas, indicador poderoso de una inadecuada adhesión, acompañada de actitudes y creencias que las obstaculizan o imposibilitan, nadie obtuvo puntuaciones altas.

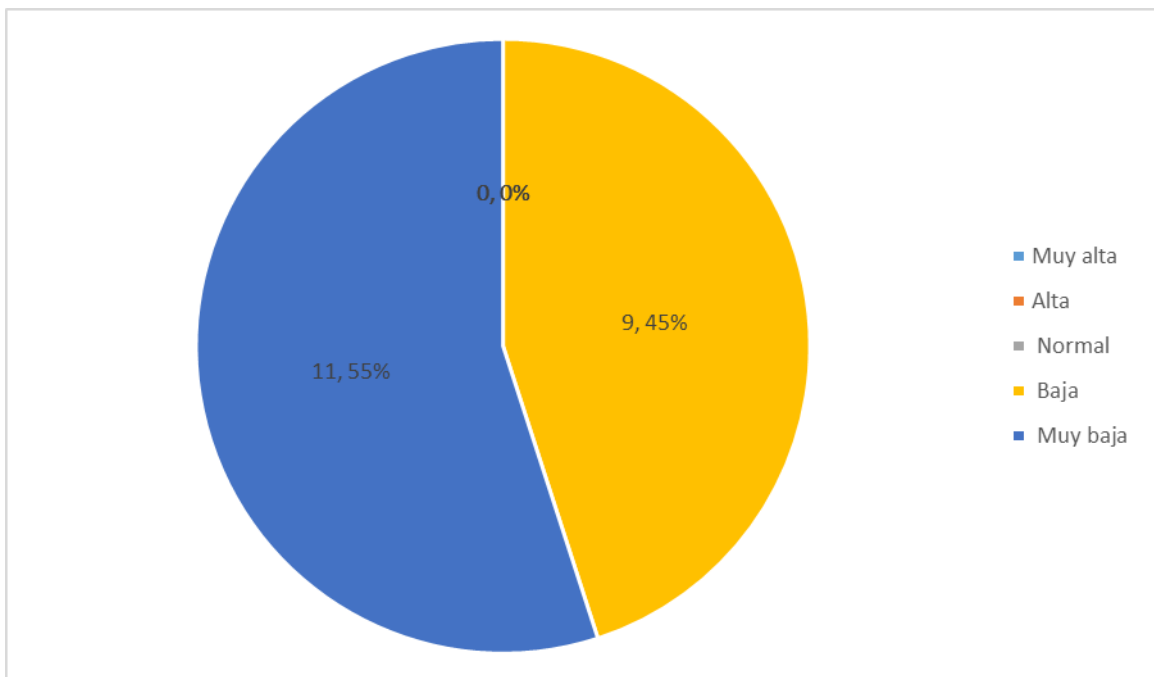


Figura 19. Distribución de participantes por porcentaje factor actitud ante el tratamiento.

En el factor tiempo libre ver figura 20, las pacientes indicaron puntuaciones muy bajas, el proceso de enfermedad lo conceptualizan como una limitación infranqueable para el disfrute del tiempo libre, implica quizá también sentimientos de nostalgia por actividades que ha dejado de llevar a cabo, nadie obtuvo puntuaciones altas.

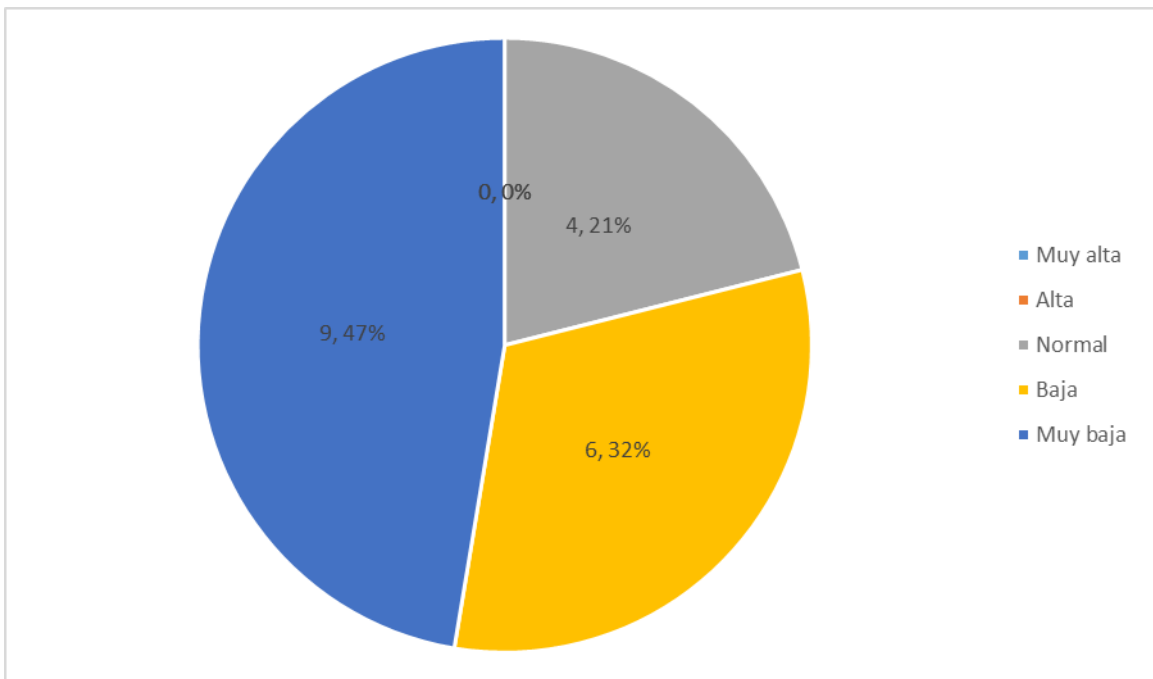


Figura 20. Distribución de participantes por porcentaje factor tiempo libre.

La figura 21, muestra en el factor vida cotidiana puntuaciones muy bajas, el proceso de enfermedad y su manejo representa para estas pacientes una pérdida importante en su salud y estilo de vida, pudiendo experimentar continuamente sentimientos de tristeza y desesperanza, las puntuaciones altas son indicador de dificultades de sintomatología depresiva, nadie obtuvo puntuaciones altas.

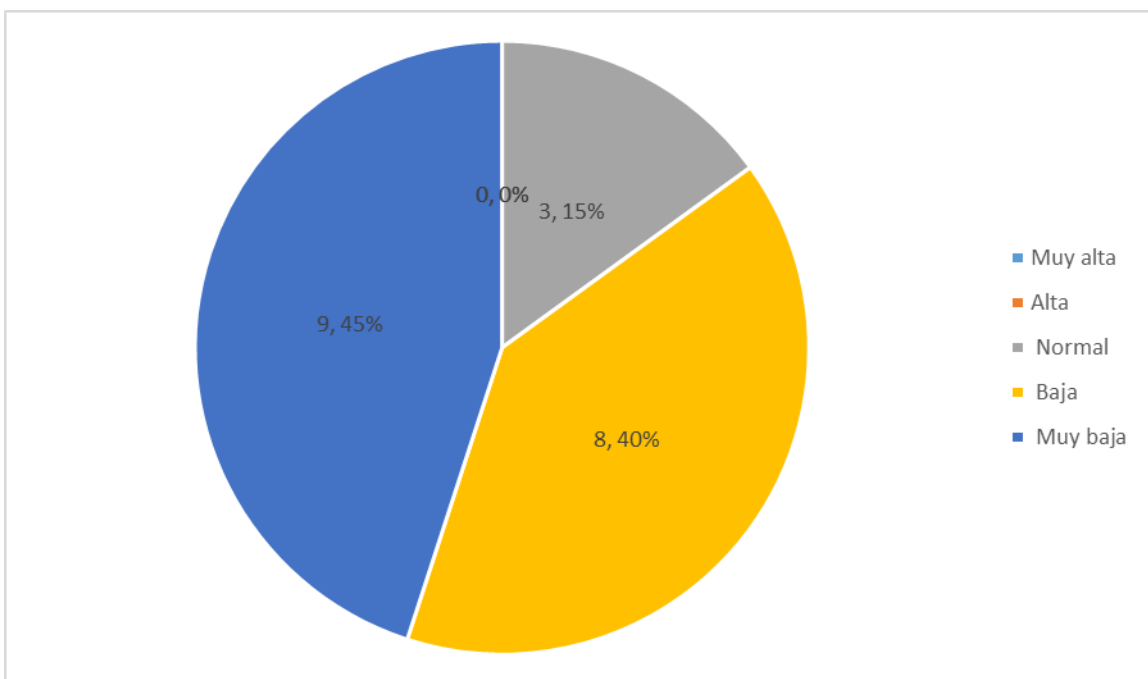


Figura 21. Distribución de participantes por porcentaje factor vida cotidiana.

En el factor familia ver figura 22, se obtuvo puntuaciones normales, en general indica que al menos para un miembro de la familia es importante la paciente y le representa apoyo y afecto significativo, nadie obtuvo puntuaciones bajas.

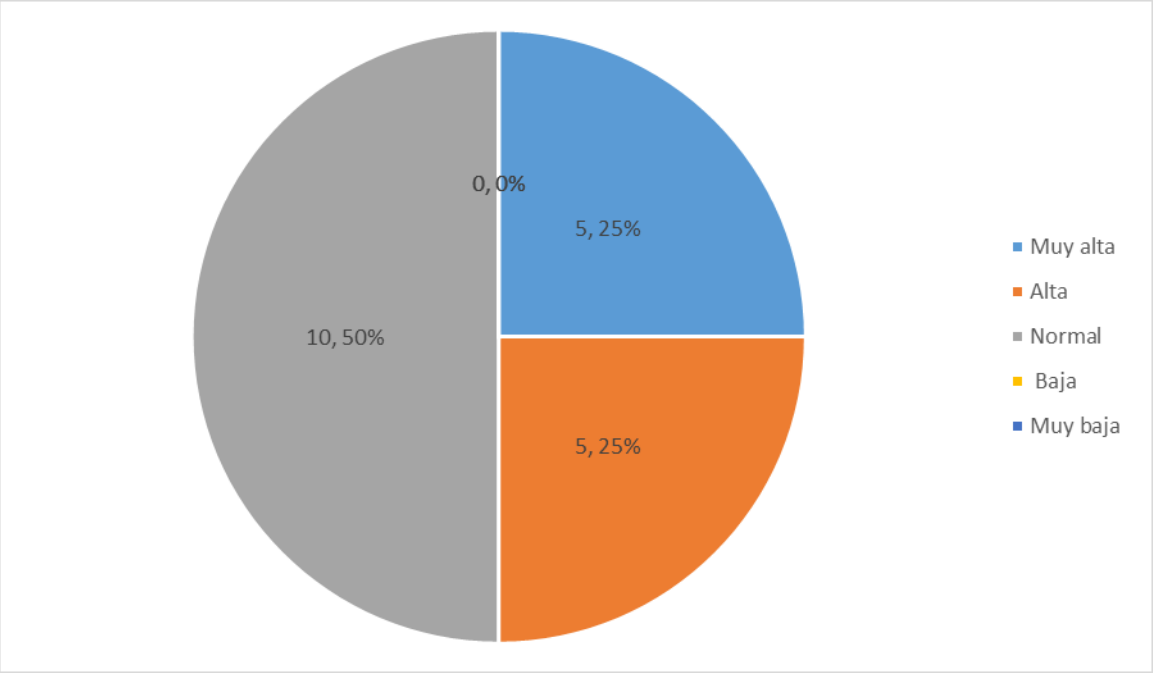


Figura 22. Distribución de participantes por porcentaje factor familia.

La mayor parte de la muestra obtuvo puntuaciones normales en el factor redes sociales, ver figura 23, asumiendo que las pacientes cuentan con personas a su alrededor que pueden ayudarles a resolver contingencias cotidianas o inesperadas, en general hay un sentido de tranquilidad y certidumbre acerca de su futuro y autoeficacia, en cuanto a las puntuaciones bajas, las pacientes suelen presentar dificultades en habilidades básicas de interacción.

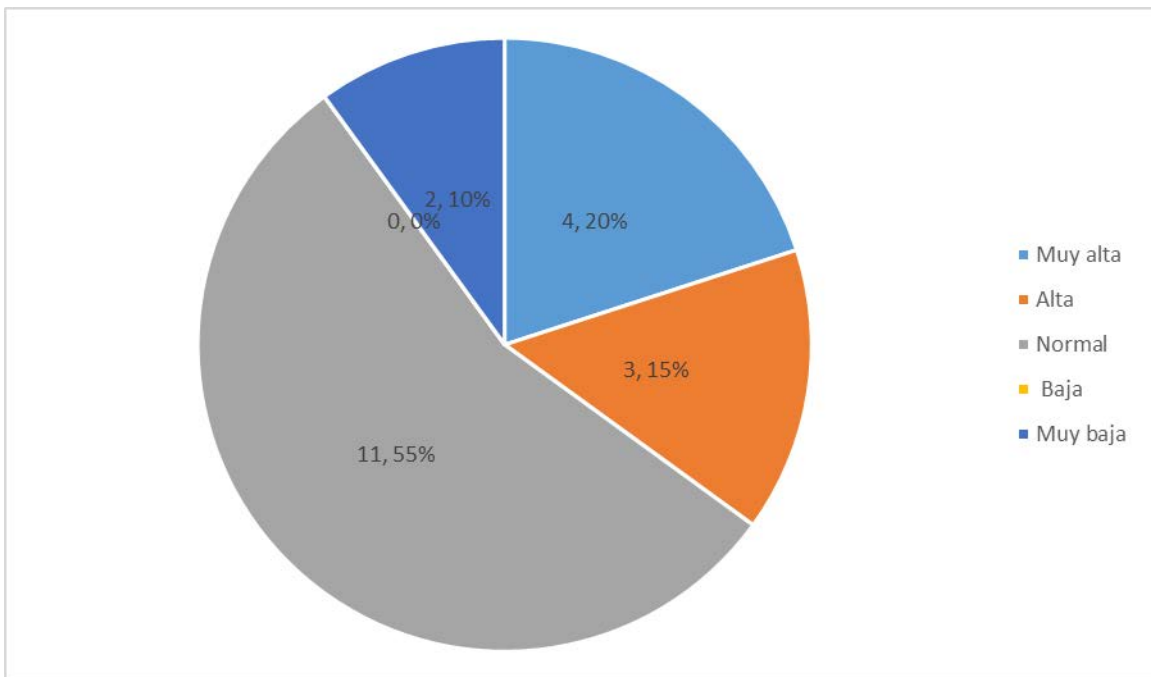


Figura 23. Distribución de participantes por porcentaje factor redes sociales.

De acuerdo al factor dependencia médica ver figura 24, sobresalen puntuaciones normales, lo que implica una actitud de no dependencia absoluta hacia su médico, nadie obtuvo puntuaciones muy altas.

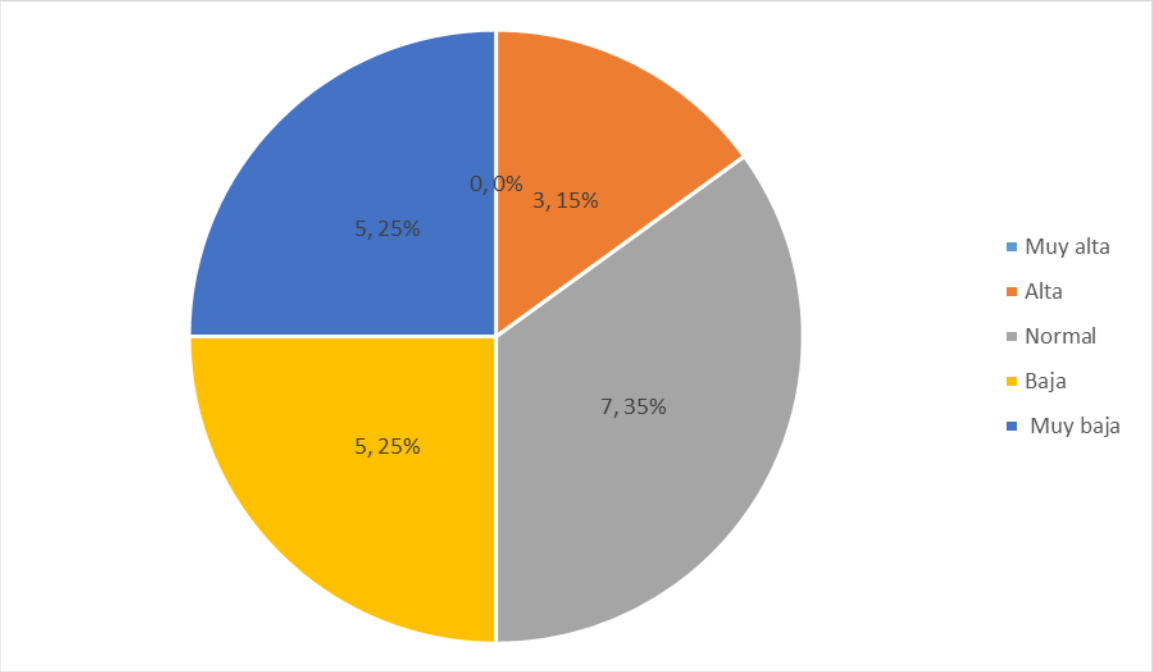


Figura 24. Distribución de participantes por porcentaje factor dependencia médica.

En lo que respecta al factor relación con el médico ver figura 25, resaltan puntuaciones normales, lo que indica que estas pacientes cuentan con apoyo de su médico en el manejo de su enfermedad, si bien puede favorecer la dependencia médica, también les ayuda a que tengan una adecuada adherencia al tratamiento, nadie obtuvo puntuaciones muy bajas.

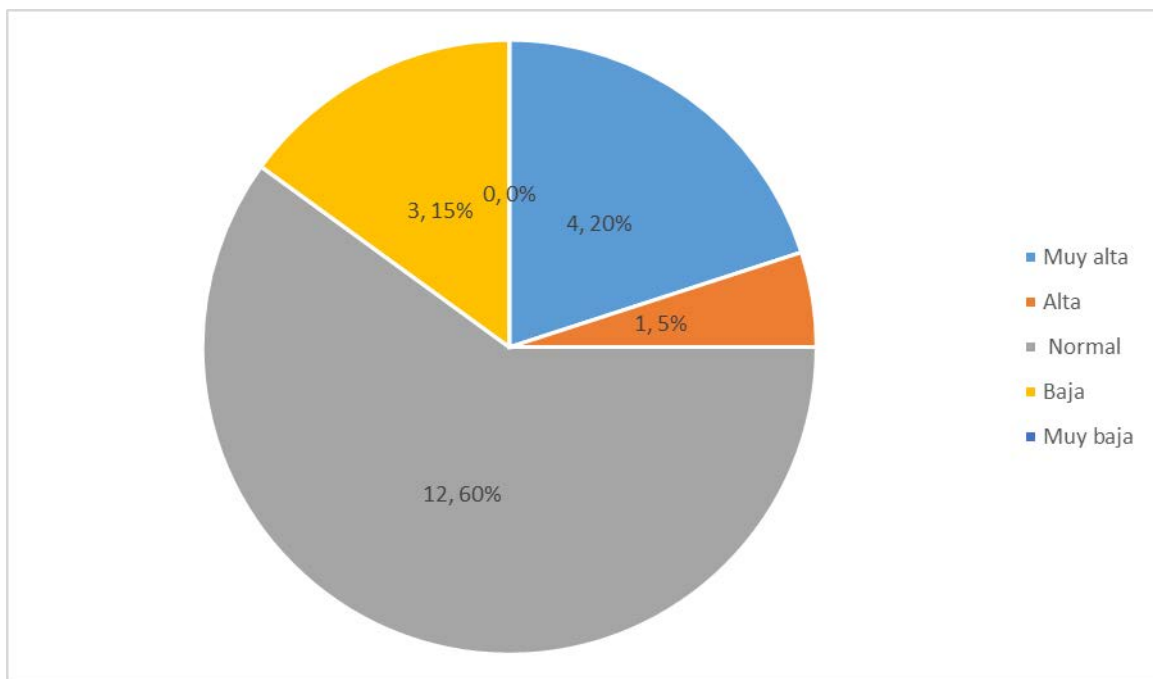


Figura 25. Distribución de participantes por porcentaje factor relación con el médico.

En cuanto a la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), se encontró que la mayoría de las participantes presentaron puntajes de ansiedad severa (45%) y depresión grave (30%), la intensidad de la frecuencia se describe en la *Figura 26*. Los resultados de esta investigación revelaron que todas las participantes mostraron cambios en la calidad de vida relacionada a la salud, una importante correlación de sintomatología de ansiedad y depresión, observándose que cuando incrementa una la otra también, por lo que se debe considerar la intervención psicológica.

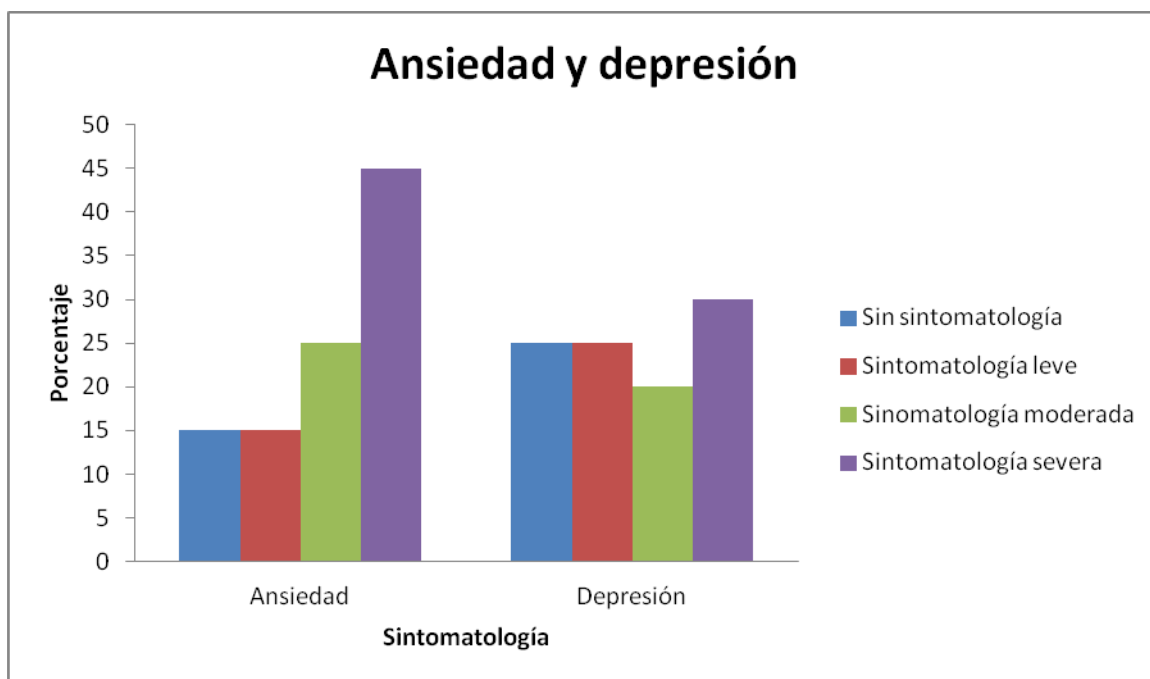


FIGURA 26. Intensidad de la frecuencia de sintomatología de ansiedad y depresión.

En la *tabla 2* se describen las correlaciones entre las variables Calidad de Vida y Salud (INCAVISA) ansiedad y depresión (HADS), se revelaron correlaciones positivas, medias y significativas entre las variables, dependencia médica, aislamiento y preocupaciones, con lo que representa un grado de dependencia del bienestar y salud con su médico tratante y con sus familiares, probablemente existe una mayor preocupación por todas las modificaciones de su entorno, lo que hace que se aíslan del grupo familiar y social.

| InCaViSa | Ansiedad | Depresión |
|-----------------------------|----------|-----------|
| Preocupaciones | .542* | .654** |
| Desempeño Físico | -.532* | -.657** |
| Aislamiento | .599** | .661** |
| Percepción Corporal | -.576** | -.737** |
| Funciones Cognitivas | -.698** | -.847** |
| Actitud ante el Tratamiento | -.575** | -.801** |
| Tiempo Libre | -.729** | -.665** |
| Vida Cotidiana | -.757** | -.808** |
| Familia | -.320 | -.423 |
| Redes Sociales | -.383 | -.458* |
| Dependencia Médica | .553* | .545* |
| Relación con el Médico | -.361 | -.315 |

* sig ≤ 0.05 **sig ≤ 0.01

Tabla 2. Correlación entre variables calidad de vida, ansiedad y depresión.

Además, se observan correlaciones negativas altas y significativas, de funciones cognitivas, vida cotidiana, actitud ante el tratamiento, en estas áreas se destaca la presencia de problemas en función de la memoria y concentración, una insatisfacción percibida por los cambios en las rutinas a partir de su enfermedad, el desagrado de adherirse a un tratamiento médico pues los efectos de los medicamentos son percibidos como malos más que la propia enfermedad.

Correlaciones negativas medias y significativas percepción corporal, tiempo libre, desempeño físico, en estas áreas se destaca el desagrado ante su aspecto personal, interferencia en el disfrute de sus actividades recreativas, su desempeño físico se ve mermado.

Correlaciones negativas bajas redes sociales, familia, relación con el médico, en estas áreas se destaca las dificultades en habilidades básicas de interacción, puede haber un abandono del paciente hacia él afectivo o de su familia, la búsqueda de atención médica tiene una connotación negativa, existe una mayor preocupación por todas las modificaciones de su entorno.

Discusión

El propósito de esta investigación consistió en determinar la correlación entre la sintomatología de ansiedad, sintomatología de depresión y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino.

Hoy sabemos que la ansiedad y la depresión juegan un papel importante en muchos problemas de Salud pública, y que su influencia se da de manera negativa en la calidad de vida de las pacientes; en este sentido, el diagnóstico de cáncer

puede ser considerado como un estresor poderoso que provoca estas reacciones emocionales (Villegas, 2004).

Se revisó la literatura sobre las relaciones entre cáncer y estos factores psicológicos, y encontramos que el diagnóstico de cáncer puede ser considerado en general como un evento vital estresante que afecta no sólo a la paciente que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social más directo, como todo suceso estresante, e l cáncer no produce el mismo impacto en todas las pacientes, (Orbell, Hagger, Brown & Tidy J. 2004) sí se produce la interpretación o valoración del evento como una amenaza, se generará una reacción emocional de ansiedad, que tenderá a ser más intensa en la medida en que la paciente perciba que sus recursos para afrontar esta amenaza no son suficientes para controlar o manejar las consecuencias negativas que se prevén (Cano, 1999; Lazarus & Folkman, 1986).

La comunicación del resultado de las pruebas al cáncer, ofrece resultados diferentes en función del momento de la evaluación. Por lo general, las pruebas iniciales suponen una amenaza cuando todavía no se conoce el resultado, lo que conduce a incrementar el nivel de ansiedad, cuando ya se conoce el resultado, la ansiedad tiende a disminuir si dicho resultado ha sido negativo, mientras que tiende a aumentar en caso contrario (Loader, Schields & Rowley, 2004; Braithwaite, Emery, Walter, Prevost & Sutton, 2004).

Cuando se ha confirmado el diagnóstico y se inicia el tratamiento continúa el proceso en el cuál a lo largo del tiempo se suceden una serie de amenazas, pero

éstas tienden a aumentar en intensidad y con ellas el nivel de ansiedad, que puede llegar a alcanzar la patología (Lampic , Thurfjell, Bergh & Sjoden, 2001).

De acuerdo a lo planteado por Carey y Burish (1988) en relación a la sintomatología de ansiedad y depresión los pacientes pueden experimentar altos niveles mientras esperan su diagnóstico, antes y durante los procedimientos oncológicos, la preocupación ansiosa es particularmente difícil para los pacientes con cáncer, ya que se someten a tratamientos con resultados inciertos.

Asociada a estos niveles de sintomatología ansiosa se identifica también sintomatología física, como dificultad respiratoria (Bruera, Schmitz, Pither, Neumann & Hanson 2000), fatiga (Tchekmedyian, Kallich, McDermott, Fayers & Erder, 2003), náusea, vómito y dolor (Andrykowski, 1990) y menor calidad de vida (Smith, Gomm & Dickens, 2003) característica del tratamiento quimioterapéutico.

En cuanto a la sintomatología depresiva Alacacioglu et al. (2014) señalan que es una reacción emocional psicológica ante la pérdida de la salud después de l diagnóstico de cáncer, siendo una amenaza para la productividad y la actividad en un periodo de vida en que la actividad familiar, sexual y laboral son relevantes.

Además de que la depresión ha sido ampliamente asociada con distorsiones cognitivas que conducen a la interpretación negativa de la información, estas están relacionados con una mayor vulnerabilidad emocional. (Yiend et al., 2014).

En este contexto los pacientes pueden presentar patrones de pensamiento negativos, una combinación de distorsiones cognitivas, así como preocupaciones realistas sobre los retos físicos, emocionales y sociales relacionadas con el cáncer

y tratamientos (Greer, Park, Prigerson, & Safren, 2010). Estos esquemas de pensamiento disfuncionales son de gran relevancia en el proceso terapéutico ya que juegan un papel importante en el mantenimiento de problemas de salud crónicos, pues quebranta la fortaleza emocional y física que suele ser necesaria para someterse a un tratamiento contra el cáncer, es importante identificar la sintomatología de la depresión y las percepciones poco realistas de sí mismos, su mundo y su futuro, a fin de tratar de reestructurar estos esquemas disfuncionales que pudieran interferir con la percepción de su calidad de vida (Innamorati et al., 2014) .

En relación a la calidad de vida relacionada con salud, se define como la suma de factores físicos, emocionales y sociales que contribuyen al bienestar de una persona, en el estudio realizado por Font (1988) se evidenció que los aspectos relacionados con la calidad de vida eran los referidos al malestar psicológico (ansiedad y miedo). Sin embargo, los datos obtenidos en el presente trabajo concuerdan con los de otros estudios realizados en pacientes oncológicos, pues de acuerdo a Cleand (2007) se confirma que los aspectos relacionados con la reducción de la calidad de vida son en primer lugar los síntomas del cáncer (González, Fernández, García, Soler, Arce y Cuetto, 2001), especialmente náuseas, vomito, fatiga y dolor. Si bien en segundo lugar podríamos destacar, en efecto, el papel de la ansiedad, la depresión y el miedo, considerados aspectos psicológicos, también las dificultades sociales y familiares, y los aspectos relacionados con la autonomía contribuyeron en menor medida a la calidad de vida, adicionalmente Wang et al. (2010) plantea que estos síntomas son e l

resultado del cáncer y su tratamiento, los cuales incluso pueden persistir años después de terminado el mismo.

Por lo que es fundamental el diagnóstico y tratamiento de ambas patologías psicológicas, ya que pueden influir negativamente en la calidad de vida, duración del ingreso hospitalario, ideación suicida, autocuidado, adhesión al tratamiento médico y síntomas como dolor, náuseas, vómito y fatiga. (Holland & Bottomley, 1998).

Conclusiones

El cáncer es una de las enfermedades más complejas cuyo abordaje requiere de la participación de un equipo multidisciplinario, el diagnóstico de cáncer produce un impacto psicológico tanto en la persona afectada como en su familia, los pacientes oncológicos se enfrentan a una problemática específica no solo por las características biológicas del cáncer, sino por sus tratamientos y complicaciones, los diferentes mecanismos psíquicos normales y patológicos que aparecen desde el inicio de la enfermedad, por ello se hace necesario que el psicólogo o psiquiatra cuente con un abordaje de conocimiento sobre el cáncer como fenómeno biológico tanto como fenómeno psíquico y procurar la mejora en la calidad de vida.

Al finalizar la investigación se puede concluir que este grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino, sufre un deterioro importante en la calidad de vida relacionada a la salud, se determinó que las áreas más afectadas son, funciones cognitivas, vida cotidiana, actitud ante el tratamiento, percepción

corporal, tiempo libre, aislamiento, desempeño físico, profesiones, ocupaciones, dependencia médica, redes sociales, familia, relación con el médico.

Entre las limitaciones de esta investigación se encuentra la dificultad para hacer generalizaciones debido al reducido número de participantes y a las complicaciones oncológicas, sin embargo, la necesidad de realizar estudios a mayor escala es necesaria para que se permita ampliar la comprensión acerca de todos los cambios en pensamientos, conducta, emociones y calidad de vida, durante el proceso de la enfermedad y su tratamiento.

Es de suma importancia el poder analizar al equipo médico y psicológico y la función que desempeñan y sus futuras intervenciones, con el propósito de mejorar en la intervención durante el proceso de diagnóstico, tratamiento o fallecimiento.

En cuanto a la intervención psicológica como propuesta, el propósito fundamental consistirá en producir cambios cognitivos, conductuales y emocionales, a fin de que estas pacientes afronten de forma adaptativa su enfermedad y fomentar la adherencia terapéutica, la búsqueda activa de apoyo mediante la reestructuración cognitiva, esta entendida como el cambio de significado del evento estresante, la relajación muscular progresiva reduciendo la tensión muscular y la ansiedad proporcionando sensación de bienestar, la relajación por imaginación guiada mediante la descripción de diversas escenas agradables, y la desensibilización sistemática con el objetivo de lograr que la persona se sienta cómoda en situaciones en las que normalmente ha experimentado malestar (Mera & Ortiz, 2012).

Finalmente se puede afirmar que la presente investigación constituye una valiosa contribución a la literatura en la población mexicana en pacientes oncológicas ya que corrobora la importancia de la intervención psicológica e incrementar los esfuerzos orientados a volver más accesibles los servicios de salud mental en este grupo de pacientes, con el fin de obtener parámetros aceptables de bienestar psicológico en esta población.

Referencias:

- Abiodun, O.A., (1994). A validity study of the Hospital Anxiety and Depression Scale in general hospital units a community simple in Nigeria. *British-Journal- of- Psychiatry*, 165 (5), 669-672.
- AEOAP- Asociación Europea de Orientación y ayuda psicológica. (2003),
Trastornos del estado de ánimo: *Depresión*
<http://www.eepsys.com/aeoap/cas/tras/dep.htm>
- Agency for Health Care Policy and Research. (1997). Detection and Diagnosis. Depression in Primary Care. *Clinical Practice Guideline 1*.
- Alacacioglu, A., Ulger, E., Varol, U., Yavuzsen, T., Akyol, Yildiz, & Tarhan, M.O. (2004). Sexual satisfaction, anxiety, depression and quality of life in testicular cancer survivors. *Medical Oncology*, 31(7), 1-6.
- Alianza para la Prevención del Cáncer Cervicouterino (ACCP)., (2003). Inspección visual con solución yodoyodurada de Lugol (IVSL). *Sustento científico hasta la fecha* www.alliance-cxca.org
- Alonso, F. C., Bastos, F. A., (2011). Intervención Psicológica en Pacientes con Cáncer, *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 2(2), 187-207
- Alonso, C . (2003). Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico. En V . Valentín, C. Alonso, M.T. Murillo, P . Pérez, Y . Vilches (Eds.), *Oncología en Atención Primaria (pp. 771-783)*. Madrid: Nova Sidonia Oncología y Hematología.

Alonso J, Angermeyer MC, B ruffaerts R, B ruga T S, B ryson H, de G irolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasted I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lé pine J P, O rmeij, P olidori G, R usso LJ, V ilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, D omingo – Salvany A, F errer M, J oo S S, Martínez –Alonso, M, MatschingerH, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA, ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European, Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; 420: 21-27

Álvarez, C., Castro, N. E., Virgilio, M.J., Bruno, G., González, C. Vallejos, J., & Dieguez. A. (2012). Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. *Rev. argent. radiol. [online].*, (76), 169-171.

Allen, K., Cull, A. & Sharpe, M. (2003). Diagnosing major depression in medical outpatients: acceptability of telephone interviews. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 385- 387.

Alexander, S. Palmer, C. & Stone, P. C. (2010). Evaluation of screening instruments for depression and anxiety in breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat* 122:573–578.

American Cancer Society, Inc. All rights reserved. (2015). The American Cancer Society is a qualified 501(c)(3) tax-exempt organization. *Cancer.org* is provided courtesy of the Leo and Gloria Rosen family.

- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (4a ed.)* Madrid: Masson.
- American Psychiatric Association (2005). *DSM- IV -TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson, S.A
- Andersen B. Quality of life for women with gynecologic cancer. *Obstet Gynecol* 1995; 7: 69-76.
- Andrykowski, M. (1990). The role of anxiety in the development of anticipatory nausea in cancer chemotherapy: A review synthesis. *Psychosomatic Medicine, 52 (4), 458-475.*
- Ashing, G. K.T., Kagaw, S. M, Padilla. G.V, Tejero JS, Hsiao E, Chhabra R, et al. The impact of cervical cancer and dysplasia: a qualitative, multiethnic study. *Psychooncology* 2004; 13: 709-28.
- Asociación Española Contra el Cáncer., (2011). Quimioterapia, *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, Washinton DC
- Badger, T.A., Braden, C.J. & Mishel, M.H. (2001). Depression, burden, self-help interventions, and size effects in women receiving treatment for breast cancer. *Oncology nursing Forum, 28, 567-574.*
- Baena, Z. A., Sandoval, V. A., Urbina, T. C., Helen, J. N., & Villaseñor, B. S., (2005). Los trastornos del estado de ánimo, *Revista Digital Universitaria (6)11* <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/art110.htm>
- Ballenger, J. C., Davidson, T. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Jones, R. D. & Berard, R. M. F. (2001). Consensus Statement on Depression, Anxiety, and Oncology. *J. Clin Psychiatry, 62 (Suppl 8), 64-67*

- Barlow, D.H. (2002) *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. (1970). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. E. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. Clayton (Ed.), *Treatment of depression Old controversies und new approaches* (pp. 265-290). New York Raven Press.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *anxiety Research* 1 23-36
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. En P. Clayton (ed.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* 265-290. New York: Raven Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1 5-37
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, E. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. *Bilbao: DDB. (Publicación original 1979)*
- Beckmann, R. C. (2015) *Obstetricia y Ginecología (7ª)*. México D.F.: LWW
- Bjelland, I. Dahl, A.A., Haug, T.T., & Neckelmann, D. (2002) The validity of the hospital anxiety and depression Scale an updated literature review. *J Psychosomatic Research* 52:69–77.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos. (2008). *Manual de psicopatología. Revisada (1)* 43-137 McGraw- Hill

- Belló, M., Puentes, R. E., Medina, M. M., & Lozano, R., (2005), Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México, *Salud Publica de México* 47 (suppl 1): 4-11
- Benson, C. R. (1994). *Manual de Ginecología y Obstetricia (7ª)*. México D.F.: *Manual Moderno*
- Berger, A.M. (1998). Patterns of fatigue and activity and rest during adjuvant breast cancer chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 25, 51-61.
- Bottomley, A. (1998). Depression in cancer patients: a literature review. *Eur Cancer* 7:181–191.
- Bouayed, J., Rammal, H., & Soulimani, R. (2009). Oxidative stress and anxiety. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity* 2, 63–67.
- Braithwaite, D., Emery, J., Walter, F., Prevost, A. T., & Sutton, S., (2004) Psychological impact of genetic counseling for familial cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 96(2):122-33
- Bruera, E., Schmitz, B., Pither, J., Nuemann, C., & Hanson, J. (2000). The frequency and correlates of dyspnea in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19, 357-362.
- Buitargo, F. (2011). *Adherencia terapéutica. ¿Qué difícil es cumplir! Aten Primaria*. 43(7)343-4.
- <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/27/27v43n07a90023817pdf001.pdf>

- Bustamante, R., (2013) Ansiedad en adolescentes y jóvenes Aspectos Genéticos, y Epigenéticos, Congreso Internacional de Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes “Comprometidos siempre” UNMSM
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: Ansiedad y Cáncer. *Revista de Psicooncología, Madrid, España. Vol. 2, Nº 1. Pp. 71-80.*
- Cano, V., Collado, D. C., Salguero, J. M., et al., (2011). Intervención cognitivo conductual en los trastornos de ansiedad: una actualización. *Información Psicológica (1) Pp. 4-27*
- Cano, V. A., & Tobal, J. M., (1999) Valoración, afrontamiento y ansiedad, *Ansiedad Estrés 5(2-3):129-43*
- Cano, A. & Tobal, J. M., (2001). *Emociones y salud. Ansiedad y Estrés, 7, 111-121.* <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/8652/>
- Cano, V. A., & Tobal, J. J. M., (1990a). Evaluación mediante autoinforme de la reactividad cognitivo-fisiológica-motora ante diferentes situaciones: Diferencias individuales y situacionales. En C. O. P. (Ed.), *Psicología y Salud: Psicología de la Salud (pp. 94- 101). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos (COP).*
- Chaturvedi. S., & Chandra. K. (1994). Detection of anxiety and depression in cancer patients. *NIMHANS J 12:141-144.*
- Carey, M.P., & Burish, T.G. (1988) Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy: a critical review and discussion. *Psychological Bulletin, 104 (3), 307-325.*

- Carroll, B.T., Kathol, R. G., & Noyes, A. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital anxiety and depression Scale. *General Hospital Psychiatry* 1993; 15:69-74.
- Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W. & Monge, E. (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de Medicina humana del primer y sexto año. *Anales de la Facultad de Medicina*, 62, 25-30.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, CNEGSR (2015). Cáncer de cuello Uterino, *Secretaría de Salud México*
- Cervera, G. & Cols. (2011). Guía para el tratamiento de los trastornos depresivos o ansiosos. 2da Edición. *Clínica del sistema nervioso*
- Charlson, M. & Peterson, J. C. (2002). Medical Comorbidity and Late Life Depression: ¿What is known and What are the Unmet Needs? *Biol. Psychiatry*, 52, 226-235.
- Chavaro, V. N., Arrollo, H. G., Alcázar, F. L., Murichi, G. W., & Pérez, Z. I., (2009). Cáncer Cervicouterino, *Anales de Radiología México*, (1), 61-79
- Chaturvedi, S. & Chandra, K. (1994) Detection of anxiety and depression in cancer patients. *NIMHANS J* 12:141-144.
- Cherny, N.I., Coyle, N. & Foley, K. M. (2004). Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. *J Palliat Care* 10 (2): 57-70, Summer.
- Cleeland, C. S. Symptom, B. (2007). Multiple symptoms and their impact as patient-reported outcomes. *J Natl Cancer Inst Monogr* 37:16-21
- Consenso 2000. *Guía práctica. Manejo del espectro depresión-ansiedad. México, UNAM. 128 páginas.*

- Costantini, M. Musso, M. Viterbori, P. Bonci, F. et al. (1999) Detecting psychological distress in cancer patients: validity of the Italian version of the hospital anxiety and depression Scale. *Support-Care-Cancer*;7(3):121-127.
- Cruz, T. F, Ojeda, O. J, Muñoz, M. R, et al. (2003) Neoplasia Intraepitelial cervical. En: Torres Lobaton A, Editor. *Cáncer ginecológico. 1a edición. México, D.F.:* Mc Graw Hill; p. 103-112.
- De Groot J, Mah K, Fyles A, Winton S, Greenwood S, Depettrillos A, et al. (2005) The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *Int J Gynecol Cancer* 15: 918-25.
- Derogatis, L. R, Morrow, G. R, Fetting J. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249:751-757.
- Dimeo, F. C., Stieglitz, R. D., Novelli. Fischer. U., Fetscher, S. & Keul, J. (1999). Effects of physical activity on the fatigue and psychologic status of cancer patients during chemotherapy. *Cancer*, 85, 2273-2277.
- Dirección General de Información en Salud (DGIS). Cubo de defunciones 2012. Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Secretaría de Salud. <http://pda.salud.gob.mx/cubos/cmortalidad2012.html>
- Domínguez, L. A. (2007) Derecho sanitario y responsabilidad médica. *Comentarios a la ley 41/2002 de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica. 2ª Ed. Valladolid: Lex Nova*
- Ehrenzweig, S, Y. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25:07-21.
- Escobar, F., (2014). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Asociación Colombiana de Neurología.* www.acnweb.org

- Epstein, S. (1972). The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy. En C.D Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research (Vol. II,)*. Nueva York: Academic Press.
- Escobar, A. Y., (2004). Ansiedad y depresión en el paciente Oncológico, Servicio de Oncología Médica, *Hospital general universitario Gregorio Marañón: Madrid*
- Espasa R, Estapé T, Gondom N, Martín C, & Bares M. (2003), *El perfil del psicooncólogo*. http://www.psicooncología.org/mundo/mundo_detalle.cfm?mundo ID45.
- European Society for Medical Oncology ESMO, (2012). Guía de Práctica Clínica, *Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes, (1) 3-27 European Society for Medical Oncology: www.esmo.org*
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. <http://globocan.iarc.fr>, accessed on 03/011/2014.
- Ferrero, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia: Promolibro
- Fernández, R.B. (1997). Quality of life: Concept and assessment, En J. Adair, D. Belanger & K. Dion. *Advances in Psychological Science*. Vol. I. Social, Personal and Cultural Aspects. Montreal: *Psychological Press*, Vol (1) 387-406

Font, A. (1990). *Estrategias de afrontamiento, adaptación y calidad de vida. II Congreso Oficial de Psicólogos, área 5: Psicología de la salud. Libro de comunicaciones. 90-96. Madrid: publicaciones del COP.*

D. Fresno, C. Pedrejón, A. Benabarre, J. Valle, A. Arrauxo & E. Viet., (2006). Trastorno afectivo estacional. *JANO 14-20 N.º 1.603. www.doyma.es/jano*

Galindo, V. O., Benjet, C., Juárez, G. F., Rojas, C. E., Riveros, R. A., Aguilar, J.L., Álvarez, A. M.A., & Álvaro, A. S. (2015). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad y depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental 38(4):253-258*

Ganong, W. F. (2010) *Fisiología médica (23ª)*. México D.F: Mc Graw – Hill

García, E., Bosch, J., Covisa, A., Atero, D., Guinot, J., Poveda, A., Ortiz, B., Illueca, C., Traves, V., Romero, Rocio., Ortega, F., Labrador, T., & Morales, J., (2008). Guía Clínica de la Patología Cervical, *Fundación Instituto Valenciano de Oncología. 1-39*

García, M. A. (2009). La información al Paciente como pieza clave de la calidad asistencial. *Rev Clin Med Fam 2(6): 275-279.*

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000100005&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000100005&lng=es)

Given, C., Given, B., Rahbar, M., Jeon, S., McCorkle, R., Cimprich, B., Galecki, A., Kozachik, S., Brady, A., Fisher-Malloy, M. J., Courtney, K. & Bowie, E. (2004). Effect of a cognitive behavioral intervention on reducing symptom severity during chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology, 22(3), 507-516.*

- González, A., Fernández, C., García, G., Soler, J., Arce, C. y Cueto, J. (2001).
Parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos terminales en
hospitalización domiciliaria. *Psicothema*, 24(5), 235-46.
- González, Barón. M, Ordóñez A. (1996). *Tratado de medicina paliativa*. España:
Panamericana, 1085 – 7
- González, L. P., & Castillo, M. D., (2015). Ansiedad y depression: Relaciones de
personalidad. *Universidad de la laguna* 1-34
- González, L. P., & Castillo, M. D., (2010). Dimensiones de personalidad y nivel de
ansiedad y depresión. *Congreso Europeo, Avances en los Tratamientos de
la Ansiedad y Depresión, 1-3 La Laguna (Islas Canarias España)*
- González-Puente, J.A. & Sánchez-Sosa, J.J. (2001). Systematic assessment of
quality of life in HIV-positive patients at three clinical stages of the infection.
International Journal of Clinical and Health Psychology, 1(3), 519-528.
- Globocan. (2012) *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide*.
- Gram & Slenker. (2002). *Cancer anxiety and attitudes toward mammography
among screening attenders, nonattenders, and women never invited. Am J
Public Health* 82 (2): 249-51
- Greenberg, D. B. (1998). Radiotherapy. En: Holland, J (Ed.). *Psycho-oncology* (pp.
269-277). New York: Oxford University Press.
- Greer, J.A., Park, E.R., Prigerson, H.G., & Safren, S.A. (2010). Tailoring cognitive
behavioral therapy to treat anxiety comorbid with advanced cancer. *Journal
of cognitive psychotherapy*, 24(4), 294.
- Guía de manejo para trastorno de ansiedad. (2014). *Colombiana de la salud S.A.*

- Harper, A., & Power, M. (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref quality of life assessment. *Psychological Medicine, 28*(6) 551-558.
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the hospital anxiety and depression scale a review of validation data and clinical results. *J Psychosomatic Research 42*(1):17-41.
- Heinze, G. & Camacho, P.V., (2010). Guía clínica para el manejo de la ansiedad. Ed. S Berenzon, j D el B osque, J A Ifaro, ME M edina – Mora. México: *Instituto nacional de Psiquiatría, Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales.*
- Hernández, M.M et al., (s.f) Trastornos de Adaptación en Atención primaria: *guía de Actuación Clínica en A.P.*
- Hernández, P. M., Coronado, O., Araujo, V., & Cerezo, S., (2008). Desempeño académico de universitarios en relación con ansiedad escolar y autoevaluación. *Acta Colombiana de Psicología. 11, 13-23.*
- Hickock, J.T., Roscoe, J.A., Morrow, G.R., Mustian, K., Okunieff, P. & Bole, C.W. (2005). Frequency, severity, clinical course, and correlates of fatigue in 372 patients during 5 weeks of radiotherapy for cancer. *Cancer, 104, 1772-1778.*
- Higashida, H. B. (2013) *Ciencias de la salud (7ª)*. México D.F: McGraw-Hill
- Holland, J.C., & Goen, P. J. (200). Principles of psycho-oncology. In: Holland JC, Frei E, eds.: *Cancer Medicine e.5. 5th ed. Hamilton, Ontario: B.C. Decker Inc, pp 943-58*
- Holland, J.C. (1998). Psycho-oncology. Nueva York: Oxford University Press;

- Hughes, J. (1987). *Cancer and emotion: psychological preludes and reactions to cancer*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Innamorati, M., Lester, D., Bálamo, M., Erbuto, D., Ricci, F., Aore, M., & Pompili, M. (2004). Factor validity of the Beck Hopelessness Scale in Italian medical patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36(2), 300-307.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, (2010). *Prevención y detección oportuna del cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención*. México Actualización: diciembre de 2011. 1.
<http://www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/Pages/guias.aspx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2012). *Estadísticas nacionales a propósito del Día Mundial contra el Cáncer*. México: INEGI
- Jocham, H. R., Dassen, T., Widdershoven, G., & Halfens, R. (2006). Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *J Clin Nurs*. 15(9):1188-95.
- Jacobsen, P. B., Roth, A. J., & Holland, J. (1998). Surgery. En: Holland, J. *Psycho-oncology* (pp. 257-268). New York: Oxford University Press.
- Jacobsen, P., Donovan, K., & Weitzner, M. (2003). Distinguishing fatigue and depression in patients with cancer. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 8(4), 229-240
- Jones, R. D. (2001). Depression and anxiety in oncology: the oncologist's perspective. *J Clin Psychiatry*, 62(suppl 8), 52-55.
- Jovell, A. (2004), El paciente oncológico: la visión de los pacientes y sus familias. *Asociación española contra el cáncer*.

- Kaplan H. I., & Sadock B. J. *Sinopsis de psiquiatria*. 8ª ed. Ed. Lippincott Williams & Wilkins-Panamericana. 1998. Pág.324 y 683.
- Kandel E. R., Schwartz J. H. & Jessell T. M. *Principios de Neurociencias*, 4a Edición. McGraw-Hill Interamericana, 2001, 1395 páginas.
- Kessler, R.C., Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., & Walters, E.E.:(2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62 (6): 617-627
- Kissane, D., Maj, M. & Sartorius, N (2010), Depresión y Cáncer, *Una sinopsis basada en el volumen de la WAP, eds Chichester: Wiley*
- Knobf, M. T., Pasacreta, J. V., Valentine, A., & McCorkle. (1998). Chemotherapy, Hormonal Therapy, and Immunotherapy. En: Holland, J (Ed.). *Psycho oncology (pp. 277- 288)*. New York: Oxford University Press.
- Landa, R. E., Cárdenas. L, G., Andrew, G, J., Sánchez, R, S. & Riveros, R. A. (2014). Evaluación de la depresión en pacientes con cáncer terminal y su aplicación en el contexto mexicano: *Una revisión. Salud Mental, 37(5) 415-422*. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232671008>
- Lam, W. T. & Fielding, R. (2003). The evolving experience of illness for Chinese women with breast cancer: A qualitative study. *Psycho-Oncology, 12(2), 127-140*.
- Lampic, C., Thurfjell, E., Bergh, J., & Sjoden, P.O., (2001). Short- and long-term anxiety and depression in women recalled after breast cancer screening. *Eur J Cancer* 37(4):463-9.

- Lauver, D. & Ho, C.H. (2003). Explaining delay in care seeking for breast cancer symptoms. *J Appl Soc Psychol* 23 (21): 1806-25
- Laura, R. V. A., Edith, M. B. A., Andrea, L. A., & Salvador, A. A. (2010). Náusea, vómito y ansiedad anticipatorios, una explicación conductual. *GAMO*, 9(1), 25. <http://zl.elsevier.es/es/revista/gaceta-mexicana-oncologia-305/articulo/nausea-vomito-ansiedad-anticipatorios-una-13150431>
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1986), *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca
- León. (2003). Depresión. Sección de psiquiatría: *Fundación Santa Fe de Bogotá* http://fapefem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Alteraciones_psiquiatricas/Depresion.pdf
- Levy, L., & Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México: Manual Moderno.
- Lisspers, J., Nygren, A., & Soderman, E. (1997). Hospital anxiety and depression Scale (HAD): some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand* :281-286.
- Loader, S. Shields, C.G., & Rowley, P.T., (2004). *Impact of genetic testing for breast ovarian cancer susceptibility*. 8(1), 1-12
- Loscalzo, M., & Brintzenhofeszoc, K. (2007). Brief crisis counseling. In: Holland JC, Breitbart W, Jacobsen PB, et al., eds.: *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press, pp 662-75.
- Luna, B. M. A. & Sánchez, R. G. (2014). Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México. *LiminaR. Estudios Sociales y*

Humanísticos,XII(2)67-80.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74531037005>

MacFarlane, M. E. & Sony, S. D. (2002). Women, breast lump discovery, and associated stress. *Health Care Women Int* 13 (1): 23-32

Manganiello, A., Hoga, L.A., Reberte, L.M., Miranda, C.M., & Rocha, C.A. (2011). Sexuality and quality of life breast cancer patients post mastectomy. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(2), 167-172.

Martín, L. (2004). A cerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cubana Salud Pública*,(30)4.

http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu08404.htm

Massie, J. M. Spiegel, L., Lederberg, M. & Holland, J. C. (1996). Complicaciones psiquiátricas de los pacientes con cáncer. En: Murphy, G. P., Lawrence Jr. W. y Lenhard, R.E. (Eds.). *Oncología Clínica. Manual de la American Cancer Society*. Washington: Organización Panamericana de la salud y la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. pp. 769-783.

Maté, J., Hollenstein, M.F., & Gil, F.L., (2004) Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología* 1(2-3), 211- 30

Medina, M. ME., Borges, G. Lara, C., Benjet, C. et al. (2003). Prevalence of mental disorders and use of services: results from the Mexican National Survey of *Psychiatric Epidemiology*. *Salud Mental* 26:1-16

Medina, M. ME., Borges, G. Lara, C., Bejet, C., et al. (2005), Prevalence, service use and demographic correlates of 12 month DSM-IV psychiatric disorders in México: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine* 35:1-11.

- Mera, P. C., & Ortiz, M., (2012), *La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama*
- Meyerowitz, B.E., Sparks, F.C. & Spears, I.K. (1979). Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma: *psychosocial implications*. *Cancer*, 43(5), 1613-1618.
- Meyerowitz, B .E. (1980). P sychosocial c orrelates o f breast cancer a nd i ts treatments. *Psychology Bulletin*, 8, 108-131
- Ministerio de l a Salud. (2010). *Guía clínica cáncer cervicouterino (2)*. Santiago: Minsal
- Ministerio de la salud. (2006). *Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer cervicouterino (1)*. Managua
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Cuidados paliativos, *Guía de Práctica Clínica*. Quito: MSP; 312. <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). Guía de práctica clínica para el manejo de p acientes c on trastornos d e a nsiedad en at ención pr imaria. M adrid. España: *Edita Agencia Lain Entalgo. Unidad de evaluación de tecnologías sanitarias*
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2014). Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el m anejo de la depresión en e l adul to. S ervicios s ociales d e igualdad. A gencia de ev aluación de t ecnologías s anitarias d e Galicia(avalia). *Guía de práctica clínica en el SNS: Avalia- t 2013 /06*
- Montalvo, E . G., Coronel, M . J ., Alvarado, Z . M ., Cantú, L . D., Flores, A . D ., Ortega, R . A ., González, E . A ., Isla, O . D ., Muñoz, G . D ., Robles, F . J .,

- Solorza, L. G., Mota, G. A., Mota, R. D., Morales, D. F., Cetina, P. M, & Herrera, G. A. (2011). Cáncer Cervicouterino, *Onco Guía*, (6) 61-69
- Moreno, B., & Ximénez, C., (1996). Evaluación de la calidad de vida, En G. Buela Casal, V.E. Caballo, y C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Moser, D. K. (2007). "The rust of life": impact of anxiety on cardiac patients. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 16
<http://www.biomedsearch.com/nih/rust-impact-anxiety-cardiac-patients/17595368.html>
- McCorkle, R. y Young, K. (1978). Development of a symptom distress scale. *Cancer Nursing*, 1, 373-378.
- Nicholas, D. R., Veatch, T. A. (2000). The Psychosocial assessment of the adult Cancer patient. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 206-215.
- Instituto Nacional Del Cáncer NIH. (2015). Radioterapia
- National Institutes of Health State-of-the Science Panel. (2002). National institutes of Health state-of-the-science conference statement: symptom management cancer: pain, depression, and fatigue, July 15-17. *Journal of the National Cancer Institute*, 95(15), 1110-1117.
- Nuhu, F.T., Odejide, O.A., Adebayo, K.O. & Yusuf, A.J. (2009). Psychological and physical effects of pain on cancer patients in Ibadan, Nigeria. *African Journal of Psychiatry*, 12(1), 64-70.

Organización Mundial de la Salud. (2005), Calidad de Vida OMS

<http://www.who.int/es>

Olivares, M .E. (2007). C irugía m amaria: as pectos ps icológicos. *Psicooncología*, 4(2-3), 447-464.

Olivares, M . K. & Alonso, R . P . (2006). C itología c ervical, *Gaceta Mexicana de Oncología*, 5 (4), 94-98

Orbell, S., Hagger, M., Brown, V., Tidy, J., (2004). Appraisal theory and emotional sequelae of first visit to colposcopy following an abnormal cervical screening result, *Br J Health Psychol (Pt 4)*, 533-55.

Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. *Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; [citado 5 Ago 2009]:3. Disponible en:*<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Guía de prácticas esenciales*. Suiza: OMS

Organización Mundial de la Salud. (2015). Factores de riesgo. OMS

Ortiz, S. R., Uribe, P. C. J., Díaz, L. A., & Dangond, Y. R. (2004). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 55(2) 146-160. <http://redalyc.org/articulo.oa?id=195214306007>

Özalp, E. Soygür, H. Cankurtaran, E. Turhan, L. et al. (2008). Psychiatric morbidity and its screening in Turkish women with breast cancer: a comparison between the HADS and SCID tests. *Psycho-Oncology* 17:668–675.

- Pallí, C., Lluch, J., & Valero, S. (2010). Sexualidad, comunicación y emociones: estudio situacional con mujeres afectadas de cáncer ginecológico. *Psicooncología*, 7(1), 153-173.
- Palomares, M. MA., Lobatón, T. A., Posada, O. J.C., Montes, M. TM., Estrada, H. G., & Bassaure, R. E., (2009). Histerectomía radical modificada en pacientes con cáncer cervicouterino. *GAMO 1, vol. 8 (4)*
- Parker, P.A., Youssef, A., Walker, S., Basen-Engquist, K., Cohen, L., Gritz, E.R., Wei, Q. X. & Robb, G. (2007). Short-Term and Long-Term Psychosocial Adjustment and Quality of Life in Women Undergoing Different Surgical Procedures for Breast Cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14(11), 3078-3089.
- Passik, S.D., & Lowery, A.E., (2010). Recognition and screening of depression in people with cancer. En: *Depression and Cancer*. Kissane D, Maj M, Sartorius N (eds). Chichester: Wiley
- PATH, EngenderHealth., (2003). Cuidado Paliativo para las Mujeres con Cáncer de Cuello Uterino, *Un Manual para Personal de Salud que Trabaja en Comunidad* 1- 101
- Patino, P. M., Jiménez, V., & Pérez, S. S., (2014). Histerectomía obstétrica: caracterización epidemiológica en un hospital de segundo nivel, *Salud Quintana Roo ISSN*, (28), 10-14
- Pearman, T. (2008). Psychosocial factors in Lung Cancer: Quality of life, economic impact and survivorship implications. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(1), 69-80.

- Pinglo, G. E., (2014). Informe de experiencias profesionales en el ámbito clínico y de la salud, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Seguro Social del Perú, EsSalud: trastorno de adaptación mixto de Ansiedad y depresión en paciente, *Universidad Nacional Mayor de San Marcos* 5-89
- Piqueras R, J. A., Martínez G, A. E., Ramos, V., Rivero B, R., García L, L. J., & Oblitas, G. L. A. (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, 15(1) 43-73.
- Radiological Society of North America (RSNA, 2015). Introducción a la terapia para el cáncer (radioterapia), *RadiologyInfo.org*, 4-4
- Raison, C. L. & Miller, A. H. (2003). Depresión y cáncer: nuevos desarrollos regarding diagnosis and treatment. *Biol. Psychiatry*, 54, 283-294.
- Ralf, C. B. (1994). *Manual de obstetricia y ginecología*. (9ª ed.) México D.F.: Interamericana
- Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (2003).
- Reyes, T. JM., (2014). Trastornos de ansiedad: *Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Biblioteca virtual en Salud. Honduras (en línea). Disponible en: www.bsv.hn
- Rico, J. L., Restrepo, M. & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. *Avances Medicina* 3:73-86.
- Ridruejo, P. (1999). Asistencia psíquica al paciente oncológico. Cap. 12, 205-230. En E. García- Camba (ed.). *Manual de Psicooncología*. Madrid: Grupo Aula Médica, S.A. Rodríguez Marín, J., Pastor, M.A. y López-Roig, S. (1993).

- Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(supl.), 349-372.
- Ritterband, L. M. & Spielberger, C. D. (2001). Depression in a cancer population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 85-93.
- Roca, B. M., & Arroyo, M. B., (1996). Depresión y enfermedad médica. En: Roca B, M. & Arroyo, M. B (Eds.). *Trastornos depresivos en patología médica*. Barcelona: Masson.
- Rodríguez, P. C., Vall, C. A., (2006c). "El derecho a la información del enfermo hospitalizado". *Boletín de la ANABAD*, vol. LVI, núm. 3, p. 165–185.
- Romaní, F. (2014). Historia natural de la infección por Papilomavirus Humano (PVH) y cáncer cervical. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1) <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131355002>
- Sánchez, C. J., & Abellán, F. (2003) *Derechos y deberes de los pacientes*. 1ª Ed. Granada: Comares
- Sánchez, S. J. J., & Gonzáles, C. A. L., (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: Caballo, V. E. (Dir.) *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*, Madrid: Psicología Pirámide, pp. 473-492.
- Sánchez. S. J.J., & Alvarado, A.S. (2008). A behavioral self-recording procedure in the management of breast cancer: A field test with disadvantaged participants. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 313- 331.
- Sánchez, H. M. M., H orga de l a P arte, J F., C remades, N . F ., et al ., (2012). Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación primaria. *Guía de actuación clínica en atención primaria*. Novelda, España. www.san.gva.es

- Sherman, A.C. & Simonton, S. (2005). Family therapy for cancer patients: clinical issues and interventions. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 7 (1): 39-50
- Soria, T. R., et al. (2012). Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas en Psicología*, (26):
- Sanz, J. & Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicooncología vol. (2)* 341- 378. Madrid: mc Graw Hill
- Sandín, B., & Charot, P. (1991^a). Psicopatología de la ansiedad En A. Belloch y E. Ibañez (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada (pp.605-668)*. Valencia: Promolibro.
- Sankaranarayanan R, Wesley R, Thara S, Dhakad N, Chandralekha B, Sebastian P, Chithrathara K, Parkin DM, Nair MK. (2003). Test characteristics of visual inspection with 4% acetic acid (VIA) and Lugol's iodine (VILI) in cervical cancer screening in Kerala, India. *International Journal of Cancer* 106(3):404-408.
- Savard, J., Morin, C. M. (2001). Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *J Clin Oncol* 19:895-908.
- Secretaría de Salud., (2008). Prevención y detección oportuna del cáncer cervicouterino en el primer nivel de atención, México
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- Secretaría de Salud., (2010). Prevención diagnóstica y criterios quirúrgicos de fistula vesicovaginal de origen adquirido iatrogénico y no iatrogénico, México www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

- Schwartzmann, L., (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales*. En *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21
- Shepherd, K.L. & Fisher, S.E. (2004). Prospective evaluation of quality of life in patients with oral and oropharyngeal cancer: from diagnosis to three months post-treatment. *Oral Oncology*, 40, 751-757.
- Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. (2011). Información farmacoterapéutica de la comarca. Adherencia al tratamiento farmacológico en patología crónicas. http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/infac_v19_n1.pdf
- Sellers, J. W. (2003). La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical. Washington, D.C.: *Organización Panamericana de la Salud* (OPS).
- Singer, S., Danker, H., Dietz, A., Hornemann, B., Kosciely, S., Oeken, J., Matth, H. J., & Krau, O., (2008). Screening for mental disorders in laryngeal cancer patients: a comparison of 6 methods. *Psycho-Oncology*, 17, 280-286.
- Spiegel, D. & Giese, D. J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol. Psychiatry*, 54, 269-282.
- Spielberger, C.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety Behavior* (pp. 23-49). New York: Academic Press
- Smith, E., Gomm, S., & Dickens, C. (2003). Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients advanced cancer. *Palliative Medicine*, 17, 509-513.

- Sola, D. V., Ricci, A. P., Pardo, S. J., & Guiloff, F. E., (2006). Histerectomía: Una mirada desde el suelo pélvico, *Rev Chil Obstet Ginecol* 71(5): 364-372
- Tchekmedyan, N., Kallich, J., McDermott, A., Fayers, P., & Erder, M. (2003). The relationship between psychological distress and cancer related fatigue. *Cancer*, 98, 198-203.
- Tejero, A., Guimerá, E., & Farré, J. (1986), Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev. Dep. Psiquiatr. Fac. Med. Barc.* 13: 233-8
- Téllez, L. J. M., López, T. H., Boix, C., et al., (2007). Revisión clínica del tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Rev clin Med Fam* 2 (2). 76-8
- Tirado, L. L., Mohar, A., López, M., García, A., Franco, F., & Borges, G. (2005). Factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino Invasor en Mujeres Mexicanas, *Salud Pública de México*, (47), 342-350.
- Tobal, M. J. J., & Cano, V. A., (2002). Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA): *Manual (5a. ed.)*. Madrid: TEA (1a. ed. 1986).
- Torres, L. A., Gómez, G. G., Piñón, C. R., Torres, R. A., Ortiz, L. J., Román, B. E., Oliva, P. J., & Morales, P. M. (2007). Cáncer cervicouterino en el Hospital General de México, OD: Frecuencia de sus etapas clínicas y su correlación con la edad. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 6(2), 28-32.
- Trill, M. D. (2003). *Psicooncología*. Madrid: ADE
- Uriarte, B. V. (2014). *Psicofarmacología (7ª)* México: trillas 640

- Valencia, L. S. C., (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2) 241-257.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67920205>
- Vallejo, R. J., Gastó, F. N., Cardoner A., N., & Catalán C. R., (2002). *Comorbilidad de los trastornos afectivos*. Barcelona: Ars Medica.
- Vallejo, R. J. (2002). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 5ª. ed, Ed. MASON. BARCELONA, Pág.396
- Van't Spijker A, Trijsburg, R.W., & Duivenvoorden, H. J., (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* 59(3), 280-93
- Vásquez, C. A., & Vides, T. M., (1969). Histerectomía Abdominal Total Técnica Subfacial. Revisión de 100 Casos. Hospital Vicente D'Antoni, *Rev. Med. Hondur.* (37)
- Velázquez, M. A. G., García, C. M.A., Alvarado, A. S., et al. (2007) Cáncer y Psicología. *GAMO* 6(3):71-75.
- Virgen, M.R., Lara, Z.A.C., Morales, B.G., & Villaseñor, B.S.J., (2005). *Los trastornos de ansiedad, Revista Digital Universitaria Vol 6 (11) ISSN: 1066079* <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/art109.htm>
- Villegas, P. G.C. (2004). Reporte de experiencia profesional. Tesis de maestría en Psicología. México: *Facultad de Psicología, UNAM*
- Wang, X.S., Cleeland, C.S., Mendoza, T.R., Yun, Y.H., Wang, Y., Okuyama, T., & Johnson, V.E. (2010). Impact of cultural and linguistic factors on symptom reporting by patients with cancer. *J Natl Cancer Inst* 102:732-738. Doi: 10.1093/jnci/djq097

- Weisman, A. & Worden, J. (1976). The existential flight in cancer: significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7, 1-15.
- Wenzel L, DeAlba I, Habbal R, Klusman BC, Fairclough D, Krebs LU, et al. Quality of life in longterm cervical cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2005; 97: 310-7.
- Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, et al., (2007). Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage* 33 (2): 118-29
- Williams Jr., J. W., Pignone, M., Ramirez, G. & Perez S., C. (2002). Identifying depression in primary care: a literature synthesis of case-finding instruments. *General Hospital Psychiatry*, 24, 225-237.
- World Health Organization WHO 2014. Definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization. WHO definition of palliative care. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization WHO Calidad de vida 20014.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R. P., (1993) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 67(6), 361-70
- Zimmermann, T., Heinrichs, N. & Baucom, D. H. (2007). "Does one size fit all?" Moderators in psychosocial interventions for breast cancer patients: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(3), 225-239.

APÉNDICES

Apéndice 1.

Consentimiento informado



Investigador principal:

Nombre: **Giovanna Moreno Morgado**

Teléfono:

Correo electrónico: giovanna_mor@hotmail.com

Título del proyecto:

Estudio correlacional de ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con Cáncer Cervicouterino.

A través de este documento se le invita a participar en esta investigación cuyo objetivo es evaluar posible sintomatología de ansiedad y depresión en usted, así como algunas afectaciones de la enfermedad en su vida cotidiana, y que forma parte del proyecto de tesis para titulación de licenciatura en psicología de la investigadora principal.

Es importante recordarle que su participación es absolutamente voluntaria y no afectará la atención médica que recibe. De igual forma, en caso de tener dudas o requerir de aclaraciones sobre la investigación, puede exponerlas en cualquier momento a la investigadora antes mencionada quien buscare darles respuesta a

sus dudas. **Este estudio se llevará a cabo durante los meses de mayo a junio del presente año.**

Se espera que participen aproximadamente 20 personas en este proyecto, todas con diagnóstico de cáncer cervicouterino. Su participación consistirá en contestar dos cuestionarios breves sobre los aspectos antes mencionados.

Los resultados obtenidos ayudarán para mejorar la atención psicológica brindada a los pacientes que sean sometidos a tratamientos oncológicos en un futuro. Esta investigación no busca obtener beneficio económico alguno para los investigadores, ni para los colaboradores del estudio.

No existe ningún riesgo para su salud. De cualquier forma, se le brindará apoyo psicológico en caso de que lo requiera. Es importante que recuerde que se puede reservar el derecho a contestar a cualquier cuestionamiento que le resulte incómodo; sin que esto afecte la atención médica que recibe.

Todos los registros que se hagan se identificarán con un número o código, **no con su nombre ni número de expediente**, por lo que sólo los investigadores participantes en este proyecto estarán autorizados para revisar su expediente como parte de sus actividades de supervisión del estudio. Si los resultados del presente estudio son publicados, usted **no podrá ser identificado.**

Usted no será recompensado económicamente por su participación en este protocolo, en caso de requerir atención psicológica como consecuencia de su participación en este estudio, se le brindará información sobre los centros especializados en atención psicológica en pacientes con cáncer.

USTED EN TIENDE QUE SU PARTICIPACIÓN ES **VOLUNTARIA**. EN CUALQUIER MOMENTO PUEDE RETIRAR SU CONSENTIMIENTO A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO, SIN QUE SU ATENCIÓN MÉDICA O PSICOLÓGICA POSTERIOR SE VEA AFECTADA.

En caso de dudas sobre el estudio que surjan antes, durante o después de este estudio, podrá consultarla con la investigadora principal Giovanna Moreno Morgado al teléfono al xxxxxxxx y en caso de dudas sobre sus derechos como paciente que participa en un estudio clínico contactar Mtra. Liliana Mey Len Rivera Fong. Teléfono xxxxxxxx

Si acepta participar, debe firmar el presente consentimiento informado que implica que usted ha comprendido su contenido. Este formulario debe ser firmado antes de llevar a cabo cualquier evaluación. Usted recibirá una copia del mismo.

Yo: _____ declaro que estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación “Estudio correlacional de ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con Cáncer Cervicouterino”. Cuyo objetivo, beneficios y riesgos me fueron especificados por la investigadora. Ella me ha ofrecido, al momento de firmar la presente, aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que surja durante el desarrollo de la entrevista.

México D.F., a ____ de _____ del 2015.

PARTICIPANTE

Firma

TESTIGO

Nombre:

Parentesco:

Firma:

TESTIGO

Nombre:

Parentesco:

Firma:

Investigador principal

Giovanna Moreno Morgado

Supervisora

Mtra. Liliana Mey Len Rivera Fong.

Apéndice 2.



Ficha de identificación

| EDAD | EDO. CIVIL | ESCOLARIDAD | OCUPACION | No DE HIJOS |
|------|------------|-------------|-----------|-------------|
| | | | | |

| FECHA DE DX | TUMOR | ESTADIO | TRATAMIENTO ONCOLOGICO |
|-------------|-------|---------|------------------------|
| | | | CIRUGIA |
| | | | RADIOTERAPIA |
| | | | QUIMIOTERAPIA |
| | | | AMBAS |

| HIPERTENSION | DIABETES | OTRA ENFERMEDAD |
|--------------|----------|-----------------|
| | | |

| RED DE APOYO | PERSONA O INSTITUCION | PARENTESCO | TIPO DE APOYO | VALORACION SUBJETIVA | |
|--|-----------------------|------------|---------------|----------------------|----|
| ANTECEDENTES PSICOLOGICOS O PSIQUATRICOS PERSONALES | | | | SI | NO |
| ¿DIAGNOSTICO, ¿CUANDO, TIPO DE ATENCION QUE RECIBIO? | | | | | |
| ¿HA CONTADO CON APOYO PSICOLOGICO DURANTE LA ENFERMEDAD? | | | | | |
| ANTECEDENTES PSICOLOGICOS O PSIQUIQTRICOS FAMILIARES | | | | | |
| ¿QUE DIAGNOSTICO Y QUE FAMILIA? | | | | | |

Apéndice 3.

Escala hospitalaria de ansiedad y depresión. (HADS)

Instrucciones. Este cuestionario se ha construido para ayudar al equipo de salud que le atiende para saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que mejor se ajuste a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)

3.-Todos los días

2.-Muchas veces

1.-A veces

0-Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba

0.-Cómo siempre

1.-No tanto como antes

2.-Solo un poco

3.- Nada

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

0. Igual que siempre

1.- No tanto ahora

2.- Casi nunca

3.- Nunca

4. Tengo mi mente llena de preocupaciones

3.- La mayoría de las veces

2.- Con bastante frecuencia

1.- A veces, aunque no muy a menudo

0.- Sólo en ocasiones

5. Me siento alegre

3- Nunca

2.- No muy a menudo

1.- A veces

0.- Casi siempre

6. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado(a)

0.-Siempre

1.-Por lo general

2.-No muy a menudo

3.-Nunca

7. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estomago

0.-Nunca

1.-En ciertas ocasiones

2.-Con bastante frecuencia

3.-Muy a menudo

8. He perdido el interés en mi aspecto personal

3.-Totalmente

2.-No me preocupo tanto como debiera

1.-Podría tener un poco más de cuidado

0.-Me preocupo al igual que siempre

9. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme

3.- Mucho

2.-Bastante

1.-No mucho

0.-Nada

10. Me siento optimista respecto al futuro

0.-Igual que siempre

1.-Menos de lo acostumbrado

2.-Mucho menos de lo acostumbrado

3.- Nada

11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico

3.-Muy frecuentemente

2.-Bastante a menudo

1.- No muy a menudo

0.-Nada

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

0.-A menudo

1.-A veces

2.-No muy a menudo

3.-Rara vez

Apéndice 4.

Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA)

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

ANGELICA RIVEROS
MARK ANDREW GROVES
JUAN JOSE SANCHEZ SOSA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

2005, DERECHOS RESERVADOS

Instrucciones

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **encerrando en un círculo** la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, márkela como “nunca”, eso no le pasa. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

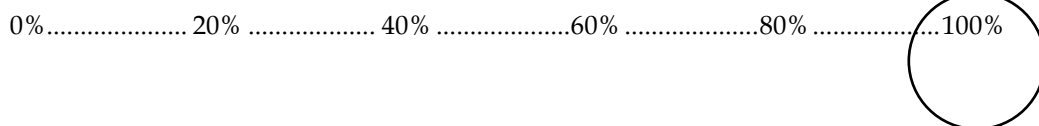
Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

Ejemplo

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.



Encerraría en un círculo “CASI NUNCA” si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo “SIEMPRE”.



| | | | | | |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza, conteste con la verdad.*

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante **las últimas dos semanas**, por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones, pero sólo en los **últimos quince días**.

1. Creo que si me cuido mi salud mejorará.

| | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas

| | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

3. Mi salud en general es...

| | | | | | |
|-------------|--------|---------|---------|--------------|-----------|
| 0..... | 0..... | 0..... | 0 | 0 | 0 |
| Muy Mala | Mala | Regular | Buena | Muy Buena | Excelente |

4. En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?

| | | | | | |
|-------------|--------|---------|---------|--------------|-----------|
| 0..... | 0..... | 0..... | 0 | 0 | 0 |
| Muy Mala | Mala | Regular | Buena | Muy Buena | Excelente |

Durante las últimas 2 semanas...

Preocupaciones

5. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad.

| | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

6. Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás.

| | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

7. Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo por mi

enfermedad.

| | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

8. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad

| | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Desempeño físico

9. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas

| | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

10. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente.

| | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

11. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos.

| | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

12. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado.

| | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Aislamiento

13. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.

| | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

14. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme.

| | | | | | |
|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|------|

- | | | | | | | |
|--|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
|--|-------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
15. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
16. Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Percepción corporal

17. Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a).
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
18. Me siento restringido(a) por mi peso.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
19. Me da pena mi cuerpo.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
20. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a)
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Funciones cognitivas

21. Se me olvida en dónde puse las cosas.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

22. Se me olvidan los nombres.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
23. Tengo dificultades para concentrarme y pensar.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
24. Tengo problemas con mi memoria.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Actitud ante el tratamiento

25. Me fastidia tomar tantas medicinas.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
26. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
27. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
28. Me siento incómodo(a) con mi médico.
- | | | | | | |
|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Tiempo Libre.

29. Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre.

- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
30. Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía.
- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
31. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos.
- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
32. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.
- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Vida Cotidiana.

33. Desde que enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil.
- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
34. Desde que enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera.
- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
35. Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida.
- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |
36. Dejé de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo(a).
- | | | | | | | |
|--|---------|---------------|----------------|---------------------|-----------------|---------|
| | 0%..... | 20% | 40% | 60% | 80% | 100% |
| | Nunca | Casi Nunca | Pocas Veces | Frecuente- Mente | Casi Siempre | Siempre |

Durante las últimas 2 semanas...

Familia

37. El amor de mi familia es lo mejor que tengo.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

38. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

39. Mi familia me comprende y me apoya.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

40. Mi familia cuida mis sentimientos.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Redes Sociales

41. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

42. Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

43. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

44. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Dependencia Médica.

45. Espero que el médico cure todos mis síntomas.
0%..... 20% 40%60%80%100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
46. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor.
0%..... 20% 40%60%80%100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
47. No me importa que tengo, solo quiero que el médico me cure.
0%..... 20% 40%60%80%100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
48. El responsable de que me cure es el médico.
0%..... 20% 40%60%80%100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

Relación con el Médico.

49. Disfruto asistir al médico.
0%..... 20% 40%60%80%100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
50. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad
0%..... 20% 40%60%80%100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
51. Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida.
0%..... 20% 40%60%80%100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre
52. Necesito atención médica constantemente.
0%..... 20% 40%60%80%100%

Nunca

Casi
Nunca

Pocas
Veces

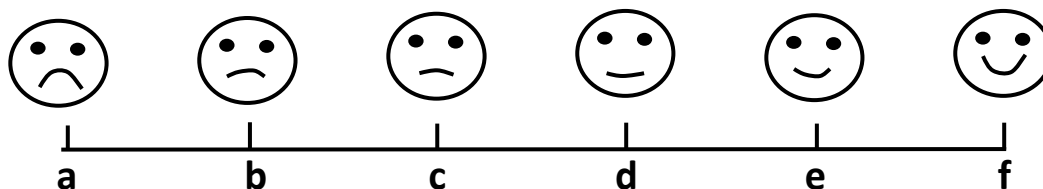
Frecuente-
Mente

Casi
Siempre

Siempre

Bienestar y Salud

53. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?
Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



**La Peor
calidad de vida
posible**

**La Mejor
calidad de vida
posible**

Tan mala o peor
que estar muerto(a)

Gracias por su participación y paciencia