



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE HIDALGO



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1

DR. ALFONSO MEJIA SHOEDREN

T E S I S

**“NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER
CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA EL MÉDICO CIRUJANO

SANTOS GARCIA MANUEL ARTURO

BAJO LA DIRECCIÓN DE:

DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNANDEZ

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DRA. ALICIA CEJA ALADRO

ASESOR CLINICO Y METODOLOGICO

PERIODO DE ESPECIALIDAD

2014-2017

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO

Registro CLIES R-2016-1201-15

I.-Identificación de los investigadores:

Asesor Clínico y Metodológico:

Dra. Alicia Ceja Aladro

Médico Familiar

Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.1

Matricula: 99132816

Dirección: Hda. Chavarría 20 Manzana 9 Privadas de San Javier. Pachuca, Hidalgo.

Teléfono: 771 220 78 44

e-mail: alcejaaladro@aol.com

Tesista:

Santos García Manuel Arturo

Residente de Medicina Familiar en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 1

Dirección: Fray Antonio de Roa No. 215 "A", Ciudad de los niños Pachuca.

Teléfono: 2227 09 7951

e-mail: masg_841220@hotmail.com

INDICE.

I.	RESUMEN	6
II.	MARCO TEÓRICO	8
III.	JUSTIFICACIÓN	18
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
V.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
VI.	OBJETIVOS DEL ESTUDIO	20
VII.	HIPÓTESIS	21
VIII.	MATERIAL Y MÉTODOS	21
	A. DISEÑO	21
	B. UNIVERSO	21
	C. CRITERIOS DE SELECCIÓN	22
	D. VARIABLES	23
	E. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	26
	F. ANALISIS ESTADÍSTICO	26
IX.	RESULTADOS	28
X.	DISCUSIÓN	44
XI.	CONCLUSIÓN	44
XII.	BIBLIOGRAFÍA	47
XIII.	ASPECTOS ETICOS	51
XIV.	ANEXOS	52

I. RESUMEN:

TITULO: “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CACU DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”

ANTECEDENTES:El cáncer de cérvix continua siendo hoy en día un problema de Salud Pública en todo el mundo, representa el 9% de las neoplasias malignas en mujeres a nivel mundial, es decir 529,800 casos y alrededor del 8% (275, 100) de las causas de muerte por cáncer en mujeres. En México, el registro de neoplasias malignas del año 2003 mostró una incidencia de 24,094 casos de Cáncer Cervico-uterino (CaCu) invasor y 14,867 casos de carcinoma in situ. En Estados Unidos y en Europa, hasta el 75% de las ocasiones la enfermedad se diagnostica en estadios clínicos tempranos, en nuestro país las etapas identificadas ya son avanzadas y son las que tienen mayor prevalencia. Las estadísticas del año 2016 según cálculos de la sociedad americana contra el cáncer en Estados Unidos alrededor de 12,990 nuevos casos de cáncer invasivo de cuello uterino serán diagnosticadas y que alrededor de 4,120 mujeres morirán de Cáncer Cervico-uterino. La depresión es una enfermedad mental que interfiere con las actividades diarias y reduce la calidad de vida, por lo general está vinculada con padecimientos crónicos como cáncer pues un paciente que recibe el diagnóstico de ésta patología puede sentir estrés excesivo, ira, tristeza y emociones fuertes. Se considera que los trastornos psiquiátricos son frecuentes en personas con cáncer; la depresión es el trastorno psiquiátrico que se asocia con más frecuencia al cáncer en sus diversas variedades, en la mayoría de estudios internacionales, se encuentra una prevalencia de morbilidad psicológica en cáncer que va desde el 4.5% hasta el 50%. La depresión llega a afectar el desarrollo del cáncer así como su capacidad para participar en el tratamiento. Es por eso la importancia de tratar la depresión incluso si se está sometiendo a un tratamiento complicado para el cáncer pues ayuda a sobrellevar su tratamiento para ésta enfermedad y mejorar su estado de salud en general.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Identificar el grado de depresión de pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervico-uterino en la población adscrita a nuestra Institución.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio: Transversal, prospectivo, descriptivo, observacional. Se aplicó encuesta de escala de depresión de Hamilton a 37 pacientes portadora de Cáncer Cervico-uterino que acudieron a nuestro Hospital General de Zona.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Mediante análisis con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, de proporciones para cualitativas y se representaron en gráficas y cuadros.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: Médico residente, asesor clínico y metodológico, pacientes. Recursos materiales: computadora (Software SPSS, Microsoft Excel), material de oficina (impresora, hojas blancas, lápices etc.), con cuestionario Escala para el diagnóstico y medición de depresión.

TIEMPO A DESARROLLARSE: Posterior a su autorización se desarrolló en tres meses.

CONCLUSIONES. El pilar básico del médico familiar es la prevención de las diferentes patologías. Por el impacto socioeconómico del Cáncer cervicouterino ésta patología destaca un rubro aparte dentro de las estrategias de prevención utilizando el frotis

cervical y la técnica de Papanicolaou, que si bien hemos visto tiene falsos positivos y negativos, es como método de Salud Pública, una estrategia excelente para detectar patología oncológica. El papel del médico de familia debe enfatizar la canalización de la mujer con vida sexual activa para realizar la toma de frotis cervical; toda vez que el resultado arroje alguna patología será canalizada a un segundo nivel a Clínica de Displasias para continuar protocolo y confirmar ó descartar diagnósticos.

Si se presentan alteraciones cervicales, independientemente del manejo establecido por subespecialidades, nuestra obligación como médicos de primer contacto es valorar el aspecto integral de la paciente, la esfera mental es un parte aguas en la condición general de la paciente.

II MARCO TEORICO:

El organismo está compuesto por millones de células vivas. Las células normales del cuerpo crecen, se dividen para crear nuevas células y mueren de manera ordenada. Durante los primeros años de vida de una persona, las células normales se dividen más rápidamente para permitir el crecimiento. Una vez que se llega a la edad adulta, la mayoría de las células sólo se dividen para remplazar a las células desgastadas o a las que están muriendo y para reparar lesiones. El cáncer se origina cuando las células en alguna parte del cuerpo comienzan a crecer de manera descontrolada. Existen muchos tipos de cáncer, pero todos comienzan debido al crecimiento sin control de células anormales. ⁽¹⁾

El origen del cáncer es multicausal. Para que una persona padezca Cáncer Cérvicouterino (CaCu) es necesario que las células del cuello uterino estén infectadas con el Papiloma virus humano. Este virus es contagiado a la mujer a través de una relación sexual. Aunque existen reportes de que este virus puede ser contagiado por la madre a su bebé en el momento del parto, esto es controversial y en todo caso sería muy raro. Por lo anterior y para términos prácticos se considera que el Papiloma virus se transmite por medio de contacto sexual y otras prácticas sexuales asociadas. ⁽²⁾

El CaCu actualmente, es uno de los problemas sanitarios más grandes en América Latina y el Caribe y, a pesar de disponer de una tecnología eficaz en la prevención primaria y secundaria de salud, más de 30 000 mujeres Latinoamericanas mueren por esta causa cada año y se detectan casi 68 000 nuevos casos. Se ha demostrado que el cuello del útero es la parte del organismo femenino más susceptible a presentar neoplasia. ⁽³⁾

En todo el mundo el CaCu es la segunda causa de cáncer en mujeres, casi 500 mil casos nuevos por año, siendo responsable por la muerte de aproximadamente, 230 mil mujeres por año. ⁽⁴⁾

El informe de la Federación Internacional de Gineco-Obstetricia (FIGO) reporta que el impacto del CaCu en el mundo es devastador, representando el 5% de las neoplasias en mujeres. Antes de manifestarse, inicia con una lesión precancerosa llamada displasia, pudiendo ser de bajo grado o alto grado y de ahí evolucionar a cáncer invasor, el cual tiene alta mortalidad, que en México sigue siendo un problema importante de Salud Pública. ⁽⁵⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha declarado que el CaCu es una enfermedad que presenta cambios en las células que cubren las paredes del cuello uterino. Estas células inicialmente normales, a la postre se convierten en precancerosas. Con frecuencia, en etapas iniciales no se presentan síntomas, por lo que a menudo éste no es detectado hasta que se halla en fases avanzadas de la enfermedad. Así mismo, dicha Organización hace mención de que el factor de riesgo más común del CaCu es la exposición a ciertas variedades del Papilomavirus Humano. ⁽⁶⁾

Desde 2007, de acuerdo con las estadísticas proporcionadas por el Instituto Nacional de las Mujeres, en nuestro país, el CaCu constituía la primera causa de muerte entre las

mujeres en edad productiva. La tasa estandarizada de mortalidad por CaCu en ese año era de 9.6 muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años y más. En los estados de Hidalgo (6.0), Zacatecas (6.2) y Nuevo León (7.1) se presentaban los menores índices de mortalidad, en tanto que Campeche (15.9), Chiapas (14.4) y Quintana Roo (13.2) mostraban las tasas más altas. ⁶

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) ha sido reconocida como un factor etiológico para el desarrollo del Cáncer Cervico-uterino. Hoy en día se han descrito más de 120 tipos de VPH y aproximadamente una tercera parte de ellos son capaces de infectar el epitelio del tracto genital. ⁽⁷⁾

Los tipos de VPH que infectan las mucosas son aproximadamente cuarenta y se subdividen en dos grupos con diferente categoría de riesgo de desarrollo de cáncer, los VPH de bajo riesgo entre los que se incluyen los tipos 6, 11, 42, 43 y 44, comúnmente presentes en las lesiones benignas con mínimo riesgo de progresión maligna, y los VPH de alto riesgo que abarcan tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 59, los cuales, bajo la forma de infección persistente pueden conducir a la transformación neoplásica. ⁽⁸⁾

El cáncer de cérvix continúa siendo un problema de Salud Pública en todo el mundo representando el 9% de las neoplasias malignas en mujeres a nivel mundial (529,800 casos) y 8% (275, 100) de las muertes por cáncer en mujeres. En México, el registro histopatológico de neoplasias malignas del año 2003 mostró una incidencia de 24,094 casos de CaCu invasor y 14,867 casos de carcinoma in situ. ⁽⁹⁾

En México, la mortalidad por CaCu ha mantenido una tendencia descendente los últimos 15 años, con una tasa de 25.3 defunciones por 100,000 mujeres de 25 y más años de edad en 1990 y de 14.6 en 2006, lo que representa un descenso del 45%, sin embargo, esta disminución no ha sido homogénea en todo el país. ⁽¹⁰⁾

En México existe una elevada morbi y mortalidad por CaCu debido a las disparidades sociales. Se ha observado que el lugar de residencia, grupo étnico, nivel socioeconómico y acceso a la seguridad social, entre otros factores, se encuentran asociados a las mujeres que padecen éste cáncer. Por la importancia que tiene ésta patología en México se decidió determinar en el periodo 2000-2008, las tasas de mortalidad a nivel nacional, por entidad federativa, región socioeconómica, la entidad federativa de residencia y la región socioeconómica con la mortalidad por CaCu. ⁽¹¹⁾ Ocupa el segundo lugar en frecuencia entre los tumores malignos de la mujer, con más de 500,000 casos cada año. El 75% de los diagnósticos corresponde a países en vías de desarrollo, donde representa 20 a 30% del cáncer femenino, en contraste con los países industrializados, donde la enfermedad constituye únicamente 4 a 6% del cáncer de la mujer. ⁽¹²⁾

En México, de 1990 a 2000, se reportaron 48,761 defunciones, que representó un 12 mujeres fallecidas cada 24 horas, con incremento anual de 0.76%,^{3,4} aun cuando la Secretaría de Salud informó una reducción de la mortalidad a partir de 1998 a un ritmo de casi 5% anual. ⁽¹³⁾

En nuestro país, los estados del sur (Veracruz, Colima, Querétaro, Guerrero, Campeche, Puebla, Oaxaca, Chiapas, Tabasco, Yucatán y Quintana Roo), son los que se presentan mayor número de casos, pues cada año mueren 4,600 mujeres por este padecimiento, 380 cada mes, 12 cada día y una cada hora. ⁽¹³⁾

En México, las cifras también son alarmantes ya que CaCu ocupa la segunda causa de muerte. El Estado de México tiene el primer lugar en defunciones presentándose alrededor de 4.500 decesos por año, según el Instituto de Salud del Estado de México. En general, cada dos horas muere una mujer por ésta enfermedad. Sabemos que el cáncer es curable si se detecta a tiempo, en consecuencia, un trabajo preventivo es fundamental para su diagnóstico oportuno y tratamiento apropiado. Los programas de prevención bien canalizados procuran establecer estrategias para examinar a mujeres con quienes es difícil entrar en contacto, como aquellas que viven en comunidades rurales y urbanas marginadas. En los lugares donde los servicios de detección no han logrado resultados, las unidades móviles pueden colaborar con los líderes de la comunidad para desarrollar campañas de educación, ofrecer lugares para examinar a mujeres en los grupos de edades cruciales, dar seguimiento a las pacientes y motivarlas a volver a recibir atención complementaria. ⁽¹⁴⁾

La depresión es definida por el Ministerio de Salud de Chile como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios. ⁽¹⁵⁾

La relación entre las enfermedades mentales y físicas es muy estrecha. Para la mayoría de las personas resulta difícil y preocupante aprender a sobrellevar y vivir con una dolencia crónica de larga duración como la diabetes o el cáncer, por lo que no es sorprendente que la depresión sea la complicación más común asociada con este tipo condiciones. ⁽¹⁶⁾

Las reacciones psicológicas de la mujer, ante la situación de padecer un cáncer son complejas y están influenciadas por diferentes factores como: el tipo de enfermedad, el nivel previo de adaptación, la amenaza que supone sobre los objetivos de vida, las actitudes culturales y religiosas, el apoyo afectivo del que se dispone, las potencialidades para la rehabilitación psicológica, la personalidad previa, la autoestima y los estilos de afrontamiento ⁽¹⁷⁾

Análisis recientes realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis. Las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquéllas con otro tipo de enfermedades crónicas. De este modo, se considera que la depresión es una de las principales causas de carga de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad. En este sentido la Organización Mundial de la Salud prevé que en el año 2020 sea la segunda

causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares, en México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres. ⁽¹⁶⁾

Con respecto a la depresión, las investigaciones señalan que es un estado de ánimo cuyas características esenciales son el abatimiento y la tristeza, que afectan las habilidades de autocuidado durante el tratamiento del cáncer, principalmente para la quimioterapia.

Según el National Cancer Institute (NCI) la depresión afecta entre 5 y 25% de los pacientes que presentan cáncer. La ansiedad y la depresión desempeñan factores mediadores en el estado físico y la funcionalidad de los pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento de quimioterapia. ⁽¹⁸⁾

La comorbilidad de depresión y enfermedades crónicas disminuye la supervivencia, y también tiene un impacto en la calidad de vida de las personas. ⁽¹⁹⁾

En el caso de las personas con depresión y con una enfermedad crónica concomitante, el pronóstico de la depresión suele ser substancialmente peor, dado que el problema de salud físico seguirá estando presente. Estudios epidemiológicos poblacionales, han reportado tasas más altas de riesgo suicida relacionadas con distintos problemas graves de salud física, incluido el cáncer, diabetes, enfermedades renales terminales, epilepsia, esclerosis múltiple, infartos y traumatismos cerebrales. Estos hallazgos señalan la importancia de detectar y tratar la depresión en personas con un problema crónico de salud física. ⁽¹⁵⁾

Algunas las teorías que tratan de explicar la causa de la depresión son:

En un estudio realizado en 30 sujetos con un primer episodio depresivo se encontró disminución de la sustancia blanca del hipocampo y una asimetría hemisférica derecha-izquierda. Los varones tuvieron menos volumen total y de la sustancia gris en el hipocampo izquierdo, lo que no se observó en las mujeres. En cuanto al hipocampo y su relación con la depresión, en un estudio se encontró que los pacientes con depresión tuvieron menor volumen en ambos hipocampos; la diferencia fue mayor en el hipocampo izquierdo que en el derecho. ⁽²⁰⁾

LA AMÍGDALA: En algunos estudios se ha observado que el volumen de la amígdala es menor en pacientes con trastorno depresivo mayor sin medicación y mayor en pacientes con trastorno depresivo mayor medicados, en comparación con los no medicados. Estos resultados apoyan la idea de que la depresión está asociada con la disminución en el volumen de la amígdala, y proporcionan evidencia adicional de que el tratamiento farmacológico antidepressivo puede facilitar la neuro o gliogénesis en la amígdala humana. ⁽²⁰⁾

LA CORTEZA CEREBRAL: En un estudio del volumen de la corteza orbito frontal y otras subregiones pre frontales efectuado con resonancia magnética nuclear se encontró que los pacientes con depresión en tratamiento tenían un volumen 32% menor de la corteza

orbito frontal en comparación con el grupo control, sin encontrar otras diferencias significativas en los tamaños de otras subregiones. ⁽²⁰⁾

HIPÓTESIS DE LAS MONOAMINAS: La hipótesis de las monoaminas propone que el trastorno depresivo mayor se debe a deficiencia en los neurotransmisores serotonina (5-HT), norepinefrina y en menor grado dopamina. La disminución de estos neurotransmisores se ha utilizado como modelo para la participación de las monoaminas en el trastorno depresivo mayor. Actualmente se están realizando múltiples investigaciones en los receptores de las monoaminas y su implicación en la génesis de la depresión. ⁽²⁰⁾

SEROTONINA: El sistema serotoninérgico juega un papel crítico en la regulación del humor y el temperamento. Los medicamentos para aumentar la neurotransmisión serotoninérgica son eficaces para tratar una variedad de trastornos mentales, incluido el trastorno depresivo mayor. Las variaciones genéticas en varios subsistemas clave, que resultan en alteración central del tono serotoninérgico y la neurotransmisión, están asociadas con varios aspectos del humor, y con la susceptibilidad a los trastornos afectivos. El transportador de serotonina juega un rol importante en la neurotransmisión serotoninérgica por la facilitación de la recaptura de serotonina de la hendidura sináptica. ⁽²⁰⁾

DOPAMINA: El sistema dopaminérgico juega un papel importante en la regulación de las funciones motoras, cognitivas y emocionales. Aunque la mayor parte de las investigaciones en el trastorno depresivo se han enfocado en la serotonina y norepinefrina existe evidencia clínica y en animales de alteración en la actividad dopaminérgica en la depresión. Una región del cerebro que está ricamente inervada por dopamina y que es de considerable relevancia en la depresión es la amígdala. ⁽²⁰⁾

HIPÓTESIS GLUTAMATÉRGICA Y GABAÉRGICA DE LA DEPRESIÓN: Recientemente se ha implicado a los neurotransmisores glutamato y GABA del sistema nervioso central y la expresión de los genes que participan en su regulación en la depresión. Utilizando una combinación de resonancia magnética funcional y espectrometría por resonancia magnética de protones se encontraron cambios metabólicos y funcionales en la corteza cingulada pregenual de los pacientes con trastorno depresivo mayor. ⁽²⁰⁾

INTERACCIÓN HERENCIA-MEDIO AMBIENTE: El modelo diátesis-estrés ha tratado de explicar cómo las diferencias individuales, en términos de predisposición genética, interactúa con los factores ambientales. Un blanco en las investigaciones de esta asociación ha sido el genotipo de los genes relacionados con la expresión del transportador de serotonina. En una investigación en individuos sanos se encontraron diferencias individuales en el genotipo 5-HTTLPR, que actúa como un moderador entre los factores estresantes en la vida y la depresión. ⁽²⁰⁾

El estudio confirmó mediante resonancia magnética nuclear funcional que quienes tienen variantes cortas de los alelos pueden mostrar una correlación negativa entre el estrés en

la vida y la activación de la amígdala a estímulos neutrales, comparado con la condición en reposo, así como una correlación negativa con los estímulos de miedo y tristeza. ⁽²⁰⁾

HIPÓTESIS INFLAMATORIA DE LA DEPRESIÓN: El interferón alfa (IFN- α) se indica en el tratamiento de pacientes con enfermedades infecciosas y cáncer; con frecuencia puede originar un síndrome conductual cuyas características se superponen con la depresión, sin embargo, aún no se conoce el mecanismo por el que puede producirlo. La atención se ha enfocado en el factor liberador de corticotropina, un neuropéptido implicado en la fisiopatología de la depresión. La administración aguda de interferón alfa activa de manera muy importante el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, induciendo incrementos marcados de la hormona adenocorticotropa y cortisol en el plasma. ⁽²⁰⁾

En el año 2010 en un estudio realizado en mujeres mexicanas con cáncer y en tratamiento con radioterapia, encontraron una prevalencia de ansiedad y depresión del 27 y 28%, respectivamente; las pacientes que se encontraban deprimidas presentaron más efectos secundarios que las que no lo estaban. Por su parte un estudio para determinar la relación entre la frecuencia y la intensidad de los síntomas físicos de pacientes con cáncer y sus expresiones de ansiedad y depresión. De un total de 216 pacientes, el 37% presentó un estado de ánimo deprimido, y el 44%, uno ansioso, para finalmente concluir el malestar emocional es muy común en pacientes con cáncer a lo largo del diagnóstico y la trayectoria de la enfermedad. ⁽²¹⁾

Algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo. La depresión en pacientes con cáncer bajo tratamiento con quimioterapia, documenta la presencia depresión. ⁽²¹⁾

Es común que el cáncer y depresión ocurran de manera simultánea. Esto sucede, pues algunos de los síntomas del cáncer como el dolor y la fatiga aumentan la prevalencia de depresión en estos pacientes. En la literatura se ha asociado la depresión como un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer, sin embargo, los pacientes enfermos, ya sea por el progreso de la enfermedad tanto como por los tratamientos, pueden caer en la depresión.

La depresión en pacientes con cáncer es tres veces superior en comparación con la población en general y dos veces mayor en personas hospitalizadas por otros problemas clínicos. El cáncer en órganos sexuales femeninos constituye un impacto capaz de desestructurar el equilibrio anímico de la mujer que lo padece, aumentando la probabilidad de desarrollar un estado depresivo.

Las cifras de depresión en las mujeres con cáncer abarcan un espectro muy amplio que va desde un 21 % a 76,7 %, lo que conlleva a desmejoras en la calidad de vida, incremento de tiempo de estancia hospitalaria y complicaciones.

Se encontró que el 61,3 % de las pacientes manifestaron síntomas depresivos clínicamente significativos. De ellas, 22,1 % presentó depresión leve, 23,1 % moderada y 16,1 % presentó depresión severa.

La importancia médica del diagnóstico de la depresión oportunamente, reside en poder brindar en conjunto al tratamiento oncológico un adecuado tratamiento psicológico y en ocasiones psiquiátrico, para mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer ginecológico.

Se considera que esta entidad se encuentra sub-diagnosticada, lo cual puede agravar el grado de depresión en caso de no recibir apoyo especializado. ⁽²²⁾

La escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la sintomatología depresiva. Consta de 14 reactivos (siete evalúan ansiedad y siete depresión) A finales de la década de los noventa y principios de este siglo, se realizaron trabajos que validaron el uso del HADS en población paliativa presentando una buena confiabilidad, sensibilidad y especificidad. ⁽¹⁷⁾

Actualmente la depresión no se considera una cuestión personal y privada, se ha convertido en un asunto de interés general, en un problema de Salud Pública. Ello se basa en el reconocimiento de su prevalencia y del impacto que tiene sobre la sociedad, así como en la disponibilidad de alternativas efectivas para su tratamiento. La elevada prevalencia e impacto negativo de la depresión han sido ampliamente documentados a nivel internacional y nacional. ⁽²⁰⁾

El costo de la enfermedad es el valor de los recursos que se emplean como resultado de ésta. El costo de la enfermedad tiene dos componentes: los costos directos y los indirectos. Los costos directos se refieren al valor de los servicios empleados para tratar la enfermedad. Incluye los servicios médicos, la estancia en el hospital, los medicamentos y otros tratamientos psicológicos. Los costos indirectos aluden a la pérdida de la productividad derivada de la enfermedad. ⁽²⁰⁾

Hay estudios que demuestran que la intervención más costosa es la combinación de algún inhibidor de la recaptura de serotonina con un monto total de \$12,256 millones de pesos (972 millones de dólares) y la menos costosa fue el tratamiento con antidepresivos tricíclicos, que implicó \$4,523 millones de pesos (359 millones de dólares). De los costos, más de 99% corresponden al costo del paciente por medicamentos. ⁽²⁰⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que para la región a la que pertenece México (Américas B) el producto interno bruto per cápita es de \$9,790 dólares americanos, por lo que una estrategia costo efectiva es aquella cuyo valor oscila entre \$9,970 y \$29,371 USD. Esta Organización se ha dado a la tarea de establecer los índices de costo efectividad para el manejo de distintos trastornos psiquiátricos comparando distintos tipos de intervenciones desde farmacológicas, psicoterapéuticas y en políticas de salud. ⁽²²⁾

Pese a los logros alcanzados en la cobertura de salud, el Cáncer Cervico-uterino representa problemas operativos, entre ellos la baja sensibilidad del Papanicolaou, de tal manera que casi 40% de los casos, las más de las veces en etapas tempranas, no se reconoce; asimismo, se requiere personal y equipo especializado para asegurar una buena toma y la interpretación de la prueba depende de la capacidad del laboratorista. La

norma vigente especifica que el Papanicolaou se aplique a las mujeres con edades de 25 a 64 años de forma anual, si la paciente presenta dos tomas anuales negativas consecutivas entonces las siguientes deben efectuarse cada tres años. Tamizaje con Papanicolaou: Según los lineamientos de la norma oficial mexicana vigente se asume una cobertura de 80% de la población femenina de 25 a 64 años cada tres años. El tamizaje con Papanicolaou presupone una cobertura del tamiz de 90% de la población de 25 a 64 años cada tres años mediante 80% de Papanicolaou y 10% de citología, de acuerdo con la periodicidad recomendada en la NOM vigente. ⁽²³⁾

El National Cancer Institute (NCI) estima que la depresión afecta a una proporción de entre un 15% a 25% de los pacientes con esta enfermedad. En un elevado porcentaje de casos se observan síntomas depresivos en las primeras semanas tras el diagnóstico de cáncer. ⁽²⁵⁾

Entre los factores de riesgo con mayor peso para el desarrollo de depresión en pacientes con cáncer se destacan los siguientes:

- Tipo de cáncer: cánceres para neoplásicos y cánceres con liberación de citoquinas. ⁽²⁵⁾
- Estadio del cáncer: en los pacientes más sintomáticos se observa una mayor presencia de trastorno mental. ⁽²⁵⁾
- Tratamiento oncológico en curso. ⁽²⁵⁾
- Antecedentes de depresión: tener un diagnóstico previo de depresión es el mayor factor de riesgo para desarrollar este trastorno en enfermedad oncológica.
- Dolor - Limitada red social. ⁽²⁵⁾

Así, se considera que la evaluación de la calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con ese tipo de cáncer es de suma importancia, una vez que permite identificar aspectos del bienestar físico, mental y social que son afectados por los perjuicios a la salud, complementando los métodos tradicionales apoyados en la morbilidad y mortalidad. ⁽²⁴⁾

Algunos elementos de importancia para tomar en cuenta en el apoyo de un paciente con cáncer y depresión son: ⁽²⁸⁾

Apoyo familiar: El apoyo de la familia es un elemento primordial dentro del tratamiento contra el cáncer de los niños y adolescentes, se vincula con el bienestar subjetivo y la salud mental. El apoyo familiar es visto como un factor protector. ⁽²⁸⁾

Apoyo social: El apoyo social inadecuado se asocia con la depresión²⁶.

La etapa de la enfermedad oncológica (tiempo desde el diagnóstico), ya que se han evidenciado más reacciones psicológicas en las etapas iniciales, relacionadas con la crisis que se vive ante el diagnóstico, el inicio del tratamiento y aparición de efectos secundarios del mismo. ⁽²⁸⁾

Los efectos secundarios de la quimioterapia, ya que estos se asocian con episodios depresivos. ⁽²⁸⁾

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión es una escala, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. ⁽¹⁶⁾

Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica.

Su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. ⁽¹⁶⁾

Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios. ⁽¹⁶⁾

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 54. ⁽¹⁶⁾

Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de muy recomendada según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos. ⁽¹⁶⁾

No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23. ⁽¹⁶⁾

En el trabajo de Landa-Ramírez se evaluó la depresión en pacientes con cáncer utilizando el instrumento HADS, y se reportó que el 67% de los pacientes presentaron depresión con el punto de corte nacional. Dicho trabajo se utilizó en la versión del HADS validada en México. ⁽¹⁷⁾

El HADS ha demostrado altos niveles de confiabilidad y validez en su uso con pacientes en varias condiciones médicas. Específicamente en México, se ha validado en cáncer de mama y obesidad demostrando adecuadas propiedades psicométricas. Es un cuestionario tanto auto aplicado como aplicado por el propio tesista, consta de 14 reactivos, integrado por dos subescalas de siete reactivos cada una, una de ansiedad (reactivos impares) y otra de depresión (reactivos pares). Los reactivos se dirigen a conocer si la persona ha estado tensa, preocupada o ha tenido sensaciones de temor. Por su parte, los ocho reactivos de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia, puesto que es probablemente el rasgo psicopatológico central de la depresión. ⁽²⁵⁾

En México, la HADS ha sido validada por Whaley en 1992, por López-Alveranga en el año 2002 y por Villegas en el año 2004. ⁽²⁵⁾

Bjelland en el año 2002 realizó estudios sobre la validez de la HADS en diferentes enfermedades crónicas degenerativas, tanto para depresión como para ansiedad en

relación con la sensibilidad y especificidad para ambos factores. La conclusión es que la HADS es un instrumento válido y confiable. ⁽²⁵⁾

Importancia de la detección y tratamiento de la depresión en pacientes oncológicos

Además del malestar que puede experimentar una persona con depresión, padecer un trastorno depresivo parece afectar la evolución de una enfermedad oncológica. ⁽²⁶⁾

La depresión disminuye el cumplimiento con la terapia, incrementa la duración de la estancia hospitalaria, disminuye la calidad de vida y limita la posibilidad de cuidar de uno mismo. Es también un predictor independiente de una pobre supervivencia en cánceres avanzados. ⁽²⁶⁾

Teniendo en cuenta la influencia de depresión en la evolución de la enfermedad, y el hecho de que es una entidad con tratamiento eficaz, se hace incuestionable la necesidad de abordarla en población oncológica. ⁽²⁶⁾

Se identifican entre el 10 y el 33% de los pacientes con cáncer como deprimidos. Diagnosticar depresión mayor en pacientes oncológicos puede ser un reto, ya que se solapan síntomas de la enfermedad con los efectos secundarios de sus tratamientos y con los síntomas propios de la depresión. ⁽²⁶⁾

A pesar de esta dificultad para diagnosticar la presencia de depresión, se cuenta con un amplio abanico de instrumentos de evaluación psicológica, que pueden complementar la evaluación clínica psiquiátrica o, en otros casos, ser la vía de acceso al especialista. ⁽²⁶⁾

La depresión es un trastorno frecuente aunque habitualmente infra diagnosticado e infra tratado en la población oncológica. Esto conduce a una mala calidad de vida, una pobre adherencia al tratamiento y una menor tasa de supervivencia. ⁽²⁶⁾

Por otro lado, existe evidencia de tratamientos tanto farmacológicos como psicoterapéuticos que tienen elevada eficacia a la hora de reducir la sintomatología ansiosa y depresiva, así como de mejorar la salud de los pacientes. Es por todo ello que se hace imprescindible abordar esta problemática. ⁽²⁶⁾

V. JUSTIFICACION.

JUSTIFICACIÓN TEÓRICA : Como se mencionó, los problemas como la depresión afectan a las pacientes, pues todo su entorno familiar se ve afectado por este padecimiento que no solo es de los más frecuentes hoy en día en nuestra población, sino que además es una enfermedad sumamente incapacitante y dolorosa tanto física como sentimentalmente.

JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA : Realizamos éste protocolo con el fin de identificar a la pacientes deprimidas, y así como una vez identificadas clasificarlas en el grado de depresión en el que se encuentran para así poder ayudarlas con terapia no solo familiar sino a través de todo el equipo interdisciplinario con el que contamos en nuestra institución para poder interactuar y ayudar a nuestros pacientes a salir de la depresión la cual puede culminar en una situación fatal para esa propia persona y toda la familia o de los seres queridos.

JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA : Muchas personas que reciben el diagnóstico de alguna enfermedad crónica experimentan algún tipo de afección psicológica que se puede considerar hasta cierto punto esperada, sin embargo ante un evento catastrófico como el cáncer la respuesta emocional frente al diagnóstico se presenta en tres fases así: una inicial, en la que las personas reaccionan con incredulidad o rechazo y desesperación, le sigue una etapa de disforia, en la que están ansiosas y presentan un estado de ánimo depresivo, anorexia, insomnio, irritabilidad, concentración deficiente y alteración de las actividades cotidianas, y por último una de adaptación en la que los pacientes se ajustan a la nueva información, confrontan aspectos que se les presentan, y tienen razones para estar optimistas en algunos casos.

Muchas personas en lugar de superarse de la enfermedad propia y de la depresión con las diversas formas y redes de apoyo con las que se cuentan, prefieren mantenerse enfermos en lo físico y en lo emocional, provocando llegar incluso al suicidio como última opción.

JUSTIFICACION POR AREAS ESPECÍFICAS:

TRASCENDENCIA: En la clínica 1 del Hospital General de Zona de Pachuca cada año se diagnostican resultados de Papanicolaou fuera de la normalidad, por lo cual los médicos familiares de la unidad envían tanto los resultados adversos como a las mismas pacientes a la clínica de displasias para ser valoradas por el médico especialista en ésta rama, y así poder identificar de manera oportuna el grado de afección epitelial y el tratamiento oportuno de cada paciente. La frecuente asociación entre depresión y enfermedades clínicas, lleva a empeorar la evolución tanto del cuadro psiquiátrico como de las enfermedades clínicas, con menor adhesión a las orientaciones terapéuticas, además de mayor morbilidad y mortalidad.

MAGNITUD: Se considera que esta entidad (depresión) se encuentra sub-diagnosticada, lo cual puede agravar el mismo grado de depresión en caso de no recibir apoyo especializado, que repercute de manera directa en la calidad de vida del paciente y núcleo familiar. En la oncología se asocia la depresión con la caída de la sobrevida y

adherencia al tratamiento, llevando a un peor pronóstico, e incremento en costos socioeconómico.

FACTIBILIDAD: Se cuenta con la población adscrita a la unidad que acudirán a consulta en la UMF Núm. 1. La importancia médica del diagnóstico de la depresión oportunamente, reside en poder brindar en conjunto al tratamiento oncológico un adecuado tratamiento psicológico y en ocasiones psiquiátrico, para mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer ginecológico.

IV: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante muchos años los padecimientos como el Cáncer Cervico-uterino fue sub-diagnosticado y representó una alta morbi-mortalidad en todo el mundo, nuestro país no quedó exento de esta situación mundial y fue causa de un problema de salud para todas las instituciones de este sector en México.

Hoy en día este padecimiento ha disminuido paulatinamente su prevalencia en nuestras pacientes, sin embargo los casos que se diagnostican en la actualidad se hacen en etapas avanzadas de la enfermedad, a pesar de que contamos con varias herramientas para su identificación así como el apoyo del sector gubernamental. Todo esto lleva a que sea más difícil su tratamiento y como consecuencia de esto nuestras pacientes caen con mayor frecuencia en patologías como la depresión.

Por lo tanto con lo mencionado en las líneas anteriores se sugiere la siguiente pregunta de investigación:

V. ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes diagnosticadas con Cáncer Cervico-uterino durante el año 2015 en el HGZ1MF Pachuca?

VI. OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

OBJETIVO GENERAL

- Identificar el grado de depresión de las pacientes con diagnóstico confirmado de Cáncer Cervico-uterino en la población adscrita a nuestra institución.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a las pacientes con el diagnóstico de Cáncer Cervico-uterino.
- Conocer el número de pacientes con el diagnóstico de depresión y Cáncer Cervico-uterino.
- Establecer el grado de depresión en este tipo de pacientes.
- Conocer algunos factores que favorecen la depresión.

- Canalizar a las pacientes deprimidas a medicina familiar para establecer el tratamiento adecuado por parte de medicina familiar y si es necesario canalizar a otra especialidad.

VII. HIPOTESIS

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Las pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervico-uterino cursan con depresión, y en Cáncer Cervico-uterino estadios avanzados es más grave ésta enfermedad.

HIPÓTESIS ALTERNA

Las pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervico-uterino no cursan con depresión.

VIII.- MATERIAL Y MÉTODOS:

Se utilizó un instrumento de medición ya validado para determinar la depresión en las pacientes portadoras de CaCu, en pacientes que decidieron participar en nuestro Hospital y previa aceptación y firma de consentimiento informado, el instrumento (Escala de Hamilton) fue aplicado por el tesista así como una cédula sociodemográfica, con el resultado de la escala se evaluó si existe o no depresión y si ésta es leve, moderada ó severa.

DISEÑO METODOLOGICO:

A. TIPO DE ESTUDIO: Se realizó un estudio: Transversal, prospectivo, descriptivo, observacional.

B. UNIVERSO DE ESTUDIO: **Pacientes** portadoras de Cáncer Cervico-uterino en el año 2015 según registros de nuestro censo de paciente, que fueron 40 para ese año.

LUGAR: El estudio se realizó en las instalaciones del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No1 en Pachuca Hidalgo.

C. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervico-uterino durante 2015.
- Pacientes femeninas de cualquier edad, que acude a HGZ No.1 de Pachuca “IMSS”, que cursan con Cáncer Cervico-uterino independientemente de la unidad de adscripción.

Criterios de exclusión:

- Pacientes sin diagnóstico de Cáncer Cervico-uterino.
- Pacientes con patología psiquiátrica previa al diagnóstico de Cáncer Cervico-uterino.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no contestaron correctamente el instrumento de medición.
- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes que no desearon participar.

D. DEFINICIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
CÁNCER CERVICO-UTERINO (CaCu)	Alteración celular que se origina en el cuello uterino y que se manifiesta con lesiones progresivas.	NIC I NIC II NIC III CA INSITU CA INVASOR	Dependiente	Cualitativa	1.InSitu. 2.-Micro Invasor. 3.Invasor
DEPRESIÓN	Síndrome caracterizado por decaimiento en el estado de ánimo y pensamientos negativos, una alteración en el humor o la afectividad.	Estado de tristeza con cierto grado de abandono que puede darse a nivel familiar, laboral, o social	Independiente	Cualitativa Discontinua	1.-Leve 2.Mode-rada 3.Severa
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Tiempo de vida de un ser vivo.	Independiente	Cuantitativa Continua	Años
ESTADO CIVIL	Contrato social de convivencia entre dos personas con el fin de establecer un vínculo emocional y social.	Situación socio legal de una persona en cuanto a sus derechos y obligaciones en convivencia conjunta.	Independiente	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Unión Libre Viudo Divorciado
ESCOLARIDAD	Nivel de conocimiento de acuerdo a nivel de estudio que se	Grado de estudios obtenidos y reconocidos por el Sistema	Independiente	Cualitativa Continua	Analfabeta Sabe leer y escribir

	obtiene	de Educación Pública.			Primaria Secundaria Bachillerato ó equivalente. Profesional Maestría
RELIGIÓN	Se refiere al credo y a los conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina, vínculo entre el hombre y Dios o dioses, de acuerdo a sus creencias.	Perspectiva de ser creador ante la vida y valores espirituales.	Independiente	Cualitativa Discontinua	Católico Testigo de Jehová Pentecostés Cristiano Musulmán Hindú Budista Ateo
GESTA	Proceso de crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno. Abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento.	Todo grupo de mujeres que se encuentren embarazadas y que acudan a control prenatal dentro del periodo establecido	Independiente	Cuantitativa Continua	1 2 3 4 5 6
NUMERO DE CITOLOGÍAS	Número de pruebas en la que se analizan células mediante un estudio anatomopatológico.	Cantidad de estudios histopatológico de tejido de cérvix	Independiente	Cuantitativa Continua	1 2 3 4 5

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Considerando para una población finita pequeña.

$$N = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

n = Tamaño de la muestra.

N = Total de la población.

Z α = 1.96 por la seguridad de 95%

p = Proporción esperada de 5% = 0.05

q = 1-p (en éste caso 1- 0.05 = 0.95)

d = Precisión en la investigación 5%

$$n = \frac{40 \times (1.96)^2 (0.05) \times 0.95}{5^2 \times (40-1) + (1.96)^2 \times (0.05) \times 0.95}$$

n = 37 Tamaño de la muestra

E. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO: En el área de consulta externa de medicina familiar de nuestro Hospital General de Zona ó en el área de especialidades se localizó a las pacientes portadoras de Cáncer Cervico-uterino, se les explicó el objetivo del estudio, ofreciendo su participación en el mismo, en caso de aceptación se valorará se cumple con los criterios de selección, al ser aceptada, se realizó una encuesta sociodemográfica para conocer variables de éste rubro, posteriormente se aplicó la escala de Hamilton para determinar si existe o no depresión. El tesista estuvo presente en todo momento para resolver dudas ó inquietudes de las participantes.

F. ANALISIS ESTADISTICO: Se realizó mediante análisis estadístico con medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, de proporciones para cualitativas y se representarán en gráficas y cuadros

G. ASPECTOS ETICOS:

Con base a la declaración de Helsinki de la asociación médica mundial y el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

El presente estudio se basó en la fracción número I del artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de Investigación en salud que establece:

II. Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes decíales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 Ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación.

En este estudio se aplicará la Escala para el diagnóstico y medición de depresión de Hamilton.

RECURSOS FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD:

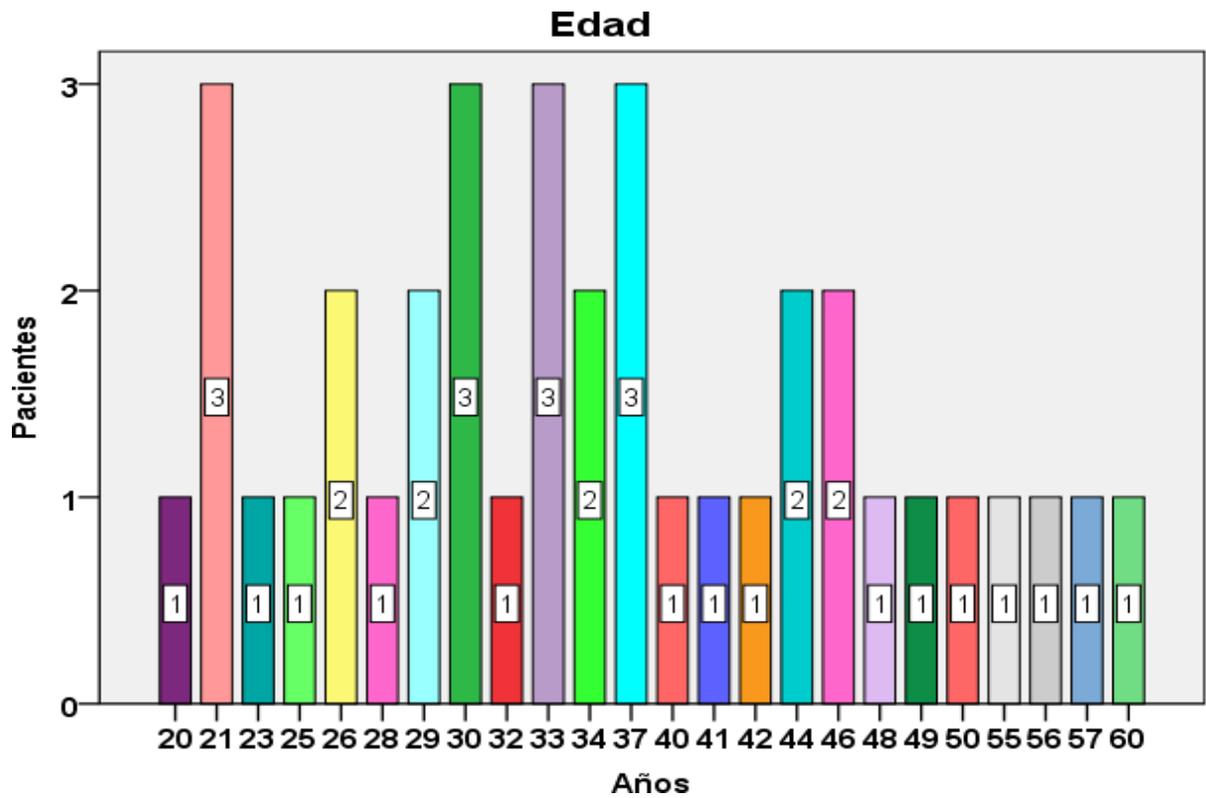
Recursos Humanos: Médico residente, un asesor clínico y metodológico, pacientes seleccionados.

Recursos Materiales: Computadora (Software SPSS, Microsoft Excel), material de oficina (impresora, hojas blancas, lápices etc.), con cuestionario Escala para el diagnóstico y medición de depresión.

Financiamiento del Proyecto: Los recursos materiales los proveerá el investigador principal.

Factibilidad: El protocolo fue factible de realizar en HGZ UMF No.1, por contar con pacientes potadora de CaCu. Los asesores cuentan con experiencia en Metodología de la Investigación, así como y la especialidad en Medicina Familiar, se cuenta con cuestionario la Escala para el diagnóstico y medición de depresión de Hamilton como instrumento de medición y método de recolección de datos

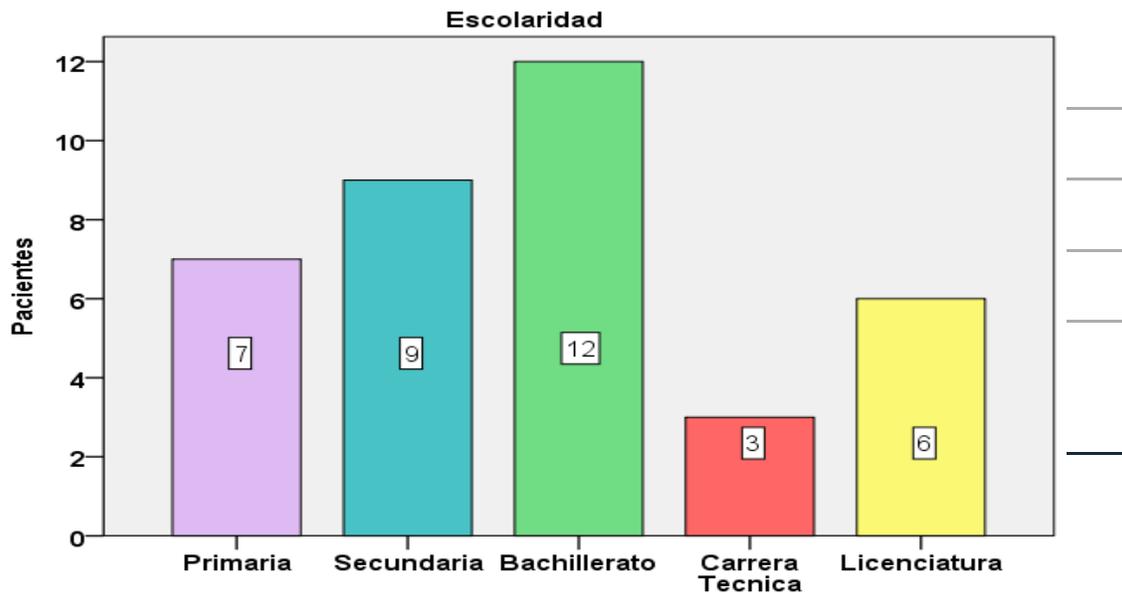
IX. RESULTADOS.



GRÁFICA 1: EDAD EN AÑOS DE PACIENTES CON “NIVEL DE DEPRESIÓN, PORTADORAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 E PACHUCA”

TABLA 1: EDAD EN AÑOS DE PACIENTES CON “NIVEL DE DEPRESIÓN, PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20	1	2,7	2,7	2,7
	21	3	8,1	8,1	10,8
	23	1	2,7	2,7	13,5
	25	1	2,7	2,7	16,2
	26	2	5,4	5,4	21,6
	28	1	2,7	2,7	24,3
	29	2	5,4	5,4	29,7
	30	3	8,1	8,1	37,8
	32	1	2,7	2,7	40,5
	33	3	8,1	8,1	48,6
	34	2	5,4	5,4	54,1
	37	3	8,1	8,1	62,2
	40	1	2,7	2,7	64,9
	41	1	2,7	2,7	67,6
	42	1	2,7	2,7	70,3
	44	2	5,4	5,4	75,7
	46	2	5,4	5,4	81,1
	48	1	2,7	2,7	83,8
	49	1	2,7	2,7	86,5
	50	1	2,7	2,7	89,2
	55	1	2,7	2,7	91,9



GRÁFICA 2: GRADO ESCOLAR EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”

Escolaridad

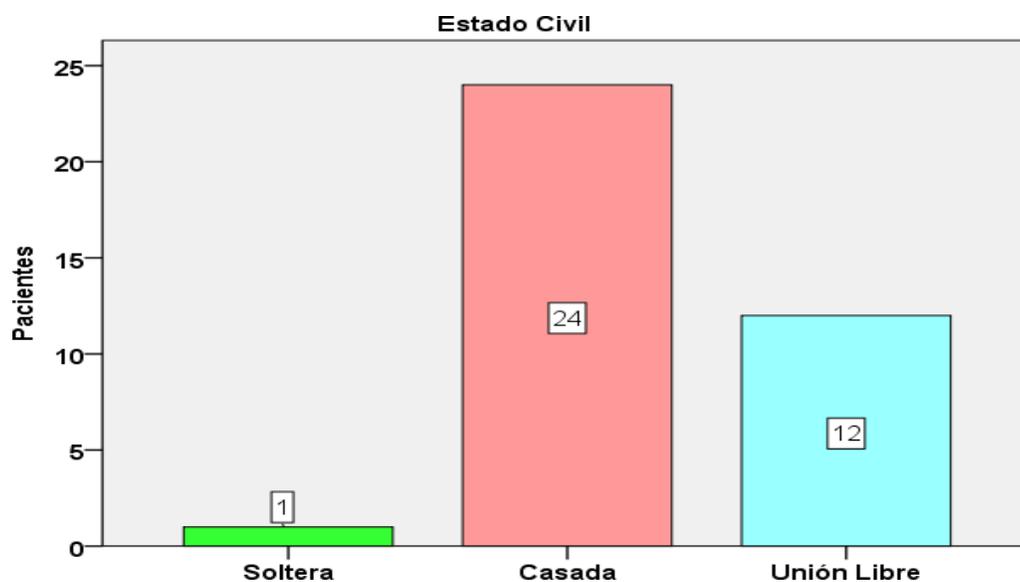
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid o Primaria	7	18,9	18,9	18,9
Secundaria	9	24,3	24,3	43,2
Bachillerato	12	32,4	32,4	75,7
Carrera Técnica	3	8,1	8,1	83,8
Licenciatura	6	16,2	16,2	100,0
Total	37	100,0	100,0	

Estadísticos

Escolaridad

<u>N</u>	<u>Válido</u>	<u>37</u>
	<u>Perdidos</u>	<u>0</u>
<u>Media</u>		<u>2,78</u>
<u>Mediana</u>		<u>3,00</u>
<u>Moda</u>		<u>3</u>
<u>Varianza</u>		<u>1,730</u>
<u>Mínimo</u>		<u>1</u>
<u>Máximo</u>		<u>5</u>
<u>Percentiles</u>	<u>25</u>	<u>2,00</u>
	<u>50</u>	<u>3,00</u>
	<u>75</u>	<u>3,50</u>

TABLA 2: GRADO ESCOLAR EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”



GRÁFICA 3: ESTADO CIVIL EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”

Estado Civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Soltera	1	2,7	2,7	2,7
Casada	24	64,9	64,9	67,6
Unión Libre	12	32,4	32,4	100,0
Total	37	100,0	100,0	

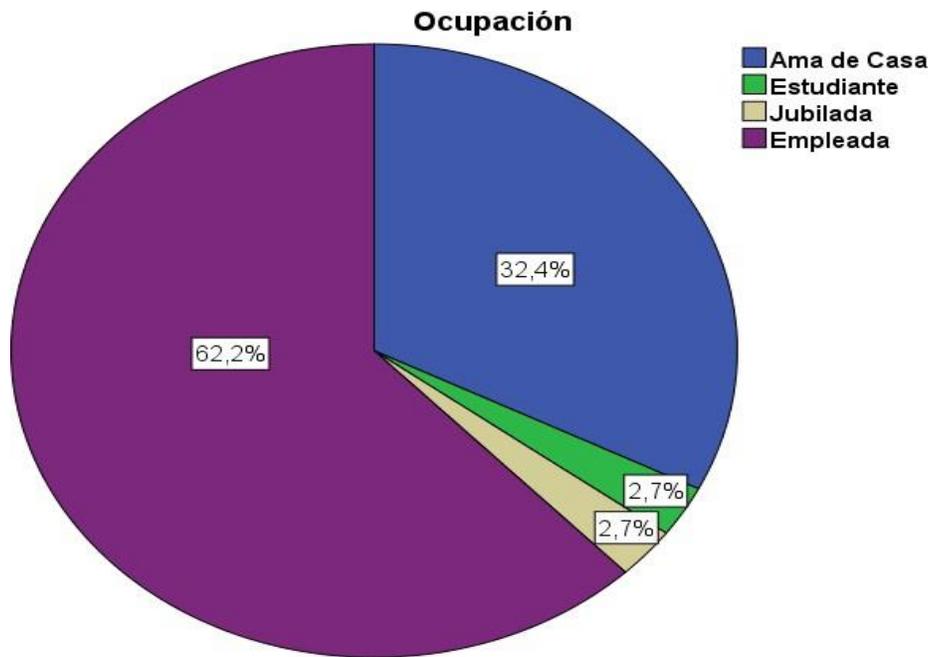
TABLA 3: ESTADO CIVIL EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”

Estadísticos

Estado Civil

N	Válido	37
	Perdidos	0
Media		2,30
Mediana		2,00
Moda		2
Varianza		,270
Mínimo		1
Máximo		3
Percentiles	25	2,00
	50	2,00
	75	3,00

TABLA 3: ESTADO CIVIL EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”



GRÁFICA 4: OCUPACIÓN EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”

Estadísticos

Ocupación

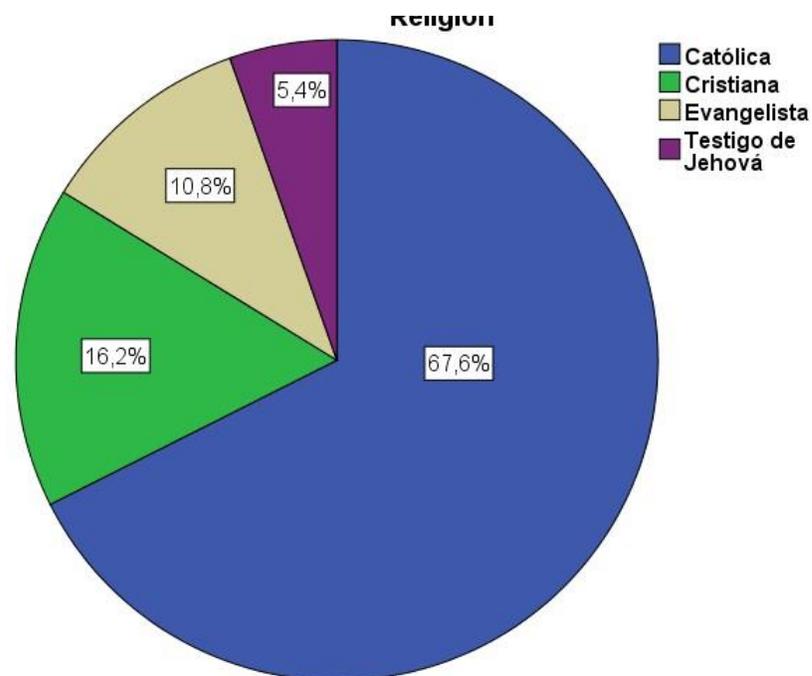
N	Válido	37
	Perdidos	0
Media		2,95
Mediana		4,00
Moda		4
Varianza		1,997
Mínimo		1
Máximo		4
	25	1,00
Percentiles	50	4,00
	75	4,00

TABLA 4: OCUPACIÓN EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”

Estadísticos

Ocupación

N	Válido	37
	Perdidos	0
Media		2,95
Mediana		4,00
Moda		4
Varianza		1,997
Mínimo		1
Máximo		4
Percentiles	25	1,00
	50	4,00
	75	4,00



GRÁFICA 5: TIPO DE RELIGIÓN EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”

Religión

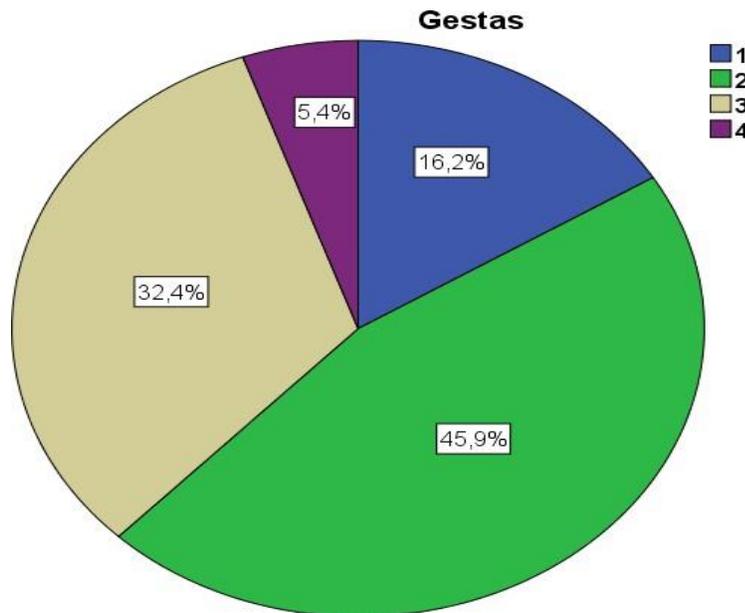
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Católica	25	67,6	67,6	67,6
	Cristiana	6	16,2	16,2	83,8
	Evangelista	4	10,8	10,8	94,6
	Testigo de Jehová	2	5,4	5,4	100,0
	Total	37	100,0	100,0	

Estadísticos

Religión

N	Válido	37
	Perdidos	0
Media		1,54
Mediana		1,00
Moda		1
Varianza		,811
Mínimo		1
Máximo		4
Percentiles	25	1,00
	50	1,00
	75	2,00

TABLAS 5: TIPO DE RELIGIÓN EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”



GRÁFICA 6: NÚMERO DE GESTAS EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”

Gestas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1	6	16,2	16,2	16,2
2	17	45,9	45,9	62,2
3	12	32,4	32,4	94,6
4	2	5,4	5,4	100,0
Total	37	100,0	100,0	

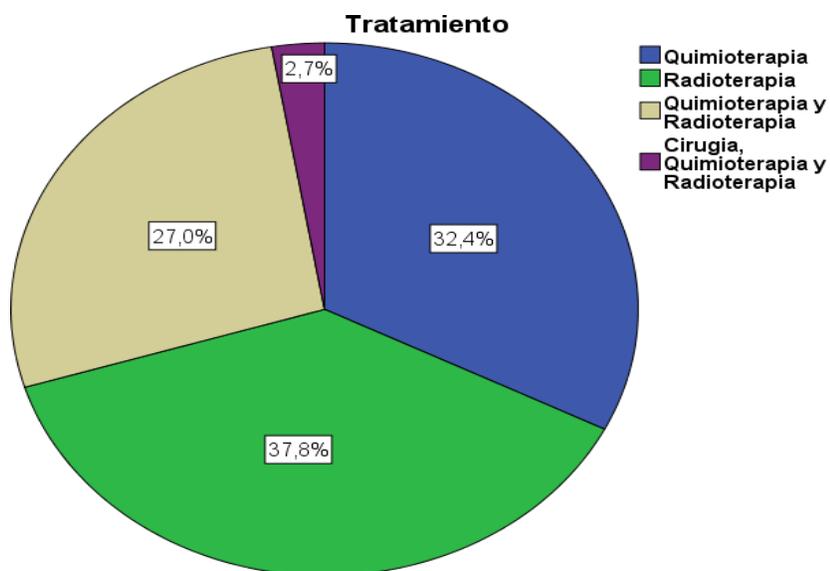
TABLA 6: NÚMERO DE GESTAS EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”

Estadísticos

Gestas

N	Válido	37
	Perdidos	0
Media		2,27
Mediana		2,00
Moda		2
Varianza		,647
Mínimo		1
Máximo		4
Percentiles	25	2,00
	50	2,00
	75	3,00

TABLA 6: NÚMERO DE GESTAS EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”



GRÁFICA 7: TRATAMIENTO EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”

Tratamiento

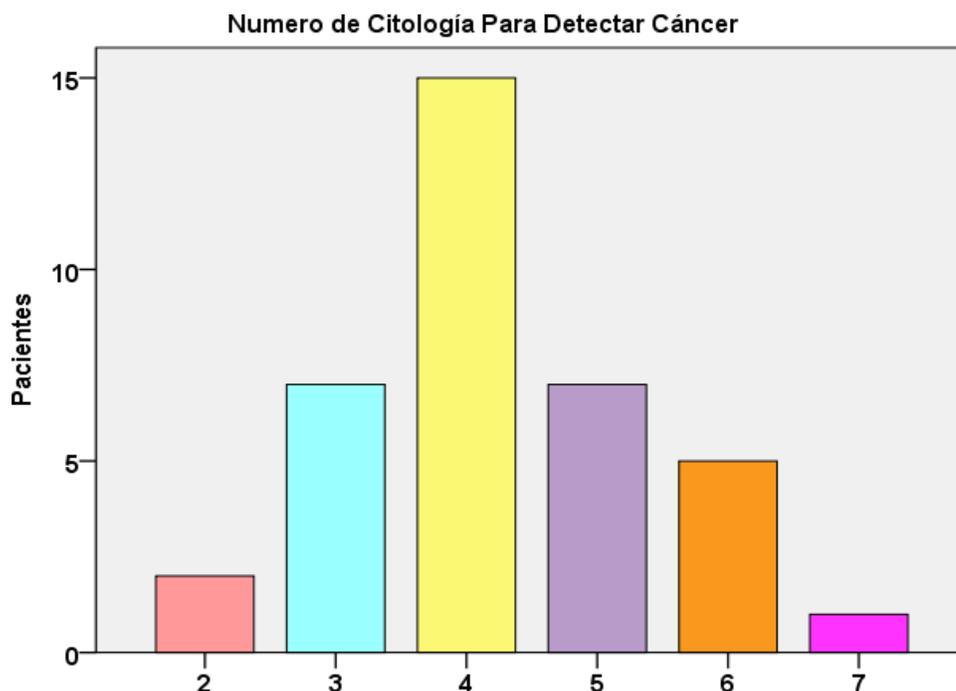
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Quimioterapia	12	32,4	32,4	32,4
Radioterapia	14	37,8	37,8	70,3
Quimioterapia y Radioterapia	10	27,0	27,0	97,3
Cirugía, Quimioterapia y Radioterapia	1	2,7	2,7	100,0
Total	37	100,0	100,0	

Estadísticos

Tratamiento

N	Válido	37
	Perdidos	0
Media		2,00
Mediana		2,00
Moda		2
Varianza		,722
Mínimo		1
Máximo		4
Percentiles	25	1,00
	50	2,00
	75	3,00

TABLAS 7: TRATAMIENTO EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”



GRÁFICA 8: NÚMERO DE CITOLOGÍAS TOMADAS EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”

Numero de Citología Para Detectar Cáncer

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 2	2	5,4	5,4	5,4
3	7	18,9	18,9	24,3
4	15	40,5	40,5	64,9
5	7	18,9	18,9	83,8
6	5	13,5	13,5	97,3
7	1	2,7	2,7	100,0
Total	37	100,0	100,0	

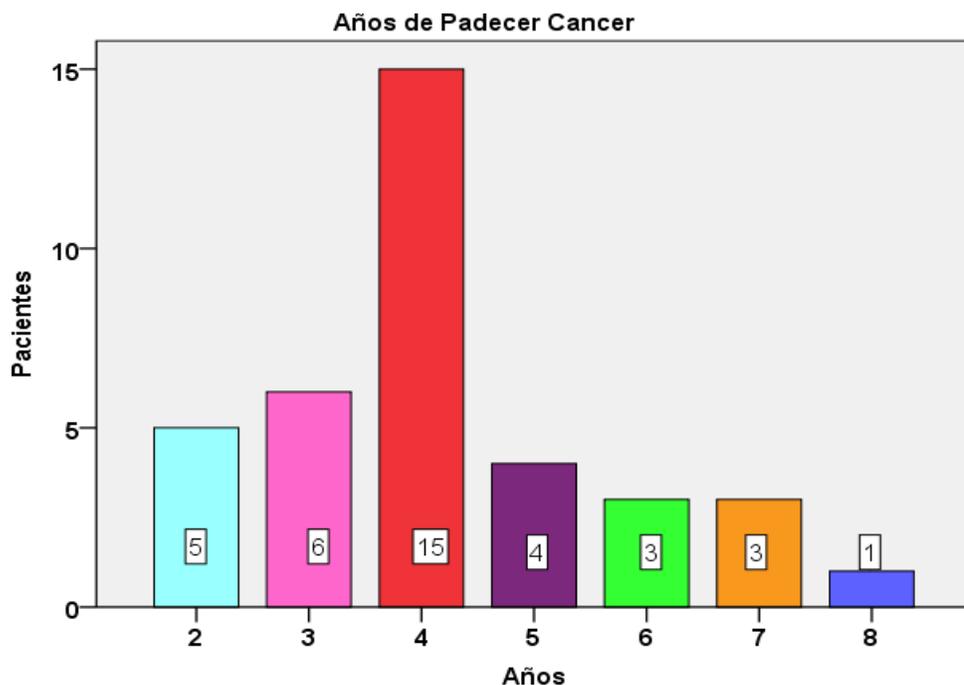
TABLA 8: NÚMERO DE CITOLOGÍAS TOMADAS EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”

Estadísticos

Numero de Citología Para Detectar Cáncer

N	Válido	37
	Perdidos	0
Media		4,24
Mediana		4,00
Moda		4
Varianza		1,356
Mínimo		2
Máximo		7
Percentiles	25	3,50
	50	4,00
	75	5,00

TABLA 8: NÚMERO DE CITOLOGÍAS TOMADAS EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”



GRÁFICA 9: AÑOS DE PADECER CÁNCER EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA

Años de Padecer Cáncer

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 2	5	13,5	13,5	13,5
3	6	16,2	16,2	29,7
4	15	40,5	40,5	70,3
5	4	10,8	10,8	81,1
6	3	8,1	8,1	89,2
7	3	8,1	8,1	97,3
8	1	2,7	2,7	100,0
Total	37	100,0	100,0	

TABLA 9: AÑOS DE PADECER CÁNCER EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”

Estadísticos

Años de Padecer Cáncer

N	Válido	37
	Perdidos	0
Media	4,19	
Mediana	4,00	
Moda	4	
Varianza	2,324	
Mínimo	2	
Máximo	8	
Percentiles	25	3,00
	50	4,00
	75	5,00

TABLA 9: AÑOS DE PADECER CÁNCER EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”

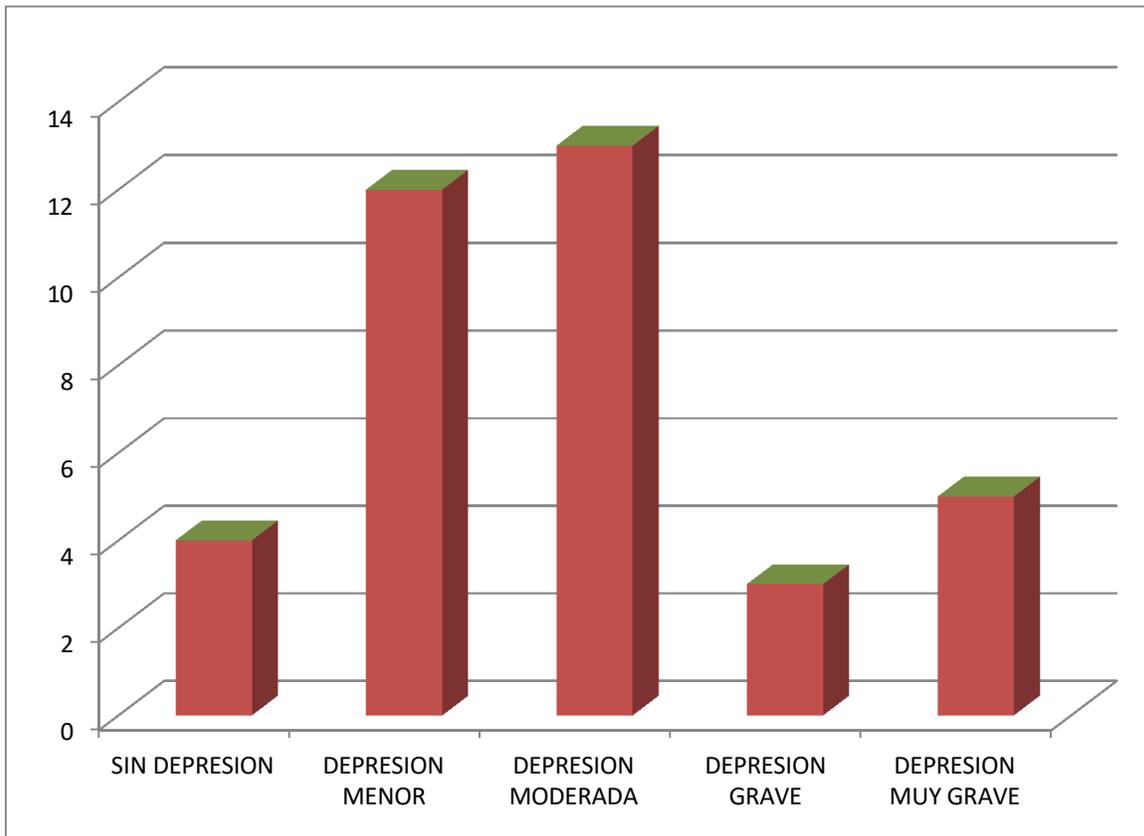


TABLA 11: ESCALA DE HAMILTON EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ NO.1 DE PACHUCA”

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON.				
SIN DEPRESIÓN	DEPRESIÓN MENOR	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN GRAVE	DEPRESIÓN MUY GRAVE
4	12	13	3	5

TABLA 11: ESCALA DE HAMILTON EN “NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CANCER CERVICOUTERINO DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ NO.1 DE PACHUCA”

X - XI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

CONCLUSIONES:

Los resultados obtenidos del protocolo de Investigación denominado “Nivel de depresión en pacientes portadoras de cáncer cervicouterino durante el año 2015 en el HGZ No.1 de Pachuca” son los siguientes:

Se aplicaron 37 encuestas con sus respectivas fichas de identificación y consentimientos informados: De ello arroja la siguiente información:

- A) ESCOLARIDAD, 12 pacientes tiene bachillerato completo, 9 secundaria, 7 primaria (la cuál es la mediana), 6 con licenciatura y 3 cuentan con carrera técnica, al analizar estos datos nos damos cuenta en éste pequeño estudio que ésta patología se detectó en mayor cantidad en las mujeres con mayor escolaridad (21 en medio superior y superior contra 16 de nivel básico en porcentaje 57% contra 43%) esto nos refleja discretamente que a mayor escolaridad mejor impacto en programas de prevención de salud lo que se traduce en mayor interés de las pacientes en medidas de prevención y detección temprana.
- B) EDAD el rango de dispersión de datos es muy variable. La edad va desde los 20 hasta los 60 años, en su mayoría se presentó el cáncer en los 21 años, seguido de 30 años, 33 años y 37 años, es decir entre la tercer y la cuarta década de la vida, lo que impacta sobre la calidad de vida de la mujer en etapa reproductiva y económicamente activa, lo que influye en el núcleo familiar y en la funcionalidad familiar.
- C) ESTADO CIVIL, el 64.9% de las pacientes son casadas, el 32.9% viven en unión libre y solo el 2.7% son solteras.
- D) OCUPACIÓN, las empleadas son mayoría en un total de 23, las amas de casa con 12, 1 estudiante y 1 jubilada, bien podemos traducir esta información, reafirmando el impacto sobre la vida productiva de la mujer, con repercusiones en el segmento económico.
- E) NÚMERO DE GESTAS 2 gestas, representado el 45.9%, luego 3 gestas con el 32.4%, le sigue una sola gesta representada con el 16.2% para finalmente terminar con 5 gestas representando tan solo el 5.4% del total de las encuestadas. Esto quiere decir que a pesar de que la mayoría de la muestra cuenta con tan solo 2 gestas, no es motivo para determinar que la posibilidad de cáncer es menor que en las pacientes multigestas.

- F) AÑOS DE PADECER CÁNCER, la mediana fue de 6 años con el 10.8% y el rango fue mínimo desde los 2 años hasta el máximo que fueron 8 años.
- G) NÚMERO DE CITOLOGÍAS, la mayoría de las pacientes del estudio, se realizaron al menos 4 citologías antes de ser diagnosticadas con cáncer, representando un 40.5%, le siguen 3 y 5 citologías con un 18.9%, 6 citologías el 13.5%, 2 citologías el 5.1% para finalizar con 7 citologías con un 2.7%. Esto es muy interesante al visualizar que la mayoría de las pacientes hasta la quinta citología se determinó que padecían cáncer, lo que confirma lo mencionado en el marco teórico en donde se dice que el cáncer cervicouterino en México está subdiagnosticado al no contar con adecuadas técnicas para la toma de muestras o mala técnica para la visualización y análisis de las mismas.
- H) TRATAMIENTO RECIBIDO 14 fueron sometidas a radioterapia, 12 pacientes contaron con quimioterapia, 10 pacientes recibieron radioterapia y quimioterapia, y solo 1 recibió tratamiento con cirugía, quimioterapia y radioterapia.
- I) DEPRESIÓN : Confirmamos lo que se planteó en nuestra hipótesis, al indicar que la mayoría de nuestra muestra, es decir 13 pacientes presentaron depresión moderada, siendo esta la mediana pues 12 presentaron depresión menor, 5 depresión muy grave y tan solo 4 no presentaron depresión. Estas cifras son mayores a las reportadas por el National Cancer Institute donde refiere que el 5 a 25% presenta depresión. Nuestro estudio arroja 90% con algún grado de depresión.

El pilar básico del médico familiar es la prevención de las diferentes patologías. Por el impacto socioeconómico del Cáncer cervicouterino ésta patología destaca un rubro aparte dentro de las estrategias de prevención utilizando el frotis cervical y la técnica de Papanicolaou, que si bien hemos visto tiene falsos positivos y negativos, es como método de Salud Pública, una estrategia excelente para detectar patología oncológica. El papel del médico de familia debe enfatizar la canalización de la mujer con vida sexual activa para realizar la toma de frotis cervical; toda vez que el resultado arroje alguna patología será canalizada a un segundo nivel a Clínica de Displasias para continuar protocolo y confirmar o descartar diagnósticos.

Si se presentan alteraciones cervicales, independientemente del manejo establecido por subespecialidades, nuestra obligación como médicos de primer contacto es valorar el aspecto integral de la paciente, la esfera mental es una parte más en la condición general de la paciente.

Trastornos depresivos pueden dificultar el manejo de la paciente o incluso rechazar la atención por parte de la misma, y complicar más aún a la persona y a todo el núcleo familiar. Identifiquemos esta alteración para hacer énfasis en el tratamiento tanto médico, psicológico o psiquiátrico, y así poder ayudar en cuanto nuestros medios lo permitan a sobrellevar esta enfermedad lo más aceptable posible.

XII: BIBLIOGRAFÍA.

1. American Joint Committee on Cancer, AJCC Cancer Staging Manual 7th 2010, 395-402.
2. Olmedo- Buenrostro B, Zepeda -Pamplona V, Enríquez- Maldonado I, El Cáncer Cérvico-uterino: implicaciones de la edad de inicio de vida sexual y el papilomavirus humano, Revista fuente, 2011, 34-38
3. DrKadel-Dunan L, Factores de riesgo Gineco-obstetricos para el cáncer cervico uterino en la atención primaria de salud, Medisan 2011, 573
4. Calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con cáncer de cuello uterino, Rev. latino am. enfermagem, 2010, 65-72.
5. Galván-Meléndez M, Factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado, Revista de Salud Quintana Roo, 2013, 1671
6. Linares- Castillo A, Torres -I, Salud y Sociedad, el Cáncer Cervico-uterino enemigo número uno de la mujer, Revista electrónica de medicina, 2011, 1-15.
7. Martín -Molina F, Zaldivar- G, Cáncer-cervicouterino y virus de papiloma humano, Revista chilena de obstetricia 2012, 315-321.
8. Detección de virus papiloma humano en la prevención del cáncer-cervico uterino, artículo especial, 2013, 585-596.
9. Montalvo-Esquivel G, Coronel -Martínez JA, Cáncer cervico uterino, Oncoguía, 2011, 69-90.
10. Aranda- Flores C, López-Grañiel C, Cáncer cervico uterino y embarazo. Colegio Mexicano de especialistas en ginecología y obstetricia, 2010, 151-169.
11. Sánchez- Barriga JJ, Tendencias de mortalidad por Cáncer Cervico-uterino en las siete regiones socioeconómicas y en las treinta y dos entidades federativas de México, en los años 2000 y 2008, Gaceta Médica de México, 2012, 42-51
12. Torres- Labaton A, Bustamante- Iglesias JI, Cáncer-cervico uterino perfil epidemiológico a 1217 pacientes del seguro popular Ginecología y Obstetricia de México, 2013, 71-76.
13. Rodríguez -Trejo E, Peralta -Zaragoza O, Zenteno- Cuevas R, Factores de riesgo para Cáncer Cervico uterino en pacientes atendidas en el Centro Estatal de Cancerología, Rev Med, 2012, 20-24

14. Morán- García RS, Quintero- Soto ML, Antecedentes sobre Cáncer-cervico uterino en México e importancia de la educación sexual en la prevención temprana en jóvenes población rural, Med wave, 2012, 1-5, disponible en www.medwave.cl
15. Depresión en personas de 5 años y mas, ministerio de salud, Guía Clínica auge, 2013, 65-72.
16. Berenzon -S, Lara- MA, Robles R, Depresion: Estado del conocimiento y las necesidades de políticas publicas y planes de acción en México, Salud Pública, 2013, 74-80.
17. Ovidio Martinez Brito, Odalys Camarero Frorteza, Autoestima y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer de mama, Revista de Ciencia médicas L a Habana, 2014, 20.
18. Jesús Guerrero Alcedo, Abigail Ramsés Serrano, Autotrasceder, ansiedad y depresión en paciente con cáncer en tratamiento, Rev. Habanera de C. Médicas, 2016, 297-309.
19. Depresión en personas de 5 años y más, Ministerio de Salud, Guía Clínica auge, 2013, 65-72.
20. Díaz -Villa BA, González -González C, Actualidades de la neurobiología de la depresión, Revista latinoamericana de Psiquiatría, 2012, 106-115.
21. Vargas Mendoza Jaime, Sanchez López Salvador, Prevalencia de la depresión en pacientes oncológicos y renales crónicos en tratamiento ambulatorio, Centro regional de investigación en psicología, vol. 5, 2011, 27-33.
22. Palma -Cortes M ,Economía de la Salud Mental, El residente 2010, 9-13.
23. Gutiérrez -Delgado C, Báez- Mendoza C, González-Pier E, Relación costo efectividad de las intervenciones preventivas contra el Cáncer-cervical en mujeres mexicanas, Salud Mental, 2008, 107-118.
24. Calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con cáncer de cuello uterino, Rev. latino am. enfermagem, 2010, 65-72.
25. Nogreda- Orozco J, Pérez-Terán B, Escala de Ansiedad y Depresion Hospitalaria-Validación en Pacientes Mexicanos con Infeccion por VIH, Psicología ibero americana,2013, 29-37.
26. Vanesa Fuchs Tarlovsky, Monica Bejarano, Efecto de la presencia de los familiares sobre la depresión en mujeres hospitalizadas con cáncer, Rev. Venezolana Oncol, 2013, 190-195.

27. Veronica Pousa Rodriguez, depresión y cáncer con revisión orientada a la práctica clínica, Rev. Colombiana Cancerología, 2015, 166-172.
28. Ana Moreno Acosta, Malestar emocional, malestar y depresión en pacientes oncológicos colombianos y su relación con la competencia percibida, Avances en psicología Latinoamerica, 2015, 517-529.
29. Sandra Velazquez Silva, Factores relacionados con depresión en pacientes pediátricos con cáncer y participación de la enfermera en su detección, Duazary, 2015, 164-173.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MESES.

AÑO 2015
MESES

ACTIVIDADES	ENE RO	FEBR ERO	MAR ZO	AB RIL	MA YO	JUNI O	JULI O	AGOST O	SEPTI EMBR E	OCTUB RE
SELECCIÓN DEL TEMA										
DELIMITAR EL TEMA										
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN										
OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN										
JUSTIFICACIÓN										
HIPÓTESIS										
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN										
CRONOGRAMA										
MARCO TEÓRICO										
DISEÑO DE INSTRUMENTOS										
RECOLECCIÓN DE DATOS										
ANÁLISIS DE INFORMACIÓN										
CORRECCIONES										



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE
SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LOS
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del Estudio: NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CACU DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA “**Lugar y fecha:** Pachuca de Soto, Hgo., a _____ del mes de _____ de _____ **Número de registro Justificación y objetivo del estudio::** Conocer

el grado de depresión en las pacientes portadoras de CaCu de nuestro Hospital. **Procedimientos:** Ningún invasivo. Se aplicará un cuestionario en el que proporcionará datos como edad, sexo, escolaridad, estado civil, Y responder a preguntas específicas sobre el estado de salud mediante un cuestionario ya aceptado internacionalmente.

Posibles riesgos y molestias: El presente estudio genera cierta molestia a la persona de estudio ya que interroga aspectos de la vida personal. Pero la información que se recaba en el cuestionario no pone en riesgo físico a la persona que lo contesta ya que la información es confidencial.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Identificar y canalizar a las pacientes las cuales cursen con depresión las diferentes redes de apoyo con las que cuenta nuestra institución.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Al concluir la investigación tendrá derecho de conocer los resultados y los podrá preguntar al investigador responsable.

Participación o retiro: Su participación es voluntaria, y no afectará la atención médica que recibe en el Instituto Mexicano del Seguro Social. **Privacidad y confidencialidad:** La información que usted proporciona será manejada de forma confidencial. Nadie ajeno tendrá acceso a la información, solo el investigador principal y tesista. **En caso de dudas o aclaraciones**

relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Investigador responsable: Dra. Alicia Ceja Aladro Teléfono: 771 220 78 44 **Colaboradores:** Dr. Manuel Arturo Santos García.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de ética e investigación de la CNIC del IMSS: av. Cuauhtémoc 330 4to. Piso bloque B de la unidad de congresos, colonia doctores. México DF., CP 06720, teléfono (55) 56 27 69 00 ext. 21230, correo electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

_____ NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE	_____ NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN RECABA EL CONSENTIMIENTO. DR. M.A .SANTOS GARCIA
_____ TESTIGO 1	_____ TESTIGO 2

1.- ESCALA DE HAMILTON:

Marque la respuesta que se aplica más a su condición.

ITEMS	CRITERIO DE VALORACION
1.- Humor deprimido (Tristeza, depresión, desamparo, intensidad)	0 : Ausente 1. Se indica solo al ser preguntado 2. Se relata oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas, se parecía postura, facies, voz, llanto. 4. Lo manifiesta verbal y no verbal de manera espontánea
2.- Sensación de culpabilidad	0: Ausente 1: Se culpa a sí mismo 2: Ideas de culpabilidad, ó medita sobre Errores pasados ó malas acciones. 3: La enfermedad actual es un castigo. Ideas Delirantes de culpabilidad. 5. Oye voces que le acusan, y ó alucinaciones visuales amenazadoras.
3.- Suicidio	0: Ausente 1: Le parece que la vida no merece ser Vivida. 2: Desearía estar muerto ó tiene ideas de Morir. 3.- Ideas de suicidio ó amenazas. 4.- Intento de suicidio (cualquier tipo)
4.- Insomnio precoz	0: Ausente 1: Dificultad ocasional para dormir. 2: Dificultad para dormir cada noche
5.- Insomnio medio	0: Ausente 1: Inquieto durante la noche 2: Despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse (Sin justificar como orinar)
6.- Insomnio tardío	0: Ausente 1: Se despierta pero vuelve a dormir 2: No se puede volver a dormir.
7.- Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. fatiga o debilidad relacionadas con su Actividad, trabajo o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la enfermedad
8. Inhibición (lentitud de	0. Palabra y pensamiento normales

pensamiento y de la palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ligeramente retrasado en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc
10. Ansiedad psíquica	<ol style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritable 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle
11. Ansiedad somática	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante <p>Signos fisiológicos como:</p> <p>Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, Diarrea, eructos.</p> <p>Cardiovasculares: palpitaciones, cefalea.</p> <p>Respiratorios: Hiperventilación, suspiros.</p> <p>Frecuencia urinaria</p> <p>Sudoración</p>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pérdida de apetito, pero come sin Necesidad de que estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación Intestinal para sus síntomas.
13. Síntomas somáticos generales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o Cabeza. Dorsalgias, cefalea, algias Musculares. Pérdida de energía y fatiga. 2. Cualquier síntoma bien definido
14. Síntomas genitales	<ol style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante <p>Síntomas como Pérdida de la libido ó Trastornos menstruales</p>
15. Hipocondría	<ol style="list-style-type: none"> 0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita Ayudas. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
	A. Según manifestaciones del paciente

16. Pérdida de peso (A o B)	<ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable Pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) <p>B. Según peso tomado por médico.</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana.
17. Insight (conciencia de enfermedad)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1: Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye a otras causas 2: Niega que esté enfermo
17 Items	Puntaje total.

DEPRESION	NO	LEVE	MODERADA	GRAVE	MUY GRAVE
PUNTOS	0-7	8-13	14-18	19-22	23-54

De Ramos-Brieva J. CorderoVillafañia. Validado al español escala de Hamilton.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES PORTADORAS DE CACU DURANTE EL AÑO 2015 EN EL HGZ No.1 DE PACHUCA”						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	Pachuca de Soto, Hgo.						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Conocer el grado de depresión en pacientes portadoras de CaCu en nuestra unidad						
Procedimientos:	El entrevistador realizara una serie de preguntas a pacientes portadoras de CaCu del HGZ UMF No.1 Pachuca, Hidalgo para el llenado del cuestionario para conocer el grado de depresión						
Posibles riesgos y molestias:	Posibles molestias en la paciente durante la aplicación de la encuesta ya que la información que se recaba conlleva una serie de sentimientos que puede originar cierta incomodidad.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	En caso de identificar depresión grave a muy grave se canalizaran con el médico familiar Dra. Alicia Ceja Aladro de la UMF No.1 Pachuca Hgo en el consultorio No.9, turno matutino de 9 a 12 hrs, para su valoración y en caso necesario su envió al servicio de psicología ó psiquiatría.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados se darán a conocer en la consulta externa de la clínica de displasias y se contactará a las pacientes con depresión grave a muy grave para en caso de la paciente acepte será revisada en consultorio No. 9 por el médico familiar Dra. Alicia Ceja Aladro de la UMF No.1 Pachuca Hgo, turno matutino de 9 a 12 hrs, quien los valorara y determinara el envió oportuno al servicio de psicología,						
Participación o retiro:	Conserva la absoluta libertad de participar de manera voluntaria así como de retirarse en el momento que decida del estudio sin que ello afecte la atención médica.						
Privacidad y confidencialidad:	Existe plena confidencialidad ya que la información recibida servirá para la identificación del nivel de depresión en pacientes portadoras de CaCu, usada con fines de publicación científica y participación en foros.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:	Podrá ser canalizada al servicio de psicología y recibir atención.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Alicia Ceja Aladro Matriculada: 99132816 HGZMF No.1 Tel. 044 771-220-78-44						
Colaboradores:	Dr. Manuel Arturo Santos García HGZ UMF No.1 Tel: 044 2227 097951						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
TESTIGO UNO NOMBRE Y DIRECCION Y FIRMA	TESTIGO DOS NOMBRE Y DIRECCION Y FIRMA
	CLAVE 2810-009-013

