



Universidad Nacional
Federico Villarreal

**Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN**

Facultad de Medicina Humana

**PREVALENCIA DE LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y DE SUS CUIDADORES
EN EL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA EN EL PERIODO
ENERO - DICIEMBRE DEL 2018**

Tesis Para Optar el Título Profesional de Médico Cirujano

AUTORA:

Coasaca Camacho, Lourdes Rocio

ASESOR:

Dr. Castillo Bazán, Wilfredo

JURADO:

Dr. Huarachi Quintanilla, Julio Alberto

Dr. Paz Soldan Oblitas, Carlos

Dr. Villanueva Salas, Oscar

Dra. Vargas Lazo, Gladys Mirian

Lima - Perú

2019

DEDICATORIA

A Dios y a La Virgen por siempre guiar mi camino.

A mi madre por siempre estar a mi lado y ser un pilar importante en mi vida, a mi padre y mis hermanas por su apoyo incondicional.

A mis abuelitos que desde el cielo siempre me cuidan. Gracias a todos.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, el Dr. Wilfredo Castillo Bazán y a mi padre por haberme compartido sus conocimientos para realizar esta investigación. Al personal de Salud y los pacientes del Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza por brindarme su apoyo para lograr este estudio, les estaré eternamente agradecida

Índice general

RESUMEN	10
ABSTRACT	11
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	12
1.1 Descripción y formulación del problema	12
1.1.1 Descripción del problema	12
1.1.2 Formulación del problema	14
1.2 Antecedentes	15
1.2.1 Antecedentes nacionales	15
1.2.2 Antecedentes internacionales	16
1.3 Objetivos	19
1.3.1 Objetivo general	19
1.3.2 Objetivos específicos.	19
1.4 Justificación	20
CAPITULO II: MARCO TEORICO	22
2.1 Bases teóricas	22
2.2.1 Ansiedad	23
2.2.2 Depresión	24
2.2.3 Detección de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos	26
2.2.3.1 Escala hospitalaria de ansiedad y depresión – HADS	26
2.2.4 Cáncer de mama	27
CAPITULO III: MÉTODO	30
3.1 Tipo de investigación	30
3.2 Ámbito temporal y espacial	30
3.3 Población y muestra	30
3.3.1. Población	30
3.4.2. Muestra	30
3.4 Variables	32
3.4.1. Operacionalización de Variables	32
3.6 Técnica	34

3.7.	Instrumentos	34
3.7.1.	Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	34
3.7.2.	Ficha de Recolección de datos	35
3.8	Procedimientos	35
3.8.1	Recolección de datos	35
3.8.2	Procesamiento de datos	36
3.8.3	Análisis de la información	37
3.9.	Aspectos Éticos	38
	CAPITULO IV: RESULTADOS	39
4.1	Prueba de consistencia interna de los datos	39
4.2	Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama	39
4.3	Ansiedad y depresión en cuidadores	41
4.4	Aspectos sociodemográficos	42
4.4.1	Género	42
4.4.2	Edad	44
4.4.3	Procedencia	47
4.4.4	Estado civil	51
4.5	Familiaridad	55
4.6	Aspectos clínicos	57
4.6.1	Ansiedad y depresión según estadiaje de la enfermedad	57
4.6.2	Ansiedad y depresión en pacientes según tiempo desde el diagnóstico	59
4.6.3	Ansiedad y depresión en pacientes según terapéutica empleada	61
4.6.4	Ansiedad y depresión según la morbilidad	63
47	Correlación entre variables	65
	CAPITULO V: DISCUSIÓN	67
5.1	Ansiedad	67
5.2	Depresión	67
5.3	Aspectos sociodemográficos	67
5.4	Aspectos clínicos	68
5.5	Familiaridad	71

CAPITULO VI: CONCLUSIONES	73
CAPITULO VII: RECOMENDACIONES	74
CAPITULO VIII: REFERENCIAS	75
CAPITULO IX: ANEXOS	79
Anexo 1. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)	79
Anexo 2. Ficha de Recolección de Datos	82
Anexo 3. Formato de Consentimiento Informado	84
Anexo 4. Resultado de la prueba de confiabilidad Alpha de Cronbach para la Encuesta de Pacientes	84
Anexo 5. Resultado de la prueba de confiabilidad Alpha de Cronbach para la Encuesta de Cuidadores	85
Anexo 6. Escala de Clasificación de Juez Experto N°1	86
Anexo 7. Escala de Clasificación de Juez Experto N°2	87
Anexo 8. Escala de Clasificación de Juez Experto N°3	88

LISTA DE TABLAS	Pág.
Tabla 1 Herramientas de detección	26
Tabla 2 Subescala de depresión y ansiedad	27
Tabla 3 Variables	32
Tabla 4 Operacionalización de Variables	33
Tabla 5 Consistencia de los datos	36
Tabla 6 Interpretación de la escala de Coeficiente de Correlación	37
Tabla 7 Prueba estadística de fiabilidad de encuestas de pacientes.	39
Tabla 8 Prueba estadística de fiabilidad de encuestas de cuidadores	39
Tabla 9 Porcentaje de pacientes que presentan ansiedad según escala HADS	40
Tabla 10 Porcentaje de pacientes que presentan depresión según escala HADS	40
Tabla 11 Porcentaje de cuidadores que presentan ansiedad según escala HADS	41
Tabla 12 Porcentaje de cuidadores que presentan depresión según escala HADS	41
Tabla 13 Porcentaje de cuidadores con ansiedad según rango de edad.	45
Tabla 14 Porcentaje de cuidadores con depresión según rango de edad	46
Tabla 15 Porcentaje de pacientes con ansiedad según procedencia	47
Tabla 16 Porcentaje de pacientes con depresión según procedencia.	48
Tabla 17 Porcentaje de cuidadores con ansiedad según procedencia	49
Tabla 18 Porcentaje de cuidadores con depresión según procedencia.	50
Tabla 19 Porcentaje de pacientes con ansiedad según estado civil	51
Tabla 20 Porcentaje de pacientes con depresión según estado civil	52
Tabla 21 Porcentaje de cuidadores con ansiedad según estado civil	53
Tabla 22 Porcentaje de cuidadores con depresión según estado civil	54
Tabla 23 Porcentaje de cuidadores con ansiedad según parentesco.	55
Tabla 24 Porcentaje de cuidadores con depresión según parentesco.	56
Tabla 25 Porcentaje de pacientes con ansiedad según escala HADS.	57
Tabla 26 Porcentaje de pacientes con depresión según escala HADS	58
Tabla 27 Porcentaje de pacientes con ansiedad en relación al tiempo desde el diagnóstico, según escala HADS.	59
Tabla 28 Porcentaje de pacientes con depresión en relación al tiempo desde el diagnóstico, según escala HADS.	60

Tabla 29	Porcentaje de pacientes con ansiedad en relación al tipo de terapéutica recibida, según escala HADS.	61
Tabla 30	Porcentaje de pacientes con depresión en relación al tipo de terapéutica recibida, según escala HADS	62
Tabla 31	Porcentaje de pacientes con ansiedad en relación a su comorbilidad, según escala HADS	63
Tabla 32	Porcentaje de pacientes con depresión en relación a su comorbilidad, según escala HADS	64
Tabla 33	Correlación entre ansiedad y depresión en pacientes vs variables sociodemográficas	65
Tabla 34	Correlación entre ansiedad y depresión en cuidadores vs variables sociodemográficas	65
Tabla 35	Correlación entre Ansiedad y Depresión en pacientes vs variables clínicas y familiaridad	66

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Tamaño de la muestra	31
Figura 2	Porcentaje de pacientes con ansiedad según el género	42
Figura 3	Porcentaje de pacientes con depresión según el género.	42
Figura 4	Porcentaje de cuidadores con ansiedad según el género.	43
Figura 5	Porcentaje de cuidadores con depresión según el género	43
Figura 6	Porcentaje de pacientes con ansiedad según rango de edad	44
Figura 7	Porcentaje de pacientes con depresión según rango de edad.	44

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar la prevalencia de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer de mama y sus cuidadores. La metodología utilizada aborda un estudio descriptivo transversal, la muestra estuvo constituida por 175 pacientes y 175 cuidadores.

METODOLOGÍA: En el presente estudio se utilizó la ficha de recolección de datos y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) durante el periodo de enero a diciembre del 2018 en el consultorio y pabellón del Servicio de Gineco-Oncología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Los resultados se obtuvieron de tablas de contingencia y tablas de distribución de frecuencias elaboradas con la información recolectada.

RESULTADOS: Empleando el corte superior de la escala (≥ 11) se encontró que 33.8% de las pacientes con cáncer de mama sufrían de ansiedad y 30.8% tenían depresión. En el caso de los cuidadores se evidencia que 23.3% tiene ansiedad y 6.7% tiene depresión.

Existe una fuerte correlación entre el Estadiaje de los pacientes de cáncer de mama en relación con la ansiedad ($r=0.525$) y la depresión ($r=0.625$). Se evidenció que, de los pacientes con ansiedad, 23,1% corresponden al Estadio III y 6.2% corresponden al Estadio I. Mientras que, de los pacientes con depresión, 21.5% presentan depresión en el Estadio III.

CONCLUSION: Finalmente, se evidenció que las variables clínicas aumentan los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes, mientras que la familiaridad y el estado civil incrementan los niveles de ansiedad y depresión en los cuidadores.

Palabras claves: depresión, ansiedad, cáncer de mama, cuidadores.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Identify the prevalence of anxiety and depression in patients with breast cancer and their caregivers. The methodology used addresses a cross-sectional descriptive study, the sample was constituted by 175 patients and 175 caregivers.

METHODOLOGY: In these present study we used the data collection form and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were applied in the period from January to December 2018 in the consulting room and hospital pavilions of the Gineco-Oncology Service of the Arzobispo Loayza National Hospital. The results were obtained from contingency tables and frequency distribution tables prepared with the information collected.

RESULTS: Using the upper cut of the scale (≥ 11) it was found that 33.8% of the patients with breast cancer suffered from anxiety and 30.8% had depression. In the case of caregivers, it is evident that 23.3% have anxiety and 6.7% have depression.

There is Staging strong correlation between the Staging of breast cancer patients in relation to anxiety ($r = 0.525$) and depression ($r = 0.625$). It was evidence that, of the patients with anxiety, 23.1% correspond to Stage III and 6.2% correspond to Stage I. While, of the patients with depressive, 21.5% present depression in Stage III.

CONCLUSION: Finally, it was evidenced that the clinical variables increase the levels of anxiety and depression in the patients, while the familiarity and the marital status increase the levels of anxiety and depression in the caregivers.

Keywords: depression, anxiety, breast cancer, caregivers.

CAPITULO I: INTRODUCCION

1.1. Descripción y formulación del problema

1.1.1. Descripción del problema. El cáncer es una enfermedad que a lo largo de los años ha ido incrementando su prevalencia en nuestro país, es considerado un problema de salud pública ante el cual es necesario promover hábitos saludables, la detección oportuna de los casos y la expansión de la cobertura de los servicios oncológicos. (Dirección General de Epidemiología, Perú, 2013).

El cáncer de mama es considerado la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer adulta en Latinoamérica, y en el ámbito mundial, para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016).

Así también, representa aproximadamente 16% de todos los cánceres femeninos, con una tendencia ascendente en el porcentaje para los países en vías de desarrollo. Hasta el año 2011, se produjeron 30 792 defunciones por cáncer con una tasa ajustada de mortalidad de 107 defunciones por 100 000 habitantes. Los departamentos con la mayor tasa fueron Huánuco, Amazonas, Huancavelica, Pasco y Junín. Respecto al cáncer de mama, se registran altas tasas de mortalidad en departamentos de la costa: Tumbes, Lima y Moquegua (Dirección General de Epidemiología, Perú, 2013).

Esta neoplasia tiene un impacto que rebasa la salud de la mujer en lo individual, afecta a la pareja, a la familia, a la sociedad y al sistema de salud. En la mayoría de los casos, un paciente con el diagnóstico de una neoplasia atraviesa un estado de

depresión y/o ansiedad; por el tratamiento al cual se debe someter, y la repercusión de ellos sobre su vida.

Los efectos secundarios inherentes a la enfermedad son los cambios en la capacidad de desempeñar sus funciones en la familia o muchas veces la presencia de ambos trastornos en pacientes oncológicos pasa inadvertida.

La repercusión del cáncer en la familia involucra al familiar, sea el cónyuge, hijos, hermanos, amigos cercanos, quienes brindan el apoyo al paciente. En ellos se presentan cuadros de depresión y ansiedad debido a la responsabilidad que tienen que asumir con el paciente y el temor a la inminente pérdida de su ser querido. Sumado a la frustración ante la impotencia de evitar el desenlace final, todo ello influye en su vida cotidiana (Cabrera, 2011).

El diagnóstico y el tratamiento de la depresión y/o la ansiedad en un paciente con cáncer son importantes debido a la posibilidad de reducir el dolor emocional, mejorar el ánimo, la autoestima, la solución de problemas y la capacidad de afrontar la realidad con entereza.

En momentos de la recurrencia de la enfermedad, comienzo de un nuevo tratamiento o fracaso del mismo, los pacientes son remitidos a un nosocomio. Brindar un soporte psiquiátrico desde el momento del diagnóstico de la enfermedad es una alternativa válida para afrontar de una mejor manera la enfermedad desde el comienzo, tanto al paciente como al cuidador.

Es por ello, la importancia de realizar un examen psiquiátrico no solo al paciente sino también al familiar, y darles el tratamiento adecuado con el propósito de la

adaptación del paciente a los cambios, la calidad de vida, la sintomatología, e incluso el posible efecto positivo en el curso de la enfermedad.

1.1.2 Formulación del problema.

Problema general ¿Cómo establecer la prevalencia de la ansiedad y la depresión en los pacientes con cáncer de mama y de sus cuidadores atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el período 2018?

Problemas específicos

1. ¿Qué relación existe entre las características sociales y demográficas en pacientes con cáncer de mama y sus cuidadores en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2018??
2. ¿Qué familiar cuida con mayor frecuencia al paciente con cáncer de mama en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2018?
3. ¿Cuál es las escalas de los estadios del paciente con cáncer de mamá en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2018?
4. ¿Cuál es la relación del tiempo de diagnóstico de los pacientes con cáncer de mama con el nivel de la presencia de ansiedad y depresión en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2018?
5. ¿Cuál es el plan terapéutico recibido por las pacientes con cáncer de mama y su relación con la presencia de ansiedad y depresión en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2018?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes nacionales. En el año 2016, la autora Berrospi Silvia y colaboradores, usando un diseño de estudio descriptivo con 385 pacientes con cáncer de mama en un Hospital Público de Lima, Perú. Encontró que la prevalencia de sintomatología depresiva fue de 21,29%, la edad promedio de las pacientes al momento del diagnóstico fue de 59, 56.

En este estudio se realizó un análisis bivariado, se encontró asociación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y grado de instrucción, disnea, insomnio, dolor, síntomas gastrointestinales y síntomas generales concluyendo que la depresión se asocia principalmente a síntomas gastrointestinales. (Berrospi, Herencia y Soto, 2017)

En el año 2012, las autoras Calva y Castro, usando un diseño de estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal con 130 paciente con cáncer de mama encontraron que el nivel de depresión en mujer con cáncer de mama estadio I-IV: grave: 50%, moderada: 42% y ausente: 8%, el nivel de ansiedad: grave: 56%, moderada 3% y ausente: 9%; el nivel de autoestima: bajo: 69%, mediano: 29% y alto: 2%. La investigación se realizó en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas – Trujillo, 2012.

Sin embargo, la debilidad del estudio se centra en el número de pruebas a realizar para el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos ya que superan los 50 ítems. La pregunta que permanece sin respuesta sobre la relación entre los factores psicosociales y el desarrollo de síntomas depresivos y ansiosos (Calva y Castro, 2014).

1.2.1 Antecedentes Internacionales. En el 2015, la autora Raquel Rey Villar, en el Complejo Universitario de A Coruña, utilizando un estudio observacional prospectivo con 339 participantes resultó que en el aspecto de comorbilidades la patología más frecuente asociada fue el sobrepeso con 34,9% dislipidémicas 27,7%, hipertensas 23,9% y 15% diabéticas.

Respecto al estadio al momento del diagnóstico 44,3% se encontraron en Estadio I, 38,1% en Estadio II y 10,4% en Estadio III, en relación a la terapia recibida al 100% de pacientes se les realizó cirugía (mastectomía) y posterior a ello como terapia sistémica 84,1% recibió radioterapia, 81,1% hormonoterapia y 54,4% recibió quimioterapia. En los resultados se observó que 49,8%, del total de pacientes, presentaban ansiedad al momento del diagnóstico con los siguientes estados: severo 45%, moderado 39,1% y leve 16%. Entre las mujeres que presentaban nivel de ansiedad severo se encontró de dos tipos: Ansiedad severa estado, el cual se asocia principalmente al estado civil casada (OR= 2.28) y la medicación ansiolítica o antidepresiva (OR= 2.13), en la Ansiedad Rasgo se relaciona con las mujeres que no trabajan (OR= 3.79), las del Estadio III y IV (OR= 2.6) y las que presentan como síntoma hinchazón mamaria (OR=5.32). (Rey, 2017).

Los síntomas que más afectan la calidad de vida son el insomnio, fatiga y la preocupación por la pérdida del cabello. Así mismo dentro de sus conclusiones los factores sociales, psicológicos y físicos son determinantes de la calidad de vida global y ansiedad en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama en España (Rey, 2017).

En el año 2011, la investigadora Ornelas y colaboradores, usando un diseño de estudio transversal descriptivo con 203 mujeres con cáncer de mama en estadio 0-III,

encontró que la prevalencia de ansiedad y depresión fue del 27% y 28% respectivamente. El mismo estudio indica que la escolaridad y ocupación tuvieron un efecto significativo sobre la depresión; mientras que "vive con" resultó significativa únicamente con ansiedad, significativamente las pacientes deprimidas presentaron más efectos secundarios que las no deprimidas. Entre los efectos secundarios más reportados fueron resequedad en la boca, irritación de la piel y dolor en la zona irradiada.

Sin embargo, este estudio presentó la siguiente debilidad, al momento de realizar la entrevista no se especifica los puntos preguntados al paciente por lo tanto no sabemos si a todos se les pregunto lo mismo. La pregunta que permanece sin respuesta es el rol de las creencias específicas relacionadas a la enfermedad como tratamiento. (Ornelas, Tufiño y Sánchez, 2011)

En el año 2009, la autora Andrea Cabrea, usando un diseño de estudio descriptivo observacional transversal con 27 participantes de los cuales 17 eran pacientes oncológicos y 10 familiares se encontró que el 60% de las familias con miembros que padecen enfermedad oncológica y que lo acompañan en ese proceso son mayores de 50 años y en 70% pertenece a familias nucleares, con predominancia del cónyuge.

El estudio señala en cuánto a la percepción sobre la dinámica familiar ante de la existencia de la enfermedad: 70% es buena, dirigida al cumplimiento de las funciones familiares. Sin embargo, la debilidad del estudio recae en que su muestra es reducida por lo que es difícil generalizar su resultado (Cabrera y Ferraz, 2011).

En el año 2008, Betancourt y Aristizábal, usando un diseño de estudio descriptivo transversal con 40 pacientes con cáncer de mama se encontró que 57.5% presentó trastornos de ansiedad y depresión hospitalaria según la escala de Zigmond y Snaith.

En el caso del tiempo de evolución en las pacientes con trastorno es más frecuente en pacientes con 6 meses – 1 año de diagnóstico de la enfermedad en 17,5 % y en 0 meses – 6 años con 15%; el trastorno de ansiedad y depresión hospitalaria estuvo presente más frecuente en aquellas pacientes que recibieron quimioterapia en 35% y 22,5% cirugía. (Betancourt y Aristizábal, 2008)

La relación de la recidiva a instituciones hospitalarias con trastornos de ansiedad y depresión hospitalaria estuvo presente con mayor frecuencia en un 50% en las mujeres con recidivas entre 1 – 3 veces y 5% sin recidivas. La debilidad del estudio radica en la población ya que solo fueron 40 pacientes. (Betancourt y Aristizábal, 2008)

En el año 2000, los autores Cervera y Aubá, usando un diseño de estudio caso con 455 pacientes con cáncer de mama, encontró que tras el diagnóstico del cáncer se produce un desgaste en la relación conyugal, que se manifiesta en una disminución del consenso, satisfacción y expresión emocional en el cónyuge y al mismo tiempo incrementa el grado de cohesión diádica.

En el primer mes tras el diagnóstico del cáncer de mama, en la familia de la paciente no se detecta una alteración en las características estructurales, como la cohesión y la adaptabilidad; la cirugía conservadora tiene ventajas sobre la cirugía radical en lo referido a la respuesta psicológica y al ajuste conyugal de la paciente, en el primer mes posterior al diagnóstico del cáncer. (Cervera y Aubá, 2005).

En el año 1999, el autor Rodríguez Vera y colaboradores, usando un diseño de estudio descriptivo con 905 participantes, de los cuales 534 fueron pacientes oncológicos españoles y 371 cuidadores familiares, encontró que 15,7% de los pacientes oncológicos dieron positivo en la subescala de ansiedad incluida dentro de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y el 14,6% lo hicieron en la subescala de depresión.

En cuanto a los cuidadores familiares el 36,4% de ellos obtuvieron altas puntuaciones en la subescala de ansiedad y el 9,2% lo hicieron en la subescala de depresión. (Rodríguez et al., 2002)

Sin embargo, este estudio tuvo las siguientes debilidades no se excluyó a los pacientes con historia psiquiátrica, las reacciones agudas de estrés influyen en HADS dando puntuaciones altas. La pregunta que permanece sin respuesta es si los pacientes con bajo puntaje deben ser derivados a una consulta psiquiátrica.

(Rodríguez et al., 2002)

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general. Establecer la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama y en sus cuidadores en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo Enero – Diciembre del 2018.

1.3.2 Objetivos específicos.

1. Describir las características sociales y demográficas en pacientes con cáncer de mama y sus cuidadores en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2018.
2. Establecer el parentesco familiar del cuidador con el paciente con cáncer de mama en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2018.

3. Determinar el estadio de la enfermedad en el paciente con cáncer de mamá en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2018.
4. Determinar la relación entre el tiempo de diagnóstico de los pacientes sus niveles de depresión y ansiedad en ellos.
5. Identificar el plan terapéutico recibido por las pacientes con cáncer de mama y su relación con la presencia de ansiedad y depresión en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2018.

1.4 Justificación de la investigación. El tema de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer ha sido ampliamente estudiado; sin embargo, los estudios que abordan la correlación de los mismos con los familiares son escasos.

El presente estudio evalúa la prevalencia de los trastornos psiquiátricos tanto en el paciente con cáncer de mama y en su cuidador.

A la paciente con cáncer de mama es común que se le asocie con la ansiedad y la depresión después de ser detectado el tumor, sobre todo después del tratamiento. El paciente suele desarrollar estas entidades, por el miedo y rechazo a la presencia del tumor, a la recidiva de este, o al mismo tratamiento.

Sin embargo, la ansiedad y la depresión se manifiestan en los familiares, ante la posibilidad de perder a su familiar, todo ello repercute sobre su ámbito social, laboral, familiar. Respecto al tratamiento recibido por la paciente es conocido que la respuesta es menor en las pacientes deprimidas y que existe un aumento de la mortalidad.

Todo ello, conlleva a establecer la prevalencia de la ansiedad y la depresión en la paciente con cáncer de mama y su cuidador para evidenciar la necesidad de un apoyo psiquiátrico oportuno durante el transcurso de la enfermedad.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Bases teóricas. La adaptación del paciente al cáncer, tanto psicológica y social, ha sido definida como un proceso continuo en el que el paciente procura manejar el sufrimiento emocional y controlar los acontecimientos de su vida teniendo en cuenta su enfermedad actual. Esta adaptación es un conjunto de respuestas constantes para poder superar la crisis del convivir con cáncer. (National Institute of Health [NHI], 2018).

El paciente que se enfrenta a una nueva situación que es el padecer cáncer debe manejar un gran número de circunstancias estresantes tales como las inherentes a la enfermedad (diagnóstico, tratamiento, recidiva, etc.), sus propias circunstancias que derivan de su personalidad y sus experiencias anteriores, esto influirá de manera importante en el curso de la enfermedad. (Ferrero, 1993)

Un factor importante que influye en la adaptación es el grado de soporte y apoyo que el paciente recibe por parte de su familia. Estudios realizados por investigadores concluyen que cuando los pacientes tienen apoyo tanto familiar como social logran una adaptación exitosa a la situación provocada por la enfermedad. Mientras que la sobreprotección y la crítica desarrolla estados de ánimo negativos y estrés en los pacientes.

A la vez se menciona que el estrés que experimentan los familiares, en especial la pareja es tan igual o inclusive mayor que el de los propios pacientes, esta situación es por lo general no tomada en cuenta y por ello no es evaluada ni tratada.

Las personas con cáncer presentan síntomas físicos propios de la enfermedad y efectos adversos como consecuencias del tratamiento recibido, esto influye en la

calidad de vida e incrementa el riesgo de desarrollar niveles graves de ansiedad y depresión. (Vázquez et al., 2003).

Las tasas más altas de depresión se observan en pacientes con cáncer de páncreas, orofaringe y mama. (Miomic y Block, 2007).

Se ha encontrado una alta relación entre el desarrollo de depresión en pacientes con cáncer localizado el cual se muestra en el nivel de ORL (22 al 57%), páncreas tiene 33 al 53%, mama del 1,5 a 46% y pulmón de 11 al 44%. (Peter y Trask, 2004)

En relación al género en los estudios realizados se ha demostrado más alteraciones psicopatológicas en mujeres que en hombres. (Massie, 2004)

2.2.1 Ansiedad. La ansiedad se manifiesta como el aviso de un peligro inminente, ante el cual la persona adopta las medidas adecuadas para confrontar una amenaza, forma parte de una respuesta natural a diferentes situaciones cotidianas estresantes. No obstante la ansiedad se convierte en patológica cuando excede la capacidad adaptativa de la persona y ocasiona un malestar relevante que afecta a los aspectos físico, psicológico y conductual. (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria salud, 2016).

Los trastornos de ansiedad es un término que involucra diversos tipos de trastornos mentales, caracterizadas por miedo y ansiedad anormal y patológica.

Entre las causas implicadas se tienen factores biológicos relacionados con alteraciones en sistemas gabaérgicos y serotoninárgicos, anomalías estructurales en el sistema límbico, principalmente córtex paralímbico. (Fernández et al., 2009)

Además, se deben considerar los aspectos asociados a estresores ambientales y los aspectos psicosociales como situaciones de estrés, el ambiente familiar, preocupaciones excesivas.

En concordancia con la clasificación de los trastornos de ansiedad (Association American Psychiatric, 2013), en el presente estudio se tomará en cuenta solo el trastorno de ansiedad generalizada cuyos criterios de diagnóstico son los siguientes (Stein y Sareen, 2015):

1. La ansiedad excesiva y preocupación acerca de varios acontecimientos han ocurrido más días de los que han estado ausentes los últimos seis meses.
2. La persona tiene dificultades para controlar la preocupación.
3. La ansiedad y preocupación se asocian con al menos tres de los seis síntomas siguientes (sólo se requiere un síntoma en niños): inquietud o una sensación de ser agitado o "al límite", siendo fácilmente fatigado, tener dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, y trastornos del sueño.
4. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos asociados provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes de la actividad.
5. La alteración no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia o condición médica.
6. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

2.2.2 Depresión. La depresión se describe como sentimientos tristes o melancólicos, son pasajeros y desaparecen en días; sin embargo cuando interfiere en la vida diaria y desempeño normal causa dolor tanto para el paciente como para su familia. La

depresión es un trastorno común y grave, la mayoría de las personas que lo padecen no reciben un tratamiento adecuado.

Entre las causas biológicas de la depresión están involucrados los sistemas noradrenérgicos, serotoninérgicos y dopaminérgicos. (Fernández et al., 2009).

De la clasificación de los trastornos depresivos, según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DMS-5), en el presente estudio se tomará en cuenta solo el trastorno de depresión mayor cuyos criterios son los siguientes:

1. Síntomas principales (≥ 1 requerido para el diagnóstico)

- * Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- * Anhedonia o marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades

2. Síntomas adicionales:

- * Pérdida de peso clínicamente significativa o aumento o disminución en el apetito.
- * Insomnio o hipersomnias.
- * Agitación o retardo psicomotor.
- * Fatiga o pérdida de energía.
- * Sentimientos de impotencia o de culpa excesiva.
- * Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión.
- * Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

Cinco o más de los siguientes síntomas deben estar presentes casi todos los días durante un período de 2 semanas. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013)

2.2.3. Detección de Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos. Con el fin de

identificar a los pacientes con trastornos emocionales se han creado instrumentos para seleccionarlos. La tabla N° 1 hace mención a lo indicado

Tabla N° 1.

Herramientas de detección

HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ● Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ● Distress Thermometer & Problem Lis ● Psychological Distress Inventory ● Edinburg Depression Scale ● FBrief Symptom Inventory (BSI) ● Zung Self-Rating Depression Scale ● The Paient Health Questionnaire – 2 (PHQ-2) ● The Pacient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)

Fuente. National Cancer Institute at the National Institutes of Health

2.2.3.1 Escala hospitalaria de ansiedad y depresión - HADS. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) fue diseñada por Zigmond y Sanith en 1983 como instrumento de screening para poder detectar pacientes con trastornos afectivos.

La HADS tiene el objetivo de detectar trastornos ansiosos y depresivos en el ámbito de servicios hospitalarios no psiquiátricos que cumplieran las siguientes condiciones:

- No presentar la sintomatología de la patología física del paciente.
- Diferenciar claramente entre los trastornos de tipo ansioso y depresivo.

(Zigmond y Snaith, 1983).

La HAD está constituida por 14 ítems, cada ítem es valorado según una escala de 4 opciones que van de 0 a 3. Los ítems se agrupan a dos subescalas, cada una de ellas con 7 ítems, la tabla 2 muestra lo mencionado.

Tabla N°2

Subescala de depresión y ansiedad

SUBESCALA DE DEPRESIÓN
Centrada en la anhedonia (Disfrute, risa, alegría, torpeza, interés por el aspecto personal, ilusión). Son los ítems pares. La sub escala de depresión recoge los tres aspectos básicos de la depresión, el ánimo deprimido, la pérdida de interés o de placer y la disminución de energía.
SUBESCALA DE ANSIEDAD
Centrada en sus manifestaciones psíquicas (tensión, nerviosismo, preocupación, inquietud, nervios en el estómago, angustia). Son los ítems impares.

Fuente: Zigmond y Snaith, 1983

En esta encuesta el paciente ha de contestar a cada ítem utilizando una escala tipo Likert, en cualquier caso, la escala oscila entre 0 (nunca, ninguna intensidad) y 3 (casi todo el día, muy intenso). Las puntuaciones de 0 a 7 indican ausencia de morbilidad significativa, la puntuación de 8 – 10 es Caso Probable y se interpreta como un caso borderline y las puntuaciones mayores a 10 se consideran como Probablemente caso y se consideran indicativas de morbilidad. (Zigmond et al., 1983)

2.2.4 Cáncer de mama. El cáncer de mama es considerado la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer adulta en Latinoamérica y en el ámbito mundial, representa aproximadamente 16% de los cánceres femeninos, el porcentaje se incrementa para países en vías de desarrollo. (OMS, 2016)

Los factores de riesgo relacionados son los siguientes: la edad, en la cual la frecuencia incrementa hasta alcanzar los 40 y 54 años; la historia familiar, en la cual el riesgo es de 1.8 veces por cada integrante de primer grado con antecedente de cáncer de mama. Respecto a los estrógenos se ha establecido que la menarquia, antes de los 11 y menopausia después de los 54 años de edad, incrementa el riesgo de padecer esta neoplasia, además de la nuliparidad. La terapia hormonal de reemplazo por tiempo mayor de 5 años incrementa en 2% anual el riesgo de padecer cáncer de mama. En las mujeres posmenopáusicas se ha demostrado la asociación entre obesidad y cáncer de mama; se considera que el Índice de Masa Corporal (IMC) de 27 o mayor, para talla normal, y de 25 o mayor para la población de talla baja es un factor de riesgo. (Figuroa, Arreygue, Olvera, Sánchez y Mendiola, 2008).

El estadiaje del cáncer de mama, teniendo en cuenta el tamaño del tumor, diseminación a un ganglio linfático y metástasis a órganos distantes, es el siguiente:

Estadio 0: Carcinoma in situ.

Estadio I: Menor o igual a 2cm sin propagación a ganglios axilares.

Estadio II:

IIA: Menor igual a 2 cm y extendido hacia los ganglios linfáticos de la axila o de (2 a 5) cm, pero sin extenderse hacia los ganglios linfáticos de la axila.

IIB: De (2 a 5) cm y se ha extendido hacia los ganglios linfáticos axilares o mayor a 5 cm, pero sin diseminación a ganglios axilares.

Estadio III:

IIIA: Tumor menor a 5cm y se ha extendido a ganglios linfáticos de la axilar o mayor a 5cm y se ha extendido hasta los ganglios del brazo.

IIIB: Tumor de cualquier tamaño y extendido hacia los tejidos cercanos a la mama: piel, pared torácica, músculos y costillas

Estadio IV: Cáncer metastásico a huesos, pulmones o ganglios lejanos. (Breastcancer, Estadios del cáncer de mama, 2015)

El diagnóstico se realiza mediante una mamografía, ecografía, resonancia magnética o biopsia, la cual se puede realizar por palpación directa o guiada por ecografía.

CAPITULO III: MÉTODO

3.1. Tipo de investigación. La investigación es de tipo observacional porque no se ha intervenido en las variables, solo se ha observado y descrito la realidad. Es de tipo descriptivo, porque busca evidenciar los impactos importantes en personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

El estudio es transversal, debido a que se analizaron datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra. El estudio es de tipo prospectivo porque el planteamiento y la dirección de la investigación fueron progresivos. (Veiga, De La Fuente y Zimmerman, 2008)

3.2. Ámbito temporal y espacial. El presente estudio se realizó durante el periodo de enero a diciembre del 2018 en la consulta externa del Servicio de Oncología. Así como el Pabellón de Ginecología – Oncología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Los pacientes que se atienden en este servicio son generalmente SIS; sin embargo, hay un pequeño grupo que se atiende como particulares.

3.3. Población y muestra

3.3.1 Población. La población está conformada por los casos nuevos de cáncer de mama detectados en el año 2016 que fueron 1484 pacientes, estos datos están registrados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. (Estadísticas, Datos Epidemiológicos, 2016).

3.3.2 Muestra. La muestra es de tipo probabilística por lo cual para calcular el tamaño se empleó el programa virtual de estadísticas epidemiológicas de código abierto para Salud Pública: OpenEpi en una versión 3.03. Se consideró la prevalencia de ansiedad

(15.7%) y depresión (14,6%) en pacientes con cáncer de mama obtenido del estudio “Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y sus cuidadores” (Rodríguez et al., 2002).

La frecuencia anticipada considerada fue 15.7% por ser la que mayor tamaño de muestra proporcionó. Como consecuencia, el programa determinó un tamaño de muestra de 179 personas.

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	1484
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	15.7%+/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1
Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza	
IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	179
80%	83
90%	131
97%	214
99%	285
99.9%	414
99.99%	521
Ecuación	
Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$	

Figura 1. Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población para 15 7 % de ansiedad en pacientes con cáncer a la mama.

Fuente. Elaboración propia, utilizando el programa estadístico OpenEpi versión 3. 2018.

3.4. Variables. Las variables presentes en este estudio se presentan en la Tabla N° 3 que se muestra a continuación.

Tabla N°3

Variables

	ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS	ASPECTOS CLÍNICOS
Ansiedad	Edad	Estadaje de la neoplasia
Depresión	Sexo	Terapéutica empleada
	Procedencia	Tiempo desde el diagnóstico
Parentesco familiar	Estado civil	Comorbilidades
	Trabajo	Enfermedad psiquiátrica

Fuente. Elaboración propia, 2019.

3.4.1. Operacionalización de Variables. La Tabla N°4 presenta las variables que intervienen en la presente investigación y la operacionalización de variables correspondiente.

Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Indicador	Medio de verificación	Categorías	Valores de categorías
Edad	Cuantitativa	Fecha de nacimiento	Ficha de recolección de datos	Jóvenes Adultos Adultos mayores	18 - 24 25 - 59 > 60
Sexo	Cualitativa nominal	Historia clínica	Historia clínica	Masculino Femenino	M F
Ansiedad	Cualitativa ordinal	Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión	Ficha de recolección de datos	No indica caso Caso probable Sub escala de ansiedad	0 - 7 8 -10 > 11
Depresión	Cualitativa ordinal	Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión	Ficha de recolección de datos	No indica caso Caso probable Sub escala de ansiedad	0 - 7 8 -10 > 11
Edad al diagnóstico	Cuantitativa	Tiempo en años	Ficha de recolección de datos	Jóvenes Adultos Adultos mayores	18 - 24 25 - 59 > 60
Parentesco familiar con el cuidador	Cualitativa nominal	Parentesco familiar	Ficha de recolección de datos	----- Estadio 0	----- Carcinoma in situ
Estadaje de la neoplasia	Cualitativa ordinal	Tamaño del tumor, nivel de GL y metástasis	Historia clínica	Estadio I Estadio II Estadio IIIA Estadio IIIB Estadio IV Terapia hormonal sustitutiva	< 2 cm > 2 cm > 5 cm Invasión a piel, tórax y/o GL Metástasis THS
Terapéutica empleada	Cualitativa nominal	La terapia recibida	Ficha de recolección de datos	Radioterapia Quimioterapia Cirugía	RT QT Qx
Procedencia	Cualitativa nominal	Lugar donde nace	Ficha de recolección de datos	Lima Centro Lima Norte Lima Este Callao Provincia	-----
Tiempo de tratamiento	Cuantitativa	Tiempo en meses	Ficha de recolección de datos	< a 6 meses 7-12 meses 13- 18 meses 19- 24 meses >25 meses	-----
Enfermedad psiquiátrica	Cualitativa nominal	Interconsulta a psiquiatría	Ficha de recolección de datos	Presente Ausente	Sí No
Comorbilidad	Cualitativa nominal	Historia clínica	Historia clínica	Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus Enfermedad Tiroidea Obesidad Ninguna	-----
Estado civil	Cualitativa nominal	Documento Nacional de Identidad	Ficha de recolección de datos	Soltera Casada Viuda	
Trabajo	Cualitativa nominal	Situación laboral actual	Ficha de recolección de datos	Presente Ausente	Sí No

Fuente. Elaboración propia, 2018.

3.6. Técnica. La presente tesis tiene la técnica de Encuesta la cual es muy empleada como procedimiento de investigación pues permite recoger y elaborar datos de manera rápida y efectiva. La encuesta es una técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados a través de los cuales recolecta y analiza un conjunto de datos de una muestra representativa de una población más amplia, del cual se quiere describir, inferir y/o extrapolar una serie de características.(Casas, Repullo y Donado, 2003)

3.7. Instrumentos

3.7.1 Cuestionario de la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS). Es un cuestionario que consta de 14 preguntas, integrado por dos subescalas de siete preguntas cada una, una de ansiedad (preguntas impares) y otra de depresión (preguntas pares). Las opciones de respuesta fueron tipo Likert que oscilan del cero al tres, dando un puntaje mínimo de cero y un puntaje máximo de 21 para cada subescala.

Originalmente, los puntos de corte de cero a siete implican la ausencia de ansiedad y/o depresión clínicamente relevante, de ocho a diez que requiere consideración y del 11 al 21 la presencia de sintomatología relevante y un probable caso de ansiedad y/o depresión. Para obtener los puntajes de ansiedad o depresión de cada paciente y cuidador, se suma los puntajes parciales de las 14 preguntas y con ello se clasificó según lo explicado previamente. (Anexo 1)

La HADS es un cuestionario internacionalmente validada y utilizada ampliamente en estudios e investigaciones, pero en el caso del Perú todavía no hay estudios que la validen. Para el presente estudio se aprobó la validez y fiabilidad de la HADS con un Juicio de Expertos, los cuales analizaron los objetivos de la presente investigación y

concluyeron que esta escala es útil para dar respuesta a los problemas de la presente tesis (Anexo 6, 7 y 8).

3.7.2. Ficha de recolección de datos. Es un formato de elaboración propia teniendo en cuenta los datos requeridos para la realización del presente estudio entre los que se encuentra 5 ítems que corresponde al aspecto social – demográfico, tales como: género, edad, estado civil, trabajo y procedencia; 5 ítems para los aspectos clínicos tales como: estadio de enfermedad, terapéutica empleada, tiempo desde el diagnóstico, comorbilidades y enfermedad psiquiátrica. Además de 1 ítem para conocer el parentesco del cuidador con el familiar. (Anexo 2)

3.8. Procedimientos.

3.8.1. Recolección de datos. La recolección de datos de las pacientes con cáncer de mama y de los cuidadores se realizó en la consulta externa y en el pabellón de hospitalización del Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Después que culminó la consulta y la visita médica del pabellón se conversó con ellos y se les pidió que lean el Consentimiento Informado, si ambos estaban de acuerdo con todo lo estipulado en el mismo lo firmaran y de esta manera dábamos por inicio la entrevista con la paciente y el cuidador.

Primero se realizaron las preguntas consignadas en la ficha de recolección de datos. Posteriormente, se aplicó la encuesta de Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en la paciente con cáncer de mama como en su cuidador, para ellos se les informó que eran preguntas acerca de su estado emocional durante la última semana incluyendo el día de la encuesta; se procedió a leer cada pregunta y

explicarla por si alguno de ellos tenía dificultades para entenderla. Se realizaron 14 y las posibles respuestas, tanto el paciente como el cuidador seleccionaron las respuestas según sus criterios.

Al finalizar este proceso se agradeció su participación y se les recalcó que sus respuestas iban a ser confidenciales, posterior a ello se revisó la historia clínica de la paciente para determinar el estadio del cáncer de mama y corroborar la terapia empleada. Finalmente, se verificó que todos los ítems de la encuesta estén completos y se culminó con la recolección de datos.

3.8.2. Procesamiento de datos. Para el procesamiento y análisis de datos, estos se ingresaron a la base de datos en formatos del programa estadístico SPSS versión 22. Se realizaron pruebas estadísticas, elaboraron tablas y además de gráficos para detallar la distribución de las variables. Los datos recolectados son validados con la prueba estadística Alpha de Cronbach para establecer la consistencia de la información. La tabla 4 presenta el rango de valores del Alpha de Cronbach.

Tabla N°5

Consistencia de datos

Alpha de Cronbach	Consistencia interna
$\alpha \geq 0.9$	Excelente
$0.9 > \alpha \geq 0.8$	Buena
$0.8 > \alpha \geq 0.7$	Aceptable
$0.7 > \alpha \geq 0.6$	Cuestionable
$0.6 > \alpha \geq 0.5$	Pobre
$0.5 > \alpha$	Inaceptable

Fuente. Recuperado de <https://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>

Seguidamente se realiza la prueba estadística de correlación de variables para determinar el grado de dependencia entre variables. La tabla 5 presenta la interpretación de los rangos de valores del coeficiente de correlación.

Tabla N°6

Interpretación de la Escala de Coeficiente de Correlación

Coeficiente	Interpretación
$r = 1$	Correlación perfecta
$0.80 < r < 1$	Muy alta
$0.60 < r < 0.80$	Alta
$0.40 < r < 0.60$	Moderada
$0.20 < r < 0.40$	Baja
$0 < r < 0.20$	Muy baja
$r = 0$	Nula

Fuente. Recuperado de <https://www.tesiseinvestigaciones.com/estadiacutesticos-descriptivos/coeficiente-de-pearson>

3.8.3 Análisis de la información. Para interpretar la información de los datos se elaboran

dos tipos de tablas de datos:

1. Tabla de distribución de frecuencias. Los datos son agrupados en categorías mutuamente excluyentes que indican el número de observaciones en cada categoría. Esto proporciona un valor añadido a la agrupación de datos.
2. Tabla de contingencias. Los datos se ordenan en una tabla bidimensional donde se clasifican las observaciones muestrales según dos características, cada una con un número determinado de resultados posibles.

Las tablas elaboradas permitirán la descripción de las variables de manera objetiva, sobre bases cuantitativas. Los resultados se comparan con estándares y/o referencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud.

3.9. Aspectos Éticos. En el presente estudio se actuó respetando los principios del Informe de Belmont y la Declaración de Helsinki, debido a que en todo momento se actuó respetando los principios éticos básicos tales como la autonomía y justicia; pues se contó con un consentimiento informado (Anexo 3), donde se informó sobre la finalidad del estudio, la condición de anonimato que se mantendrá sobre los datos de los encuestados y que la información obtenida es exclusivamente para fines académicos y no se develará para otras actividades.

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1 Prueba de consistencia interna de los datos. Los datos de las encuestas realizadas a los pacientes y cuidadores fueron sometidos a la prueba estadística de consistencia interna Alpha de Cronbach. Los resultados se presentan en la tabla 6 y la tabla 7.

Tabla N°7

Prueba estadística de fiabilidad de encuestas de pacientes

		Alpha de Cronbach	N de elementos
		0,810	12
		N	%
Casos	Valido	175	100.0
	Excluido	0	0.0
Total		175	100.0

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22, 2019.

Tabla N°8

Prueba estadística de fiabilidad de encuestas de cuidadores

		Alpha de Cronbach	N de elementos
		0,765	9
		N	%
Casos	Valido	175	100.0
	Excluido	0	0.0
Total		175	100.0

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22, 2019.

4.2 Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama

Tabla N°9

Porcentaje de pacientes que presentan ansiedad según HADS

	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Puntaje <= a 7	38,5	38,5	38,5
Puntaje entre 8 - 10	27,7	27,7	66,2
Puntaje >= a 11	33,8	33,8	100,0
Total	100,0	100,0	

La tabla muestra que el 33,8% de pacientes presentan ansiedad según la HADS.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°10

Porcentaje de pacientes que presentan depresión según escala HADS.

	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Puntaje <= a 7	43,1	43,1	43,1
Puntaje entre 8 - 10	26,2	26,2	69,2
Puntaje >= a 11	30,8	30,8	100,0
Total	100,0	100,0	

En esta tabla se muestra que el 30,8% de pacientes presenta depresión según la HADS.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

4.3 Ansiedad y depresión en cuidadores

Tabla N°11

Porcentaje de cuidadores que presentan ansiedad según escala HADS.

		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Puntaje <= a 7	53,3	53,3	53,3
	Puntaje entre 8 - 10	23,3	23,3	76,7
	Puntaje >= a 11	23,3	23,3	100,0
	Total	100,0	100,0	

La tabla nos presenta que el 23,3% de los cuidadores tiene ansiedad según la HADS
Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°12

Porcentaje de cuidadores que presentan depresión según escala HADS.

		Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Puntaje <= a 7	61,7	61,7	61,7
	Puntaje entre 8 - 10	31,7	31,7	93,3
	Puntaje >= a 11	6,7	6,7	100,0
	Total	100,0	100,0	

En esta tabla se evidencia que el 6,7% de los cuidadores presenta depresión según la HADS.
Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

4.4 Aspectos sociodemográficos

4.4.1 Género

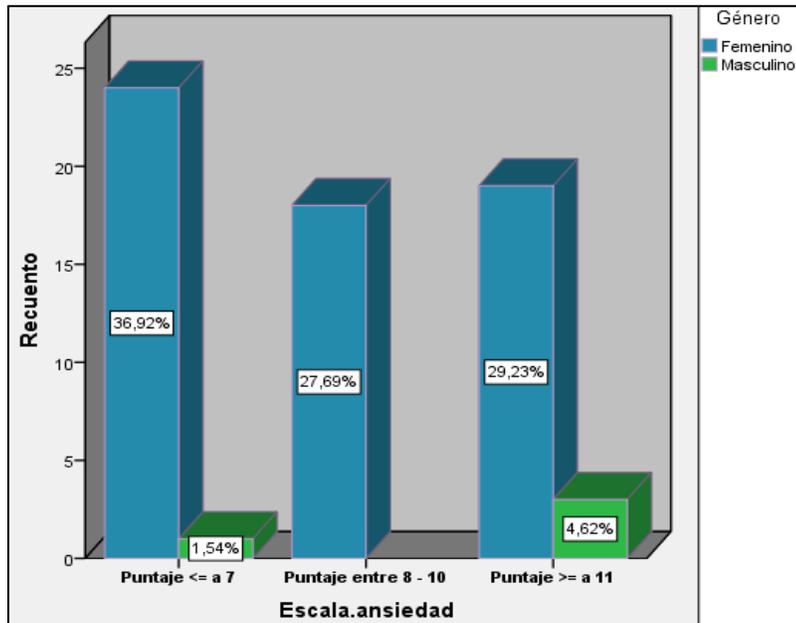


Figura 2. Porcentaje de pacientes con ansiedad según el género.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

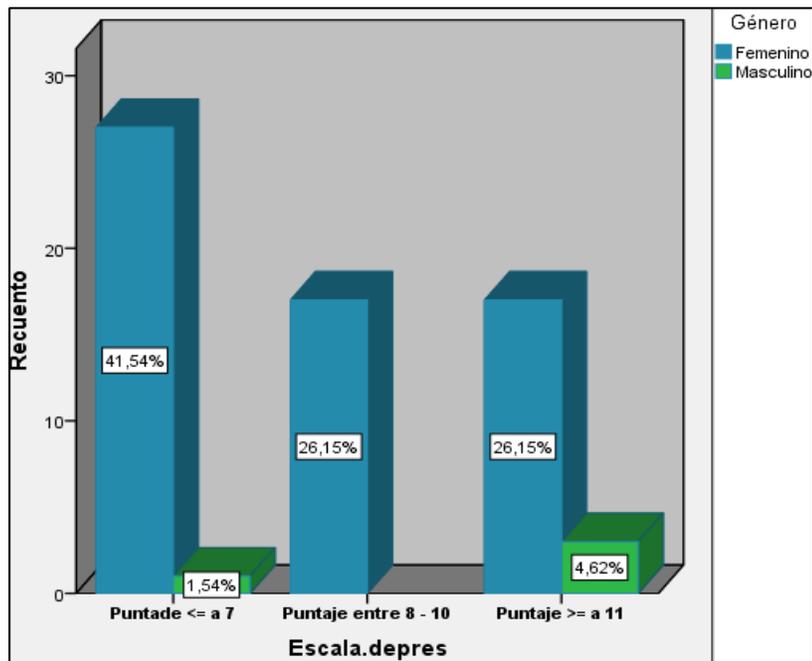


Figura 3. Porcentaje de pacientes con depresión según el género.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

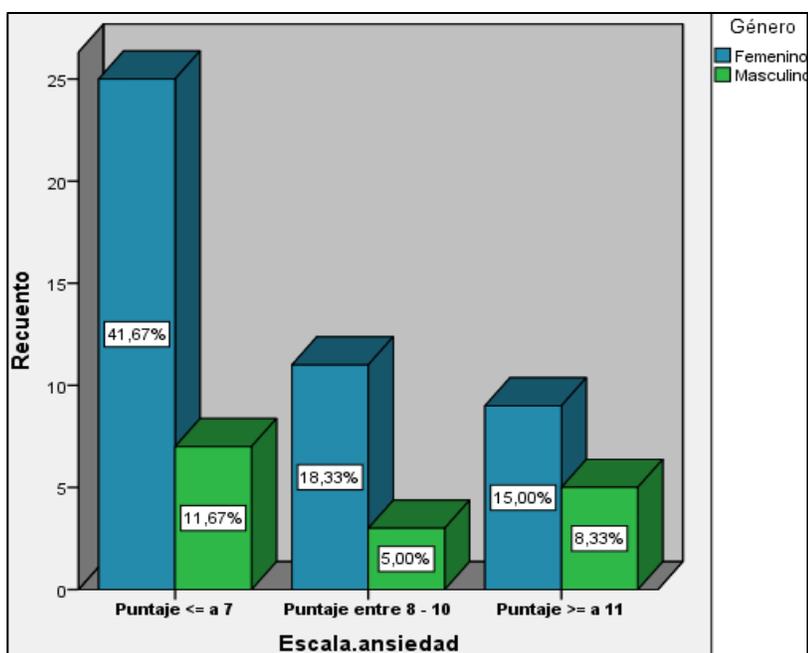


Figura 4. Porcentaje de cuidadores con ansiedad según el género.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

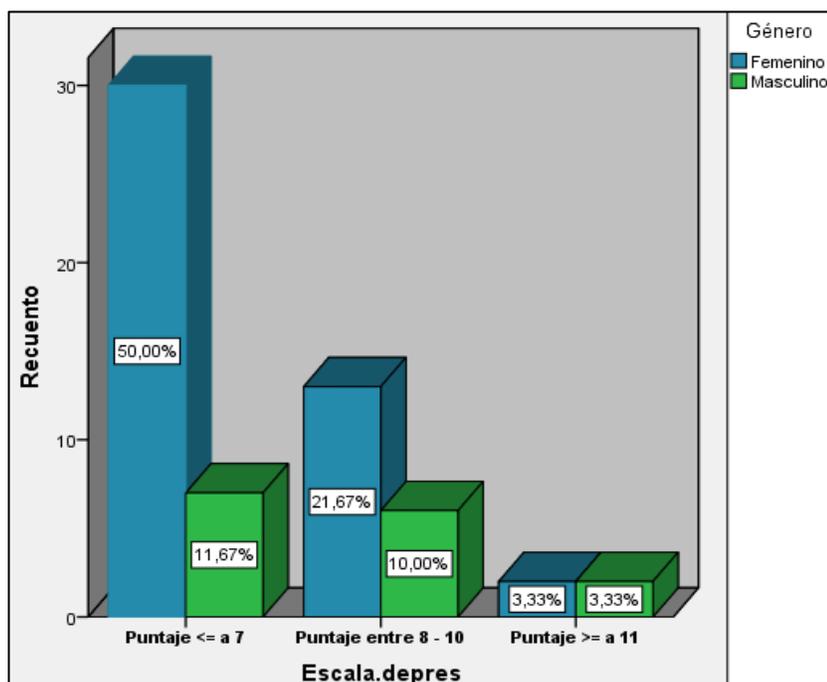


Figura 5. Porcentaje de cuidadores con depresión según el género.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

4.4.2 Edad

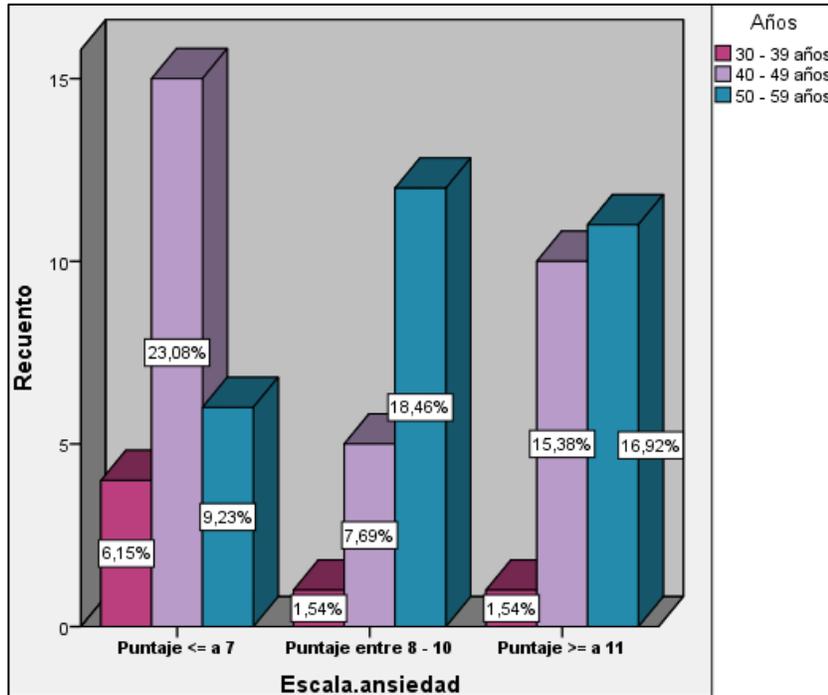


Figura 6. Porcentaje de pacientes con ansiedad según rango de edad.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

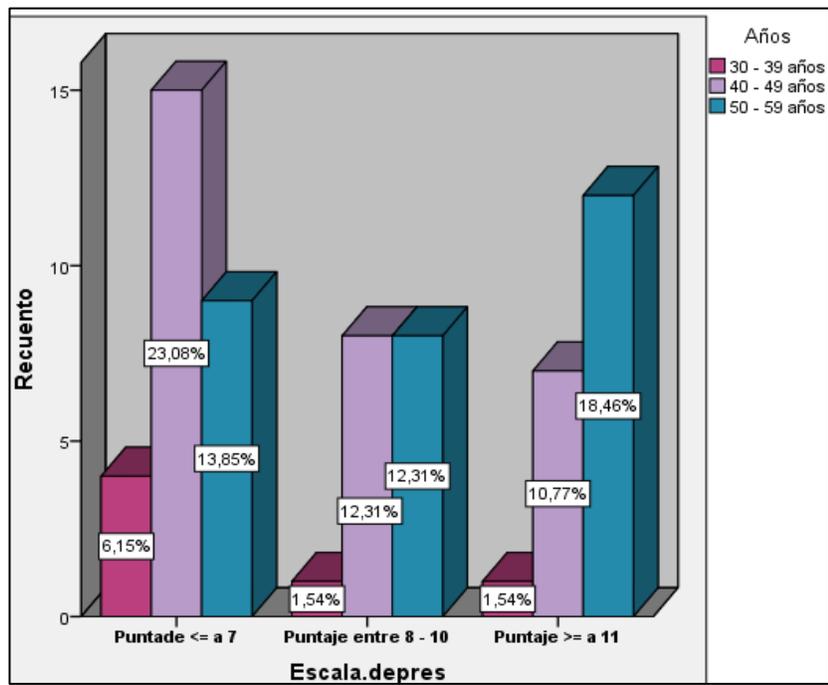


Figura 7. Porcentaje de pacientes con depresión según rango de edad.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°13

Porcentaje de cuidadores con ansiedad según rango de edad

			Años					Total
			20 - 29 años	30 - 39 años	40 - 49 años	50 - 59 años	Mayor a 60 años	
Escala de ansiedad	Puntaje <= a 7	% del total	20,0%	18,3%	8,3%	3,3%	3,3%	53,3%
	Puntaje entre 8 - 10	% del total	8,3%	3,3%	5,0%	3,3%	3,3%	23,3%
	Puntaje >= a 11	% del total	5,0%	6,7%	6,7%	3,3%	1,7%	23,3%
	Total	%	33,3%	28,3%	20,0%	10,0%	8,3%	100,0%

La tabla nos muestra que el mayor porcentaje de cuidadores con ansiedad lo tiene el grupo de 30-39 años y 40-49 años con un 6,7% cada uno.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°14

Porcentaje de cuidadores con depresión según rango de edad

			Años					Total
			20 - 29 años	30 - 39 años	40 - 49 años	50 - 59 años	Mayor a 60 años	
	Puntaje <= a 7	% del total	23,3%	18,3%	11,7%	5,0%	3,3%	61,7%
Escala de depresión	Puntaje entre 8 - 10	% del total	8,3%	8,3%	8,3%	3,3%	3,3%	31,7%
	Puntaje >= a 11	% del total	1,7%	1,7%	0,0%	1,7%	1,7%	6,7%
	Total	%	33,3%	28,3%	20,0%	10,0%	8,3%	100,0%

En esta tabla se evidencia que en todos los rangos de edades de los cuidadores se presentó 1.7% de depresión a excepción de la edad 40-49 años.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

4.4.3 Procedencia

Tabla N°15

Porcentaje de pacientes con ansiedad según procedencia.

		Escala ansiedad			Total	
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11		
Origen	Lima Centro	% del total	12,3%	3,1%	6,2%	21,5%
	Lima Norte	% del total	9,2%	6,2%	9,2%	24,6%
	Lima Este	% del total	10,8%	7,7%	9,2%	27,7%
	Callao	% del total	1,5%	4,6%	1,5%	7,7%
	Provincias	% del total	4,6%	6,2%	7,7%	18,5%
	Total	%	38,5%	27,7%	33,8%	100,0%

La tabla evidencia que Lima concentra el mayor porcentaje de pacientes con ansiedad con un total de 24,6% del total.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°16

Porcentaje de pacientes con depresión según procedencia.

		Escala depresión			Total	
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11		
Origen	Lima Centro	% del total	15,4%	4,6%	1,5%	21,5%
	Lima Norte	% del total	9,2%	7,7%	7,7%	24,6%
	Lima Este	% del total	9,2%	6,2%	12,3%	27,7%
	Callao	% del total	6,2%	1,5%	0,0%	7,7%
	Provincias	% del total	3,1%	6,2%	9,2%	18,5%
	Total	%	43,1%	26,2%	30,8%	100,0%

En esta tabla observamos que en Lima se concentra el mayor porcentaje con 21,5% de pacientes con depresión.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°17

Porcentaje de cuidadores con ansiedad según procedencia.

		Escala ansiedad			Total	
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11		
Origen	Lima Centro	% del total	15,3%	6,8%	3,4%	25,4%
	Lima Norte	% del total	16,9%	8,5%	6,8%	32,2%
	Lima Este	% del total	11,9%	5,1%	3,4%	20,3%
	Callao	% del total	8,5%	0,0%	1,7%	10,2%
	Provincias	% del total	1,7%	1,7%	8,5%	11,9%
	Total	%	54,2%	22,0%	23,7%	100,0%

La tabla nos muestra que de los cuidadores que presentan ansiedad el mayor porcentaje se halla en los que provienen de Provincias con 8,5% del total.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°18

Porcentaje de cuidadores con depresión según procedencia

		Escala depresión			Total	
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11		
Origen	Lima Centro	% del total	20,3%	5,1%	0,0%	25,4%
	Lima Norte	% del total	20,3%	11,9%	0,0%	32,2%
	Lima Este	% del total	8,5%	8,5%	3,4%	20,3%
	Callao	% del total	5,1%	5,1%	0,0%	10,2%
	Provincias	% del total	8,5%	1,7%	1,7%	11,9%
	Total	%	62,7%	32,2%	5,1%	100,0%

La tabla nos enseña que de los cuidadores con depresión el mayor porcentaje está en los que provienen de Lima con un 3,4%.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

4.4.4 Estado Civil

Tabla N°19

Porcentaje de pacientes con ansiedad según estado civil

		Escala ansiedad			Total	
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11		
Estado civil	Conviviente	% del total	15,4%	3,1%	3,1%	21,5%
	Casada/o	% del total	15,4%	7,7%	13,8%	36,9%
	Soltera/o	% del total	6,2%	10,8%	6,2%	23,1%
	Viuda/o	% del total	1,5%	4,6%	9,2%	15,4%
	Divorciada/o	% del total	0,0%	1,5%	1,5%	3,1%
Total		%	38,5%	27,7%	33,8%	100,0%

En la tabla podemos observar que del total de pacientes el mayor porcentaje que presentan ansiedad se encuentra en los casados con 13,8%.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°20

Porcentaje de pacientes con depresión según estado civil

		Escala depresión			Total	
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11		
Estado civil	Conviviente	% del total	12,3%	6,2%	3,1%	21,5%
	Casada/o	% del total	13,8%	7,7%	15,4%	36,9%
	Soltera/o	% del total	12,3%	7,7%	3,1%	23,1%
	Viuda/o	% del total	4,6%	4,6%	6,2%	15,4%
	Divorciada/o	% del total	0,0%	0,0%	3,1%	3,1%
	Total	%	43,1%	26,2%	30,8%	100,0%

La tabla nos muestra que el mayor porcentaje de pacientes con depresión lo encontramos en el estado civil casada/o con un 15,4% del total.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°21

Porcentaje de cuidadores con ansiedad según estado civil

		Escala ansiedad			Total	
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11		
	Conviviente	% del total	21,7%	6,7%	1,7%	30,0%
	Soltero/a	% del total	20,0%	5,0%	5,0%	30,0%
Estado civil	Casado/a	% del total	6,7%	6,7%	10,0%	23,3%
	Viudo/a	% del total	3,3%	1,7%	3,3%	8,3%
	Divorciado/a	% del total	1,7%	3,3%	3,3%	8,3%
	Total	%	53,3%	23,3%	23,3%	100,0%

La tabla nos expone que del total de cuidadores el mayor porcentaje de ansiedad se encuentra en el estado civil casado/a con un 10%.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°22

Porcentaje de cuidadores con depresión según estado civil

		Escala depresión			Total	
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11		
	Conviviente	% del total	21,7%	8,3%	0,0%	30,0%
	Soltero/a	% del total	18,3%	11,7%	0,0%	30,0%
Estado civil	Casado/a	% del total	13,3%	6,7%	3,3%	23,3%
	Viudo/a	% del total	6,7%	1,7%	0,0%	8,3%
	Divorciado/a	% del total	1,7%	3,3%	3,3%	8,3%
	Total	%	61,7%	31,7%	6,7%	100,0%

En la tabla se muestra que del total de cuidadores el mayor porcentaje de depresión se encuentra en los casados y divorciados con un 3,3% cada uno.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

4.5 Familiaridad

Tabla N°23

Porcentaje de cuidadores con ansiedad según parentesco.

		Familiaridad					Total	
		Hija/o	Esposa/o	Hermana/o	Sobrino/a	Padre/ Madre		
	Puntaje <= a 7	% del total	21,7%	15,0%	11,7%	0,0%	5,0%	53,3%
Escala ansiedad	Puntaje entre 8 - 10	% del total	10,0%	1,7%	5,0%	5,0%	1,7%	23,3%
	Puntaje >= a 11	% del total	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	3,3%	23,3%
	Total	%	36,7%	21,7%	21,7%	10,0%	10,0%	100,0%

La tabla nos evidencia que del total de cuidadores el mayor porcentaje de ansiedad lo presentan lo presentas los hijos/as, esposos/as, hermanos/as y sobrinos/as, Compartiendo todos un 5%.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°24

Porcentaje de cuidadores con depresión según parentesco.

		Familiaridad					Total	
		Hija/o	Esposa/o	Hermana/o	Sobrino/a	Padre/ Madre		
	Puntaje <= a 7	% del total	23,3%	15,0%	11,7%	5,0%	6,7%	61,7%
Escala depresión	Puntaje entre 8 - 10	% del total	10,0%	6,7%	8,3%	5,0%	1,7%	31,7%
	Puntaje >= a 11	% del total	3,3%	0,0%	1,7%	0,0%	1,7%	6,7%
	Total	%	36,7%	21,7%	21,7%	10,0%	10,0%	100,0%

La tabla nos enseña que del total de cuidadores el mayor porcentaje de depresión lo tiene los hijos/as con un 3,3%, seguidos de hermanos/as y padres con un 1.7%.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

4.6 Aspectos clínicos

4.6.1 Ansiedad y depresión según estadiaje de la enfermedad

Tabla N°25

Porcentaje de pacientes con ansiedad según escala HADS.

		Escala ansiedad			Total	
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11		
	Estadio 0	% del total	12,3%	1,5%	3,1%	16,9%
	Estadio I	% del total	13,8%	7,7%	1,5%	23,1%
Estadio	Estadio II	% del total	9,2%	10,8%	6,2%	26,2%
	Estadio IIIA	% del total	1,5%	4,6%	15,4%	21,5%
	Estadio IIIB	% del total	1,5%	3,1%	7,7%	12,3%
	Total	%	38,5%	27,7%	33,8%	100,0%

En la tabla se muestra que del total de pacientes el mayor porcentaje con ansiedad lo presentan los que se encuentran en el Estadio III con 23,1% en total.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°26

Porcentaje de pacientes con depresión según escala HADS.

		Escala depresión			Total	
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11		
Estadio 0	% del total	13,8%	3,1%	0,0%	16,9%	
Estadio I	% del total	16,9%	6,2%	0,0%	23,1%	
Estadio	Estadio II	% del total	6,2%	10,8%	9,2%	26,2%
	Estadio IIIA	% del total	4,6%	3,1%	13,8%	21,5%
	Estadio IIIB	% del total	1,5%	3,1%	7,7%	12,3%
Total	% del total	43,1%	26,2%	30,8%	100,0%	

La tabla nos expone que del total de pacientes el mayor porcentaje que presenta depresión se encontró en el Estadio III con 21,5% en total.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

4.6.2 Ansiedad y depresión en pacientes según tiempo desde el diagnóstico

Tabla N°27

Porcentaje de pacientes con ansiedad en relación al tiempo desde el diagnóstico, según escala HADS.

		Escala ansiedad			Total	
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11		
Meses desde Diagnóstico	< a 6 meses	% del total	12,3%	1,5%	0,0%	13,8%
	7-12 meses	% del total	18,5%	13,8%	6,2%	38,5%
	13-18 meses	% del total	7,7%	3,1%	18,5%	29,2%
	19-24 meses	% del total	0,0%	9,2%	9,2%	18,5%
	Total	%	38,5%	27,7%	33,8%	100,0%

La tabla presenta que los pacientes con el mayor porcentaje de ansiedad (18,5%) son aquellos con un tiempo de enfermedad de 13-18 meses.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°28

Porcentaje de pacientes con depresión en relación al tiempo desde el diagnóstico, según escala HADS.

		Escala depresión			Total	
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11		
Meses desde Dx	< a 6 meses	% del total	10,8%	3,1%	0,0%	13,8%
	7-12 meses	% del total	21,5%	10,8%	6,2%	38,5%
	13-18 meses	% del total	7,7%	9,2%	12,3%	29,2%
	19-24 meses	% del total	3,1%	3,1%	12,3%	18,5%
	Total	% del total	43,1%	26,2%	30,8%	100,0%

En la tabla expuesta se observa que los pacientes con el más alto porcentaje de depresión (12,3%) son aquellos que poseen la enfermedad durante 13-18 meses y 19- 24 meses.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

4.6.3 Ansiedad y depresión en pacientes según la terapéutica empleada.

Tabla N°29

Porcentaje de pacientes con ansiedad en relación al tipo de terapéutica recibida, según escala HADS.

		Escala ansiedad			Total	
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11		
Tipo de Terapia recibida	Quimioterapia	% del total	13,8%	6,2%	15,4%	35,4%
	Cirugía	% del total	20,0%	9,2%	9,2%	38,5%
	Radioterapia	% del total	3,1%	9,2%	6,2%	18,5%
	Terapia Hormonal	% del total	1,5%	3,1%	3,1%	7,7%
Total		%	38,5%	27,7%	33,8%	100,0%

La tabla expone que del total de pacientes el mayor porcentaje de ansiedad lo presentan los que son sometidos Quimioterapia (15,4%).

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°30

Porcentaje de pacientes con depresión en relación al tipo de terapéutica recibida, según escala HADS.

		Escala depresión			Total
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11	
Tipo de terapia recibida	Quimioterapia % del total	16,9%	7,7%	10,8%	35,4%
	Cirugía % del total	16,9%	12,3%	9,2%	38,5%
	Radioterapia % del total	6,2%	4,6%	7,7%	18,5%
	Terapia Hormonal % del total	3,1%	1,5%	3,1%	7,7%
	Total %	43,1%	26,2%	30,8%	100,0%

La tabla evidencia que del total de pacientes el mayor porcentaje de depresión lo presentan los que son sometidos Quimioterapia (10,8%).

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

4.6.4 Ansiedad y depresión en pacientes según su comorbilidad.

Tabla N°31

Porcentaje de pacientes con ansiedad en relación a su comorbilidad, según escala HADS.

		Escala ansiedad			Total	
		Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11		
Comorbilidad	Hipertensión Arterial	% del total	14,1%	7,8%	9,4%	31,3%
	Diabetes Mellitus	% del total	7,8%	6,3%	3,1%	17,2%
	Ninguno	% del total	12,5%	7,8%	7,8%	28,1%
	Enfermedad Tiroidea	% del total	4,7%	3,1%	7,8%	15,6%
	Obesidad	% del total	0,0%	3,1%	4,7%	7,8%
Total		%	39,1%	28,1%	32,8%	100,0%

En esta tabla se muestra que del total de pacientes el mayor porcentaje que tiene ansiedad (9,4%) son los que tienen como comorbilidad la Hipertensión Arterial.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

Tabla N°32

Porcentaje de pacientes con depresión en relación a su comorbilidad, según escala HADS

			Escala depresión			Total
			Puntaje <= a 7	Puntaje entre 8 - 10	Puntaje >= a 11	
	Hipertensión Arterial	% del total	20,3%	6,3%	4,7%	31,3%
	Diabetes Mellitus	% del total	7,8%	6,3%	3,1%	17,2%
Comorbilidad	Ninguno	% del total	10,9%	6,3%	10,9%	28,1%
	Enfermedad Tiroidea	% del total	3,1%	6,3%	6,3%	15,6%
	Obesidad	% del total	1,6%	1,6%	4,7%	7,8%
	Total	%	43,8%	26,6%	29,7%	100,0%

La tabla presenta que los pacientes el mayor porcentaje con depresión (10,9%) son aquellos que no presentan ninguna enfermedad.

Fuente. Elaboración propia. Programa SPSS versión 22. 2019

4.7 Correlaciones de variables de la investigación

Tabla N°33

Correlación entre ansiedad y depresión en pacientes vs variables sociodemográficas

Ansiedad		Depresión	
Variable	Correlación	Variable	Correlación
Edad	0.255**	Edad	0.248**
Género	0.162*	Género	0.179*
Trabajo	0.088*	Trabajo	0.167*
Estado legal	0.375*	Estado legal	0.157*
Procedencia	0.151*	Procedencia	0.285*

En esta tabla se muestra que existe una baja correlación entre la ansiedad y depresión de los pacientes vs las variables sociodemográficas, siendo la que alcanza un valor mayor la variable Estado Legal.

*Correlación de Spearman. **Correlación de Pearson

Fuente. Elaboración propia. Ficha de recolección de datos. 2019.

Tabla N°34

Correlación entre ansiedad y depresión en cuidadores vs variables sociodemográficas

Ansiedad		Depresión	
Variable	Correlación	Variable	Correlación
Edad	0.172**	Edad	0.203**
Género	0.108*	Género	0.193*
Trabajo	0.228*	Trabajo	0.110*
Estado legal	0.401*	Estado legal	0.222*
Procedencia	0.173*	Procedencia	0.202*

En esta tabla se evidencia que existe una baja correlación entre la ansiedad y depresión de los cuidadores vs las variables sociodemográficas, excepto la variable Estado Legal la cual muestra una correlación moderada.

*Correlación de Spearman. **Correlación de Pearson

Fuente. Elaboración propia. Ficha de recolección de datos. 2019.

Tabla N°35

Correlación entre Ansiedad y Depresión en pacientes vs variables clínicas y la familiaridad

Ansiedad		Depresión	
Variable	Correlación	Variable	Correlación
Familiaridad	0.108*	Familiaridad	0.253*
Estadíaaje del cáncer	0.525**	Estadíaaje del cáncer	0.602**
Tiempo desde el diagnóstico	0.547**	Tiempo desde el diagnóstico	0.501**
Terapéutica empleada	0.036*	Terapéutica empleada	0.093*
Comorbilidad	0.200*	Comorbilidad	0.355*

La tabla nos evidencia que existe una moderada y fuerte correlación entre la ansiedad y depresión con las variables clínicas.

*Correlación de Spearman. **Correlación de Pearson

Fuente. Elaboración propia. Ficha de recolección de datos. 2019.

CAPITULO V: DISCUSION

Los datos de las encuestas realizadas a los pacientes y cuidadores tienen valores del Alpha de Cronbach de 0.810 y 0.765, respectivamente. Como consecuencia los datos son confiables para realizar tablas de consistencia, de frecuencias y de correlación.

5.1 Ansiedad. El presente estudio se encontró que 33.8% (n=175) de los pacientes con cáncer de mama presentaron ansiedad según la escala HADS (Tabla N°10). La prevalencia de ansiedad en pacientes con cáncer de mama de la muestra se encuentra entre el intervalo de referencia consignados en la literatura consultada, tal como lo refiere la investigación de Raquel Rey (2015) quien observo el 49,8% de pacientes oncológicos con ansiedad. Respecto a la ansiedad en los cuidadores la tabla N°12 nos muestra que el 23.3% presento ansiedad, este valor es menor que en el estudio de Rodríguez y Ortiz (2002) quienes reportaron 36.4% cuidadores con ansiedad.

5.2 Depresión. La tabla N°11 de resultados muestra que 30.8% (n=175) de los pacientes presentan depresión según la escala HADS, tal como lo muestra el estudio de Betancourt y Aristizábal en el 2008, la cual concluyó que el 57,7% de los pacientes oncológicos presentaron depresión. Esta diferencia de valores de la prevalencia de la depresión se debe a la adaptación del paciente al cáncer. En relación a la depresión en cuidadores en el presente estudio se encontró 6.7% (tabla N° 13) mientras que en el estudio de Rodríguez y Ortiz (2002) el valor de la depresión alcanzo (9.2%).

5.3 Aspectos sociodemográficos. Los resultados de la tabla N°34 permiten afirmar, para la presente investigación, que las variables sociodemográficas tienen baja influencia en la depresión y ansiedad de los pacientes con cáncer de mama.

La correlación (r) entre el estado legal (civil) de los pacientes y la ansiedad y depresión es baja, $r=0.375$ y $r=0.157$, respectivamente. A pesar de ello, en relación al estado civil de los pacientes la tabla N°20 muestra que el 33.8% del total presenta ansiedad, de los cuales el 13,8% pertenece a las personas casadas/os. Al mismo tiempo en la tabla N°21 muestra que el 30.8% del total padecen depresión de los cuales 15.4% eran casadas/os. Ambos resultados se atribuyen a que las personas casadas muestran mayor preocupación por los riesgos que pueden tener sus familiares directos (esposa, hijos) ante su ausencia.

Estadísticamente en los cuidadores el estado civil (legal) la correlación es moderada y baja ($r=0,401$ y $r=0,222$, respectivamente); sin embargo, el porcentaje de cuidadores con ansiedad alcanza el 23.3% de los cuales el 10% son casados, según la Tabla N°22. Además del total de cuidadores el 6.7 % presentó depresión los cuales el 3.3% eran casados (Tabla N°23). Con lo mencionado podemos afirmar que los cuidadores con estado civil casadas/os presentan mayores porcentajes de ansiedad y depresión porque la estructura de la familia se ve afectada por la condición del paciente.

5.4 Aspectos clínicos. En lo que respecta a la ansiedad y depresión en relación al estadiaje de cáncer de mama se evidencia que existe una correlación moderada $r=0.525$ y alta $r=0.602$, respectivamente (Tabla N°36), para el caso del presente estudio se encontró que del total de pacientes 33,8% tenían ansiedad de los cuales existen más casos en el Estadio III (21.6%) seguidos por el Estadio II con 6,2% (Tabla N°26). Mientras que con respecto al trastorno de depresión lo encontramos en el 30.8% del total, de los cuales el mayor porcentaje estaban en el Estadio III (21.5%) seguido por el Estadio II con 9,2% del total (Tabla N°27). Los datos encontrados reflejan similitud a la investigación de Betancourt y Aristizábal que en el

año 2008 evidenciaron que la presencia de trastorno de ansiedad y depresión hospitalaria fue de 25% en el Estadio II, 22,5% en Estadio III y 5% en el Estadio I y IV.

Al correlacionar la ansiedad y depresión con el tiempo de enfermedad desde el diagnóstico se obtuvo un resultado de $r=0.547$ y $r=5.01$, respectivamente, lo cual según Pearson es una correlación moderada (Tabla N°36).

En el presente estudio se evidenció que los pacientes con ansiedad en relación con el Tiempo de enfermedad de 13-18 meses presentaron un porcentaje de 18,5% seguido por el Tiempo de 19-24 meses con 9.2% (Tabla N°28). En relación a los pacientes con depresión el 12,3% tenían un Tiempo de enfermedad de 12.3% (Tabla N°29).

Algunos estudios en pacientes con cáncer de mama muestran como la ansiedad aumenta desde el momento del diagnóstico, alcanza su nivel más elevado antes de la mastectomía, se mantiene elevada tras la cirugía y comienza a descender después del primer año de la cirugía (Bañados y Tamblay, 2004). La afirmación del estudio anterior es importante tomarlo en consideración puesto que la muestra de pacientes con cáncer de mama del presente estudio presenta algunas de estas características mencionadas que podría justificar la mayor prevalencia de ansiedad y depresión, por ejemplo, el 29,2% tenía un tiempo de enfermedad entre 13 - 18 meses (Tabla N°28), lo cual es un porcentaje merecido a considerar.

De acuerdo al tratamiento el más aplicado en nuestro estudio fue la Cirugía (38.5%), luego Quimioterapia (35.4%) y Radioterapia (18,5%) (Tabla N°30) En relación a la ansiedad y depresión y la terapéutica reciba por los pacientes la correlación es muy baja; sin embargo en el presente estudio se encontró que de los pacientes presentaban ansiedad (33.8%) el 15,4% recibió Quimioterapia seguido por Cirugía (9.2%) y Radioterapia (6,2%)

(Tabla N°30) y con respecto a los pacientes con depresión (30,8%) el mayor porcentaje se evidencio en Quimioterapia (10,8%) seguido por Cirugía con 9,2% y Radioterapia 7.7% (Tabla N°31). La Cirugía, la quimioterapia y la radioterapia pueden ser inductores de ansiedad; el tipo de tratamiento y la respuesta del tumor al mismo tienen influencia en el nivel de ansiedad (García y Gonzales, 2007).

Hay estudios que consideran a la quimioterapia como una de las mayores causas generadoras de malestar emocional teniendo en cuenta la ansiedad previa al inicio del tratamiento y por la repetición de náuseas y vómitos durante el mismo. (Bañados et al., 2004).

En relación a la comorbilidad en los pacientes se encontró que el de mayor porcentaje fue la Hipertensión Arterial con un 31.3% y la Diabetes Mellitus (17,2%) (Tabla N°32). En relación a la ansiedad y depresión y la comorbilidad la correlación fue de $r=0.256$ y $r=0.354$ respectivamente, lo cual nos indica una baja correlación, a pesar de ello del total de los pacientes con ansiedad presentaron Hipertensión Arterial el 9,4% seguido por la Diabetes Mellitus con 17.2% (Tabla N°32). Al mismo tiempo que de los pacientes con depresión presentaron Ninguna enfermedad (10.9%) seguidos por Enfermedad Tiroidea (6.3%) e Hipertensión Arterial (4.7%). (Tabla N°33).

Lo evidenciado se puede contrastar investigado por la autora Raquel Rey, en el año 2015, encontró que en el aspecto de comorbilidades la patología más frecuente asociada fue el sobrepeso con 34,9% dislipidémicas 27,7%, hipertensas 23,9% y 15% diabéticas. Esta diferencia podría deberse a que las muestras de pacientes no tenían las mismas características y a la utilización de otro instrumento diferente al utilizado en el presente estudio.

5.5 Familiaridad. En el presente estudio la correlación para la ansiedad y depresión en relación con la familiaridad del cuidador y el paciente es baja, a pesar de ello encontramos que del total de familiares el 23,3% presento ansiedad, de los cuales el mayor porcentaje lo presento los hijos/as, esposos/as y hermanos/as con un 5% los tres (tabla 22), por otro lado la depresión la encontramos en un 6.7% de los familiares, de los cuales el de mayor porcentaje se evidencio en los hijos 3.3% seguido por los padres (1.7%). (Tabla N°25).

El dato referente a los cuidadores refuerza la impresión clínica de que una enfermedad amenaza la vida representa un desafío para la estabilidad emocional del paciente y de su familia; además, afecta el ambiente social que lo rodea. Por lo tanto, nuestros resultados confirman la necesidad de considerar a los cuidadores de pacientes con cáncer de mama, que también se podría extrapolar a pacientes oncológicos, como una población de alto riesgo en cuanto a morbilidad psiquiátrica refiere.

Lo evidenciado entre las puntuaciones de los pacientes y los cuidadores también afirma la idea clínica de que la evolución de una neoplasia no es solo un proceso individual, sino que también es relacional y profundo. Cuando el paciente muestra síntomas de ansiedad o depresión, existe una alta probabilidad de que el cuidador, a menudo un familiar y con mayor frecuencia hijo/a y esposo/a según nuestro estudio, también lo padezca.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES

1. La prevalencia de ansiedad y depresión de pacientes con cáncer de mama como en cuidadores fue 33.8% de 30.8% y respectivamente, mientras que la prevalencia de depresión fue 23.3% en los pacientes y 6.7% en los cuidadores.
2. En relación al aspecto social - demográfico la variable con más correlación fue el estado civil del cual se evidenció que el mayor porcentaje lo presentaron las personas casadas tanto en pacientes como en cuidadores. Con respecto a los pacientes casados el porcentaje de ansiedad fue 13.8% y el de depresión 15.4%, en relación a los cuidadores casados la ansiedad se presentó en 10% y la depresión en 3.3%.
3. En cuanto a la clasificación del cáncer de mama según el Estadiaje encontramos que existe una fuerte correlación en relación a la ansiedad y depresión ($r=0.525$ y $r=0.625$, respectivamente). En los pacientes se presentó el trastorno de la ansiedad cuando eran Estadio III (23.1%) y Estadio II (6.2%). En cuanto a los trastornos depresivos se presentaron en Estadio III y alcanzaron a 21.5% de los pacientes de cáncer de mama.
4. Respecto al tiempo desde el diagnostico se evidencio una correlación moderada en relación a la ansiedad ($r=0.547$) y depresión ($r=0.501$). La ansiedad se presentó en mayor porcentaje con un tiempo de enfermedad de 13 -18 meses (18.5%), mientras que en el trastorno depresivo con un tiempo de enfermedad de 13 - 18 meses y 19 – 24, ambos con 12.3 (%).
5. Asimismo, la terapia recibida se evidencio una correlación baja en relación a la ansiedad y depresión. De acuerdo con la terapia y el trastorno de ansiedad se evidencio que es mayor cuando el paciente ha sido sometido a Quimioterapia con 15.4%, lo mismo se encontró en el trastorno depresivo alcanzó 10.8% del total de pacientes.

6. Por último, en cuanto en los cuidadores se observó que los hijos, esposos, hermanos y sobrinos eran los que presentaban el trastorno de ansiedad con 5% todos ellos. Mientras que la depresión tiene mayor prevalencia en los hijos con 3.3%.

CAPITULO VII: RECOMENDACIONES

1. Fomentar en la población información sobre la detección precoz del cáncer de mama a través de la realización del autoexamen de mama, mamografías y ecografías a partir de los 40 años de edad.
2. Establecer la importancia de detectar y tratar a tiempo la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer de mama y no tomarlo como una reacción comprensible e inevitable ante el diagnóstico, teniendo como principal objetivo mejorar la calidad de vida de la paciente.
3. Brindar apoyo emocional al paciente afectado y a su familia debido a que cada miembro de ella necesita apoyo para desempeñar un rol activo en el cuidado físico y emocional de la paciente.
4. Implementar como protocolo la asistencia tanto del paciente como del cuidador a una cita con el departamento de Psiquiatría con el fin de poder saber cómo se encuentra su estado emocional de ambos y poder intervenir sobre ellos si se requiere.

CAPITULO VIII: REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. Recuperado de <https://books.google.com.pe/books?id=1pmvBAAAQBAJ&pg=PT158&dq=Depresi%C3%B3n+DSM+5&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwis8eibrTgAhWSct8KHYpvA34Q6AEILTAB#v=onepage&q=Depresi%C3%B3n%20DSM%205&f=false>
- Bañados, E., y Tamblay A. (2004). *Psicología del cáncer de mama* (tesis de pregrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Berrosipi, S., Herencia, M., y Soto, A. (2017). Prevalencia y factores asociados a la sintomatología depresiva en mujeres con cáncer de mama en un hospital público Lima, Perú. *Acta Médica Peruana*, 34(2): 95-100. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n2/a04v34n2.pdf>
- Betancourt, A., Aristizábal, B. (2010). *Cáncer de mama como factor predictivo de ansiedad y depresión. Consulta externa de oncología de Hospital Universitario Ruiz y Páez* (tesis de pregrado). Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar, Ciudad de Bolívar, Venezuela.
- Breastcancer. (2015). *Estadios del cáncer de mama*. Recuperado de <https://www.breastcancer.org/es/sintomas/diagnostico/estadios>
- Cabrera, A., y Ferraz, R. (2011). Impacto del cáncer en la dinámica familiar. *Revista Biomédica*, 1(1): 42-48.

- Calva, J., Castro, M. (2015). *Nivel de presión, ansiedad y autoestima en mujeres con cáncer de mama, estadio I- IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas* (tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú
- Casas, J., Repullo, J.R., y Donado, J. (3003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadísticos de los datos. *Aten Primaria*, 31(8): 527-38.
- Cervera, S., y Aubá, E. (Setiembre de 2005). Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. *Curso sobre La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos*. Conferencia llevada a cabo en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Valencia, España.
- Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud, Perú. (2013). *Análisis de la situación del cáncer en el Perú*. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf.
- Fernández, P., Moreno, A., Leza, J., Lizasoain, I., Moro, M., y Portolés, A. (2009). *Velázquez Farmacología Básica y Clínica*. 19va edición. Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Ferrero, J. (1993). *El afrontamiento de un diagnóstico de cáncer*. Valencia, España: Editorial José María Lara.
- García, C., y González M. (2007). Bienestar psicológico y cáncer de mama. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(1): 72- 80.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México DF, México: Editorial McGraw-Hill.

- Massie, J. (2004). Prevalence of Depression in Patients with Cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, (32): 57-71
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
- Miovic, M., Block, S. (2007). Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer*, 110(8): 1665-1676
- National Breast Cancer Centre and the National Cancer Control Initiative. (2003). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*. Recuperado de https://canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/pca-1-clinical-practice-guidelines-for-psychosocial-care-of-adults-with-cancer_504af02682bdf.pdf
- National Cancer Institute at the National Institutes of Health. (2018). *Adaptación al cáncer: Ansiedad y sufrimiento*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq>
- Organización Mundial de Salud - OMS. (2016). *Cáncer de mama: prevención y control*. Recuperado de <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
- Ornelas, R., Tufeño, M., Sánchez, J. (2011) Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica*, 1 (3): 401 – 414
- Rey, R. (2017). *Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama* (Tesis doctoral). Universidad de la Coruña, España.

- Rodríguez, B., Ortiz, A., Palao, A., Avedillo, C., Sánchez, A., y Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *Eur. J. Psychiat.*, 16(1): 27-38
- Romero, M., Santillán, L., Olvera, P., Morales, M., y Ramírez., V. (2008) Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama. *ISSN-0300-9041 de México*, 76(11): 667-72.
- Stein, M., y Sareen J. (2015). Generalized Anxiety Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 373(21): 2059-68.
- Trask, P., y Peter, C. (2004). Assessment of depression in cancer patient. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, (32): 80-92.
- Vázquez, O., Rojas, E., Ascencio, L., Meneses, A., Aguilar, J., Olvera, E. Aguilar, S. (2015). *Guía de Práctica Clínica para la Atención Psico-Oncológica del Cuidador Primario Informal de Pacientes con Cáncer*. *Psico-oncología*, 12(1): 87-104. doi: 10.5209/rev_PSIC. 2015.v12. n1.48906.
- Veiga, J., De la Fuente, E., y Zimmerman, M. (2008). Modelos de Estudios en Investigación aplicada: Conceptos y Criterios para el Diseño. *Medicina y Seguridad en el trabajo*, 54(210): 81-88.
- Zigmond, C., y Snaith, RP, (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6): 361-370.

CAPITULO IX: ANEXOS

Anexo 1. Encuesta de Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, HADS

<p>Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico conoce es el estado emocional del paciente entonces puede prestarle mejor ayuda.</p> <p>Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico conozca su estado afectivo y emocional. No es preciso que preste atención a los números que aparecen. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor.</p>
<p>A.1 Me siento tensa/o o nerviosa/o:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca
<p>D.1 Sigo disfrutando de las cosas como siempre:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ciertamente, igual que antes 1. No tanto como antes 2. Solamente un poco 3. Ya no disfruto con nada
<p>A.2 Siento una especie de temor como algo malo fuera a suceder:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Si, y muy intenso 2. Si, pero no muy intenso 1. Si, pero no me preocupa 0. No siento nada de eso
<p>D.2 Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Igual que siempre 1. Actualmente, algo menos 2. Actualmente, mucho menos 3. Actualmente, en absoluto
<p>A.3 Tengo la cabeza llena de preocupaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca
<p>D.3 Me siento alegre:</p> <ul style="list-style-type: none"> 3. Nunca 2. Muy pocas veces 1. En algunas ocasiones 0. Gran parte del día

A.4 Soy capaz de permanecer sentada/o, tranquila/o y relajada/o:

0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

D.4 Me siento lenta/o y torpe:

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

A.5 Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos en el estómago:

0. Nunca
1. Solo en ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

D.5 He perdido el interés por mi aspecto personal:

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuido como debería
0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6 Me siento inquieta/o como si no pudiera dejar de moverme:

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. Nunca

D.6 Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7 Experimento de repente sensaciones de angustia y temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7 Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

Nota. Valoración de la puntuación de la encuesta HADS:

(0 - 7) = No indica caso; (8 -11) = caso dudoso;

(>11) = Probablemente casos en cada una de las escalas.

Fuente. Elaboración propia. Adaptado de Biblioteca de Guías de Prácticas Clínicas de Sistema de salud, 2008.

Anexo 2. Formato de la Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	
Paciente	Cuidador
1. Edad: _____ años	1. Edad: _____ años
2. Fecha de nacimiento: / /	2. Sexo:
3. Procedencia:	3. Fecha de nacimiento: / /
4. Estado civil: Soltera: _____ Casada: _____ Otros: _____ Viuda: _____	4. Procedencia:
5. ¿Trabaja?: SI: _____ NO: _____	5. Estado civil: Soltera: _____ Divorciada: _____ Casada: _____ Otro: _____ Viuda : _____
6. ¿Alguna enfermedad psiquiátrica? SI: _____ NO: _____	6. ¿Trabaja?: SI: _____ NO: _____
7. ¿Comorbilidades? SI: _____ ¿Cuál? _____ NO: _____	7. Parentesco familiar con la paciente: _____
8. Tiempo de enfermedad (desde el momento del diagnóstico): _____	8. ¿Alguna enfermedad psiquiátrica? SI: _____ NO : _____
9. ¿Cuál ha sido su tratamiento? Radioterapia: _____ Quimioterapia: _____ Terapia hormonal: _____ Cirugía: _____	9. ¿Comorbilidades? SI: _____ ¿Cuál? _____ NO: _____
10. ¿Por cuánto tiempo ha recibido este tratamiento?	
11. Estadaje de la neoplasia: Estadio 0: _____ Estadio I: _____ Estadio II: _____ Estadio IIIA: _____ Estadio IIIB: _____ Estadio IV: _____	

Fuente. Elaboración propia, 2018.

Anexo 3. Formato de Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO	
<p>Yo, _____ MANIFIESTO que he sido informada/o por la Srta. Lourdes Coasaca Camacho que el presente estudio se realizará en el Hospital Arzobispo Loayza sobre “Prevalencia de ansiedad y depresión en paciente con cáncer de mama y sus cuidadores”, así como la importancia de mi colaboración no suponiendo riesgo alguno para mi salud.</p>	
<p>Acepto participar en el estudio colaborando en cada uno de los puntos expuestos a continuación:</p>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recogida de datos que realizaré rellenando el cuestionario que me proporcionen. 2. Recopilación de datos de la Historia Clínica. 	
<p>La persona que realiza el estudio garantiza que, en todo momento, la información recogida de los participantes será confidencial y sus datos serán tratados de forma anónima.</p>	
<p>Después de ser debidamente informado, deseo libremente participar y me comprometo a colaborar en todo lo anteriormente expuesto, pudiendo interrumpir mi colaboración en cualquier momento. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio me puedo comunicar con la Srta. Lourdes Coasaca Camacho al teléfono 944340355 o al correo electrónico rocio_180_19@hotmail.com</p>	
<p>Es de mi conocimiento que una copia de esta ficha me será entregada y que puedo pedir información sobre los resultados del presente estudio de investigación.</p>	
<p>Lima, _____ de _____ del _____</p>	
<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Firma del participante</p>	<p>Firma del investigador</p>

Fuente. Elaboracion propia, 2018.

Anexo 4. Resultados de la prueba de confiabilidad Alpha de Cronbach para la Encuesta de pacientes.

RELIABILITY

```

/VARIABLES=Depresion Ansiedad Edad Sexo Trabajo Procedencia Estado.civil Ne
oplasia Tiempo.enfermedad Edad.alDx Terapeutica Comorbilidad
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.

```

Fiabilidad

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	175	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	175	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,810	12

Fuente: Programa SPSS, versión 22.

Anexo 5. Resultados de la prueba de confiabilidad Alpha de Cronbach para la Encuesta de cuidadores.

```

GET
  FILE='C:\Users\Pc computer\Desktop\ENCUESTA CUIDADORES ULTIMA.sav'.
DATASET NAME Conjunto_de_datos4 WINDOW=FRONT.
RELIABILITY
  /VARIABLES=Depresion Ansiedad Edad Sexo Trabajo Estado.civil Procedencia Pa
rentesco Comorbilidad
  /SCALE('ALL VARIABLES') ALL
  /MODEL=ALPHA.

```

Fiabilidad

[Conjunto_de_datos4] C:\Users\Pc computer\Desktop\ENCUESTA CUIDADORES ULTIMA.s
av

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	175	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	175	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,765	9

Fuente: Programa SPSS, versión 22

Anexo 6. Escala de Clasificación de Juez Experto N°1

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
DEL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Edgar Jesús Miraval Rojas

Especialidad: Psiquiatría

Grado Académico: Doctor en Salud Pública

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS: _____

.....

Ministerio de Salud / IGSS
 Hospital "Víctor Larco Herrera"
 Servicio de Psiquiatría Agudos
Edgar
 Edgar Jesús Miraval Rojas
 Médico Psiquiatra
 C.O.P. 19027 RNE: 8617

FIRMA Y COLEGIO DEL JUEZ EXPERTO

Anexo 7. Escala de Clasificación de Juez Experto N°2

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
DEL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Adolfo Vasquez Gallardo

Especialidad: Psiquiatría

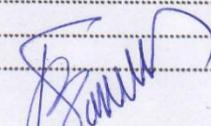
Grado Académico: Médico Cirujano Especialista en Psiquiatría

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS: _____


Dr. ADOLFO VASQUEZ GALLARDO
 MÉDICO PSIQUIATRA
 C.N.P. 18029 R.N.E. 9129
 JEFE DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL
 HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"
 MINISTERIO DE SALUD

FIRMA Y COLEGIO DEL JUEZ EXPERTO

Anexo 8. Escala de Clasificación de Juez Experto N°3

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
DEL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): Jorge Onivaldo Garcia Hildebrandt
 Especialidad: Psiquiatría
 Grado Académico: Bachiller en Medicina, Médico Cirujano Especialista en Psiquiatría

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles	✓		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS: _____

PERÚ Ministerio de Salud Dirección Regional de Salud Lima Ciudad
 CENTRO DE SALUD "SAN LUIS"
 DR. JORGE ONIVALDO GARCIA HILDEBRANDT
 PSICHIATRA
 C.M.P. 11509 R.N.E 7923

 FIRMA Y COLEGIO DEL JUEZ EXPERTO