

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

AB



NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDAS A IMPRESIÓN CLINICA,
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO POR CANCER DE MAMA: UN ESTUDIO PILOTO

Trabajo de Grado para Optar el Titulo de

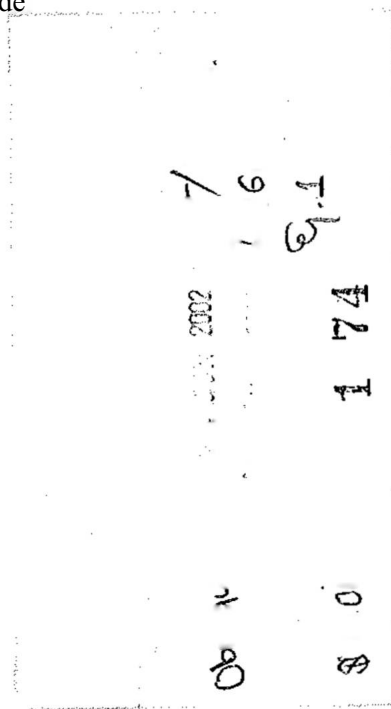
PSICÓLOGO

Presentado por:

José Ramón Isaza Manrique

Tañía Alexandra Herrera Portilla

Yenni Castellanos Guarguati



Bajo la Dirección de la Ps. Cely Cristina Escobar

Bucaramanga, Junio de 2002

Agradecimientos

De los Autores,

Al personal que labora en la UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN GONZÁLES VALENCIA, en especial al Doctor JESÚS SOLIER INSUASTY ENRIQUEZ, quienes hicieron realidad la elaboración del presente estudio con su cordial atención y gran colaboración.

A nuestros PROFESORES y PERSONAL ADMINISTRATIVO que labora en la Facultad de Psicología por su paciencia y dedicación, quienes dieron todo su empeño para formar de nosotros unos excelentes profesionales.

José Ramón Isaza Manrique, Yenni Castellanos Guarguali, Tañía Alexandra Herrera Portilla

Del Autor,

A mis padres, MANUEL y LEONOR, que con su amor, apoyo, ejemplo y esfuerzo hicieron realidad este gran sueño.

A mis hermanos, MANUEL y SUSANA, que desde la distancia motivaron mi esfuerzo y dedicación.

A mi FAMILIA que desde el comienzo estuvieron a mi lado dándome fuerzas para continuar.

A la familia CAMACHO ROSAS en especial a LUZ MARINA Y MONICA PATRICIA, quienes fomentaron una luz de esperanza para seguir recorriendo el largo camino.

José Ramón Isaza Manrique

Déla Autora,

A DIOS que ilumina mi ser y me brinda su infinita sabiduría para llegar a esta instancia y seguir adelante

A mi padre, BENJAMÍN, que con su guía, apoyo, amor y esfuerzo hizo posible esta meta.

A mi madre, GLORIA, que con su fuerza, lucha, amor y empeño motivó mi esfuerzo en búsqueda de esta realidad.

A mi hermana, LADY JOHANNA, que le sirva como guía para su nuevo camino y formación.

Yenni Castellanos Guarguali

De la Autora,

A DIOS por darme la inteligencia y la fuerza para escoger el camino correcto y seguir adelante

A mis padres, ANTONIO Y MARIA DELFINA, por que su guía y apoyo incondicional me han ayudado a llegar a donde hoy estoy

A mi abuela, MARÍA HELENA, por su sabia crianza

A, JOSE LUIS, por su amor y por haber creído siempre en mi

Tañía Alexandra Herrera Portilla

Tabla de Contenido

Resumen	XI
NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDAS A IMPRESIÓN CLINICA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO POR CANCER DE MAMA: UN ESTUDIO PILOTO	1
¿Cuál es la Presencia y Nivel de Depresión en 30 Pacientes de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia, Sometidas a Procedimientos de Impresión Clínica, Diagnóstico y Tratamiento para Cáncer de Mama?	3
Objetivos	6
<u>Objetivo General</u>	6
<u>Objetivos Específicos</u>	7
Antecedentes	8
Identificación de la Institución	14
<u>Visión</u>	14
<u>Principios Institucionales</u>	15
<u>Objetivos Institucionales</u>	16
<u>Departamento de Oncología y Radioterapia</u>	17
Marco Teórico	20
<u>Cáncer</u>	20
<u>Cáncer de Mama</u>	21
<u>Manifestaciones Clínicas y Detección del Cáncer de Mama</u>	23
<u>Etiología y Patogenia</u>	25
<u>Curso y Evolución del Cáncer de Mama</u>	26
<u>Epidemiología</u>	27

<u>Tratamiento por Cáncer de Mama</u>	28
<u>Depresión</u>	32
<u>Manifestaciones Clínicas</u>	33
<u>Etiología</u>	36
<u>Diagnóstico</u>	38
<u>Curso y Evolución</u>	40
<u>Epidemiología</u>	41
<u>Tratamiento</u>	43
<u>Modelo de la Distorsión Cognitiva de Beck</u>	48
<u>Depresión y Cáncer de Mama</u>	59
<u>Conrorbilidad del Cáncer con Trastornos Psicológicos</u>	61
Definición de Variables	66
<u>Variables independientes.</u>	66
<u>Variable dependiente</u>	66
Operacionalización de Variables	66
Método	68
Diseño	68
<u>Participantes</u>	68
<u>Instrumentos</u>	69
<u>Historias Clínicas de las Pacientes</u>	69
<u>Inventario de Beck</u>	69
<u>Entrevista Sociodemográfica, Familiar y de Antecedentes Clínicos y Psicológicos</u>	77
<u>Procedimiento</u>	81
Resultados	82

<u>Caracterización de cada una de las Variables Indagadas en la Entrevista</u>	
<u>Semiestructurada</u>	82
<u>Caracterización de las Variables Indagadas en la Entrevista Semiestructurada Según</u>	
<u>el Momento Clínico</u>	106
<u>Impresión Clínica</u>	106
<u>Diagnóstico</u>	106
<u>Tratamiento</u>	106
<u>Presencia de Síntomas y/o Signos Depresivos en las Pacientes Estudiadas</u>	108
<u>Según el Momento Clínico la Presencia de Síntomas y/o Signos Depresivos fue:</u>	109
<u>Nivel de Depresión de las Pacientes Estudiadas Según el Inventario de Beck</u>	110
<u>Según el Momento Clínico los Niveles de Depresión Fueron:</u>	111
<u>Relación Entre la Presencia de Síntomas y/o Signos Depresivos y la Entrevista</u>	
<u>Semiestructurada</u>	114
<u>Relación Entre la Presencia de Síntomas y/o Signos Depresivos y cada una de las</u>	
<u>Variables Indagadas en la Entrevista Semiestructurada</u>	115
<u>Caracterización de la Relación entre la Presencia de Síntomas y/o Signos</u>	
<u>Depresivos y las Variables Indagadas en la Entrevista Semiestructurada a las Pacientes</u>	
<u>Indagadas</u>	127
Discusión	128
Recomendaciones	132
Referencias	134
Apéndices	137

Lista de Figuras

<u>Figura 1.</u> Análisis gráfico del porcentaje de la ausencia y presencia de síntomas y/o signos depresivos arrojados por el Inventario de Beck de las Pacientes, con relación al momento clínico.	109
<u>Figura 2.</u> Análisis gráfico del porcentaje del nivel de depresión que obtuvieron las pacientes según el Inventario de Beck con relación al momento clínico.	111
<u>Figura 3.</u> Presencia de síntomas y/o signos de depresión en las pacientes sometidas a procedimientos de impresión clínica, diagnósticos y tratamiento por cáncer de mama	113
<u>Figura 4.</u> Nivel de depresión en las pacientes sometidas a procedimientos de impresión clínica, diagnóstico y tratamiento por el cáncer de mama	114
<u>Figura 5.</u> Relación entre la presencia de signos y/o síntomas depresivos presentados en porcentajes y los rangos de edad de las pacientes.	115
<u>Figura 6.</u> Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos presentados en porcentajes y el estado civil de las pacientes.	116
<u>Figura 7.</u> Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos presentado en porcentajes y la procedencia de las pacientes.	117
<u>Figura 8.</u> Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos presentados en porcentajes y la ocupación de las pacientes	118
<u>Figura 9.</u> Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos representados en porcentajes y el nivel de escolaridad de las pacientes.	119
<u>Figura 10.</u> Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos representados en porcentajes y el estrato socioeconómico donde vive las pacientes.	120

<u>Figura 11.</u> Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos representados en porcentajes y el tipo de familia de las pacientes.	121
<u>Figura 12.</u> Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos representados en porcentaje y el tipo de relación conyugal que tienen las pacientes.	122
<u>Figura 13.</u> Relación entre los síntomas y/o signos depresivos representados en porcentajes y la relación que tienen con su familia las pacientes.	123
<u>Figura 14.</u> Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos representados en porcentajes y la existencia del acompañamiento de la familia para la solución de los problemas emocionales de las pacientes 95	124
<u>Figura 15.</u> Relación entre los síntomas y/o signos depresivos representados en porcentajes y la intervención a nivel psicológico generado por problemas a nivel general.	125
<u>Figura 16.</u> Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos representados en porcentajes y el trato recibido por parte de la institución hacia las pacientes.	126

Lista de Tablas

Tabla 1: <u>Periodos evolutivos del cáncer de mama</u>	26
Tabla 2: <u>Muestra de ítems de la Escala de Actitudes</u>	50
Tabla 3: <u>Errores Cognitivos en la Depresión Según la Teoría de Beck</u>	52
Tabla 4: <u>Esquemas que se utilizan en la teoría cognitiva de la depresión de Beck</u>	58
Tabla 5: <u>Operacionalización de las variables</u>	67
Tabla 6: <u>Validez Concurrente Según Grupos Extremos</u>	71
Tabla 7: <u>Confiabilidad Interna de los Factores IDB</u>	72
Tabla 8: <u>Indicadores a Estudiar por Agrupación de ítems y Puntuaciones</u>	73
Tabla 9: <u>Matriz de composición de la entrevista semiestructurada</u>	78
Tabla 10: <u>Porcentaje de la edad de las pacientes con relación al momento clínico</u>	82
Tabla 11: <u>Porcentaje del estado civil de las pacientes con relación al momento clínico</u>	84
Tabla 12: <u>Porcentaje de la procedencia de las pacientes con relación al momento clínico</u>	85
Tabla 13: <u>Porcentaje de la ocupación de las pacientes con relación al momento clínico</u>	86
Tabla 14: <u>Porcentaje de la escolaridad de las pacientes con relación al momento clínico</u>	87
Tabla 15: <u>Porcentaje del estrato socioeconómico al que pertenecen las pacientes con relación al momento clínico</u>	88
Tabla 16: <u>Porcentaje del tipo de familia al que pertenecen las pacientes con relación al momento clínico</u>	89
Tabla 17: <u>Porcentaje de la calidad de la relación conyugal que tienen las pacientes con relación al momento clínico</u>	90
Tabla 18: <u>Porcentaje del tipo de relación que mantienen las pacientes con sus familias con relación al momento clínico</u>	91

Tabla 19: <u>Porcentaje de la existencia del acompañamiento de la familia para la solución de los problemas emocionales de las pacientes con relación al momento clínico.</u>	92
Tabla 20: <u>Porcentaje de los tipos de enfermedad que han padecido las pacientes con relación al momento clínico.</u>	93
Tabla 21: <u>Porcentaje de las pacientes que han sido hospitalizadas con relación al momento clínico.</u>	94
Tabla 22: <u>Porcentaje de la causa de la hospitalización que tuvieron las 21 pacientes con relación al momento clínico.</u>	95
Tabla 23: <u>Porcentaje de las pacientes que han recibido tratamiento psicológico por problemas a nivel general con respecto al momento clínico.</u>	96
Tabla 24: <u>Porcentaje de las reacciones emocionales que tuvieron las pacientes frente a los procedimientos a que fueron sometidas con relación al momento clínico.</u>	97
Tabla 25: <u>Porcentaje del trato recibido por parte de la institución hacia las pacientes con relación al momento clínico.</u>	98
Tabla 26: <u>Porcentaje de las pacientes que se realizaban el autoexamen de senos con relación al momento clínico.</u>	99
Tabla 27: <u>Porcentaje de cómo detectaron las pacientes la anomalía en sus senos con relación al momento clínico.</u>	100
Tabla 28: <u>Porcentaje de cómo detectaron las pacientes la anomalía en sus senos con relación al momento clínico.</u>	101
Tabla 29: <u>Porcentaje del tipo de debilidad emocional que tienen las pacientes con relación al momento clínico.</u>	102

Tabla 30: <u>Porcentaje de la cualidad física que manifestaron tener las pacientes con relación al momento clínico.</u>	103
Tabla 31: <u>Porcentaje de la presencia de llanto frecuente en las pacientes con relación al momento clínico.</u>	104
Tabla 32: <u>Porcentaje del tipo de reacción que tienen las pacientes ante la frustración con relación al momento clínico.</u>	105
Tabla 33: <u>Porcentaje de la ausencia y presencia de síntomas y/o signos depresivos arrojados por el inventario de Beck de las pacientes, con relación al momento clínico.</u>	108
Tabla 34: <u>Porcentaje del nivel de depresión que obtuvieron las pacientes según el inventario de Beck con relación al momento clínico.</u>	110

Apéndices

Apéndice A. Entrevista sociodegráfica, familiar y de antecedentes clínicos y psicológicos.

Apéndice B. Inventario de Beck

Resumen

Esta investigación buscó determinar la presencia y nivel de depresión en 30 pacientes de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia, clasificadas en tres grupos seleccionados según los momentos de: impresión clínica, diagnóstico patológico y tratamiento por cáncer de mama. Se realizó un estudio transeccional descriptivo comparativo, para establecer la presencia y nivel de depresión en las pacientes sometidas a dichos procedimientos. Se elaboró la descripción comparativa dentro de cada grupo y entre los tres grupos, para determinar el momento adecuado de intervención psicológica para el manejo de síntomas y/o signos depresivos en la evolución y curso de esta patología. En la investigación se utilizaron como instrumentos de medición, las historias clínicas de las pacientes con el fin de determinar el momento clínico donde se encontraban, una prueba objetiva (inventario de Beck) para medir la presencia y nivel de depresión en los tres grupos, y una entrevista semiestructurada para caracterizar las variables socio demográficas, familiares, psicológicas y las de antecedentes clínicos de las pacientes objeto de la investigación, y la relación existente entre estas variables y la presencia de síntomas y/o signos depresivos. El estudio reveló que el 60% de las pacientes desencadenó síntomas y/o signos de depresión, más notables en el procedimiento de diagnóstico positivo previo al tratamiento por cáncer de mama, y que su nivel, según la clasificación del inventario de Beck, se halla en el rango de depresión leve media. Además identificó que el momento adecuado para realizar la intervención psicológica por el manejo de síntomas y/o signos depresivos es en la etapa de diagnóstico previo al tratamiento.

NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES SOMETIDAS A IMPRESIÓN CLINICA,
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO POR CANCER DE MAMA: UN ESTUDIO
PILOTO

El cáncer presenta una alta incidencia epidemiológica y ocasiona alteraciones a nivel psicológico en las personas que lo padecen. El cáncer de mama no escapa a esta realidad, siendo esta patología objeto de estudio de la presente investigación. Es por esto que en la actualidad existe una gran variedad de estudios que están orientados hacia esta problemática: Belloch, Sandía y Ramos (1999), “muestran que los datos epidemiológico relativos a las tasas de incidencia y mortalidad tienden a confirmar que en la actualidad el cáncer produce aproximadamente el 23 % de las tasas de defunción, considerándose la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares”, (p.423)

Además estos autores (1999), afirman que, “con respecto a los tipos de cáncer mas frecuentes, correspondieron en el varón al cáncer de pulmón (20%), colon y recto (14 %) y próstata (20 %). Por su parte, las mujeres compartían con el varón elevadas tasas de incidencia en el cáncer de pulmón (11%) y de colon y recto (16%), aunque la mayor tasa de incidencia en este grupo se observó en el cáncer de mama (27%)”. (p.423)

Las primeras referencias que vincularon los factores psicológicos con el cáncer, aparecieron durante el siglo XIX, cuando Snow (1893), observó que de un total de 250 historias clínicas de pacientes con cáncer que había analizado en el Cáncer Hospital de Londres, en 156 casos había precedentes de problemas afectivos, relacionados específicamente con pérdidas en la aparición del trastorno. Ya a comienzos del siglo XX, en el libro de Evans (1926), sobre un estudio psicológico del cáncer se vuelve a señalar que una de las causas principales de esta enfermedad era la perdida de un motivo de amor o de

una relación emocional importante. Desde entonces y hasta fechas recientes, numerosos autores han llevado a cabo excelentes revisiones teóricas (Cooper, 1998; Eysenk, 1987; Holland, 1990; Leshan, 1959; Levenson y Bemis, 1991; Levy y Heiden, 1990; Stoll , 1986) a la vez que han aportado un amplio cúmulo de observaciones clínicas y datos de investigación empírica que han permitido corroborar nuevamente la implicación de los factores psicológicos y conductuales en el cáncer.

Según Botero (1994), de acuerdo al tipo de cáncer investigado en este estudio (cáncer de mama) “en Colombia su incidencia es de 28 por 100,000 mujeres en 1970, 12 en 1980 y 34.8 en Cali en 1979, En otros países de América Latina se han encontrado tasas de 65.5 en 1978 en Sao Paulo Brasil, y de 35.1 en 1980 en Puerto Rico” (p.491)

Según Mantilla (2001),” en el periodo comprendido entre 1996 y 1999 se presentaron 246 casos nuevos de cáncer de mama, de los cuales Santander fue el departamento que mas aportó con 205 casos (83.3%), y en segundo lugar Cesar con 18 casos (7.3%). Del departamento de Santander la mayoría de casos provienen de Bucaramanga y su área metropolitana, 133 casos (64.9%)”. (p. 1-316)

Existen diversas investigaciones en el exterior que soportan la relación existente entre los aspectos psicológicos que influyen en el curso y evolución del cáncer de mama y viceversa, entre los cuales se destacan los realizados por Pérez, Robledo y Sinisterra (1991); Perrero, Toledo y Barreto (1995); y Vidal y López (1999), entre otros (ver antecedentes).

Teniendo en cuenta la alta incidencia del cáncer de mama en Bucaramanga y las pocas investigaciones dirigidas a estudiar las relaciones de los componentes psicológicos afectados por esta patología específicamente la depresión, y que solo han hecho énfasis en indagar las consecuencias psicológicas en la etapa final de la enfermedad generadas por

tratamientos radicales, (ver antecedentes Tobar, 2000) desconociendo el compromiso psicológico que conlleva la evolución y curso de esta patología. Este hecho motivó la realización de este estudio, con el objetivo de determinar el momento adecuado de la intervención psicológica para el manejo de los síntomas y/o signos depresivos en las pacientes remitidas por cáncer de mama al Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga

Problema

El diagnóstico de cáncer ha tenido una connotación sociológica y psicológica catastrófica, convirtiéndose en sinónimo de muerte inminente, debido a que los datos epidemiológicos relativos a las tasas de incidencia y mortalidad, tienden a confirmar que en la actualidad esta enfermedad produce aproximadamente el 23% de las tasas de defunción, considerándose la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. Ello ocasiona múltiples formas de afrontamiento, entendido como los esfuerzos conscientes que realiza la persona para manejar las alteraciones psicológicas que se presentan: el impacto estresor, la ansiedad y la depresión. Afrontamiento que si no es adecuado influye negativamente en el curso de la enfermedad (Belloch, Sandín y Ramos 1995).

Según Ramírez (2000), dentro de la amplia gama de patologías oncológicas se encuentra el cáncer de mama que ha pasado a ocupar, en países desarrollados como Estados Unidos, el primer lugar de prevalencia entre las mujeres con cáncer (24% del total de casos de cáncer en la población femenina), y que produce diversas consecuencias orgánicas y psicológicas, entre las que se destacan la mutilación, el compromiso orgánico sistémico, el deterioro de la imagen corporal, la depresión, una actitud negativa frente a la vida y las relaciones sociales, entre otras.

De acuerdo con Medina (1990) “el cáncer de mama en Colombia se considera la tercera causa de muerte por cáncer en las mujeres; su frecuencia comienza a aumentar a partir de los 20 años, pero sobre todo desde los 40 años. Se presenta con mayor frecuencia en las ciudades grandes tales como Bogotá, Medellín, Barranquilla y Cali; sin embargo, los departamentos de Santander, Antioquia y del Viejo Caldas se presenta con una mortalidad intermedia” (p. 316).

Por su parte, Botero y Henao (2000), comentan que, en la actualidad a nivel mundial, se desarrolla cáncer de mama en aproximadamente una de cada diez mujeres a lo largo de la vida, y causa alrededor del 20% de las muertes por cáncer en ellas. La prevalencia de cáncer de mama en Colombia ha venido creciendo en las últimas décadas hasta igualar la de cuello uterino situándose en la actualidad en una tasa de 40 por cada 100.000 mujeres. Estos hechos han obligado al Ministerio de Salud y a la OPS (Organización Panamericana de Salud) a implementar programas institucionales preventivos con el fin de disminuir su impacto y protocolizar su manejo clínico, pero a su vez han ignorado las líneas de intervención psicológica tales como:

Intervenciones preventivas: eliminación de hábitos de consumo de sustancias de riesgo, afrontamiento del estrés, adopción de hábitos saludables y de conductas que faciliten la detección temprana de tumores.

Información adecuada al paciente: contenidos, tipos de información, estilo, vías de administrar la información al paciente y familiares, así como el momento y la secuencia más oportuna.

Preparación a la hospitalización y tratamientos: con el objeto de reducir la ansiedad y el impacto estresor que conllevan a adquirir respuestas adaptativas a esta situación. En este

caso, el objetivo es controlar las reacciones emocionales y repertorios de afrontamiento ante la hospitalización y la cirugía.

Tratamiento tras el diagnóstico de cáncer: con el objetivo de reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas; promover un sentido de control personal y participación activa; dotar al sujeto de estrategias para hacer frente al estrés y facilitar la comunicación del paciente con su pareja y su familia.

Tratamientos asociados a la patología del cáncer o tratamientos médicos del cáncer: en este apartado las áreas de mayor aplicación de intervención psicológica son: a. Control de reacciones condicionadas y otros efectos asociados a la quimioterapia: ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios asociados, control de la fatiga, cambios en aspecto físico (alopecia), etc. O la radioterapia: miedo a posibles quemaduras, efectos de fatiga y malestar, b. Afrontamiento del trasplante de médula ósea: un tratamiento altamente agresivo que implica muchos estresores físicos y psicológicos, incluyendo aislamiento en un ambiente libre de gérmenes, fluctuaciones en el estatus médico, procedimientos médicos invasivos, infecciones repetidas, etc. c. Dolor agudo asociado a procedimientos diagnósticos, tales como punciones lumbares, endoscopias, biopsias, etc. d. Dolor crónico producto de la patología del cáncer, e. Anorexia, que puede ocurrir secundariamente a las tres principales modalidades de tratamiento, cirugía, quimioterapia y radiación o por la propia patología de cáncer, f. Problemas sexuales. Cierta proporción de los pacientes de cáncer adquieren como resultado o en asociación con el tratamiento algún tipo de disfunción o problema sexual, esto es particularmente cierto en algunas localizaciones tumorales tales como colorrectales, ginecológicas, urológicas y mama. g. Adaptación a amputaciones, ostomias y otros efectos de intervenciones quirúrgicas.

Intervención en la fase terminal}', con el objetivo de disminuir el proceso lo más posible tanto en el paciente como en sus familiares.

Selección y entrenamiento de personal voluntario: que sirven de apoyo social y ayuda a las intervenciones médicas y psicológicas.

Entrenamiento de afrontamiento del estrés para personal médico y de enfermería: dirigido al entrenamiento de habilidades para la relación terapéutica, así como a dotar de estrategias para el manejo de situaciones problemáticas ante el paciente oncológico.

El que no se realicen dichas líneas de intervención psicológica hace indispensable realizar estudios multidisciplinarios que sustenten la necesidad de la intervención en este campo, en el manejo del cáncer de mama.

Este estudio no escapa a dicha necesidad y su finalidad se orienta por lo tanto a hacer un aporte en esta materia. Fijándose como problema de indagación lo siguiente:

¿Cuál es la Presencia y Nivel de Depresión en 30 Pacientes de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia, sometidas a Procedimientos de Impresión Clínica, Diagnóstico y Tratamiento por Cáncer de Mama?

Objetivos

Objetivo General

Determinar el nivel de depresión en pacientes en impresión clínica, diagnóstico y tratamiento por cáncer de mama, recepcionados en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia, mediante la aplicación del Inventario de Beck (IDB), con el fin de aportar datos que establezcan cual es el momento clínico adecuado para realizar la intervención psicoterapéutica orientada al manejo de síntomas y/o signos depresivos en este grupo.

Objetivos Específicos

Revisar las historias clínicas de las pacientes objeto de estudio para determinar el momento clínico en el que se encuentran.

Realizar una entrevista semiestructurada a las pacientes objeto de estudio con el fin de caracterizar las variables sociodemográficas, familiares, psicológicas, y las de antecedentes clínicos según el momento clínico de intervención médica.

Aplicar el Inventario de Beck a las pacientes objeto de estudio para establecer la presencia y nivel de depresión en los tres grupos de pacientes seleccionados.

Interpretar los instrumentos utilizados para obtener sus resultados.

Sistematizar los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados con el fin de facilitar el análisis de los mismos.

Comparar la presencia y nivel de depresión entre los tres grupos con el propósito de determinar el momento clínico pertinente para realizar la intervención psicológica.

Comparar los datos arrojados por la entrevista semiestructurada con los datos obtenidos con el Inventario de Beck, con el propósito de elaborar la relación que existe entre estos dos tópicos.

Analizar los resultados obtenidos de los instrumentos utilizados con el objetivo de realizar la discusión y recomendaciones del estudio.

Antecedentes

Se puede afirmar que el cáncer de mama, ha sido el mas estudiado desde el punto de vista del impacto psicológico que produce.

También es el cáncer mas común entre las mujeres (una de cada nueve mujeres podrá llegar a padecerlo), afectando a un órgano cuyas significaciones individuales y culturales están ligadas a la maternidad, la feminidad, el erotismo y la sexualidad.

Por otra parte, es casi con certeza el cáncer mas estudiado desde la antigüedad. Ya en el siglo II de la era cristiana, Galeno observaba que esta enfermedad, ocurría con mas frecuencia en las mujeres con temperamento melancólico, que en aquellas que poseían temperamento sanguíneo (Vidal y López 1999).

Para la realización de la presente investigación se tomaron en cuenta los estudios orientados a indagar acerca de la relación entre depresión y cáncer de mama en los últimos diez años, entre los que se destacan los siguientes:

Restrepo, Pérez, Robledo y Sinisterra (1991), en su investigación acerca del impacto emocional sobre la representación corporal, en mujeres en proceso de diagnóstico de cáncer de mama, concluyeron que las pacientes mostraron una representación corporal disminuida y desvalorizada, que se incrementó ante el diagnóstico positivo de cáncer de mama y que los mecanismos de defensa más comunes activos por el yo, ante la amenaza sobre la representación corporal de los pacientes por el diagnóstico de cáncer de mama, fueron la represión, la regresión, la negación y la omnipotencia e idealización como defensas maníacas. Para la realización de esta investigación se utilizó el test proyectivo de Machover que evalúa rasgos de la personalidad por medio del dibujo de una figura humana.

En España, Perrero, Toledo y Bárrelo (1995), de la Universidad de Valencia, realizaron un estudio acerca de la evaluación cognitiva y el afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama, enfocándose en el hecho de que el diagnóstico de dicho cáncer y los tratamientos que lo acompañan son sin duda elementos capaces de disminuir el bienestar psicológico de las mujeres sometidas a esta experiencia; no obstante, la literatura pone de manifiesto que este efecto pernicioso es relativamente breve, y que la mayoría de las pacientes alcanzan con el tiempo sus estándares previos de bienestar, llegando incluso algunas pacientes a informar de cambios favorables en su calidad de vida tras el diagnóstico. Sin embargo, una amplia minoría de pacientes (entre el 20 y el 30%), presenta complicaciones psicológicas a largo plazo, derivadas de su condición de pacientes oncológicas; complicaciones que suelen tomar la forma de ansiedad, depresión o baja autoestima. Además de los efectos atribuibles a la pérdida de la mama, este malestar puede derivarse de lo que se ha dado en llamar "El síndrome de Damocles" (Koochier y O'Malley, 1981; Quigley, 1989) o "Aprieto existencial" (Weissman, 1976), expresiones que recogen la conciencia de vulnerabilidad a la enfermedad y posibilidad de recidivas, así como las limitaciones que perciben las pacientes a la hora de desarrollar un proyecto vital a largo plazo. Estos autores proponen que el modo en que los sujetos evalúan y afrontan un diagnóstico de cáncer puede puntuarse sobre cinco dimensiones a las que subyace un esquema cognitivo relativo al significado del diagnóstico, a las posibilidades de control sobre la enfermedad y a la visión del pronóstico que pueden describirse en los siguientes términos:

Espíritu de lucha: visión del diagnóstico como un reto, visión optimista del pronóstico.

Desamparo / desesperanza: visión de la enfermedad como pérdida irreparable.

Preocupación ansiosa: visión de la enfermedad como una amenaza, incertidumbre.

Fatalismo: aceptación de cualquier pronóstico.

Negación: ausencias de evaluaciones relativas al control.

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó el instrumento escala mental Adjustment to Cáncer (M.A.C de Watson, Creer y Bliss, 1989), la cual posee 40 ítems agrupados en cinco subescalas referidas a las dimensiones de espíritu de lucha, desamparo, desesperanza, fatalismo, preocupación ansiosa y negación.

Por otro lado, Cano, Sirgo, Díaz y Pérez (1997), en algunos apartes de su estudio sobre ansiedad, racionalidad, armonía y optimismo en el cáncer de mama que realizaron en la Universidad Complutense de Madrid, en el departamento de Psicología Básica II, presentaron una exposición en donde aseguran que el enfrentamiento al cáncer no puede ser caracterizado a través de una sola estrategia de afrontamiento, sino que puede cambiar a lo largo del proceso de la enfermedad; de igual manera, una persona puede emplear diferentes estrategias de afrontamiento al mismo tiempo. Los diferentes factores psicosociales y modos de afrontamiento frente a la enfermedad, afectan el desarrollo de cáncer de manera indirecta, por ejemplo, haciendo que los sujetos tarden más en buscar ayuda médica o no se impliquen como debieran en los tratamientos ni en la medicación. Al mismo tiempo, se vio que ciertas formas de afrontamiento al cáncer estaban asociadas a respuestas autonómicas, neuroendocrinas e inmunológicas que pueden exacerbar el crecimiento del tumor o la extensión de la metástasis, y debilitan la resistencia del cuerpo al proceso maligno (Pettingole, Philalethis, Tee y Greer, 1981).

Las situaciones estresantes pueden ser relacionadas con el sistema inmune a través del Sistema Nervioso Central por la actuación del Sistema Nervioso Simpático debilitando su

funcionamiento. En general, cada vez es más fuerte la evidencia del papel estresante del propio cáncer en el desarrollo de la enfermedad. Tener cáncer en si mismo puede alterar conductas, estados emocionales e incluso disposiciones de personalidad. Cada vez se evidencia con mayor fuerza el papel generador de estrés en el desarrollo del carcinoma. Modelos Bioconductuales, que tienen en cuenta aspectos psicológicos (estrés y calidad de vida), conductuales (conductas de salud y compromiso con los tratamientos) y fisiológicos, tratan de explicar las interrelaciones que se generan desde el cáncer como estresor hasta el desarrollo o agravamiento de la enfermedad (Andersen, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1994). En esta investigación se utilizó como instrumento de medición la batería de cuestionario Interpersonal Behavior Scale (IBS-R/ED E IBAS/A-Spielber, 1988), con 29 ítems que evalúan armonía y racionalidad.

Por otra parte Vidal y López (1999), realizaron un estudio en Argentina sobre depresión en cáncer de mama, donde se planteó como problema la estimación de la presencia de trastornos depresivos en las pacientes con cáncer de mama y su relación con el estadio tumoral, el dolor, el tipo de tratamiento oncológico instituido, la discapacidad física que la paciente padece y la existencia de apoyo familiar o social.

Este estudio se realizó con 50 pacientes con cáncer de mama, atendidas en la Unidad Psico-Oncológica del Departamento de Psicopatología del Cemic, (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas “Dr. Norberto Quimo”), entre Marzo de 1993 y Diciembre de 1997, de las cuales el 42% padecía cáncer de mama con metástasis a distancia, 58% realizaban quimioterapia y 34% habían sido sometidas a tratamiento quirúrgico conservador.

El estudio arrojó como resultado que el 38% de las pacientes presentaron síntomas depresivos, con predominio de los niveles moderado y severo. Además, estableció que la relación entre apoyo familiar y depresión no fue estadísticamente significativa. Por el contrario, la relación entre depresión y estadio tumoral avanzado, índice de Karnofsky bajo, dolor y tratamiento quimioterápico fue estadísticamente significativo.

Para ello se utilizaron, la escala de autoevaluación de la depresión de William W. Zung, la escala ordinal de Keele para dolor y el Performance Status de Karnofsky para estado físico general de la paciente en relación con la enfermedad.

En Septiembre del 2000 un equipo de la Universidad Jolin Hopkins, en Baltimore, presentó en la revista "Cáncer Causes and Control" un informe sobre un estudio realizado a 2017 hombres y mujeres para determinar la relación entre depresión y cáncer durante un periodo de 13 años. Este estudio reveló que sólo 25 mujeres desarrollaron cáncer de mama durante el periodo de seguimiento y tres presentaron antecedentes de depresión aguda. Se conocen pocos factores de riesgo del cáncer de mama, aunque uno de ellos es no tener hijos. Un episodio de depresión aguda parece aumentar el riesgo de cáncer en la misma proporción que lo hace la anterior causa. Cambios de humor aunque el efecto de la depresión es leve y no se conoce con precisión. Esta conclusión es un nuevo ejemplo de que la depresión es una enfermedad real con consecuencias fisiológicas.

En la ciudad de Bucaramanga (Colombia) en el 2000, Tobar desarrolló en el Hospital Ramón González Valencia un estudio investigativo para analizar la depresión en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas en dicha institución, que contó con la participación de 15 pacientes. La prueba aplicada a estas mujeres para dicha investigación fue el inventario de Beck o IDB, La interpretación de los resultados se realizó a partir de las

puntuaciones promedio de cada grupo, estableciendo para cada uno de estos un perfil, con base en las variables que maneja la prueba con respecto a los tres factores establecidos para el análisis de los resultados: factor conductual, cognitivo y somático, de donde se extrajo, según los resultados arrojados por la prueba, que, con respecto al factor conductual, en las mujeres Mastectomizadas a causa del cáncer de mama se incrementa notablemente los sentimientos de insatisfacción, inseguridad, culpabilidad y autodecepción; en cuanto al factor cognitivo, el pesimismo, el sentimiento de castigo y el desinterés social, se convierten en aspectos predominantes de su vida cotidiana, lo que incide negativamente en sus relaciones familiares y extrafamiliares; y, finalmente, en el factor somático, se ve afectada la imagen corporal, debido a la carencia de atractivo que ellas perciben de sí mismas por la pérdida de uno de sus senos, sumando a esto, el descuido personal, debido a la imagen distorsionada de su esquema corporal. Los resultados arrojados indican que de las 15 mujeres participantes, ocho presentaron depresión severa, cinco depresión moderada y dos depresión leve media.

Las anteriores investigaciones muestran que existe la presencia de alteraciones a nivel psicológico en las personas diagnosticadas por cáncer de mama, hecho que ameritan realizar nuevos estudios que complementen la información hasta ahora recopilada sobre esta problemática. Esta investigación se orienta en este sentido.

Identificación de la Institución

Para la realización de este estudio, se contó con la participación del Hospital Universitario Ramón González Valencia, el cual se caracteriza por ser una empresa inteligente, prestadora de servicios integrales de salud.

Es una entidad pública de tercer nivel, descentralizada, de orden departamental, formador de especialistas en el área de salud y líder en la prestación de los servicios integrales de salud en el nororiente colombiano. Cuenta con una adecuada infraestructura física, administrativa, asistencial organizada, biotecnológicamente dotada, debidamente señalizada y con amplias zonas verdes. El personal que labora en la institución, se distingue por ser altamente calificado, comprometido y humanizado. Por otro lado, la empresa les brinda a sus funcionarios, la posibilidad de participación, respetando su libertad en el actuar e identidad en pro al bienestar de los demás.

El Hospital ofrece además, tecnología que responde al avance científico y al desarrollo armónico de la entidad, procediendo constantemente con principios de excelencia. El objeto social es brindar calidad en la atención a la población usuaria, satisfaciendo las expectativas de los clientes.

Dentro de este contexto, el Hospital cuenta con servicios en cuidados intensivos, a nivel pediátrico y adultos, neurocirugía, ortopedia, laboratorio clínico, consulta externa, urgencias, ginecobstetricia, clínica intra hospitalaria, pediatría, cirugía general, medicina interna, cirugía plástica y quemaduras, imágenes diagnósticas y oncología.

Visión

Para los próximos años, nos vemos como una empresa líder del sector salud en el Nororiente Colombiano, cumpliendo con responsabilidad social en materia de prestación de

servicios de salud oportunos, confortables y eficientes.

Consolidaremos servicios médicos de alta calidad a través del desarrollo de nuestro talento humano, (siendo esta la brújula para liderar el desarrollo empresarial y crecer dentro del mercado de salud) (Mantendremos la búsqueda de innovaciones mediante el impulso de la investigación científica y el desarrollo tecnológico.

Seremos una organización auto sostenible que mide permanentemente su desempeño mediante índices de gestión previamente definidos y conocidos por todos los empleados.

Principios Institucionales

Respeto a la Dignidad Humana. Garantizar, hasta donde éste al alcance de la Empresa, los derechos universales e irrenunciables de la persona y la comunidad para mejorar la calidad de vida y el desarrollo individual y social, de conformidad con la dignidad que debe reconocerse a todo ser humano y los recursos disponibles por la institución.

Universalidad. Atendiendo a todas las personas que soliciten nuestros servicios, sin ninguna discriminación en atención a las normas legales vigentes y de acuerdo a nuestros recursos.

Equidad. Atendiendo a las personas y grupos de población expuestos a mayores riesgos para su salud, con el fin de brindarles aquella protección especial que éste a nuestro alcance.

Solidaridad. Ampliando la cobertura con servicios de salud, a las personas de nuestra área de influencia con mayores limitaciones de acceso.

Integralidad. Brindando atención continua y oportuna a las familias y a las personas, en su contexto, bio-psico-social, con servicios de óptima calidad humana, científica y técnica

Calidad. Buscando mejorar permanentemente nuestros patrones predefinidos para caracterizar la gestión y los servicios.

Eficiencia. Buscando la mejor aplicación de los recursos humanos, financieros, tecnológicos y administrativos de la Empresa

Eficacia. Garantizando la solución de aquellos problemas de salud de la población usuaria que correspondan a sus principales necesidades y expectativas.

Objetivos Institucionales

Gerenciales

Direccionamiento Estratégico. Instituir en la organización la Planeación Estratégica como instrumento que permita el compromiso de todos los estamentos, racionalice la utilización de los recursos, entre a competir de manera eficaz en el mercado y fomente la efectividad en la prestación de servicios.

Gestión hacia la calidad. Desarrollar la cultura de la calidad que nos conduzca a un compromiso permanente del talento humano y un modelo de control y seguimiento en los servicios.

Gerencia del Autocontrol. Generar un proceso de sensibilización, para entender que la eficacia y eficiencia de todo proceso administrativo, depende de la asimilación e implementación de una cultura del autocontrol. La capacidad de autogestión, debe conducir a un resultado de autosostenibilidad, el cual conlleva indudablemente a la aplicabilidad del autocontrol.

Competitivos

Satisfacción de los Usuarios. Facilitar a los clientes el acceso y uso de los servicios así como otras respuestas de la institución para conocerlos mejor, para identificar sus necesidades y expectativas, interpretándolas y satisfaciéndolas, así como recepcionando quejas y reclamos.

Tecnología de la Información

Gerencia de la Información. Mejorar la eficiencia y administración de los Sistemas de información que permita oportuna y permanentemente el soporte de los requerimientos del área asistencial y administrativa, así como también el mantenimiento de los equipos.

Financieros y Administrativos

Gerencia de los Procesos Administrativos. Garantizar la supervivencia de la Institución llevándola al autosostenimiento, desarrollando acciones reguladoras para mejorar de manera sobresaliente los procesos de facturación y recuperación de cartera, el mejoramiento de los sistemas de costos y la adecuación y presentación de las instalaciones así como garantizar el abastecimiento adecuado y permanente de suministros y el funcionamiento requerido de los equipos.

Gerencia de los Procesos de Atención. Ofrecer un alto nivel científico con contenido humano, definición de los protocolos de atención, brindar una buena oportunidad a los usuarios, establecer procesos adecuados de programación y control de suministros biomédicos así como también otorgar niveles aceptables de bienestar y comodidad.

Talento Humano

Gerencia del Talento Humano. Promover el desarrollo del Recurso Humano, su compromiso institucional procurando generar un adecuado ambiente de trabajo.

Departamento de Oncología y Radioterapia

Llegado a este punto, es necesario mencionar que la población del estudio competía la participación de mujeres con un compromiso de tipo mamario; por ello, se realizó la investigación con la colaboración de la Unidad de Oncología; siendo este el servicio encargado del tratamiento del usuario con cáncer, a través de cirugías, radioterapia,

quimioterapia o la combinación de ellos. El jefe de la unidad es el Dr. Jesús Solier Insuasty Enriquez, médico Internista y Oncólogo, encargado del proceso quimioterapéutico de los pacientes afectados por el cáncer. El Dr. Insuasty fue la persona que estudió la propuesta de investigación “Nivel de Depresión en Pacientes Sometidas a Impresión Clínica, Diagnostico y Tratamiento por Cáncer de Mama: Un Estudio Piloto”, e igualmente quien aceptó dar inicio al estudio, con el ánimo de aumentar los conocimientos en el área de la Psicología, y brindar así, óptima atención a los pacientes con cáncer que asisten a consulta, no solo en el campo médico (físico) sino también emocional. El equipo está compuesto, además, por el coordinador de cirugía Dr. Javier Arias, médico Cirujano y Oncólogo, el cual tiene la responsabilidad de tratar quirúrgicamente a los pacientes con cáncer; la Dra. Adriana Zableth Solano, médico Radioterapeuta y Oncóloga, encargada de la coordinación de las radioterapias que allí se practican; cuenta también con médicos especializados en cirugías de mama, cabeza y cuello, fisiatras, trabajadora social, y personal administrativo, todos unidos con el fin de brindar apoyo integral y especializado al paciente con cáncer que asiste a dicha unidad.

Misión

Mediante equipos interdisciplinarios y con la participación del paciente con cáncer y su familia, desarrollar programas de tratamientos tendientes a mejorar su calidad de vida, lograr la integración activa en su entorno y obtener el máximo de independencia en sus actividades habituales del diario vivir.

Visión

Constituirse en el centro de referencia en el manejo del cáncer para el Nororiente del país y desarrollar proyectos académicos y científicos, acordes con las exigencias del siglo XXI, para las personas que padecen esta enfermedad.

La Unidad de Oncología de este hospital no cuenta con un profesional especializado en la psicología, es por esto, que el abordaje en cuanto la investigación en esta área fue permitido por el director y a su vez el equipo humano que en ella labora brindó el apoyo necesario para su desarrollo y elaboración.

Marco Teórico

Cáncer

El cáncer es el resultado de un crecimiento desordenado e incontrolable de las células del organismo. Todas las células están programadas genéticamente para reproducirse, aunque también existe una programación idéntica para detener dicha reproducción. En condiciones normales, las células que constituyen cada uno de los tejidos del cuerpo humano se van perdiendo debido al uso y al desgaste al que se ven sometidas. Por esta razón, las células inservibles se sustituyen, siguiendo unas condiciones de estricto control por las células nuevas que se han ido generando. Sin embargo, las células de un cáncer se dividen y crecen de forma aleatoria, espontánea e incontrolada debido a la existencia de una alteración en el mecanismo que inhibe la reproducción celular. Además del crecimiento excesivamente rápido, otra característica de las células tumorales es que son incapaces de organizarse y autorregularse adecuadamente por sí mismas, de tal modo que la masa de tejido que forman no se parece a un tejido normal.

El tumor, de forma similar a lo que ocurre con los parásitos, obtiene la energía necesaria para nutrirse del portador y, además, carece de funcionalidad fisiológica. Los tumores benignos tienden a comprimir a los tejidos normales que los rodean, pero no crecen penetrando en su interior. Las células de un tumor maligno penetran y se extienden en el interior de los tejidos normales del organismo, pasando posteriormente, a través de la corriente sanguínea o de los canales linfáticos, a otras áreas corporales en donde establecen nuevos tumores.

Los tumores malignos se clasifican en cuatro categorías de acuerdo con el tipo de célula de la cual se originaron en un principio. Los que se han formado a partir de células que

recubren las superficies interiores y exteriores del organismo (piel, intestino, membrana del tracto respiratorio, urinario o gastrointestinal) se denominan carcinomas y constituyen las formas de cáncer más frecuentes. Los sarcomas provienen de estructuras más profundas, tales como el cartílago de los huesos o los músculos. Los linfomas son tumores que se originan en el tejido linfático (cuello, ingle y axila) y la leucemia constituye una forma de cáncer generada en el sistema sanguíneo (Belloch, Satidín y Ramos 1999).

A continuación se ilustrará todo lo concerniente a el cáncer de mama, tipo de cáncer relacionado con esta investigación.

Cáncer de Mama

Según Botero (1994), la definición del cáncer de mama indica que es un tumor maligno localizado en la mama. Puede afectar a las dos mamas a la vez o sólo a una, aunque en este último caso existe el riesgo de sufrirlo en la otra.

La historia natural de esta patología afirma que es una enfermedad heterogénea que tiene una alta tendencia a producir compromiso sistémico, es decir a nivel de todo el organismo, y con frecuencia tiene una larga historia natural. Esto, agregado al hecho de que es una enfermedad de la década de los 40, hace difícil demostrar en un sentido estricto que sea una enfermedad curable. Es evidente, sin embargo, que un porcentaje considerable de pacientes a quienes se ha tratado el cáncer de mama, especialmente cuando se la detectado en un estadio temprano, continúa su vida sin más evidencias de la enfermedad.

La axila es el principal sitio de compromiso ganglionar regional y ello está directamente relacionado con el tamaño del tumor; y ambos lo están con la supervivencia. La forma de diseminación del cáncer mama aún está discutida: algunos sostienen que es una enfermedad sistémica desde su iniciación, y que por lo tanto el tratamiento local no tiene ninguna

influencia en la supervivencia, mientras que otros arguyen que las metástasis (aparición de tumores malignos en otras partes del organismo) se producen en algún momento de su evolución clínica. El principal argumento en contra de la hipótesis de que es estrictamente una enfermedad sistémica, es la marcada reducción de la mortalidad cuando se usa la mamografía de rastreo (exploración radiológica de las glándulas mamarias) para su detección temprana.

El epitelio mamario (tejido formado por una o varias capas de células que recubren la parte interna de la mama) da origen a una amplia variedad de tipos histológicos tumorales; el 90% de ellos se originan en los conductos y el resto en los lóbulos. Más o menos el 80% de todos los cánceres de mama, son carcinomas ductales infiltrantes no específicos, que inducen una respuesta fibrosa marcada y al palparlos son de una consistencia pétreo, es decir, tan duros como una piedra. Con menos frecuencia se presentan los medulares, mucinosos, papilares y tubulares, y diversas mezclas de ellos en algunos casos.

La enfermedad de Paget ocurre en un 3% de las pacientes con cáncer de mama y representa una forma especializada de carcinoma intraductal que se origina en los conductos excretores principales de las mamas y se extiende hasta comprometer la piel del pezón y de la areola, produciendo una lesión eczematoide. Solamente en dos tercios de los casos hay una lesión clínica palpable.

El carcinoma inflamatorio de mama, raro pero altamente maligno, y que a veces ocurre en embarazo, se presenta como una lesión en la que predomina un cuadro clínico inflamatorio que compromete gran parte de la piel de la mama, con edema, eritema y engrasamiento marcado. La biopsia muestra las células malignas que infiltran los linfáticos

subdérmicos, produciendo una linfangitis obstructiva; raramente hay células inflamatorias. Generalmente hay ganglios regionales palpables y metástasis distantes.

La diseminación del cáncer de mama se hace por infiltración local así como por las vías linfática y hemática. Localmente el tumor infiltra directamente el parénquima mamario comprometiendo a medida que crece, la piel o la fascia profunda del músculo pectoral. El compromiso de los ganglios linfáticos implica principalmente a los de la axila, y se considera que ocurre en el 40 a 50 % de los pacientes en el momento de hacer el diagnóstico; está directamente relacionado con el tamaño del tumor primario pero no con la localización del tumor dentro de la mama. La segunda cadena ganglionar que se afecta es la mamaria interna y ello ocurre con mayor frecuencia cuando la lesión primaria está situada en los cuadrantes internos o en el centro de la mama, pero aún en este caso, el compromiso axilar es más común. Los ganglios supraclaviculares se afectan sólo después de los de la axila. La diseminación hematogena ocurre principalmente a los pulmones y al hígado, pero otros sitios comunes de compromiso incluyen huesos, pleura, suprarrenales, ovarios y cerebro. Existen signos que indican la posible presencia de cáncer en la mama y que son de fácil detección.

Manifestaciones Clínicas y Detección del Cáncer de Mama.

Botero (1994), en cuanto a las manifestaciones clínicas del cáncer de mama, afirma que usualmente el tumor es descubierto por la paciente o el médico como una masa indolora y a veces libremente móvil. Puede presentarse una secreción serosa o sanguinolenta en el pezón. A medida que crece, el tumor puede fijarse a la fascia profunda. La extensión a la piel produce retracción y umbilicación del pezón; el bloqueo de los linfáticos de la piel

puede causar linfedema y engrasamiento de la piel, que se conoce con el nombre de piel de naranja.

Este mismo autor (1994), en cuanto a la detección del cáncer de mama indica que para apreciar la importancia de la detección precoz se sabe que, si el tumor es menor de dos centímetros, y los ganglios no contienen metástasis, el 80% de las pacientes están vivas a los cinco años; mientras que si el tumor es de 5 centímetros o más, está fijo a la pared torácica y hay invasión cutánea y ganglionar, solamente el 40% de las pacientes están vivas a los 5 años.

Hay otra ventaja en la detección precoz del cáncer de mama y es que permite hacer tratamientos mas conservadores y más cosméticos y manejos psicoterapéuticos más eficaces.

En nuestra cultura no se sabe qué proporción de pacientes se encuentran ellas mismas las masas como consecuencia de un examen deliberado, de una palpación accidental mientras se baña, o en cualquier otra circunstancia. El valor del autoexamen de las mamas por lo tanto es impreciso pero debe hacerse énfasis en que la paciente lo aprenda a hacer, porque es una forma poco costosa de detectarse algunas lesiones sospechosas y porque permite instruir a la paciente en el conocimiento de su propio cuerpo.

La mamografía permite detectar un cáncer entre dos y tres años antes de que sea clínicamente palpable, y es el único método que hasta ahora ha logrado disminuir la mortalidad por cáncer de mama en más de un 50%. Salvo excepciones, se practica usualmente a la paciente después de los 40 años y luego cada año o cada dos según el riesgo y los hallazgos que se vayan presentando. Si existen ganglios axilares palpables persistentes, debe hacerse una mamografía y biopsia (extracción de un fragmento de tejido

mamario para estudiar su estructura al microscopio), ya sea mediante punción con aguja fina o con bisturí.

Por otro lado, existen diversos factores que pueden ser responsables de la aparición del cáncer de mama, que se mostraran a continuación.

Etiología y Patogenia.

Por su parte la etiología del cáncer de mama según Robbins (1997), indica que aunque la causa de esta patología sigue siendo desconocida, parecen tener importancia los siguientes factores en la aparición de esta enfermedad:

Encontramos los factores genéticos, ya que la elevada incidencia en parientes de primer grado de pacientes con carcinoma, apoya que la herencia desempeña un papel etiológico. También hay que tener en cuenta los desequilibrios hormonales debido a que el exceso de estrógeno endógeno, sea por niveles altos producidos por tumores ováricos funcionantes en mujeres posmenopáusicas o por exposición prolongada (mujeres con una vida fértil prolongada), parece aumentar el riesgo de carcinoma de mama; los carcinomas de mama con frecuencia contienen receptores de estrógenos y de progesterona; ciertos factores de crecimiento asociados a carcinoma segregados por las células de carcinoma de mama parecen depender de los estrógenos; las interacciones entre las hormonas circulantes, los receptores hormonales en las células cancerosas y factores de crecimiento producidos por las células tumorales, desempeñan un papel en la progresión del cáncer de mama. Por último, las influencias ambientales como un elevado contenido de grasa en la dieta y el consumo moderado de alcohol, según algunos estudios, aumentan el riesgo de carcinoma de mama.

El cáncer de mama atraviesa por diferentes periodos evolutivos, desde la fase en la que no hay evidencia clínica del tumor, pasando por su presencia local in situ, hasta su detección física por palpación (tumores mayores de dos centímetros de diámetro), y/o su diseminación regional, afectación de ganglios linfáticos axilares y metástasis a distancia, estadios que se han estandarizado a nivel internacional tal como se esquematizan en la siguiente tabla (tabla elaborada por la FIGO - Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia):

Curso y Evolución del Cáncer de Mama.

Tabla 1

Periodos evolutivos del cáncer de mama

Estadio	Descripción
TX	No puede apreciarse el tumor primario.
TO	No hay evidencia de tumor primario.
Tis	Carcinoma in situ: intraductal, lobular, enf. de Paget del pezón sin tumor.
Ia,b,c	Tumor de 2 cm o menos en su mayor dimensión, sin evidencia de diseminación regional o distante.
II	Tumor de más de 2 cm, pero no de más de 5 cm en su mayor diámetro con o sin ganglios axilares móviles, pero sin diseminación distante.

Tabla 1. (continuación)

Estadio	Descripción
IIIa	Tumor hasta de 5 cm de diámetro que puede o no estar fijo, con diseminación regional homolateral clínicamente sospechosa, o un tumor de mas de 5 cm de diámetro, que puede o no estar fijo, con o sin diseminación regional homolateral clínicamente sospechosa. No hay evidencia de metástasis distantes.
IIIb	Tumor de cualquier dimensión con ganglios metastáticos homolaterales supra o infraclaviculares inequívocos o edema del brazo, pero sin metástasis distantes.
IV	Tumor de cualquier tamaño con o sin diseminación regional pero con evidencia de metástasis distantes.

Epidemiología.

Según Botero (1994), “la incidencia de cáncer de mama en Colombia no es tan alta como la de cuello uterino por ejemplo, y se dan tasas muy disímiles, desde 28 por 100.000 mujeres en 1970, 12 en 1980 y 34.8 en Cali en 1979”, (p. 491)

De acuerdo con Mantilla (2001) en el periodo comprendido entre 1996 y 1999 “se presentaron 246 casos nuevos de cáncer de mama, de los cuales Santander fue el departamento que más aportó con 205 casos (83.3%), y en segundo lugar Cesar con 18 casos (7.3%). Del departamento de Santander la mayoría de casos provienen de Bucaramanga y su área metropolitana, 133 casos (64.9%)”. (p. 316)p

Tratamiento por Cáncer de Mama.

Arraztoa (1998), indica que existen cuatro grandes medios de tratamiento del cáncer de mama: e/ *quirúrgico*, a. Mastectomía radical de Halsted: Consiste en la extirpación amplia de la mama junto con los músculos pectorales mayor y menor y el contenido total de la axila. La incisión del abordaje de la piel es vertical y los colgajos de la piel se tallan delgados. La mastectomía de Halsted ha sido durante muchos años el procedimiento de elección para tratar el cáncer de mama. Haggensen en una revisión personal comunica que la recidiva local es del 3% en estadio A y 12% en estadio B (Columbia Clínica! Classification). El compromiso ganglionar fue de 31% en el estadio A y de 72% en el B. La sobre vida a 10 años correspondió al 77% cuando los linfonodos axilares son negativos y de 49% cuando éstos fueron positivos.

En la serie de Robbins (1997), se comunica que el nivel de compromiso de los linfonodos es importante para la sobrevida. Este investigador informa que cuando hay compromiso del nivel I solamente, la sobrevida es del 65%, la que disminuye al 30% a 5 años si el compromiso es de los niveles II y III. Observa también una estrecha relación entre el número de linfonodos invadidos y el nivel de la axila comprometida, hechos que ensombrecen aún más el pronóstico. Berg (1998) en su estudio demuestra la importancia del compromiso axilar, relacionándolo con el tamaño del tumor mamario; b. Mastectomía total con vaciamiento axilar: Se la llama también mastectomía modificada. Patey (1998), describe una técnica menos mutiladora al practicar la mastectomía conservando el músculo pectoral mayor y vaciando el contenido axilar. El músculo pectoral menor puede ser extirpado o permanecer intacto. Lo más importante de esta técnica es la extensión de la disección a los linfonodos de la axila en donde se puede realizar un simple muestreo o una

disección completa de los linfonodos. Su indicación puede ser aplicable a todas las pacientes en estadios I, II y ITI del cáncer de mama que no presenten una fijación del tumor al pectoral mayor o que no se acompañen de una grata masa linfática en la axila. Este tipo de mastectomía se ha ido popularizando, desplazando a la mastectomía radical de Halsted. Esta preferencia por la mastectomía radical modificada o simple extendida, se debe a que no deja gran deformación en la zona y a que permite estudiar el contenido de la axila. Estudios retrospectivos, permiten apreciar que los resultados obtenidos con ambos tipos de mastectomía son similares; c. Mastectomía extendida: Este tipo de mastectomía tiene como finalidad incluir en la cirugía las áreas de linfonodos regionales que la cirugía radical de Halsted no incluye, como son los linfonodos de la cadena mamaria interna. Puede incluir también los linfonodos supraclaviculares y mediastínicos. Urban (1998), comunica buenos resultados con esta técnica. Informa que la supervivencia de las pacientes con compromiso de la cadena mamaria interna y con linfonodos axilares histológicamente negativos es del 54% a 5 años, resultados que son similares a los obtenidos cuando los linfonodos de la cadena mamaria interna son negativos y los de la axila son positivos,. Veronesi (1998), no observa diferencias entre la mastectomía radical clásica y este procedimiento. Lacour (1998), señala que en pacientes con lesiones mediales y linfonodos positivos, la supervivencia fue de 53% para la mastectomía extendida y del 28% para la mastectomía radical a 5 años; d. Mastectomía total: Esta técnica quirúrgica se refiere a la mastectomía simple de la mama, con su extirpación completa, incluyendo areola y pezón, pero sin la disección de los linfonodos axilares, ni la extirpación de los músculos pectorales mayor y menor. Este tipo de cirugía está indicada en las siguientes situaciones: en pacientes con cáncer in situ ya sea de los conductos o lobulillos. En este tipo de cáncer las metástasis axilares se presentan en menos

del 1%, por lo que la disección axilar de los linfonodos es discutida. En pacientes seleccionadas en las cuales estaría indicado realizar la mastectomía profiláctica de la mama contralateral. Se indicaría en cánceres multicéntricos y de tipo lobulillar, por el alto índice de bilateralidad. En pacientes con recidiva local después de realizada la mastectomía parcial y la disección axilar, o en aquellos pacientes tratadas con radioterapia exclusiva sobre la mama y axila, pero sin vaciamiento axilar y que permanecen libres de enfermedad a distancia. Esta cirugía es la que se conoce como mastectomía de salvataje o de rescate, cuando ocurre el fracaso locorregional a los tratamientos conservadores. Como procedimiento paliativo en pacientes con un gran tumor mamario y metástasis a distancia, en las cuales el control puede verse facilitado por la extirpación mamaria; e. Cirugía conservadora de la mama: El tratamiento conservador en el cáncer de la mama ha sido considerado un tema de gran controversia terapéutica en las últimas tres décadas.

Los investigadores se han preguntado muchas veces cuál es el papel de la mastectomía clásica versus la cirugía conservadora en el tratamiento del cáncer de la mama precoz. Hoy, gracias a los numerosos trabajos publicados en la literatura sobre el particular y avalados por los nuevos conceptos genéticos y biomoleculares sobre el origen del cáncer, todo indicaría que la cirugía conservadora es el tratamiento de elección en los estados precoces del cáncer mamario, asociada a la disección de los linfonodos axilares y complementada con la radioterapia sobre la mama y los linfáticos periféricos. Sin embargo, la discusión continúa sobre el valor que tiene la disección axilar en aquellas pacientes en que ésta sea clínicamente negativa.

El principal objetivo de preservar la mama en las pacientes con cáncer es el psicológico y el cosmético. Las pacientes valoran a la mama como órgano visible de la feminidad. Es

por este motivo que su conservación, lo más cercana a lo normal posible, es importante para la paciente. La mama debe quedar cosméticamente aceptable después de completada la extirpación del tumor, priorizando así, la respuesta psicológica de la paciente.

Muchos cirujanos se inclinan por la incisión amplia con los bordes libre de tumor. Una simple escisión del tumor (resección limitada) sin tomar en cuenta el estado de los bordes de sección, presenta un alto riesgo de favorecer la recidiva local. Por otro lado, técnicas como la cuadrantectomía, son consideradas demasiado deformantes para permitir resultados cosméticos aceptables. Lo ideal sería que debiera existir un equilibrio entre una resección muy económica pero dudosa en cuanto a que los bordes de sección sean negativos para cáncer y otra muy amplia pero que produce deformación.

En los últimos 25 años se ha ideado una serie de técnicas que tratan de conservar la mama. Estas consisten en la extirpación del tumor primario complementada o no con el vaciamiento de la axila y asociado o no a la radioterapia postoperatoria.

De acuerdo con las normas aceptadas por consenso en la Conferencia de Expertos realizada en 1985, relacionadas con la definición de los detalles técnicos del tratamiento conservador de la mama, se precisaron los siguiente términos, que se consideran importantes para establecer un lenguaje común que deba ser utilizado en este tratamiento. Ellos son: escisión local (biopsia escisional, tumorectomía), esta técnica corresponde a la simple escisión del tumor macroscópico, sin considerar los márgenes microscópicos de la resección. Escisión local extensa (resección limitada, mastectomía parcial), consiste en la resección del tumor con 1 o 2 cm de tejido mamario adyacente. La finalidad es dejar los márgenes de sección libre de tumor. Cuadrantectomía, consiste en la resección del tumor con el cuadrante correspondiente de la mama incluyendo la piel que cubre al tumor.

Tratamientos no quirúrgicos: que se utilizan en etapas tempranas de la enfermedad, antes de los tratamientos quirúrgicos y después de ellos, como la quimioterapia (uso de sustancias químicas lo mas dañinas posible para los agentes infecciosos y lo mas inofensivas posible para el organismo infectado), la radioterapia (tratamiento por rayos x, rayos gama y radiaciones ionizantes, dirigidos a la parte afectada, en este caso la mama) y la terapia hormonal. El mejor indicador del pronóstico y tratamiento es el estado de los ganglios axilares.

El padecimiento de cáncer trae consigo afecciones a nivel emocional que han sido estudiadas por diversos autores y que es necesario tener en cuenta, ya que influyen de manera importante en el desarrollo de la enfermedad. Una de las que más se presenta es la depresión, patología que se aborda a continuación, ya que es una variable sometida a estudio en esta investigación.

Depresión

Según Yepes (1998) “la depresión es un estado de tristeza vital y profunda que envuelve al sujeto hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal. Se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados”.(p.131-132)

A su vez este autor afirma que, en la historia natural de la depresión Kraepelin diferenció de la enfermedad maniaco depresiva otras depresiones sin causa neuropatológica y que por lo tanto según él, no pertenecían a las enfermedades mentales; y las denominó “depresiones neuróticas reactivas”. Así se configura la separación dualista entre depresiones de tipo

bioquímico (enfermedad maniaco depresiva, depresión endógena, psicótica, etc.), y las de tipo psicógeno (depresión neurótica, exógena, reactiva).

Este dualismo a sido criticado desde el principio y especialmente desde 1926 por Machover y Sir Aubrey Lewis quien en 1934 escribió: “Toda enfermedad es producto de dos factores: el ambiente trabajando sobre el organismo, hay un gran número de combinaciones posibles de acuerdo a la dotación hereditaria individual, el entrenamiento y la constelación particular de los factores ambientales”.

La depresión presenta síntomas variados, de acuerdo a su evolución. Pero todas las personas deprimidas presentan síntomas en común que se pueden clasificar en cinco grandes núcleos que se mostrarán a continuación.

Manifestaciones Clínicas de la Depresión.

En las manifestaciones clínicas de la depresión (Belloch 1995) el cuadro que presenta una persona deprimida puede ser muy variado en cuanto a sus síntomas y también en cuanto a su evolución temporal.' En algunos casos se trata de formas episódicas y en otros se trata de un estado de síntomas permanente de modo casi continuo. También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata de estados mas bien leves y en otros existen deseos o intentos de suicidio. Pero en general, cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de signos y síntomas (o síndrome depresivo) que se puede reducir a cinco grandes núcleos.

Síntomas anímicos-, la tristeza es el síntoma anímico de la depresión. Además de estar presente en prácticamente todos los deprimidos, es la queja principal en aproximadamente la mitad de tales pacientes (Klerman, 1987). Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre o infelicidad, son los mas habituales, a veces el estado de ánimo

predominante es de irritabilidad, sensación de vacío o nerviosismo. Incluso en casos de depresiones graves el paciente puede llegar a negar sentimientos de tristeza, alegando con aparente inmutabilidad que ahora es “incapaz de tener ningún sentimiento”; en estos casos graves es normal que los pacientes digan que ya les es prácticamente imposible llorar.

Los pacientes deprimidos pueden dividirse en tres grupos de acuerdo a la sintomatología que los lleva a consultar.

Síntomas motivacionales y conductuales-. uno de los aspectos subjetivos mas dolorosos para las personas deprimidas es el estado general de inhibición en el que se hallan. En efecto, la apatía, la indiferencia y, en definitiva, la anhedonia o disminución de capacidad de disfrute es junto con el estado de ánimo deprimido el síntoma principal de un estado depresivo. Levantarse de la cama por las mañanas o asearse pueden convertirse en tareas casi imposibles y, en muchos casos, se abandonan los estudios, el trabajo, etc. Tomar decisiones cotidianas (P. Ej., decidir la ropa para vestirse) puede convertirse también en una tarea casi insalvable.

En su forma mas grave este tipo de inhiibición conductual se conoce como retardo psicomotor, un enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, el gesto y una inhibición motivacional casi absoluta. En casos extremos, este retardo puede llegar al “estupor depresivo”, un estado caracterizado por mutismo y parálisis motora casi totales, y muy similar al estupor catatonico (Klerman 1987).

Síntomas cognitivos: el rendimiento cognitivo de una persona deprimida está afectada. La memoria, la atención y la capacidad de concentración pueden llegar a resentirse drásticamente (Hartlage, Alloy, Vázquez y Dyckman, 1993) incapacitando su desempeño en las tareas cotidianas. Pero a parte de estos déficit formales, el contenido de las

cogniciones de una persona depresiva está también alterado. En efecto, la valoración que hace una persona deprimida de si misma, de su entorno y de su futuro suele ser negativa. La autodepreciación, la autoculpación y la pérdida de autoestima suelen ser, por lo tanto, contenidos clave en las cogniciones de estas personas.

Síntomas físicos-, la aparición de cambios físicos es habitual y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda de un profesional. Un síntoma típico, que afecta a un 70-80 por 100 de los pacientes depresivos, son los problemas de sueño. Normalmente se trata de insomnio (problemas para quedarse dormido, despertares frecuentes a lo largo de la noche o despertar precoz), si bien en un pequeño porcentaje de pacientes puede darse hipersomnía. Otros síntomas físicos comunes son la fatiga, la pérdida del apetito y una disminución de la actividad y el deseo sexuales.

También los deprimidos se quejan con frecuencia de molestias corporales difusas (dolores de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, etc.). De hecho, es el médico internista o de medicina general, y no el profesional de la salud mental, el que trata en primera instancia a los pacientes deprimidos en la mayoría de los casos.

Aunque cerca de un cinco por 100 de la población sufre al menos un episodio de depresión grave durante su vida relativamente pocas personas (aproximadamente solo una de cada cinco) buscan ayuda para solucionarlo.

Síntomas interpersonales: un área descuidada de la investigación sintomatológica en la depresión es el de los aspectos interpersonales una importante característica de las personas deprimidas es el deterioro en las relaciones con los demás. De hecho, un 70 por 100 dice haber disminuido su interés por la gente (Beck, 1976). Estos pacientes normalmente sufren

el rechazo de las personas que le rodean, lo que a su vez reaccía aislándoles aún mas (Klerman y Wessman,1986) esta área puede ser foco de interés en el futuro, puesto que un funcionamiento interpersonal inadecuado en estos pacientes a mostrado ser un buen predictor de un peor curso de la depresión (Barnett y Gotlib, 1978).

La etiología de la depresión señala que ésta se produce por diferentes causas que pueden ser biológicas, o provocadas por agentes externos como medicamentos o padecimiento de diversas enfermedades de tipo físico.

Etiología.

Según Yepes (1998), los factores causantes de la depresión se pueden clasificar en dos grandes grupos: primarios y secundarios.

Factores primarios-, dentro de estos se encuentran: a. factores bioquímicos cerebrales, en los cuales la teoría mas popular ha postulado cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina). La teoría de las catecolaminas en su forma mas simple postula que en la depresión hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales y que en la manía habría un exceso de ella.

Posteriormente se ha sugerido que un déficit de serotonina sería un prerrequisito básico en la etiología de la depresión inclusive se piensa que esta deficiencia de serotonina se debe a una disminución congénita de las células que usan dicho neurotransmisor, y que esto secundariamente produciría un disminución de la monoaminoxidasa, enzima que degrada tanto las catecolaminas como la serotonina. b. Factores neuroendocrinos. Los trastornos depresivos mayores parecen estar asociados a anomalías de la función neuroendocrina. Ciertos síntomas del síndrome clínico (trastorno del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito, de la actividad autonómica), sugieren disfunción

hipotalámica. Además las monoaminas regulan las células endocrinas hipotalámicas. La investigación ha demostrado anomalías endocrinas en las depresiones mas severas, especialmente en el cortisol, la hormona del crecimiento y la hormona liberadora de la tirotrófina. c. Factores neurofisiológicos. Uno de los hallazgos mas consistentes en el EEG (electroencefalograma) del paciente deprimido es el de acortamiento de la latericia de los movimientos oculares rápidos (MOR) durante el sueño.

También se han reportado, disminución de los estadios tres y cuatro del sueño NMOR (sueño sincrónico o profundo el cual presenta cuatro estadios que se dan en secuencia progresiva), aumento de la actividad física MOR (sueño desincronizado o ligero) etc. Estos y otros hallazgos tales como la mayor incidencia de las crisis depresivas en la primavera y el otoño, sugieren alteraciones patológicas de los ritmos cronofisiológicos cerebrales, d. Genéticos y Familiares. Los estudios familiares y de pedigree están a favor de la existencia de factores genéticos de la depresión.

El trastorno depresivo mayor es 1.5 a 3 veces mas común en los familiares biológicos de primer grado de personas que sufren éste, que en la población general. Existe concordancia del 65% en los gemelos monocigóticos y solo del 14% en los dicigóticos. e. Factores Psicológicos. Muchos autores postulan que en las depresiones, especialmente en las de menor intensidad, es de mayor importancia etiológica la presencia de factores psicógenos, ya sean dinámicos o conductuales.

Freud, Abraham y Melanie Klein basan sus explicaciones de la depresión en las etapas tempranas del desarrollo y especialmente en la hostilidad hacia el objeto amado y los consiguientes sentimientos de culpa.

Parece que la separación y la pérdida de personas amadas en la niñez producen depresiones infantiles y predisponen el sufrimiento de ella en la vida adulta. Estas pueden ser desencadenadas por pérdidas triviales con valor simbólico para el paciente.

Toro y Yepes (1998), afirman que desde el punto de vista psicosocial, se ha demostrado un aumento de depresiones después de situaciones estresantes tales como desastres naturales, guerras, permanencia en campos de concentración y periodos de desintegración social. La viudez, la pérdida de seres queridos, etc., también parecen aumentar la incidencia de depresión.

Factores secundarios: dentro de estos se encuentran; a. Drogas. Se han descrito más de 200 drogas que pueden causar depresión, pero la mayoría de ellas solo la producen ocasionalmente. Sin embargo, algunas lo hacen tan a menudo que se debe sospechar relación etiológica cuando aparece un cuadro depresivo en un paciente que las está recibiendo, b. Enfermedades Orgánicas. Cualquier enfermedad, especialmente las más graves, puede causar una depresión como reacción psicológica, pero existen ciertos cuadros (neurológicos, endocrinos, metabólicos, tumores, cardiovasculares, infecciones) que con mayor frecuencia se acompañan de un trastorno depresivo y que posiblemente afectan los mecanismos íntimos responsables de esta enfermedad.

Diagnóstico.

Existen diversas maneras de diagnosticar la depresión (Belloch 1995). Desde el punto de vista de la intensidad de los síntomas, los instrumentos clínicos más empleados son las escalas autoaplicadas, como el inventario de depresión de Beck, o las escalas de valoración psiquiátrica, como la de Hamilton. Pero el análisis de la gravedad con frecuencia de los síntomas nunca puede sustituir un examen para determinar si una persona cumple o no los

criterios diagnóstico de un trastorno anímico (trastorno depresivo mayor) o de subtipo específico de depresión que pueda tener. Una puntuación alta en una escala de depresión no nos garantiza de ningún modo que esa persona padezca un trastorno depresivo. Puede tener muchos síntomas de depresión o muy intensos, pero no cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor o de un trastorno depresivo mayor.

En la exploración psicopatológica de los síntomas depresivos hay que tener en cuenta varios parámetros. En primer lugar, la cronología de los síntomas y los problemas de la persona; esto es quizá el elemento más importante en el diagnóstico diferencial y, sobre todo, para determinar si un factor médico o un consumo de sustancias puede ser el factor causal de los síntomas. En segundo lugar, la duración del trastorno es crucial para diferenciar, por ejemplo, una distimia de un trastorno depresivo mayor, o una ciclotimia de un trastorno bipolar I. En tercer lugar es importante la determinación de la existencia o no de un episodio maníaco en la vida del paciente puesto que esta distinción permite diferenciar entre trastornos depresivos y bipolares. Toda esta información suele provenir del propio paciente, pero a veces es necesaria la información de terceras personas. Un cuarto elemento a considerar es si el episodio depresivo es de tipo melancólico, puesto que, aunque esta categoría aún no está totalmente validada (Weissman, 1991), es probable que la psicoterapia no debiera ser el tratamiento inicial de elección de estos casos. Por último es importante la exploración de síntomas psicóticos, ya que la estrategia terapéutica también puede verse afectada.

Posterior al diagnóstico de una depresión se debe tener en cuenta la etapa en la cual se encuentra según su evolución, para determinar un tratamiento adecuado.

Curso y Evolución.

Según Yepes (1998), en la evolución de la depresión, dada su heterogeneidad se presentan cursos diversos.

La minoría de los episodios depresivos mayores son únicos. Su duración promedio sin tratamiento es de seis meses. Aproximadamente el 50-60% de las depresiones mayores presentan un segundo episodio, después de dos episodios el chance de recurrencia es del 70%, y después de tres episodios el riesgo es de 90%. Aunque en general la recuperación después de un episodio depresivo es completa, un tercio de los pacientes no se recuperan totalmente y mantienen un grado moderado de sintomatología entre los episodios.

Peor aún, aproximadamente el 20% se pueden volver crónicas con dos años o más duración continua.

La presencia de distimia antes del EDM (Episodio de Depresión Mayor) empeora el pronóstico. Del 5 al 10% de los pacientes que sufren depresiones mayores, posteriormente desarrollan hipomanía o manía y por lo tanto se convierten en trastornos bipolares.

El 10% de los distímicos desarrollan un EDM en el año siguiente. La depresión breve recurrente es de mal pronóstico y de poca respuesta al tratamiento.

Yepes (1998), afirma que las clasificaciones actuales dividen las depresiones de acuerdo a su patrón de presentación (episodio único o recurrente, y trastorno persistente). Posteriormente la subdividen o califican de acuerdo a la intensidad en leves, moderadas, severas (con o sin síntomas psicóticos).

Las depresiones según Robbins (1997), se dividen en dos grandes grupos: “primarias”, en las cuales la única enfermedad presente o pasada es un trastorno afectivo, y “secundarias”, en las cuales el paciente sufre otra enfermedad mental (por ejemplo

esquizofrenia, alcoholismo) o un trastorno orgánico que explica la depresión (por ejemplo hipotiroidismo, cáncer del páncreas).

Epidemiología.

Según Yepes (1998), en la epidemiología de la depresión, la prevalencia puntual de casos de depresión mayor en el estudio Epidemiological Catchment Area (ECA) realizado en Norteamérica, es de 2.2 y la de distimia el 3%.

El riesgo que un individuo tiene de sufrir un episodio depresivo mayor durante su vida es de 4.4 y de distimia es del 6%.

Otros estudios sugieren cifras del 10-25% en mujeres y 5-12% en los hombres para la depresión en general.

La depresión mayor puede iniciarse a cualquier edad, con una edad promedio de iniciación a los 20 años. Parece que la edad de iniciación ha disminuido y la frecuencia aumentado, en los nacidos después de 1945; esto se ha atribuido a que la cultura actual es “depresiva”, ya que han aumentado las situaciones de desvalimiento. Los cambios de la estructura familiar y la urbanización creciente también aumentan la vulnerabilidad a la depresión.

Otros factores que contribuyen a este aumento son, según la OMS, la longevidad, los cambios rápidos psicosociales, el aumento de las enfermedades crónicas (cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas y del colágeno), el exagerado consumo de ciertas drogas como los tranquilizantes, los antihipertensivos y los anticonceptivos que frecuentemente producen depresiones secundarias.

Según encuestas realizadas con médicos, la depresión es el fenómeno psiquiátrico más frecuente que ellos diagnostican; y diferentes estudios demuestran que de toda la clientela de los médicos, entre el 12.2 y el 25% sufren predominantemente un cuadro depresivo.

Otros estudios establecen que de los pacientes hospitalizados en salas médicas aproximadamente un 20-25% padecen básicamente de un trastorno depresivo.

Igualmente, en la consulta ambulatoria psiquiátrica la depresión ocupa el primer lugar. En el estudio realizado en Medellín por Alzate y colaboradores se encontró que aproximadamente el 50% de todos los pacientes vistos por tres psiquiatras durante dos meses en su consulta privada, padecían un trastorno afectivo, la mayoría de tipo depresivo. En España en la seguridad social Ayuso encontró que el 42% recibían ese diagnóstico.

Las depresiones son mas frecuentes en el sexo femenino (dos a uno) y esto ha sido atribuido a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad.

En relación con la edad aunque la depresión puede ocurrir en todas las etapas cronológicas, la frecuencia aumenta con el transcurso del tiempo. El máximo de frecuencia en las mujeres está entre 30 y 60 y en los hombres entre 40 y 70. La alta frecuencia en la edad madura y en la vejes se atribuye primordialmente a las factores psicosociales propios de esas etapas.

No se ha podido establecer una relación clara entre clase social y depresión, ya que los hallazgos de diferentes estudio son contradictorios.

Desde el punto de vista psicosocial parece que los cambios vitales tanto positivos (matrimonio, nacimiento de un hijo, etc.) como los negativos (divorcio, muerte de un pariente cercano, etc.) son importantes como precipitantes. Se ha demostrado un aumento

global de estos cambios, en particular de los eventos negativos e indeseables, en el periodo que antecede la aparición de la depresión.

Los investigadores de la depresión han desarrollado diversos tratamientos que utilizados en conjunto contribuyen en la mejoría del paciente depresivo.

Tratamiento.

Yepes (1998) manifiesta en cuanto al tratamiento, que las depresiones secundarias generalmente mejoran al eliminar la enfermedad orgánica o al suspender la droga que las causa. Sin embargo, a menudo es necesario tratarlas con antidepresivos de la misma manera que se describe a continuación.

En relación a las primarias el médico que siga el curso y la evolución de esta patología debe referir al psiquiatra los casos con sintomatología mas severa, con riesgo alto de suicidio o historia de intentos anteriores, al paciente que sufre recaídas frecuentes y severas, y también a aquellos que no responden al tratamiento, presentan efectos secundarios muy severos o padecen enfermedades orgánicas que contraindican absoluta o relativamente el uso de los antidepresivos (infarto del miocardio, glaucoma, prostatismo).

Existen diversas técnicas para el manejo de la depresión entre las que se encuentran:

Hospitalización, Terapia electroconvulsiva (TEC) la mayoría de las depresiones pueden ser tratadas ambulatoriamente con psicofármacos y psicoterapia. Sin embargo, la hospitalización es necesaria cuando el riesgo suicida es alto, y también cuando existen relaciones interpersonales muy hostiles o destructivas. Al interrumpirlas es más fácil establecer una buena relación terapéutica con el paciente y aumentar la efectividad del tratamiento.

La TEC está indicada en las depresiones psicóticas, cuando existe un riesgo alto de suicidio y en aquellos casos que no responden adecuadamente a los tratamientos farmacológicos y psicológicos. Estos casos que requieren hospitalización y TEC deben ser referidos al psiquiatra.

Psicoterapia: el uso exclusivo de diferentes psicoterapias en el tratamiento de la depresión era recomendado en el pasado. La tendencia actual favorece la combinación de psicofármacos y técnicas psicológicas en la mayoría de los casos de depresión. Sin embargo, en casos muy leves con historia de estresantes psicosociales que explican el cuadro depresivo, y también en ciertas depresiones crónicas llamadas caracterológicas, el tratamiento puede ser exclusivamente psicoterapéutico de tipo dinámico, conductual, grupal y aún psicoanalítico. Estas psicoterapias deben ser realizadas por el especialista.

Las psicoterapias mejor estudiadas en el tratamiento de la depresión son la cognoscitiva y la interpersonal. En algunos estudios comparativos han demostrado que estas terapias son tan efectivas como los antidepresivos. Esto es especialmente cierto en las depresiones moderadas o leves y sin síntomas psicóticos. Además, parecen ejercer algún efecto en la prevención de episodios posteriores.

En la mayoría de las depresiones manejadas por el médico general éste debe, además de los psicofármacos, ofrecer a su paciente una psicoterapia de apoyo en la que le permita relatar espontáneamente sus síntomas, problemas y temores, a través de un diálogo sin prisa.

Tanto el paciente como su familia deben ser educados para entender las causas biológicas de la depresión, su interacción con los aspectos psicosociales. Explicarles que los antidepresivos no causan adicción, que su efecto es lento y su administración prologada.

Todas estas medidas mejoran la adherencia al régimen terapéutico y disminuyen las recidivas que son consecuencia de una suspensión temprana del tratamiento.

Son muy útiles, además, las siguientes recomendaciones que hace Ayuso: a. explicar el carácter temporal y el pronóstico favorable de la enfermedad depresiva, resaltando que tras el episodio no persistirá defecto mental; b. Evitar la afirmación frecuente "usted no tiene nada". Por el contrario explicar la relación entre los síntomas y el trastorno básico de la enfermedad; c. No recomendar vacaciones, ni instar al paciente a que se recupere por su propio esfuerzo. La experiencia demuestra que por mucho que lo intente no mejora, y esto aumenta su desesperación. Esto debe ser recalcado a los familiares quienes con estas recomendaciones aumentan el sufrimiento del paciente; d. Disuadir al paciente de la práctica de tareas complejas, ya que el probable fracaso aumentará la autodesvalorización. Aconsejarle que no tome decisiones importantes (matrimonio, cambio de trabajo, etc), ya que la depresión hace valorar los problemas en una forma pesimista e inadecuada; f. Estimular la autoestima del enfermo destacando los logros y los resultados positivos a través de su curso vital.

Farmacoterapia: la mayoría de las depresiones pueden mejorar con una farmacoterapia adecuada. Es de vital importancia que el médico explique claramente al paciente algunas de las características farmacológicas de los antidepresivos, tales como los efectos secundarios, las restricciones dietéticas (en el caso de los IMAOS irreversibles), la ausencia de efectos terapéuticos durante las 3 a 6 semanas iniciales del tratamiento, etc. Estas contribuyen a aumentar la colaboración del paciente. Aproximadamente el 70% de las depresiones responden al tratamiento con los antidepresivos y solamente el 35% mejoran cuando son tratados con un placebo. El éxito depende de usar dosis terapéuticas, de esperar 4 a 6

semanas para ver su efectividad y luego de sostener dichas dosis, otros 5 o 6 meses. En la depresión mayor, tanto única como recurrente, todos los antidepresivos son igualmente efectivos, por lo tanto la escogencia se basa en otras circunstancias.

Las depresiones melancólicas antes llamadas endógenas predicen una buena respuesta al tratamiento farmacológico.

Escogencia del antidepresivo: la historia farmacológica del paciente es un predictor de respuesta no sólo para este tipo de drogas sino para los psicofármacos en general. Si en un episodio anterior mejoró con un antidepresivo específico, ésta será la droga de escogencia para iniciar el tratamiento en el episodio actual. La tolerancia previa es también otro factor importante, si el paciente tuvo efectos secundarios severos con un fármaco determinado, éste no debe ser prescrito.

Si esta es la primera vez que se enferma pero hay antecedentes familiares de enfermedad afectiva, está indicada la droga antidepresiva que ha sido efectiva en un paciente cercano. Parece que aspectos genéticos estuvieran involucrados en subgrupos de enfermedades depresivas y que esas diferencias genéticas tienen influencia en la respuesta al psicofármaco.

La historia familiar de enfermedad maniaco depresiva hace preferible la prescripción de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), o los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO). Los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (ADTT) están relativamente contraindicados, ya que más frecuentemente pueden precipitar manía o hipomanía.

El perfil de efectos secundarios del fármaco es también muy importante para la escogencia. Así los ADTT por sus efectos anticolinérgicos, no deben ser administrados a

pacientes con glaucoma de ángulo estrecho, asmáticos o con obstrucción urinaria como la hipertrofia prostética.

Pacientes con trastornos cardiovasculares y especialmente defectos de conducción, tampoco deben recibir ADTT. En estos dos grupos las drogas de escogencia son los ISRS y la moclobemida. En los ancianos también son éstas las drogas de elección.

En las depresiones atípicas los ADTT son menos eficaces, los IMAOS e ISRS están indicados.

Las depresiones acompañadas de trastorno o síntomas obsesivo - compulsivos deben recibir clomipramina o ISRS.

Las interacciones medicamentosas de los antidepresivos también pueden contraindicar un fármaco en un paciente dado.

Dosis terapéuticas; Es de suma importancia administrar dosis terapéuticas, no homeopáticas, para tratar la depresión. Por ejemplo, 150 mg de imipramina, 20 - 40 de fluoxetina, 50 - 100 de sertralina, 450 - 600 de moclobemida.

Duración del ensayo terapéutico: Raramente se observa mejoría antes de 2—3 semanas después de iniciado el tratamiento y generalmente se necesitan de 4 a 6 para la desaparición de los síntomas en los casos exitosos. Por lo tanto es necesario administrar el antidepresivo por lo menos 6 semanas antes de decir que el ensayo terapéutico ha fracasado. En la experiencia del autor la no observancia de estas reglas fundamentales, es responsable del poco éxito que los médicos generales y algunos psiquiatras tienen en el manejo psicofarmacológico de las depresiones.

Mantenimiento: Las dosis terapéuticas totales deben ser administradas 5-6 meses después de que el paciente se ha recuperado. La disminución de la dosis que se

recomendaba antes o la suspensión prematura del tratamiento, producen una recidiva (reaparición de síntomas de lo que se considera el mismo episodio), en un alto porcentaje de casos.

En las depresiones recurrentes puede estar indicado un tratamiento preventivo permanente para evitar las recurrencias, que son nuevos episodios después de una recuperación de por lo menos 6 meses.

Tratamiento profiláctico: Uno de los cambios terapéuticos más importantes de los últimos años es el uso preventivo de los antidepresivos en forma permanente en la mayoría de los casos de depresión mayor recurrente. Este tratamiento profiláctico está indicado en los que han sufrido más de 3 episodios, o en los pacientes de más de 50 años que han sufrido dos episodios. Se ha demostrado la efectividad profiláctica de la imipramina, la fluoxetina y la setralina en estudios prospectivos bien controlados. Debido a la buena tolerancia y aceptación de los ISRS, estas son las drogas de escogencia en muchos casos. Las dosis que se necesitaron para controlar el episodio depresivo son las mismas que se deben usar en el tratamiento profiláctico.

Algunas psicoterapias, especialmente la cognoscitiva y la interpersonal, también tienen utilidad en el tratamiento profiláctico de la depresión recurrente. Es muy posible que la combinación de la farmacoterapia y estas psicoterapias sea más útil que cada una de ellas separadamente.

Modelo de la Distorsión Cognitiva de Beck

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck consiste en que los trastornos depresivos comprenden una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Tras un suceso vital que suponga una pérdida o un fracaso, es bastante

frecuente la aparición de sentimientos de tristeza y abatimiento. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo o distorsión en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta de una amplificación de los sentimientos de tristeza y abatimiento, bien en su duración, en su frecuencia o en su intensidad, de forma que interfieren extraordinariamente con la capacidad adaptativa del individuo que los sufre. Dicho procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la depresión conduce, según Beck, al resto de los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales, y fisiológicos que caracterizan al trastorno. Sin embargo, este tipo de procesamiento, al igual que los demás síntomas, puede ser el producto de muchos factores y, así, en la etiología de la depresión pueden estar implicados factores genéticos, evolutivos, hormonales, físicos y psicológicos. No obstante, cualquiera que sea la etiología, este tipo de procesamiento distorsionado o sesgado es una parte intrínseca del síndrome depresivo y funciona como factor de mantenimiento de la depresión.

En todas las posibles causas distantes que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información, la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión no endógena, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores; la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de la personalidad del individuo y la ocurrencia de un estresor específico a los

anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo.

Beck usa el formalismo de los esquemas para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información. Según dice Beck, “los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior”. Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento, y recuperación de la información del entorno. Los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida. Este procesamiento de “arriba - abajo” de carácter simplificador sacrifica una eventual pérdida de información o una distorsión de la misma en aras de un principio de “economía cognitiva”.

Tabla 2

Muestra de ítems de la Escala de Actitudes

Logro

1. Si no hago siempre las cosas bien, la gente no me respetará.
 2. La gente probablemente me considerará menos si cometo alguna falla.
 3. Si no hago las cosas tan bien como los demás, eso significa que soy una persona inferior.
 4. Si no puedo hacer bien una cosa es mejor no hacerla.
 5. Para ser una persona valiosa debo destacar la verdad por lo menos en un aspecto importante.
 6. Las personas a quienes se les ocurren buenas ideas, valen más que aquellas a quienes no se les ocurre.
-

Dependencia / Necesidad de Aprobación

1. No puedo ser feliz a no ser que me admire la mayor parte de la gente que conozco.
 2. Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás opinen de mi.
-

Tabla 2. (Continuación)

Dependencia / Necesidad de Aprobación

3. Si uno no tiene otras personas en las que confiar, está destinado a estar triste.
 4. Si desagradas a los demás no puedes ser feliz.
 5. Es muy importante lo que otras personas piensen sobre mí.
 6. Estar aislado de los demás termina por llevar a la infelicidad.
-

En el caso de los esquemas disfuncionales, el resultado de ese proceso simplificador es un procesamiento desadaptativamente distorsionado de la información y una ulterior interpretación desadaptativamente sesgada de la realidad.

Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en los individuos depresivos, los esquemas disfuncionales depresógenos, se diferencian de los esquemas de los sujetos normales tanto en su estructura como en el contenido de información que almacenan. En cuanto al contenido, los esquemas disfuncionales contienen reglas, creencias tácitas y actitudes estables del individuo acerca de sí mismo y del mundo, que son de carácter disfuncional y poco realistas porque establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar la propia autovalía que es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del individuo por cumplir tales contingencias. En la tabla 1 se pueden ver algunas de estas actitudes, creencias y reglas. A menudo estas creencias y actitudes están conectadas con recuerdos relevantes a su desarrollo y formación, recuerdos que tienen que ver con experiencias tempranas de la infancia. En cuanto a la estructura, los esquemas disfuncionales en la depresión tienden a ser más rígidos, impermeables y concretos que los esquemas adaptativos y flexibles de los individuos normales.

Tabla 3

Errores Cognitivos en la Depresión Según la Teoría de Beck.

Error cognitivo	Definición (Beck 1983)	Ejemplos (Beck, 1967,1976)
Inferencias arbitrarias	Proceso de llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria a la conclusión.	Un paciente que iba en ascensor tuvo el siguiente pensamiento: "El ascensorista piensa que no soy nadie". Cuando fue preguntando por el incidente, el paciente reconoció que no había base real para pensar en eso.
Abstracción Selectiva	Valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico fuera de su contexto e ignorando otros elementos más relevantes de la situación.	El jefe de un paciente estaba comentando positivamente con él su trabajo y, en un momento de la conversación, le pidió que no hiciera copia de las cartas que recibía. Entonces el paciente pensó: "Mí trabajo no es bueno".
Generalización excesiva	Proceso de extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en cuestión como no relacionarlas.	La mujer de un paciente depresivo estaba enfadada porque los niños tardaban en vestirse. El paciente pensó: "Debo ser un mal padre, porque si no mis hijos tendrían más disciplina."

Tabla 3. (Continuación)

Error cognitivo	Definición (Beck 1983)	Ejemplos (Beck, 1967, 1976)
Magnificación y minimización	Errores cometidos al evaluar la magnitud o la significación de un acontecimiento incrementando o disminuyendo su significación,	Un paciente, después de la magnitud o la significación que su casa sufriera los destrozos de una tormenta, valoró los daños en varios miles de dólares. El costo de la reparación fue, sin embargo, de unos cincuenta dólares.
Personalización	Tendencia y facilidad para atribuirse sucesos externos sin base firme para esta conexión.	Un médico residente del hospital se deprimió al leer el aviso de que todos los pacientes a cargo de un residente deberían ser posteriormente examinados por un médico de plantilla. Su pensamiento cuando leyó el aviso fue: "El jefe no se fía de mi trabajo".
Pensamiento absolutista y dicotómico	Tendencias a clasificar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas (blanco o negro), seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo.	Un jugador de baloncesto: si encestabá menos de ocho puntos en partido negro), pensando: "Soy un jugador del extremo fracasado". Y se deprimía; si encestabá ocho o más puntos pensaba: "Soy realmente un jugador". Y se sentía muy alegre.

La activación de los esquemas depresógenos sería, pues, responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en los trastornos depresivos. Para que tal activación tenga lugar es necesaria la aparición de un suceso estresante (pérdida de la

mama) similar a aquellos sucesos que proporcionaron la base para la información durante el proceso de socialización de los esquemas, es decir, para la formación de las reglas almacenadas en ellos (frustración por el tamaño de los senos).

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

En la teoría cognitiva, los rasgos de la personalidad se entienden como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los otros esquemas. La teoría cognitiva propone dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad a la depresión, sociotropía y autonomía. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia vida (ver tabla 2). Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la vida privada y la autodeterminación. En consecuencia, habría sucesos estresantes específicos para cada tipo de esquema. Por ejemplo, las situaciones relevantes a la aceptabilidad social y a la atracción personal activarían de forma específica los esquemas depresógenos de tipo sociotrópico, mientras que situaciones que restringen la autonomía o el logro de objetivos serían apropiados para activar los esquemas depresógenos que forman parte de los esquemas autónomos. Una vez activados, los esquemas depresógenos orientan y canalizan el procesamiento de la información actuando como filtros a través de los cuales se percibe, interpreta, sintetiza y recuerda la realidad. La actuación de tales esquemas queda reflejada

en ciertos errores sistemáticos en la forma de procesar la información (Beck, Rush, Sliaw y Emery, 1983): inferencias arbitrarias, abstracción selectiva, sobregeneralización, maximización y minimización, personalización, y pensamiento dicotómico y absolutista (ver tabla 3). Aunque todas estas operaciones cognitivas son evidentes en cierto grado en todas las personas, en la depresión ocurren en mayor grado y son congruentes con el contenido disfuncional de los esquemas depresógenos. Así, se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora o minimiza la información positiva; los errores y fallos se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobregeneralizan. A la postre, tales operaciones cognitivas conducen en la depresión al tipo de cogniciones que forman la triada cognitiva negativa. A diferencia de los esquemas o “actitudes disfuncionales”, estas cogniciones o productos cognitivos tienen correlatos directamente observables: se expresan en forma de pensamientos o imágenes voluntarias y pensamientos automáticos. Estos últimos son ideas o imágenes estereotipadas de aparición repetitiva e inintencionada, que son fácilmente controlables y parecen plausibles al individuo en el momento de su ocurrencia. Ambos tipos de pensamiento comprenden el diálogo interno del individuo, de manera que son relativamente accesibles a la conciencia, y son dañinos psicológicamente, puesto que interfieren tanto con las actividades que el sujeto realiza en ese momento como, evidentemente con su estado de ánimo.

Por otro lado, el evento estresante externo debe encontrar vulnerabilidades psicológicas específicas para que germine la depresión; de no ser así, nada pasa. Las predisposiciones psíquicas a la depresión adoptan las formas de creencias o teorías. Si aparecen pensamientos irracionales como “pienso que no soy bonita”, “soy inútil”, o, en una versión más musical, “que el mundo me rechaza”, es probable que el sujeto se encuentre en camino

de la enfermedad depresiva. Aunque los pensamientos negativos frente a uno, al mundo y al futuro son los activadores principales del trastorno, el sujeto depresivo posee un toque de pesimismo radical totalmente desalentador. Por lo dicho anteriormente, la depresión consiste en la disminución en el estado de ánimo (disforia), que genera síntomas motivacionales como ausencia de placer (“nada me provoca, “la vida no tiene sentido”), síntomas emocionales (tristeza duradera, desamor, llanto, baja autoestima), síntomas físicos (apatía, fatiga, inapetencia o hiperfagia, insomnio, pérdida de peso, baja en la libido), y síntomas mentales (negativismo, pesimismo, pérdida de atención y concentración, fatalismo) (Riso, 1998).

La depresión no es tristeza, y establecer la diferencia es fundamental para detectar cuándo el individuo está padeciendo el trastorno:

En la depresión siempre hay una tendencia al desamor personal y a la baja autoestima. En la tristeza, a pesar de todo, el sujeto se sigue queriendo a si mismo.

En la depresión hay un claro sentimiento autodestructivo, que puede incluso llevar a la muerte. Junto con la anorexia nerviosa, es la enfermedad psicológica en donde más peligra la vida. El individuo que se encuentra triste nunca piensa en destruirse a sí mismo.

La persona depresiva siempre busca la soledad y el aislamiento afectivo. Una profunda decepción por la gente define gran parte de su comportamiento. El sujeto triste busca ayuda, y aunque a veces desea estar solo, no pierde la capacidad de conectarse afectivamente con los demás.

En el individuo depresivo, el estado de ánimo se sobregeneraliza abarcando todas las áreas de su vida. El sujeto aquejado de la enfermedad lleva la depresión a costas durante todo el día y a todas partes, de alú que su desempeño general se vea seriamente alterado. En

la tristeza, aunque el rendimiento disminuye un poco, el individuo puede seguir desempeñándose de una manera relativamente aceptable.

La persona depresiva no suele tener una conciencia clara del porqué de la enfermedad, mientras que la mayoría de los sujetos tristes pueden llegar a identificar claramente la causa de su enfermedad.

La depresión es más intensa y dura más tiempo que la tristeza.

Beck considera que las personas deprimidas se comparan con otras, lo que a la larga reduce el autoestima. Cada encuentro con otras personas se convierte en una oportunidad de una autoevaluación negativa. Por ejemplo, al hablar con otras personas, el individuo piensa: “No soy un buen conversador. No soy tan interesante como otras personas”. Beck cree que la tendencia a tener estos pensamientos negativos tal vez se relacione con formas particulares de evaluar las situaciones que provienen de experiencias durante la niñez. Estos patrones de pensamiento que se conocen como esquemas, afectan todos los elementos de la tríada cognitiva en la vida posterior. La tabla 4 muestra una lista de las características de estos sistemas.

Tabla 4

Esquemas que se utilizan en la teoría cognitiva de la depresión de Beck.

Esquemas (Suposiciones en silencio)

1. Consisten en suposiciones o creencias inflexibles que no se expresan en forma oral.
 2. Resultan de las experiencias pasadas (tempranas).
 3. Constituyen la base para observar, discriminar, evaluar y codificar los estímulos.
 4. Constituyen la base para categorizar, evaluar las experiencias y realizar juicios, así como distorsionar la experiencia real.
 5. Determinan el contenido de los conceptos que se forman en las situaciones y la respuesta efectiva a estos.
 6. Incrementan la vulnerabilidad a la recaída.
-

Las investigaciones sobre los resultados o efectos de la psicoterapia dan lugar a algunas dudas sobre si estos conocimientos negativos provocan la depresión. Es posible que los pensamientos negativos sean sólo el resultado de la depresión y no su causa. En la actualidad, no está clara la respuesta a esta duda sobre la causalidad. (Tobar 2000).

Con mucha frecuencia, personas con enfermedades crónicas o tumorales desarrollan reactivamente un síndrome depresivo como resultado de la vivencia de su enfermedad, el dolor, la deformidad, el pronóstico incierto, que son elementos que condicionan la aparición de una depresión que viene a sumarse al sufrimiento que ya traía consigo el paciente e indudablemente alteran negativamente la evolución de la enfermedad de base. En estas personas se amerita el abordaje psicoterapéutico y el tratamiento farmacológico de la

depresión que repercutirán positivamente en los dos sufrimientos. A continuación se plantea la relación existente entre el cáncer y la depresión.

Depresión y Cáncer de Mama

La asociación entre la depresión y el cáncer ha constituido un área de estudio particularmente activa. El cáncer de mama en particular ha sido el más estudiado desde el punto de vista del impacto psicológico que produce.

La relación entre depresión y cáncer de mama se evidencia en diferentes investigaciones como la realizada por Vidal y López (1999), la cual estableció que en cuanto al perfil psicológico de las pacientes afectadas por cáncer de mama se ha observado que salvo la edad, que correlaciona positivamente con depresión, el resto de las variables sociodemográficas, así como el estadio del cáncer, tener antecedentes familiares y encontrarse en la fase de diagnóstico, tratamiento o seguimiento de la enfermedad no parecen tener incidencia en el ánimo depresivo mostrado por las mujeres. Son mas bien variables de personalidad, relativamente estables, como ser una persona ansiosa ante diferentes situaciones de la vida, tener tendencia al neuroticismo y a la introversión, inhibir las respuestas emocionales ante los acontecimientos negativos o estresantes y considerar que uno mismo puede hacer muy poco por su salud, las que predicen mayor depresión ante el cáncer.

Según Belloch (1995) en relación a los estilos de afrontamiento, las personas sin depresión utilizan mayor número de estrategias relacionadas “con el espíritu de lucha” que las personas con depresión leve, moderada o severa. Estos datos sugieren que el uso de estrategias positivas que favorecen el espíritu de lucha puede reducir significativamente los niveles de depresión de las mujeres con trastornos neoplásicos. Igualmente ocurre con las

estrategias de “negación” puesto que, las personas sin síntomas depresivos utilizan este estilo de afrontamiento con mayor frecuencia que las mujeres con depresión. Por el contrario, las estrategias de indefensión-desesperanza, preocupación ansiosa y fatalismo-aceptación pasiva, son utilizadas con mayor frecuencia por las personas con los mayores niveles de depresión (depresión severa y moderada).

Lo que mejor predice el nivel de depresión que experimentan las mujeres como consecuencia del diagnóstico o tratamiento del cáncer, es tener niveles altos de ansiedad general, afrontar la enfermedad con desesperanza e indefensión y con preocupación ansiosa y, no poner en marcha con suficiente frecuencia estrategias que favorezcan el espíritu de lucha, repercutiendo notablemente en la calidad de vida percibida.

Los estilos de afrontamiento, de espíritu de lucha, indefensión, preocupación ansiosa, fatalismo y negación son utilizados por todas las mujeres en distintos momentos y con distinta frecuencia. Sin embargo, los estilos de afrontamiento negativos de “indefensión - desesperanza” y “preocupación ansiosa” son utilizados con mayor frecuencia por las personas que tienen niveles altos de ansiedad y depresión, mientras el espíritu de lucha es la estrategia fundamental en las mujeres con niveles bajos de ansiedad.

La calidad de vida percibida queda seriamente alterada cuando se tienen niveles altos de ansiedad y depresión, independientemente de la fase del proceso de intervención (diagnóstico, tratamiento o seguimiento) y del estadio en el que se encuentre la enfermedad.

En consecuencia se demuestra la estrecha relación existente entre el cáncer de mama y las alteraciones a nivel psicológico, dada a sus complejos procesos de diagnóstico y tratamiento, que alteran física y psicológicamente a la paciente.

Comorbilidad del Cáncer con Trastornos Psicológicos.

Para Sala (2000), la enfermedad de cáncer, la noticia de tener cáncer, los tratamientos del cáncer y los controles posteriores a la enfermedad pueden afectar en distintas medidas a la calidad de vida y al bienestar psicológico de estos pacientes.

Una de las investigaciones más amplias que se ha hecho en relación a la comorbilidad de cáncer y trastornos psiquiátricos a sido el del grupo de investigadores de Derogatis publicado en JAMA en 1983. Estos investigadores encontraron en 200 pacientes con cáncer que el 41% entraba dentro de una categoría diagnóstica del DSMIII - R. A dos tercios de estos pacientes les fue dado el diagnóstico de Trastorno de adaptación queriendo significar que el disturbio encontrado estaba relacionado con un estresor ambiental y que además era sensible a la intervención psicológica .

En una muestra de 117 pacientes con cáncer que fueron admitidos para realizar un trabajo de psicoprofilaxis quirúrgica en el hospital de Oncología "María Curie", el 56% presento síntomas de angustia, el 44,5% insomnio, el 14% ansiedad y el 16% agresividad. En total el 94,2% de los pacientes entrevistados presentaba trastornos emocionales de algún tipo, de estos el 63% respondió al apoyo psicológico sin necesidad de ser medicado y en el 29% de los casos se combinó el apoyo psicológico con medicación psicofarmacológica. Cuando los síntomas exceden la posibilidad de ser encuadrados dentro de la categoría de trastorno de adaptación el cuadro más común es el de depresión mayor con diferentes niveles de intensidad. La incidencia del trastorno depresivo en pacientes con cáncer es discutida, va desde investigadores que plantean que su incidencia es tres veces mayor que en la población general y dos veces mayor que en la población que sufre otro tipo de enfermedades medicas, hasta quienes sostienen que no hay diferencias o con la población

general o con otro tipo de dolencias. De todos modos todos acuerdan en que no es menor la incidencia que en los otros grupos. Estas diferencias en los resultados probablemente tengan que ver con el tipo de muestras que se toman, los diferentes tipos de cánceres (el cáncer no es una enfermedad sino muchas) los diferentes estadios de la enfermedad, los diferentes periodos de evolución y los síntomas somáticos como por ejemplo pérdida de peso, que es también un criterio que utilizan las escalas de depresión para diagnosticar la misma. Para algunos autores la incidencia de depresión en el paciente con cáncer es del 13%. En un estudio de la Universidad de Bispebjerg, Copenhagen (1994) con escala de Hamilton arrojó una incidencia del 40%. En otro estudio de la Universidad de Ferrara, Italia (1989) también utilizando escala de Hamilton se detectaron en un grupo de 196 pacientes que 38,26% tenían un cuadro compatible con depresión utilizando un punto límite de 17 pero con un punto límite de 21 el cuadro depresivo aparecía en 23,97 %. En el Servicio de Psicopatología del hospital María Curie (1997), se administró la escala de Hamilton en el marco de una investigación sobre calidad de vida a 51 pacientes en la primera etapa de su tratamiento (recientemente se les había suministrado el diagnóstico y aun no habían iniciado ninguna terapéutica) tomando como puntos límites 14 a 29 para depresión leve de 30 a 34 para depresión moderada y 35 a 75 para depresión grave. Con este puntaje el 41% arrojó un estado depresivo. Ubicándose todos los casos, menos uno que arrojó un puntaje de 32 en el rango de 14 a 29.

Los mismos problemas que existen en la investigación existen en la clínica ya que debido a las complicaciones mismas de la enfermedad los pacientes suelen tener cuadros depresivos de causa médica que no se resolverían con psicofármacos y son derivados por el médico como psicológicos o psiquiátricos no tratándose el disturbio orgánico que los

ocasiona, por ejemplo un cuadro anémico o cualquier otro problema metabólico que perturba el sensorio o la medicación administrada al paciente. También sucede lo contrario en el subdiagnóstico donde se le atribuye a causas medicas la depresión siendo también incorrecto el abordaje del paciente. Esto resalta la importancia del equipo interdisciplinario y la preparación que debe tener no solo el oncólogo sino también el psiquiatra y el psicólogo para realizar un correcto abordaje del paciente.

En cuanto al tratamiento a nivel psicológico del paciente con cáncer se tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar. Por otro lado, en todo momento la intervención psicológica ha de estar integrada con el servicio de atención médica de un modo multidisciplinar.

El estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste o adaptación del paciente ante el cáncer va a depender: a. Del grado de patología a nivel clínico, b. De los efectos de los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.), c. Del nivel y modo de información que reciba, d. Del apoyo social y recursos ambientales, e. Así como de las competencias del paciente para hacer frente al estrés y la disponibilidad de tratamiento psicológico.

Las líneas de intervención psicológica en el área del cáncer son las siguientes:

Intervenciones preventivas: eliminación de hábitos de consumo de sustancias de riesgo, afrontamiento del estrés, adopción de hábitos saludables y de conductas que faciliten la detección temprana de tumores.

Información adecuada al paciente: contenidos, tipos de información, estilo, vías de administrar la información al paciente y familiares, así como el momento y la secuencia más oportuna.

Preparación a la hospitalización y tratamientos: con el objeto de reducir la ansiedad y el impacto estresor que conllevan y adquirir respuestas adaptativas a esta situación. En este caso, el objetivo es controlar las reacciones emocionales y repertorios de afrontamiento ante la hospitalización y la cirugía.

Tratamiento tras el diagnóstico de cáncer: con el objetivo de reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas; promover un sentido de control personal y participación activa; dotar al sujeto de estrategias para hacer frente al estrés y facilitar la comunicación del paciente con su pareja y su familia.

Tratamientos asociados a la patología del cáncer o tratamientos médicos del cáncer. En este apartado las áreas de mayor aplicación de intervención psicológica son: a. Control de reacciones condicionadas y otros efectos asociados a la quimioterapia: ansiedad, náuseas y vómitos anticipatorios asociados, control de la fatiga, cambios en aspecto físico (alopecia), etc. O la radioterapia: miedo a posibles quemaduras, efectos de fatiga y malestar, b. Afrontamiento del trasplante de médula ósea: un tratamiento altamente agresivo que implica muchos estresores físicos y psicológicos, incluyendo aislamiento en un ambiente libre de gérmenes, fluctuaciones en el estatus médico, procedimientos médicos invasivos, infecciones repetidas, etc. c. Dolor agudo asociado a procedimientos diagnósticos tales como punciones lumbares, endoscopias, biopsias, etc. d. Dolor crónico producto de la patología del cáncer, e. Anorexia, que puede ocurrir secundariamente a las tres principales modalidades de tratamiento, cirugía, quimioterapia y radiación o por la propia patología de cáncer, f. Problemas sexuales. Cierta proporción de los pacientes de cáncer adquieren, como resultado o en asociación con el tratamiento, algún tipo de disfunción o problema sexual, esto es particularmente cierto en algunas localizaciones tumorales tales como colorrectales,

ginecológicas, urológicas y mama. g. Adaptación a amputaciones, ostomías y otros efectos de intervenciones quirúrgicas.

Intervención en la fase terminal: con el objetivo de disminuir el proceso lo más posible tanto en el paciente como en sus familiares.

Selección y entrenamiento de persona! voluntario: que sirven de apoyo social y ayuda a las intervenciones médicas y psicológicas.

Entrenamiento de afrontamiento del estrés para personal médico y de enfermería: dirigido al entrenamiento de habilidades para la relación terapéutica, así como a dotar de estrategias para el manejo de situaciones problemáticas ante el paciente oncológico.

Definición de Variables

Según el problema planteado en la investigación: Nivel de depresión en pacientes sometidas a impresión clínica, diagnóstico y tratamiento por cáncer de mama, las variables independientes y dependientes están determinadas de la siguiente manera:

Variables Independientes.

Impresión clínica: momento en el cual la paciente se encuentra con sospecha clínica por cáncer de mama y ha sido sometida a procedimientos de diagnóstico para el mismo.

Diagnóstico: momento en el cual la paciente se encuentra diagnosticada positivamente por cáncer de mama mediante procedimientos diagnósticos previo al tratamiento.

Tratamiento: momento en el cual la paciente se encuentra realizando procedimientos médicos terapéuticos por cáncer de mama.

Variable Dependiente.

Nivel de depresión: cuantificación de la presencia de depresión según el inventario Beck.

Operacionalización de Variables

Las variables definidas anteriormente: independientes (impresión clínica, diagnóstico y tratamiento por cáncer de mama) y la dependiente (nivel de depresión) se encuentran determinadas por dos instrumentos de medición (ver tabla 5). Los cuales fueron seleccionados con base en su utilización propicia para este estudio. La historia clínica de las pacientes, las cuales fueron analizadas minuciosamente permitieron discriminar, el procedimiento clínico que estableció la selección de los tres grupos (pacientes que se encuentran en impresión clínica, pacientes que se encuentran en el diagnóstico positivo previo al tratamiento y pacientes que se encuentran en procedimientos clínicos terapéuticos por cáncer de mama). El inventario de Beck (ver apéndice B) utilizado para cuantificar la

depresión en los tres grupos antes mencionados, indican la presencia de depresión revelando un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de si mismo, del mundo y del futuro (Beck, 1983).

Tabla 5

Operacionalización de las Variables

Operacionalización de Variables		
Variable Independiente	Concepto	Instrumento
Impresión clínica	Momento clínico en el cual se practica a las pacientes un examen diagnóstico por cáncer de mama (Biopsia, mamografía y ecografía de mama).	Historia clínica de la paciente
Diagnóstico del cáncer de mama	Momento clínico en el cual se le informa a la paciente el diagnóstico positivo de cáncer de mama, obtenido por los exámenes diagnósticos.	Historia clínica de la paciente
Tratamiento por cáncer de mama	Momento clínico en el cual la paciente se encuentra en tratamiento por cáncer de mama ya sea quimioterapia, radioterapia y mastectomía.	Historia clínica de la paciente
Nivel de depresión	Estos niveles según el inventario de Beck permiten la identificación de sintomatología de la siguiente manera: 0 a 10 estado no depresivo, 11 a 20 sintomatología depresiva leve, 21 a 30 sintomatología depresiva moderada y 31 a 56 sintomatología depresiva severa	Inventario de Beck (Apéndice B)

Método

Diseño

La presente investigación es de carácter transeccional descriptivo comparativo, dado que tiene como finalidad metodológica describir variables en un momento determinado, en varios grupos de la misma población, con el fin de establecer diferencias y similitudes en los valores de dichas variables. En este caso se evaluaron las variables sociodemográficas, familiares, psicológicas y las de los antecedentes clínicos y la presencia y nivel de depresión en las pacientes sometidas a procedimientos de impresión clínica, diagnóstico y tratamiento por cáncer de mama. Además el estudio permitió comparar las variables mencionadas dentro de cada grupo y la presencia y nivel de depresión entre los grupos mencionados: 10 mujeres en impresión clínica, 10 mujeres diagnosticadas positivamente previo al tratamiento y 10 mujeres en tratamiento por cáncer de mama.

Participantes

Para realizar la investigación se seleccionaron 30 mujeres de la unidad de oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia discriminadas en tres grupos según el procedimiento clínico de intervención:

10 mujeres con sospecha clínica de cáncer de mama (por observación médica, mamografía y ecografía).

10 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama (Biopsia, mamografía y ecografía de mama)

10 mujeres en tratamiento por cáncer de mama. (Radioterapia , quimioterapia y mastectomía)

Instrumentos

Historia Clínica de las Pacientes.

Bajo la supervisión de los oncólogos y en las reuniones de la junta médica se realizó una revisión general del estado clínico de las pacientes y de sus antecedentes patológicos con el fin de establecer la fase evolutiva de la enfermedad: impresión clínica, diagnóstico y tratamiento. Esto sirvió de guía para la selección de sujetos y la clasificación de ellos a cada uno de los grupos y aplicación de los instrumentos psicológicos y la entrevista sociofamiliar y de antecedentes.

Inventario de BECK.

Este instrumento investiga tres factores base de la depresión: conductual, cognitivo y somático. Las variables que integran en cada uno de los factores son las siguientes:

Factor conductual: tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, autodecepción, dificultad psicomotora, sentimiento de enojo, indecisión, incapacidad laboral, insomnio, fatiga, pérdida del apetito, desinterés sexual.

Factor cognitivo: pesimismo, sentimiento de fracaso, insatisfacción, culpabilidad, sentimiento de castigo, autodecepción, autoculpabilización, ideas suicidas y desinterés social.

Factor somático: deterioro de la imagen corporal, pérdida de peso y trastornos físicos.

El estudio de validez y confiabilidad se realizó en la Habana (Cuba) con una muestra de sujetos deprimidos de ambos sexos en edades entre 18 y 65 años (N=144), Los sujetos deprimidos presentaron diagnóstico de Depresión mayor y Distimia de acuerdo a los criterios del DSM IV.

Confiabilidad: se realizó un análisis de la confiabilidad temporal y la consistencia interna. La confiabilidad temporal se evaluó por el método test - retest, mediante la aplicación del instrumento Inventario de Beck (IDB) en dos ocasiones a la muestra con un periodo intermedio de cinco días. Esto permitió conocer la estabilidad temporal de los resultados en relación con la primera aplicación.

La consistencia interna se determinó a través del calculo del coeficiente alpha de Cronbach, de forma global y eliminado el puntaje del ítem a analizar; la correlación ítem - total y el coeficiente de determinación. Estos métodos ofrecieron información acerca del grado de homogeneidad de los instrumentos.

El índice de confiabilidad temporal obtenido en el IDB fue de 0.77. Los resultados del coeficiente de determinación muestran que el 59% de los ítems en el IDB presenta valores iguales o superiores a 0.50, lo que sugiere que en un porcentaje importante el cambio promedio de un ítem puede ser explicado por los restantes en la prueba. Esto corresponde con los coeficientes alpha de Cronbach de 0.95. El 91% de los ítems del IDB presentan una correlación con el resto superior a 0.40. Solamente dos ítems presentan valores inferiores a este: ítem 11 (irritabilidad) con 0.36 e ítem 19 (pérdida de peso) con 0.38. Los ítems que mayores modificaciones le aportan al alpha global, disminuyendo sus valores, son: ítem 1 (tristeza) con 0.93, ítem 2 (pesimismo) con 0.943, ítem 3 (sentimientos de fracaso) con 0.943, ítem 7 (autodecepción) con 0.943. Como se aprecia, estos ítems son parte de la sintomatología descrita, como componentes centrales de la depresión. Los ítems 11 y 19, que presentan los valores más bajos en su correlación con el total, son los que, de ser eliminados, contribuyen al aumento del alpha global.

Los resultados obtenidos, por medio de los métodos aplicados señalan homogeneidad en el instrumento IDB.

Validez: el estudio de validez se realizó partiendo del análisis de la validez concurrente y la de constructo.

Para evaluar la validez concurrente, se empleó el método de diferenciación de grupos extremos, lo cual permitió conocer las posibilidades discriminatorias del IDB en cuanto a grupos de sujetos deprimidos y no deprimidos. La validez de constructo se determinó por medio del análisis factorial por componentes principales para conocer la composición de las pruebas por dimensiones o factores y la correspondencia con el constructo teórico de base. Se realizó también un estudio de las comunalidades para conocer la representatividad de las variables en los factores retenidos y un análisis de la consistencia interna por factor extraído. Se analizaron las interrelaciones (correlativas) de ambas pruebas entre sí para conocer si éstas evalúan la sintomatología depresiva coincidiendo en la presencia o ausencia de la depresión.

Tabla 6.

Validez Concurrente Según Grupos Extremos.

Grupos	Media	Desviación Estándar	E.P(t)
1	20.2	7.07	
2	42.8	17.6	-10.54

p = .000

Los resultados obtenidos mediante en análisis de validez concurrente (ver tabla 7), muestra que se obtuvieron puntuaciones significativamente mas altas para el grupo de sujetos deprimidos, con las puntuaciones mas bajas en la prueba

Tabla 7.

Confiabilidad Interna de los Factores IDB.

Factor	# de Variables	Coefficiente
Conductual	12	.94
Cognitivo	9	.93
Somático	3	.65
IDB	22	.95

El 77% de las variables presentan comunalidades elevadas con valores superiores a 0.50, por lo que están bien representadas por los tres factores retenidos. Los índices de consistencia interna entre las variables de cada factor fluctúan entre 0.65 y 0.94. (ver tabla 6)

Los índices de consistencia interna más altos, resultaron ser los factores conductual y cognitivo, lo que señala que la homogeneidad entre las variables que constituyen estos factores es alta. El factor somático obtuvo un índice más bajo, notándose una mayor heterogeneidad entre sus variables y un menor número de éstas que afectan el coeficiente obtenido.

Descripción del cuestionario: El IDB está conformado por 21 grupos de oraciones que permiten evaluar la sintomatología asociada a la depresión. Cada grupo de oraciones posee cuatro respuestas ordenadas de 0 a 3. Las puntuaciones finales fluctúan de 0 a 63 puntos e informan sobre el número de síntomas y su gravedad. En el caso en que el sujeto indique dos alternativas en una pregunta, se selecciona la respuesta de mayor valor numérico. La puntuación permite la identificación de niveles de sintomatología depresiva de la siguiente manera: 0-10 estado no depresivo; 11-20 sintomatología depresiva leve; 21-30 moderada; 31-56 severa.

En la tabla 8 se encuentran los aspectos que evalúa cada uno de los ítems por respectivos grupos establecidos y su correspondiente puntuación.

Tabla 8 .

Indicadores a Estudiar por Agrupación de ítems y Puntuaciones.

Indicadores	Ítems	Ptos
Tristeza	No me siento triste	0
	Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de ese estado	2
	Me siento triste	1
	Me siento tan triste e infeliz que ya no aguanto más	3
Pesimismo	Siento que no hay esperanza para el futuro	3
	Siento que nada me llama la atención	2
	El futuro me desanima	1
	El futuro no me desanima especialmente	0
Sentimiento de fracaso	Siento que he cometido más errores que la toda la gente	1
	Al mirar hacia atrás lo único que veo son errores	2
	No me siento un fracaso	0
	Siento que soy un completo fracaso como persona	3

Tabla 8 (continuación)

Indicadores	Ítems	Ptos
Insatisfacción	Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) con todo	3
	Ya no tengo satisfacciones reales	2
	No disfruto las cosas como antes	1
	Tengo tanta insatisfacción como antes	0
Culpabilidad	Tengo sentimientos de culpa una buena parte del tiempo.	1
	Tengo sentimientos de culpa todo el tiempo.	3
	No tengo sentimientos de culpa	0
	Tengo bastantes sentimientos de culpa el mayor tiempo	2
Autodecepción	Me odio a mi mismo	3
	Estoy disgustado (a) conmigo mismo (a)	2
	Estoy desilusionado (a) de mi mismo (a)	1
	No me siento desilusionado (a) de mi mismo	0
Autoculpabilidad	No me siento peor que otros	0
	Me culpo por todas las cosas malas que me pasan	3
	Soy crítico (a) con mis debilidades y errores	1
	Me culpo todo el tiempo por mis faltas	2
Ideas de Suicidio	No he pensado en matarme	0
	He pensado en matarme pero no lo haría	1
	Me gustaría matarme	2
	Me mataría si tuviera la oportunidad	3
Dificultad psicomotora	Antes podía llorar, ahora no puedo hacerlo aunque desee.	3
	Ahora lloro todo el tiempo.	2
	Lloro más que antes	1
	No lloro más que lo usual	0

Tabla 8 (continuación)

Indicadores	Ítems	Píos
Sentimientos de enojo	Me irrito o me enojo más fácil que antes	1
	Ya no me irritan las cosas que usualmente me irritaban	0
	Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo	3
	Ahora me irrito más que antes	2
Desinterés social	No he perdido el interés en otras personas	0
	Me interesan las personas menos que antes	1
	He perdido gran parte del interés en otra gente	2
	He perdido todo el interés por otras personas	3
Indecisión	Pospongo las decisiones más que antes	1
	Tomo mis decisiones tan bien como siempre lo he hecho	0
	Ya no puedo tomar decisiones como antes	3
	Me cuesta más trabajo tomar decisiones que antes	2
Imagen Corporal	No creo que me vea peor que antes	0
	Creo que me veo horrible	3
	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver menos atractiva	2
	Me preocupa verme viejo (a) y sin atractivos	1
Incapacidad Laboral	No puedo hacer ningún trabajo	3
	Tengo que esforzarme mucho para cualquier cosa	2
	Necesito hacer un esfuerzo extra para empezar algo.	1
	Puedo trabajar también como antes	0

Tabla 8 (Continuación)

Indicadores	Ítems	Ptos
Insomnio	No puedo dormir como antes	1
	Me despierto muchas horas antes de lo usual y no puedo dormir más.	3
	Puedo dormir también como antes	0
	Me despierto una o dos horas antes de lo usual y no puedo dormir más.	2
Fatiga	No me canso más de lo normal	0
	Me canso más fácilmente que antes	1
	Me canso de hacer cualquier cosa	2
	Me canso demasiado de hacer cualquier cosa	3
Perdida del apetito	Ahora he perdido todo el apetito	3
	Mi apetito es peor ahora	2
	Mi apetito no es tan bueno como era antes	1
	Mi apetito no es peor que antes	0
Desinterés sexual	He perdido completamente el interés por el sexo	3
	Estoy mucho menos interesado (a) por el sexo ahora	2
	Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes	1
	No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual	0
Sentimiento de castigo	Tengo la expectativa de que me van a castigar	2
	No siento que me están castigando	0
	Siento que me están castigando	3
	Siento que no puedo ser castigado	1

Tabla 8 (continuación)

Indicadores	ítems	Ptos
Problemas físicos	No me preocupo por mi salud más de lo usual	0
	Me preocupan mis problemas físicos y no puedo pensar en otra cosa.	3
	Me preocupan mucho mis problemas físicos y me cuesta trabajo pensar en otra cosa.	2
	Me preocupan mis problemas físicos como: dolores, malestares estomacales o estreñimiento.	1
Pérdida de peso	No he perdido mucho peso	0
	He perdido más o menos 5 libras	1
	He perdido más de 10 libras	2
	He perdido mas de 15 libras	3

La administración de este test puede ser individual o colectiva, con un tiempo de aplicación de 10 a 15 minutos durante el cual se le pide al sujeto que marque con un círculo la afirmación que en cada grupo describa la forma en que se siente el día de hoy. (ver apéndice B)

Entrevista Sociodemográfica, Familiar y de Antecedentes Clínicos y Psicológicos.

Es un instrumento que le permite al entrevistado manifestar información de manera abierta acerca de sus datos sociodemográficos, familiares, de antecedentes clínicos y de autovaloración, que tiene como objetivo caracterizar la población objeto de estudio, a través de la recolección de dichos datos. Exige por lo tanto, para su procesamiento, un cierre de dicha información, la cual no se halla en los otros instrumentos utilizados para la investigación, (ver apéndice A)

Por lo tanto la entrevista evalúa las dimensiones mencionadas en el párrafo anterior descritas en la matriz de composición de dicha entrevista, (ver tabla 9)

Tabla 9

Matriz de composición de la entrevista semiestructurada

 Datos sociodemográficos

Objetivo: identificar si existen características comunes de las variables indagadas en la población para realizar su respectiva caracterización

Ítem	Objetivo
Fecha y lugar de nacimiento	Determinar la edad de las pacientes objeto a estudio.
Estado civil	Identificar si existe algún tipo de relación formal o no formal con una pareja.
Procedencia	Identificar el lugar de origen de la paciente
Ocupación	Identificar las actividades que realizan las pacientes en su vida diaria.
Escolaridad	Determinar el nivel de estudios alcanzados por esta población.
Estrato	Determinar la posición socioeconómica en la que se sitúa esta población.
Dirección y teléfono	Obtener una ubicación precisa de los miembros de la población.

 Datos familiares

Objetivo: Identificar la conformación y relaciones afectivas de las pacientes con los miembros de su familia para establecer el nivel y calidad de acompañamientos existentes.

Ítem	Objetivo
¿Cómo esta conformada su familia?	Determinar a que tipo de familia pertenecen los sujetos a estudio (nuclear, no nuclear, extensa y unifamiliar).

Tabla 9.(Continuación)

Item	Objetivo
¿Cómo es la relación que tiene con su esposo y/o compañero?	Determinar la calidad y el vínculo afectivo que tiene las pacientes estudiadas, con su pareja.
¿Cómo son las relaciones familiares con cada uno de sus miembros?	Determinar la calidad del vínculo afectivo que tiene las pacientes estudiadas, con su familia.
¿Existe acompañamiento de su familia en la solución de sus problemas emocionales?	Determinar la existencia del acompañamiento de la familia ante la presencia de problemas emocionales.

Antecedentes clínicos

Objetivo: Identificar los tipos de enfermedades padecidas, su complejidad, la existencia de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico y los sentimientos experimentados ante la detección de anomalías en las glándulas mamarias para conocer sus reacciones psicológicas frente a un ambiente clínico.

Item	Objetivo
¿Qué enfermedades ha padecido?	Determinar los tipos de enfermedades que han padecido las pacientes objeto de estudio.
¿Ha estado hospitalizada? ¿por qué?	Identificar si las enfermedades padecidas por las pacientes objeto de estudio han requerido tratamientos intrahospitalarios.
¿Ha recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico? ¿por qué?	Conocer si las pacientes estudiadas han requerido tratamiento o intervención psicológica y/o psiquiátrica en el transcurso de su vida.
¿Qué sentimientos le producen los procedimientos a los que va a ser sometida?.	Identificar las reacciones emocionales que las pacientes estudiadas presentan ante nuevos procedimientos clínicos, relacionados directamente con el cáncer de mama.

Tabla 9. (Continuación)

Item	Objetivo
¿Cómo ha sido tratada en esta institución?	Conocer el concepto que tiene las pacientes sometidas a estudio, del trato humano brindado por la institución
¿Se realizaba usted periódicamente el autoexamen de los senos?	Conocer si las pacientes estudiadas se practicaban el autoexamen de seno,
¿Cómo detecto que tenía un problema en los senos?	Identificar cual fue el método utilizado para detección del problema del seno,

Autovaloración

Objetivo: determinar el autoconcepto y reacciones de las pacientes ante la exploración de sentimientos valorativos afectados por la aparición de un problema que afecta directamente su imagen corporal para conocer si su nivel de autoestima ha sido afectado por esta nueva situación.

Item	Objetivo
¿Cuál es su principal fortaleza emocional?	Determinar el nivel de autoestima que poseen los pacientes sometidas a estudio
¿Cuál es su principal debilidad emocional?	
¿Cuál es su principal cualidad física?	
¿Llora usted con frecuencia? ¿por qué?	Determinar el grado de sensibilidad manifestado en el llanto
¿Cómo reacciona ante la frustración?	Identificar el grado de tolerancia frente a un evento frustrante.

Procedimiento

Elaboración del proyecto de investigación: se definió el problema, sus antecedentes, se plantearon los objetivos, se estructuró el marco teórico, se formularon las variables y se definieron operacionalmente, se planteó el diseño metodológico y los instrumentos de medición de las variables.

Evaluación y corrección del proyecto de investigación', la supervisó^la del proyecto realizó la revisión y corrección del mismo.

Revisión y análisis de las historias clínicas', con la asesoría del equipo humano que labora en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia se analizaron las respectivas historias clínicas.

Desarrollo del proyecto: selección de los grupos según el procedimiento clínico: grupo en impresión clínica, grupo diagnosticado positivamente por cáncer de mama sin tratamiento y grupo en tratamiento.

Aplicación de la entrevista sociofamiliar y de antecedentes a los tres grupos: se entrevistaron individualmente a las pacientes en la sala de juntas de la Unidad de Oncología.

Aplicación del inventario de Beck: para establecer presencia y nivel de depresión en los tres grupos.

Interpretación de los instrumentos de medición utilizados.

Sistematización de los resultado obtenidos de los instrumentos de medición.

Comparación de variables entre los miembros de cada grupo: se procesaron los datos obtenidos para caracterizar dichas variables y realizar su comparación.

Interpretación de resultados: con base en los análisis comparativos se procedió a la interpretación de los mismos según lo definido en los objetivos.

Análisis, conclusiones y recomendaciones del estudio.

Resultados

Los resultados de la investigación se organizaron teniendo en cuenta los objetivos planteados para la misma. Para ello se utilizaron como instrumentos de indagación los siguientes: una entrevista semiestructurada para caracterizar las variables sociodemográficas, familiares y psicológicas, y para establecer los antecedentes clínicos y el test objetivo de Aaron Beck para determinar la presencia y nivel de depresión en las pacientes seleccionadas en la investigación.

Caracterización de cada una de las Variables Indagadas en la Entrevista Semiestructurada

Tabla 10

Porcentaje de la edad de las pacientes con relación al momento clínico

Características sociodemográficas					
Edad	Momento clínico			Total	
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje general	No. de pacientes
21-30 años	60%	40%	—	33.3%	10
31-40 años	20%	20%	10%	16.7%	5
41 -50 años	10%	20%	60%	30%	9
51 -60 años	10%	20%	30%	20%	6

Como se observa en la tabla 10, el 33.3% de las 30 pacientes se halla en el rango entre los 21 y 30 años. Según el momento clínico, con relación a la edad, se observa que el 60% de las pacientes en impresión clínica se encuentran entre los 21 y 30 años, en las pacientes diagnosticadas sin tratamiento el 40% se encuentra dentro del mismo rango y en el momento de tratamiento el 60% de las pacientes se ubican entre los 41 y 50 años.

Además estos datos muestran que la edad en que las mujeres inician a preocuparse por la presencia de posibles anomalías en sus senos esta comprendida entre los 21 y 30 años. De igual forma se observa que las pacientes que se encuentran en este mismo rango de edad diagnosticadas positivamente por cáncer de mama no inician el tratamiento médico por esta patología.

Otro dato significativo arrojado por la tabla 10 es que se confirma el hecho de que el cáncer de mama desarrolla su morbilidad en edades comprendidas entre los 41- 50 años, además se observa que las mujeres que se encuentran diagnosticadas positivamente en este mismo rango de edad, dan inicio al tratamiento médico por esta patología, a diferencia de las mujeres jóvenes.

Tabla 11

Porcentaje del estado civil de las pacientes con relación al momento clínico

Características sociodemográficas					
Estado civil	Momento clínico			Total	
	Impresión Clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Soltera	50%	60%	10%	40%	12
Casada	30%	20%	60%	36.7%	11
Unión libre	10%	—	—	3.3%	1
Separada	10%	20%	30%	20%	6

La tabla 11 indica que el 40% de las 30 pacientes son solteras. Según el momento clínico el 50% de las pacientes en impresión clínica también son solteras, el 60% de las pacientes con diagnóstico sin tratamiento se encuentran en el mismo estado civil y en tratamiento el 60% de las pacientes son casadas.

Además estos datos indican que la presencia de una relación formal influye en la iniciación del tratamiento por el cáncer de mama, demostrando de esta manera la importancia de tener una relación afectiva sólida que motive el afrontamiento de la enfermedad.

Tabla 12

Porcentaje de la procedencia de las pacientes con relación al momento clínico

Características Sociodemográficas					
Procedencia	Momento clínico			Total	
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Rural	10%	10%	10%	10%	3
Urbana	90%	90%	90%	90%	27

Como se observa en la tabla 12 de las 30 pacientes el 90% tiene una procedencia urbana. Se identificó que en los tres momentos clínicos el 90% de ellas tienen la misma procedencia.

Además muestra que existe poca promoción con respecto al cáncer de mama en el área rural del Oriente Colombiano.

Tabla 13

Porcentaje de la ocupación de las pacientes con relación al momento clínico

Características sociodemográficas					
Ocupación	Momento clínico			Total	
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Domestica	30%	40%	80%	50%	15
Formal	20%	—	—	6.6%	2
Informal	20%	20%	10%	16.7%	5
Estudiante	30%	20%	—	16.7%	5
Desempleada	—	20%	10%	10%	3

En la tabla 13 se muestra que de las 30 pacientes el 50% de ellas tienen una ocupación como amas de casa y empleadas domésticas. Según el momento clínico, de las pacientes en impresión clínica el 30% desempeñan actividades domésticas y el 30% estudian; de las pacientes que se encuentran en diagnóstico sin tratamiento el 40% realizan actividades domésticas y de las pacientes en tratamiento el 80% se ocupan en actividades domésticas.

Además muestra que el hecho de que las actividades domésticas no implican un compromiso laboral formal, las pacientes pueden asistir fácilmente al tratamiento por cáncer de mama, caso contrario de las pacientes que se encuentran estudiando.

Tabla 14

Porcentaje de la escolaridad de las pacientes con relación al momento clínico

Características sociodemográficas					
Escolaridad	Momento clínico			Total	
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Primaria	10%	70%	60%	46.6%	14
Secundaria	40%	30%	40%	36.7%	11
Estudios superiores	50%	—	—	16.7%	5

En cuanto a la escolaridad el 46.6% de las 30 pacientes solo tienen un nivel primario de educación. Según el momento clínico, el 50% de las pacientes que se encuentran en impresión clínica han alcanzado niveles superiores de escolaridad; el 70% de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento solo han alcanzado el nivel primario de educación y el 60% de las pacientes en tratamiento se hallan en el mismo nivel de escolaridad.

Además estos datos indican que las mujeres comprometidas con el cáncer de mama tienen un nivel bajo de escolaridad, esto es debido a que la institución donde están siendo atendidas es de carácter público. También se encontró que a mayor nivel de educación existe más conciencia de la enfermedad.

Tabla 15

Porcentaje del estrato socioeconómico al que pertenecen las pacientes con relación al momento clínico.

Características sociodemográficas					
Estrato	Momento clínico			Total	
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
I	10%	30%	20%	20%	6
II	20%	30%	70%	40%	12
III	70%	40%	10%	40%	12

Según los datos de la tabla 15 el 80% de las 30 pacientes se halla en los estratos II y III. De acuerdo al momento clínico el 70% de las pacientes en impresión clínica pertenecen al estrato III, el 40% de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento se ubican en dicho estrato, y el 70% de las pacientes en tratamiento se encuentran en el estrato II.

Además muestra que a mayor estrato socioeconómico las pacientes se preocupan más por posibles anomalías que se presentan en sus senos. Esto es representado en el momento de impresión clínica.

Tabla 16

Porcentaje del tipo de familia al que pertenecen las pacientes con relación al momento clínico.

Características familiares					
Tipo de familia	Momento clínico			Total	
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Nuclear	60%	40%	40%	46.6%	14
No nuclear	10%	50%	20%	26.7%	8
Extensa	30%	10%	30%	23.3%	7
Unifamiliar	—	—	10%	3.4%	1

Los datos de esta tabla muestran que el 46.6% de las 30 pacientes pertenecen al tipo de familia nuclear. Según el momento clínico, el 60% de las pacientes en impresión clínica pertenecen a familias nucleares, el 50% de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento forman parte de familias no nucleares y el 40% de las pacientes en tratamiento integran familias nucleares.

Además la tabla 16 indica que las mujeres que tienen alguna anomalía en sus senos pertenecen a familias nucleares. Hecho que motiva a las pacientes a mantener la esperanza de aliviar la enfermedad por los lazos afectivos que implica pertenecer a dicho tipo de familia.

Tabla 17

Porcentaje de la calidad de la relación conyugal que tienen las pacientes con relación al momento clínico.

Características familiares					
Relación conyugal	Momento clínico			Total	
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Excelente	—	—	11.1%	5.5%	1
Buena	60%	25%	33.4%	38.9%	7
Regular	20%	25%	11.1%	16.6%	3
Mala	20%	—	11.1%	11.2%	2
Ninguna	—	50%	33.3%	27.8%	5

Nota. De las 30 pacientes solo 18 de ellas mantienen algún tipo de relación con su cónyuge. Para la descripción de estos datos se tomó 18 como el 100%

De las 18 pacientes que mantienen relaciones conyugales el 38.9% afirman que son buenas. De acuerdo con el momento clínico, el 60% de las cinco pacientes en impresión clínica que mantienen relaciones conyugales afirman que estas son buenas; el 50% de las cuatro pacientes en diagnóstico sin tratamiento no tienen ninguna clase de relación conyugal y el 33.4% de las nueve pacientes en tratamiento que tienen relaciones conyugales manifiestan que estas son buenas.

Además estos datos muestran que las pacientes al mantener una buena relación con el cónyuge les permite tener continuidad en el afrontamiento de la enfermedad.

Tabla 18

Porcentaje del tipo de relación que mantienen las pacientes con sus familias con relación al momento clínico.

Características familiares					
Momento clínico				Total	
Tipo de relación con la familia	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Excelente	20%	20%	10%	16.6%	5
Buena	60%	70%	70%	66.7%	20
Regular	20%	10%	10%	13.3%	4
Mala	—	—	10%	3.4%	1

Según la tabla 18, el 66.7% de las 30 pacientes mantienen buenas relaciones con la familia. De acuerdo al momento clínico, el 60% de las pacientes en impresión clínica, el 70% de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento y el 70% de las pacientes en tratamiento afirman que sus relaciones familiares son buenas.

Además muestra que mantener una buena relación con la familia le permite a la paciente asumir positivamente la enfermedad, visto en la continuidad presencial del curso de la misma.

Tabla 19

Porcentaje de la existencia del acompañamiento de la familia para la solución de los problemas emocionales de las pacientes con relación al momento clínico.

Características Familiares					
Acompañamiento de la familia	Momento clínico			Porcentaje total	No. de pacientes
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento		
Existe	50%	90%	100%	80%	24
No existe	50%	10%	—	20%	6

El 80% de la totalidad de las pacientes manifiestan que existe acompañamiento de las familias en la solución de sus problemas emocionales. Según el momento clínico, el 50% de las pacientes en impresión clínica, el 90% de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento y el 100% de las pacientes en tratamiento refieren que hay acompañamiento de la familia en la solución de sus problemas emocionales.

Además muestra que el apoyo familiar que reciben las pacientes influye en la superación y afrontamiento de la enfermedad.

Tabla 20

Porcentaje de los tipos de enfermedad que han padecido las pacientes con relación al momento clínico.

Tipo de enfermedad	Antecedentes clínicos				No. de pacientes
	Momento clínico			Total	
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	
Infectocontagiosa	100%	100%	100%	100%	30
Degenerativa	10%	100%	100%	70%	21

Nota. Se aclara que varias pacientes han padecido los dos tipos de enfermedad.

El 100% de las 30 pacientes afirman haber padecido una enfermedad infectocontagiosa. Según el momento clínico en la fase de impresión clínica el 10% de las pacientes ha padecido enfermedades degenerativas; el 100% de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento y el 100% de las pacientes en tratamiento manifiestan haber padecido enfermedades degenerativas.

Además indica que las pacientes estudiadas en la fase de impresión clínica el 10% (1) de la totalidad, ya presenta un tipo de enfermedad degenerativa y posiblemente llegaría a padecer otra enfermedad de este tipo (cáncer de mama).

Tabla 21

Porcentaje de las pacientes que han sido hospitalizadas con relación al momento clínico.

Antecedentes clínicos					
Hospitalización	Momento clínico			Total	
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Si	70%	70%	70%	70%	21
No	30%	30%	30%	30%	9

El 70% de la totalidad de las pacientes afirman haber sido hospitalizadas. De acuerdo al momento clínico, el 70% de las pacientes en los tres procedimientos han sido hospitalizadas.

Además muestra que el hecho de que las pacientes hayan estado hospitalizadas, facilita el afrontamiento de estar continuamente en un ambiente hospitalario.

Tabla 22

Porcentaje de la causa de la hospitalización que tuvieron las 21 pacientes con relación al momento clínico

Antecedentes clínicos					
Causa de la hospitalización	Momento Clínico			Total	
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Enfermedad médica	57.1%	28.6%	8.3%	26.9%	6
Enfermedad quirúrgica	28.6%	28.6%	58.3%	42.3%	9
Enfermedad ginecobstétrica	14.3%	42.8%	33.4%	30.8%	6

Nota. Se aclara que de las 21 pacientes que han sido hospitalizadas, varias de ellas han sido hospitalizadas por diferentes tipos de enfermedades.

El 42.3% de las 21 pacientes hospitalizadas lo han sido por enfermedad quirúrgica. Según el momento clínico, el 57.1% de las pacientes en impresión clínica afirman haber sido hospitalizadas por enfermedad médica; el 42.8% de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento han sido hospitalizadas por enfermedad ginecobstétrica y el 58.3% de las pacientes en tratamiento fueron hospitalizadas por enfermedad quirúrgica.

Además la tabla 22 muestra que la mayoría de las pacientes han sido hospitalizadas por motivos quirúrgicos, este hecho puede facilitar el afrontamiento de una posible cirugía por el tratamiento del cáncer de mama.

Tabla 23

Porcentaje de las pacientes que han recibido tratamiento psicológico por problemas a nivel general con respecto al momento clínico

Antecedentes clínicos					
Momento clínico				Total	
Tratamiento psicológico	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Si	50%	20%	20%	30%	9
No	50%	80%	80%	70%	21

Solo el 30% de las pacientes ha recibido algún tipo de manejo psicológico. Según el momento clínico, el 50% de las pacientes en impresión clínica, el 20% de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento y el 20% de las pacientes en tratamiento ha recibido algún tipo de manejo psicológico.

Además la tabla 23 indica que las pacientes que se encuentran en las fases de diagnóstico sin tratamiento y tratamiento se encuentran estables emocionalmente, ya que no han necesitado acudir a consulta psicológica, lo que contrasta con las pacientes que se encuentran en el momento de impresión clínica.

Tabla 24

Porcentaje de las reacciones emocionales que tuvieron las pacientes frente a los procedimientos a que fueron sometidas con relación al momento clínico

Reacciones emocionales	Autovaloración			Porcentaje total	No. de pacientes
	Momento Clínico				
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento		
Ansiedad	46.2%	33.3%	20%	34.3%	12
Temor	38.4%	41.6%	40%	40%	14
Tranquilidad	7.7%	8.3%	20%	11.4%	4
Ninguna	7.7%	16.8%	20%	14.3%	5

Nota. Se aclara que de las 30 pacientes varias de ellas tienen mas de una reacción emocional frente a los procedimientos clínicos a que fueron sometidas.

El 40% de la totalidad de las pacientes manifestó que su reacción emocional frente a los procedimientos médicos a que fueron sometidas fue de temor. Un 34.3% refirió reacciones de ansiedad frente a los mismos. Según el momento clínico el 46.2% de las pacientes en impresión clínica manifiestan reacciones de ansiedad, el 41.6% de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento manifestó reacciones de temor y el 40% de las pacientes en tratamiento expresó reacciones de temor frente a los procedimientos médicos a que fueron sometidas.

Además muestra que las pacientes cuando inician el proceso de la enfermedad (impresión clínica) manifiestan sentir ansiedad provocado por la incertidumbre de recibir

los resultados diagnósticos, seguido a este momento clínico manifiestan tener además de la ansiedad, temor en consecuencia del diagnóstico positivo y mantienen el temor al iniciar el tratamiento.

Tabla 25

Porcentaje del trato recibido por parte de la institución hacia las pacientes con relación al momento clínico

Autovaloración					
Momento Clínico					Total
Trato por parte de la institución	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Excelente	30%	10%	30%	23.3%	7
Bueno	70%	80%	70%	73.4%	22
Malo	—	10%	—	3.3%	1

Se observó que de las 30 pacientes el 73.4% manifestó haber recibido un buen trato por parte de la institución. Según el momento clínico, de las pacientes en impresión clínica el 70% reveló tener un buen trato por parte de la institución; de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento un 80% mostró haber recibido un buen trato por parte de la institución al igual que el 70% de las pacientes en tratamiento.

Además la tabla 25 indica que las pacientes perciben un buen trato de la institución facilitando de ésta manera, la continuidad en el manejo de la patología.

Tabla 26

Porcentaje de las pacientes que se realizaban el autoexamen de senos con relación al momento clínico

Autovaloración					
Momento clínico					Total
Realización del autoexamen	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Si	50%	10%	30%	30%	9
No	50%	90%	70%	70%	21

Según los resultados se observó que el 70% de las 30 pacientes no se realizaron el autoexamen de seno. De acuerdo al momento clínico, las pacientes en impresión clínica solo la mitad de ellas se realizaron el autoexamen de seno; de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento el 90% de ellas no se realizó el autoexamen de seno y de las pacientes en tratamiento el 70% de ellas no se realizó el autoexamen de seno.

Además muestra que las pacientes que ya desarrollaron la patología no se realizaban el autoexamen, a diferencia de las que se encuentran en la primera fase de la enfermedad (impresión clínica). Este hecho facilita la detección temprana del cáncer de mama, como a su vez la efectividad de posibles tratamientos que no impliquen una cirugía mutilante.

Tabla 27

Porcentaje de cómo detectaron las pacientes la anomalía en sus senos con relación al momento clínico

	Autovaloración				
	Momento clínico			Total	
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Examen físico	10%	50%	20%	26.6%	8
Dolor	40%	10%	40%	30%	9
Cambios	20%	30%	40%	30%	9
Examen preventivo	30%	10%	—	13,4%	4

De las 30 pacientes el 30% de ellas manifestó que detectó el problema en el seno por dolor y el mismo porcentaje por cambios en el mismo. Según el momento clínico, de las pacientes en impresión clínica el 40% de ellas detectaron el problema por dolor en el seno; la mitad de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento detectó el problema por examen físico y el 40% de las pacientes en tratamiento detectó el problema por dolor y el mismo porcentaje por cambios.

Además estos datos indican que existe una detección tardía de la anomalía, ya que la manera en que detectaron dicha anomalía fue por dolor y cambios en la apariencia física de los senos. Contrastando este hecho se observa de igual forma que las mujeres no se practican exámenes preventivos por cáncer de mama recomendados por la OMS como la mamografía.

Tabla 28

Porcentaje del tipo de fortaleza emocional que tienen las pacientes con relación al momento clínico.

Autovaloración					
				Momento clínico	Total
Tipo de fortaleza emocional	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Fe	30%	30%	60%	40%	12
Perseverancia	30%	50%	20%	33.3%	10
Apoyo familiar	10%	—	—	3.3%	1
Valor	30%	20%	20%	23,4%	7

La tabla muestra que de las 30 pacientes el 40% de ellas manifestó tener como fortaleza emocional la fe. De acuerdo al momento clínico el 30% dijo tener como fortaleza emocional la perseverancia, la fe y el valor en igual porcentaje; de las pacientes en diagnóstico sin

tratamiento la mitad de ellas tiene como fortaleza emocional la perseverancia y de las pacientes en tratamiento el 60% dijo tener como fortaleza emocional la fe.

Además muestra que las pacientes tienen una fuerte creencia religiosa, al igual que la perseverancia, específicamente en la fase de diagnóstico sin tratamiento y tratamiento. Lo que facilita la constancia y afrontamiento del tratamiento de esta patología.

Tabla 29

Porcentaje del tipo de debilidad emocional que tienen las pacientes con relación al momento clínico.

Autovaloración					
Momento Clínico				Total	
Tipo de debilidad emocional	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Depresión	30%	20%	10%	20%	6
Labilidad emocional	30%	20%	30%	26.6%	8
Ansiedad	—	20%	—	6.6%	2
Temor	30%	40%	40%	36.8%	11
Ninguna	10%	—	20%	10%	3

Se observó que de las 30 pacientes el 36.8% reveló que su debilidad emocional es el temor. Según el momento clínico de las pacientes en impresión clínica el 30% dijo que su

debilidad emocional es la depresión, temor y la labilidad emocional en el mismo porcentaje; de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento el 40% tiene como debilidad emocional el temor y de las pacientes en tratamiento el 40% tiene como debilidad emocional el temor.

Además la tabla 29 muestra que el cáncer de mama infunde temor en las pacientes que tienen y pueden llegar a padecerlo.

Tabla 30

Porcentaje de la cualidad física que manifestaron tener las pacientes con relación al momento clínico.

Autovaloración					
	Momento clínico			Total	
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Cualidad Física					
Cuerpo en general	60%	40%	60%	53.3%	16
Área particular del cuerpo	40%	60%	40%	46.7%	14

El 53.3% de las 30 pacientes manifestó que su principal cualidad física es su cuerpo. Según el momento clínico, el 60% de las pacientes en impresión clínica tiene como principal cualidad física su cuerpo; en diagnóstico sin tratamiento el 60% tiene como

principal cualidad física un área particular de su cuerpo y el 60% de las pacientes en tratamiento manifestó tener como principal cualidad física su cuerpo.

Además estos datos muestran que la mitad de las pacientes poseen una buena autoestima y la mitad restante no.

Tabla 31

Porcentaje de la presencia de llanto frecuente en las pacientes con relación al momento clínico.

Autovaloración					
	Momento clínico			Total	
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Llanto frecuente					
Si	40%	20%	50%	36.7%	11
No	60%	80%	50%	63.3%	19

El 36.7% de las 30 pacientes manifestó tener llanto frecuente. Según el momento clínico el 40% de las pacientes en impresión clínica tiene llanto frecuente; el 20% de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento tiene llanto frecuente y la mitad de las pacientes en tratamiento reveló tener llanto frecuente.

Además la tabla 31 arrojó que las pacientes diagnosticadas positivamente por cáncer de mama no demuestran sus emociones provocadas por éste por medio del llanto. Caso contrario de las pacientes que están recibiendo algún tipo de tratamiento para esta patología,

ya que estos tienen implicaciones traumáticas a nivel físico y psicológico como por ejemplo; el dolor y cambios en la apariencia.

Tabla 32

Porcentaje del tipo de reacción que tienen las pacientes ante la frustración con relación al momento clínico.

Autovaloración					
Momento clínico				Total	
Tipo de reacción ante la frustración	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje total	No. de pacientes
Ira	30%	20%	40%	30%	9
Tristeza	40%	30%	30%	33.3%	10
Tranquilidad	—	30%	—	10%	3
Resignación	—	—	10%	3.3%	1
Motivación	20%	10%	10%	13.4%	4
Ninguna	10%	10%	10%	10%	3

La tabla 34 muestra que el 33.3% de las 30 pacientes reacciona ante la frustración con tristeza. De acuerdo con el momento clínico el 40% de las pacientes en impresión clínica reaccionan con tristeza; el 30% de las pacientes en diagnóstico sin tratamiento reacciona

con tranquilidad y tristeza en igual porcentaje y el 40% de las pacientes en tratamiento reacciona con ira ante la frustración.

Además indica que las pacientes que se encuentran en impresión clínica pueden reaccionar ante un posible diagnóstico positivo con ira y tristeza, complicando posiblemente el afrontamiento de la enfermedad.

Caracterización de las Variables Indagadas en la Entrevista Semiestructurada según el Momento Clínico

Impresión Clínica

Según los datos obtenidos, el mayor porcentaje de las pacientes en impresión clínica para cáncer de mama se caracterizan por ser menores de 30 años, solteras, de procedencia urbana, con un nivel de escolaridad entre media y superior, integrantes de familias nucleares, con buenas relaciones con sus familias; la mayoría ha sido hospitalizada por causas médicas, la mitad no se practicaba el autoexamen, la mayoría detectó su problema tumoral por dolor y cambios físicos en los senos; el mayor porcentaje de ellas experimentó reacciones de ansiedad y temor frente a los procedimientos médicos a los que fueron sometidas y valoran como bueno el trato recibido por parte de la institución hospitalaria; la mitad de ellas ha recibido algún tipo de orientación psicológica, manifiestan tener como fortaleza emocional la fe y la perseverancia y como debilidades el temor y la depresión; poseen una autoimagen corporal positiva y reaccionan ante la frustración con tristeza e ira.

Diagnóstico

Las pacientes diagnosticadas por cáncer de mama sin haber recibido ningún tipo de tratamiento son mayores de 30 años, solteras, de procedencia urbana, con un nivel primario de educación, de estratos socioeconómico II y III, pertenecientes a familias no nucleares y

con buenas relaciones con las mismas, que las acompañan en la solución de sus problemas emocionales; la mayoría ha sido hospitalizada por causas ginecobstétricas, no se realizaban el autoexamen de seno, detectaron su problema tumoral por examen físico médico, reaccionaron con temor y ansiedad ante los procedimientos clínicos a las que fueron sometidas, manifestaron haber recibido buen trato institucional; la mayoría no ha recibido ningún tipo de orientación psicológica, consideran como su principal fortaleza emocional la perseverancia y como debilidad el temor; centran su autoimagen corporal en áreas particulares de su cuerpo y reaccionan ante la frustración con tristeza y/o tranquilidad.

Tratamiento

Las pacientes que se encuentran en tratamiento por cáncer de mama son mayores de 40 años, casadas, de procedencia urbana, desempeñan actividades domésticas, poseen un nivel de escolaridad primario, pertenecen al estrato socioeconómico II, forman parte de familias nucleares, tienen buenas relaciones con su cónyuge y su familia que en un ciento por ciento las acompañan en la solución de sus problemas emocionales; han sido hospitalizadas en su mayoría por causas quirúrgicas, no se realizaban el autoexamen de seno, detectaron su problema tumoral por dolor y cambios en los senos, reaccionaron emocionalmente ante los procedimientos clínicos a los que fueron sometidas con temor y ansiedad, fueron tratadas bien institucionalmente; no han recibido ningún tipo de orientación psicológica, tienen como su principal fortaleza emocional la fe y como debilidad el temor y la labilidad emocional, poseen una autoimagen corporal positiva y reaccionan ante la frustración con ira y tristeza.

Presencia de Síntomas y/o Signos Depresivos en las Pacientes Estudiadas

Tabla 33

Porcentaje de la ausencia y presencia de síntomas y/o signos depresivos arrojados por el inventario de Beck de las pacientes, con relación al momento clínico.

	Momento clínico			Porcentaje general	Total No. de pacientes
	Impresión clínica	Diagnostico sin tratamiento	Tratamiento		
Ausencia de síntomas depresivos	50%	30%	40%	40%	12
Presencia de síntomas depresivos	50%	70%	60%	60%	18

Además se observa que la mitad de las pacientes en el primer momento clínico (impresión clínica) presentan síntomas y/o signos depresivos, y la mitad restante presentan otros tipos de reacciones emocionales no indagados. Este hecho se puede presentar debido a que aun las pacientes no tienen certeza acerca del diagnóstico, caso contrario sucede con las pacientes diagnosticadas positivamente por cáncer de mama sin tratamiento, debido a que ya están enteradas de dicho diagnóstico, igualmente se demuestra que al iniciar el tratamiento las pacientes disminuyen la presencia de dicha sintomatología.

Nivel de Depresión de las Pacientes Estudiadas según el Inventario de Beck

Tabla 34

Porcentaje del nivel de depresión que obtuvieron las pacientes según el inventario de Beck con relación al momento clínico.

Nivel de depresión	Momento clínico			Total	
	Impresión clínica	Diagnóstico sin tratamiento	Tratamiento	Porcentaje general	No. de pacientes
Ausencia	50%	30%	40%	40%	12
Leve media	40%	40%	40%	40%	12
Moderadamente severa	10%	20%	20%	16.6%	5
Severa	—	10%	—	3.4%	1

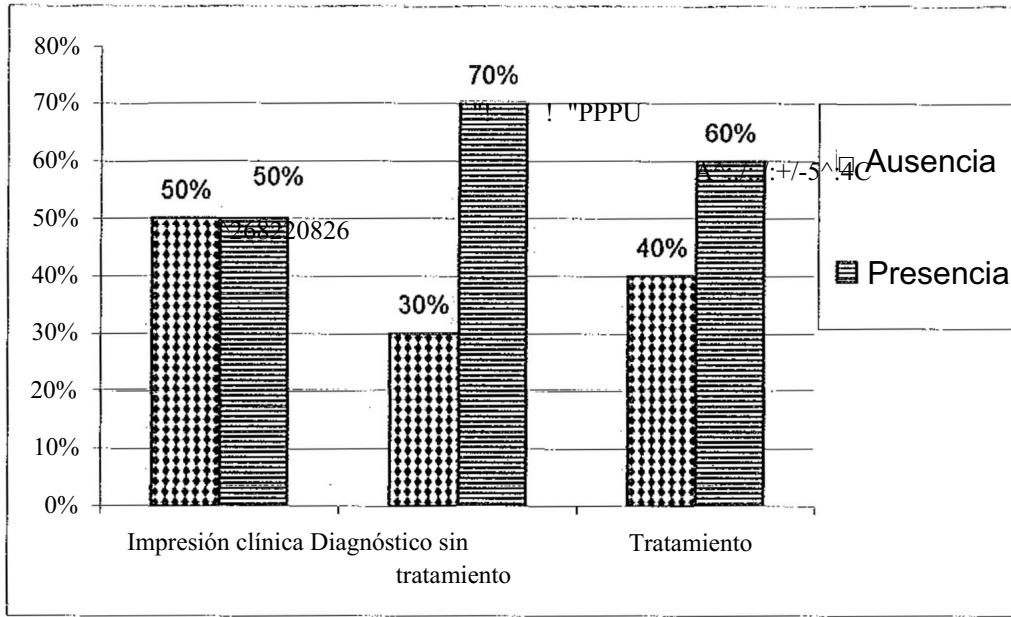


Figura 1 Análisis gráfico del Porcentaje de la ausencia y presencia de síntomas y/o signos depresivos arrojados por el inventario de Beck de las pacientes, con relación al momento clínico.

Los datos anteriormente revelados muestran que el test objetivo de Beck arrojó los siguientes resultados globales en las 30 pacientes seleccionadas: en la presencia de síntomas y/o signos depresivos, se observa que el 60% de las pacientes los presentan y el 40% no los presenta

Según el Momento Clínico la presencia síntomas y/o signos depresivos fue:

En impresión clínica el 50% de las pacientes, presentó síntomas y/o signos depresivos y el 50% no los presentó.

En diagnóstico sin tratamiento el 70% de las pacientes, presentó síntomas y/o signos depresivos y el 30% no los presentó.

En tratamiento el 60% de las pacientes presentó síntomas y/o signos depresivos y el 40% no los presentó.

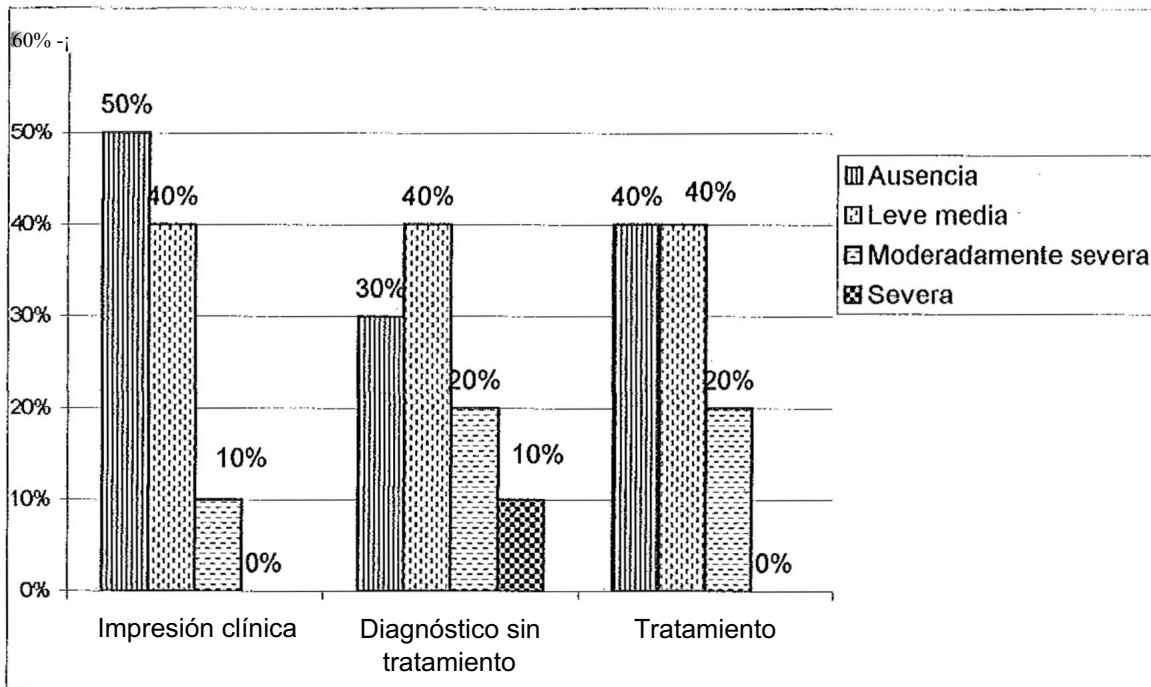


Figura 2 Análisis gráfico del porcentaje del nivel de depresión que obtuvieron las pacientes según el inventario de Beck con relación al momento clínico[^]

En los niveles de depresión los resultados arrojados para el total de las pacientes investigadas muestran que el 40% de ellas no presentó síntomas y/o signos depresivos, el 40% presentó depresión leve media, el 16.6% presentó depresión moderadamente severa y el 3.4% presentó depresión severa, (ver tabla 34)

Según el Momento Clínico los Niveles de Depresión Fueron: (ver figura 2)

En impresión clínica el 50% de las pacientes no presentó síntomas y/o signos depresivos, el 40% de ellas presentó depresión leve media y el 10% depresión moderadamente severa.

En este procedimiento clínico no se detectó síntomas y/o signos de depresión severa.

En diagnóstico sin tratamiento el 30% de las pacientes no presentó síntomas y/o signos depresivos, el 40% de ellas, presentó depresión leve media, el 20% depresión moderadamente severa y el 10% presentó depresión severa.

En tratamiento el 40% de las pacientes no presentó síntomas y/o signos depresivos, el 40% de ellas, presentó depresión leve media y el 20% presentó depresión moderadamente severa. En este procedimiento clínico no se detectó síntomas y/o signos de depresión severa.

Además se observa que las pacientes objeto de estudio no requieren tratamiento psiquiátrico para el manejo de los síntomas y/o signos depresivos, consecuencia de la depresión severa.

El test objetivo de Beck reveló que la mayoría de las pacientes presentan síntomas y/o signos depresivos, especialmente en la fase del diagnóstico positivo previo al tratamiento.

Además muestra que existe un incremento de la presencia de síntomas y/o signos depresivos en el momento del diagnóstico positivo previo al tratamiento y una disminución en el momento del tratamiento, debido a que se comprueba que recibir la noticia de padecer cáncer de mama aumenta dicha sintomatología y en el momento de empezar a combatir la enfermedad aumenta la esperanza de vida, (ver figura 3)

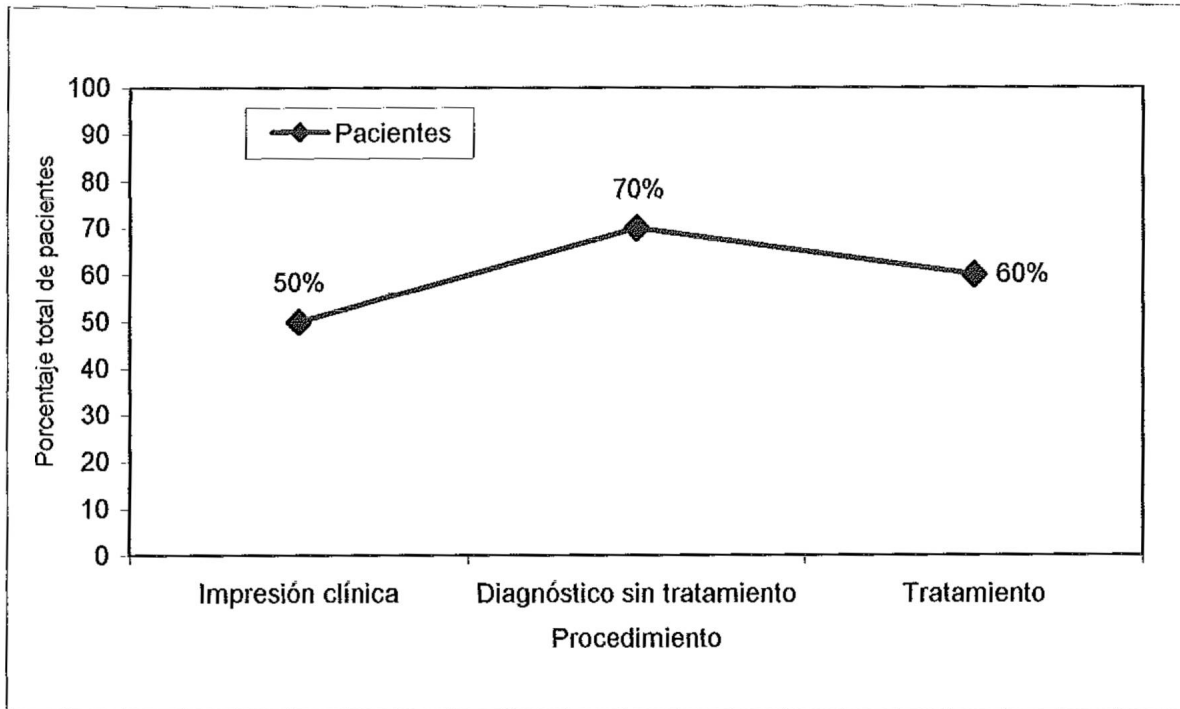


Figura 3. Presencia de síntomas y/o signos de depresión en las pacientes sometidas a procedimientos de impresión clínica, diagnóstico y tratamiento para cáncer de mama.

El mayor porcentaje de las pacientes con síntomas y/o signos de depresión se hallan en el nivel leve medio según la clasificación de Beck. Discriminando por momentos clínicos, se destaca que la gran mayoría de las pacientes con síntomas y/o signos depresivos, se hallan en el momento de diagnóstico positivo previo al tratamiento por cáncer de mama. Únicamente en este procedimiento una paciente presentó depresión severa, (ver figura 4)

Además indica que el nivel de síntomas y/o signos depresivos presentados por las pacientes es leve medio hecho que confirma que el manejo para dicha sintomatología es de tipo psicológico y no psiquiátrico.

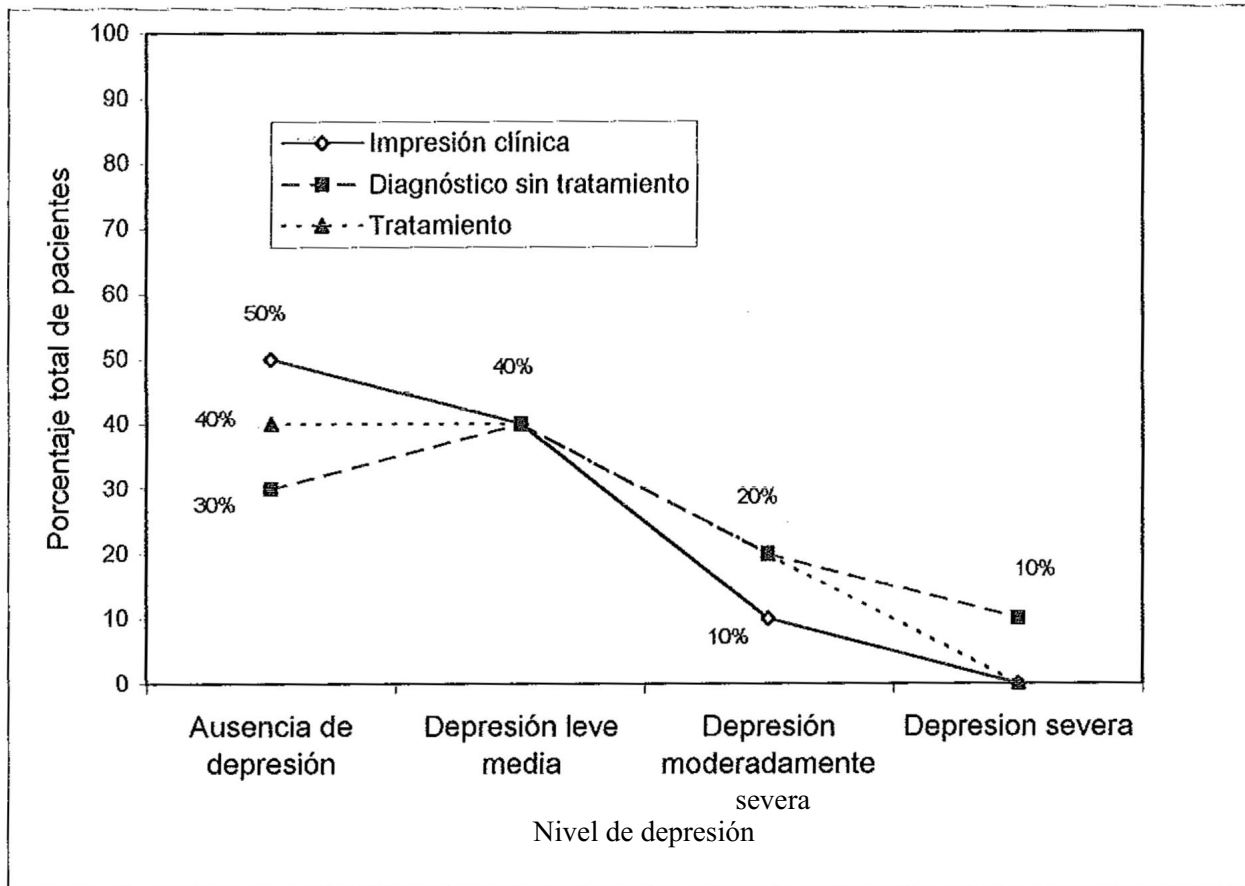


Figura 4. Nivel de depresión en las pacientes sometidas a procedimientos de impresión clínica, diagnóstico y tratamiento por cáncer de mama

Relación entre la Presencia de Síntomas y/o Signos Depresivos y la Entrevista

Semiestructurada

Para la descripción y análisis de la relación existente entre los datos arrojados por la entrevista semiestructurada y los resultados arrojados por el test objetivo de Beck se tuvo en cuenta solo el 60% de la población total, ya que estas pacientes presentaron signos y/o síntomas depresivos; además solo se tuvieron en cuenta las variables más representativas para dicha relación. Los resultados fueron los siguientes:

Relación entre la Presencia de Síntomas y/o Signos Depresivos y Cada Una de las Variables Indagadas en la Entrevista Semiestructurada

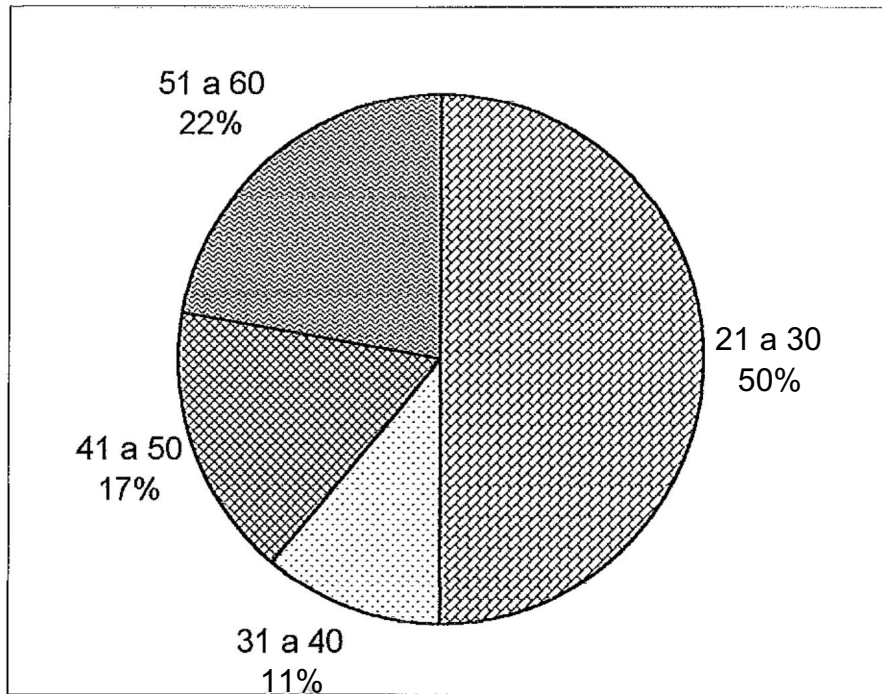


Figura 5. Relación entre la presencia de signos y/o síntomas depresivos presentados en porcentajes y los rangos de edad de las pacientes.

Según la figura 5 se observa que la mitad de las pacientes que presentan síntomas y/o signos depresivos se encuentran en las edades comprendidas entre 21 y 30 años.

Además se observa que las pacientes jóvenes (21 a 30 años) son mas vulnerables a presentar síntomas y/o signos depresivos, a diferencia, de las que se encuentran en edades comprendidas entre los 31 y 40 años.

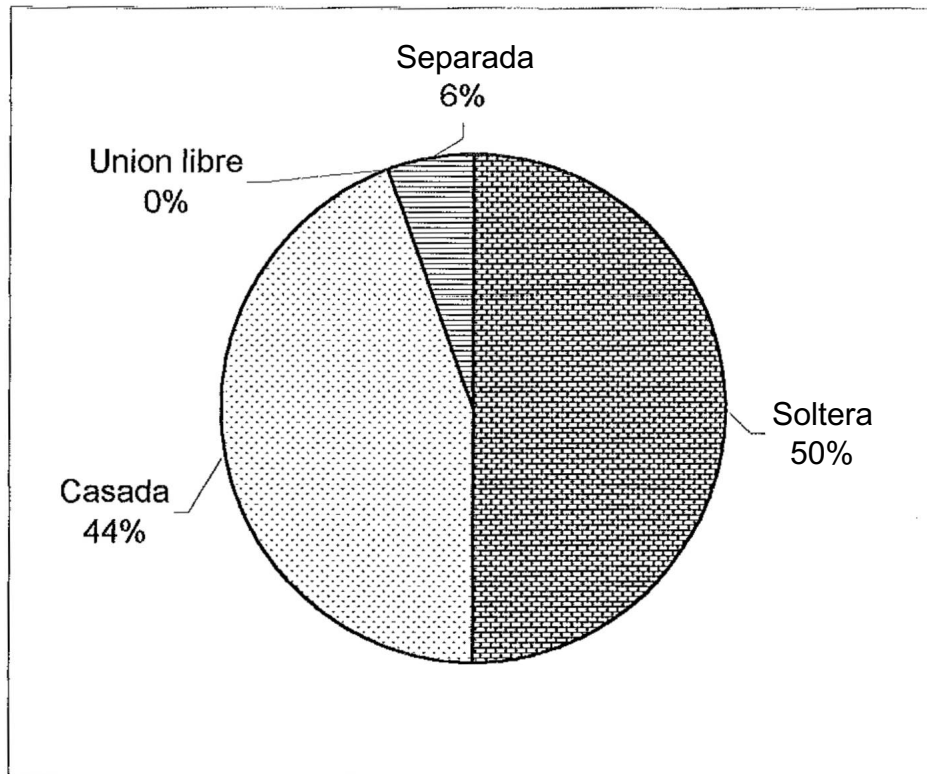


Figura 6. Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos presentados en porcentajes y el estado civil de las pacientes.

La figura 6 indica que la mitad de las pacientes que presentaron síntomas y/o signos depresivos son solteras, de igual manera se observa que las pacientes casadas presentaron en un 44% dicha sintomatología.

Además se destaca el hecho de que no tener una relación formal puede ser indicador de la presencia de síntomas y/o signos depresivos.

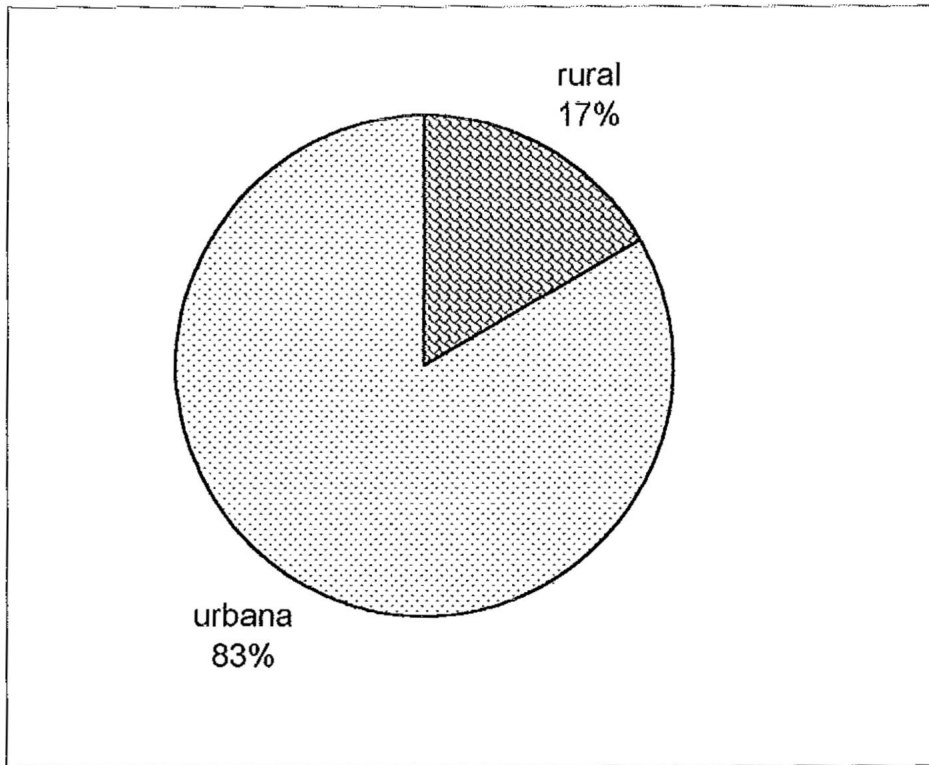


Figura 7. Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos presentado en porcentajes y la procedencia de las pacientes.

Se observa que la gran mayoría (83%) de las pacientes que tienen una procedencia urbana presentan síntomas y/o signos depresivos.

Además se confirma el hecho de que vivir en un ambiente urbano puede ser causante de la presencia de síntomas y/o signos depresivos.

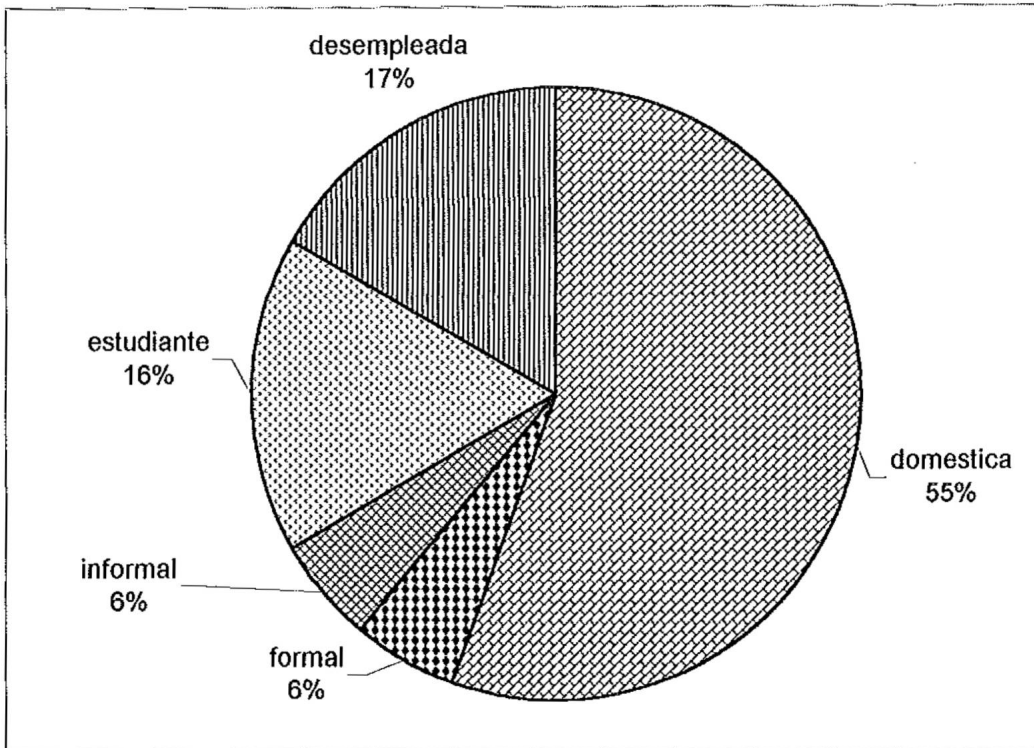


Figura 8. Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos presentados en porcentajes y la ocupación de las pacientes

La figura 8 indica que en la ocupación donde mas se presentan síntomas y/o signos depresivos es la domestica (55%) y donde menos se presenta dicha sintomatología es en la ocupación formal e informal (6% respectivamente).

Además se observa que la ocupación domestica puede generar la presencia de síntomas y/o signos depresivos.

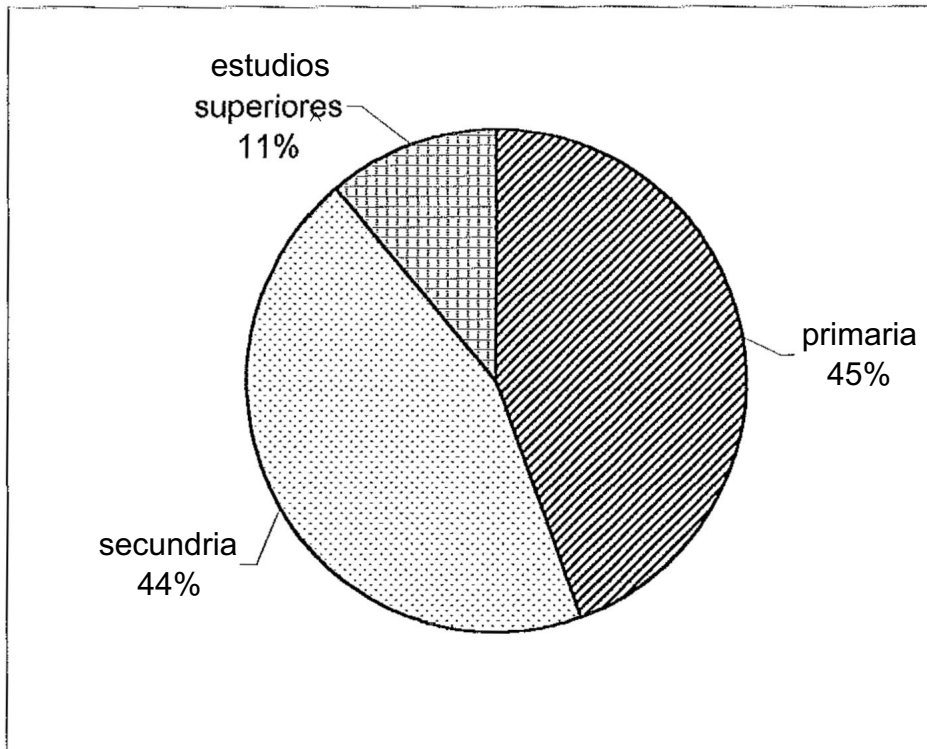


Figura 9. Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos representados en porcentajes y el nivel de escolaridad de las pacientes.

La figura muestra que las pacientes que hayan realizado estudios de primaria y secundaria presentan un mayor índice (89%) en la presencia de síntomas y/o signos depresivos.

Además se destaca el hecho de que a menor nivel de escolaridad se aumenta la posibilidad de presentar síntomas y/o signos depresivos.

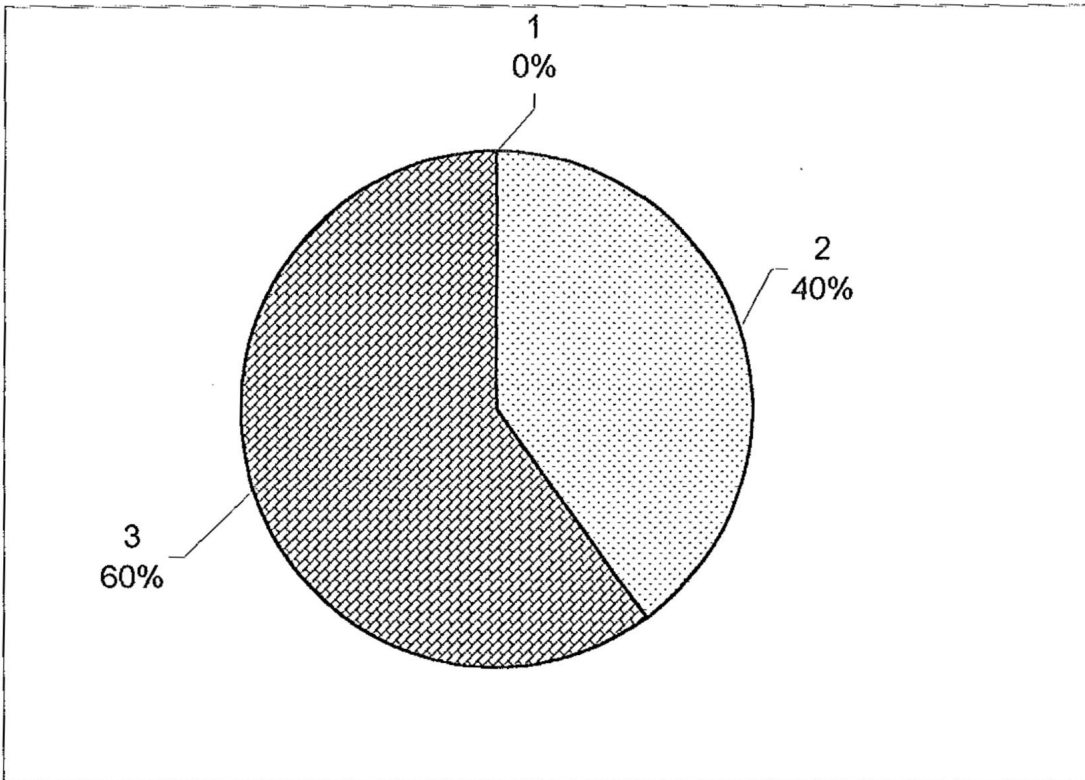
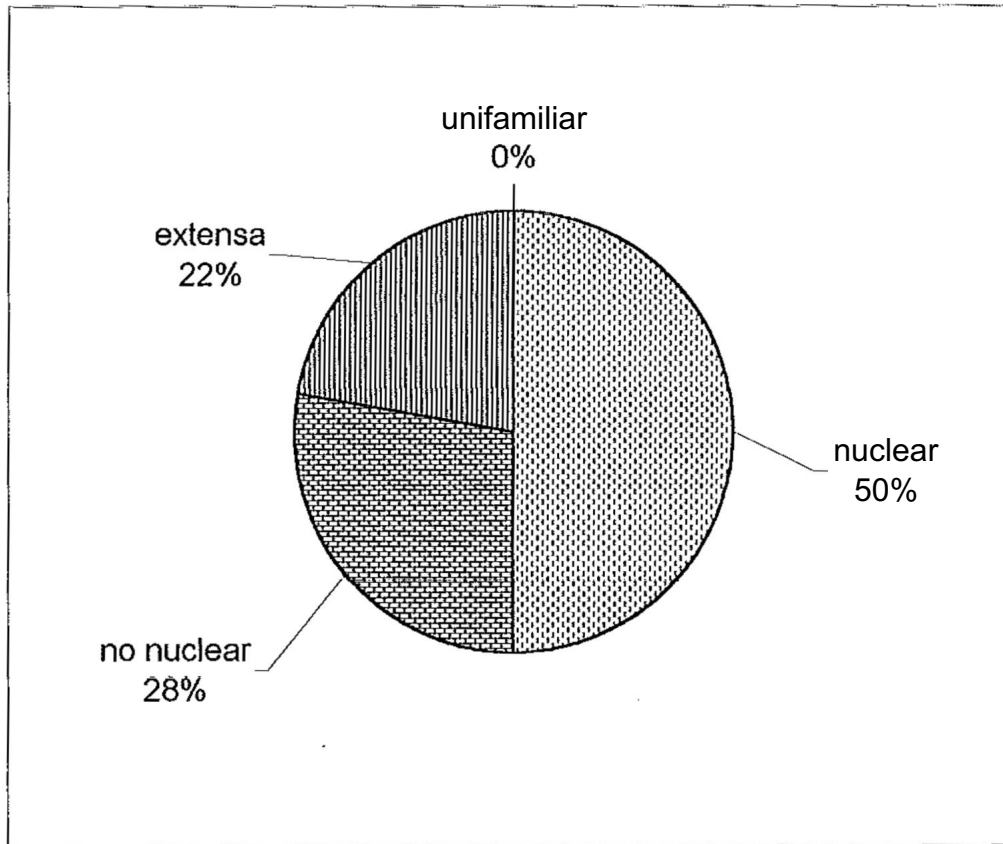


Figura 10. Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos representados en porcentajes y el estrato socioeconómico donde viven las pacientes.

La figura 10 muestra que la mitad de las pacientes que presentan síntomas y/o signos depresivos viven en barrios estrato tres.

Además se destaca el hecho de que cuando las pacientes pertenezcan a un mayor estrato socioeconómico, se incrementa el índice de presentar síntomas y/o signos depresivos.



FiguraU. Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos representados en porcentajes y el tipo de familia de las pacientes.

Se observa que de las 18 pacientes (60%) que presentaron síntomas y/o signos depresivos el 50% de ellas viven con familia de tipo nuclear.

Además se observa que las pacientes que pertenecen a familias nucleares tienden a presentar síntomas y/o signos depresivos.

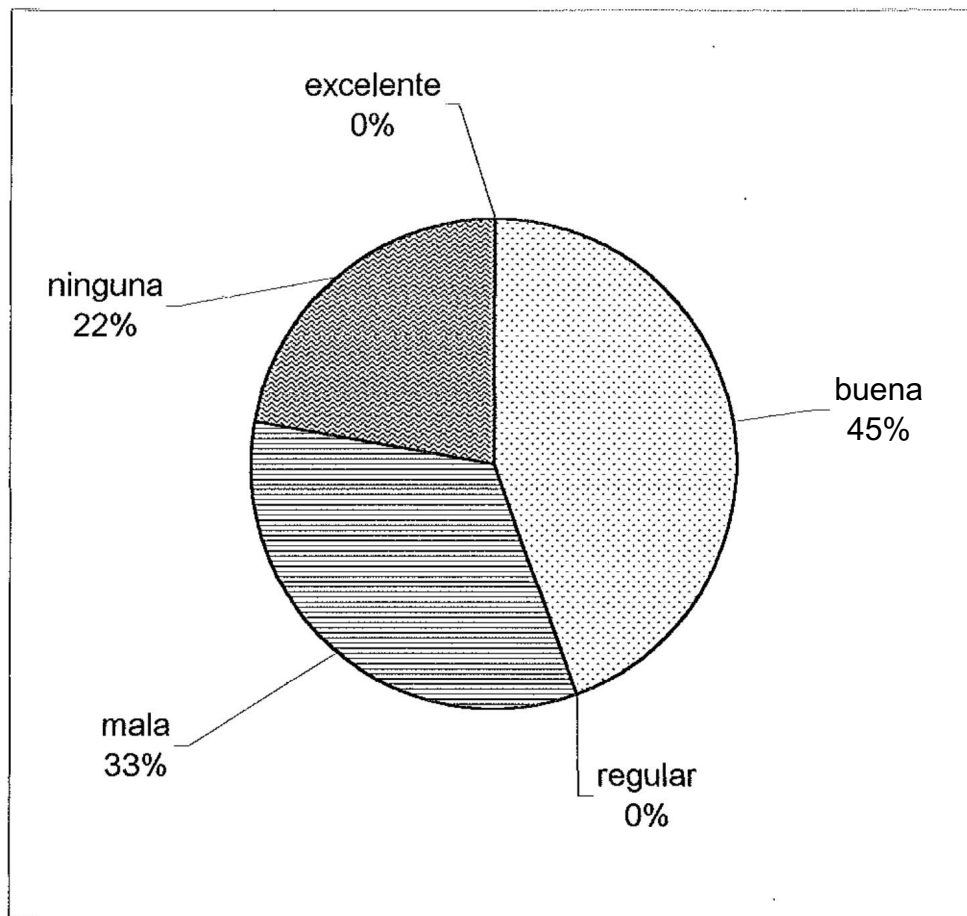


Figura 12. Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos representados en porcentaje y el tipo de relación conyugal que tienen las pacientes.

Nota: Para el análisis de esta figura no se tuvo en cuenta las pacientes solteras, solo nueve tienen algún tipo de relación con su cónyuge.

La figura 12 muestra que casi la mitad (45%) de las pacientes que presentan una buena relación con su cónyuge presentaron síntomas y/o signos depresivos.

Además indica que las pacientes que tienen una excelente relación con su cónyuge impide la presencia de síntomas y/o signos depresivos.

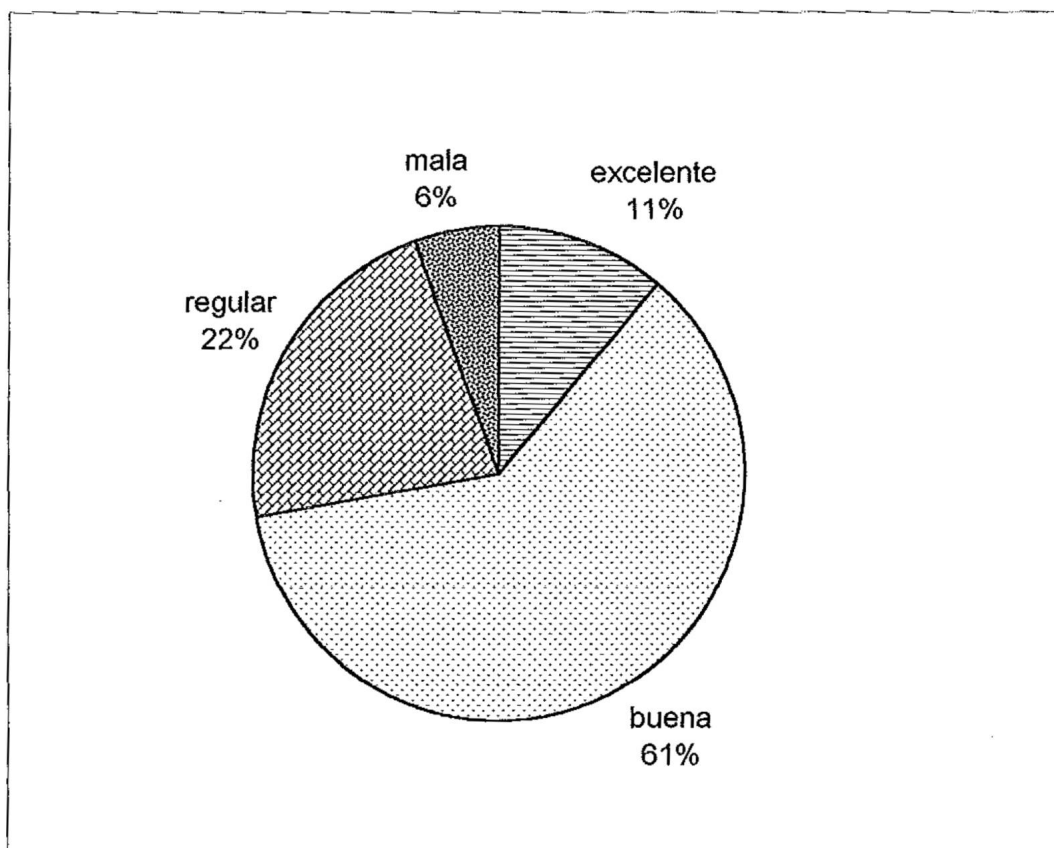


Figura 13. Relación entre los síntomas y/o signos depresivos representados en porcentajes y la relación que tienen con su familia las pacientes.

La figura 13 muestra que el 61% de las pacientes que presentan síntomas y/o signos depresivos tienen buenas relaciones con su familia.

Además muestra que tener una buena relación con su familia no es garantía para evitar la presencia de síntomas y/o signos depresivos.

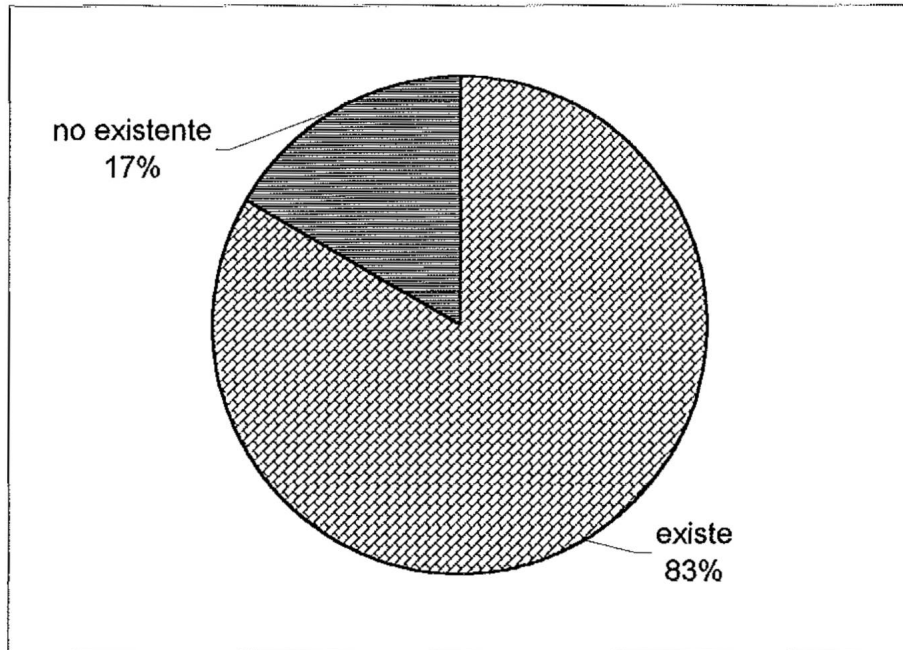


Figura 14. Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos representados en porcentajes y la existencia del acompañamiento de la familia para la solución de los problemas emocionales de las pacientes

Se observa que la gran mayoría (83%) de las pacientes que presentan síntomas y/o signos depresivos tienen acompañamiento de su familia para la solución de sus problemas emocionales.

Además indica que la existencia del acompañamiento de la familia en la solución de problemas emocionales de las pacientes, no garantiza el hecho de presentar síntomas y/o signos depresivos.

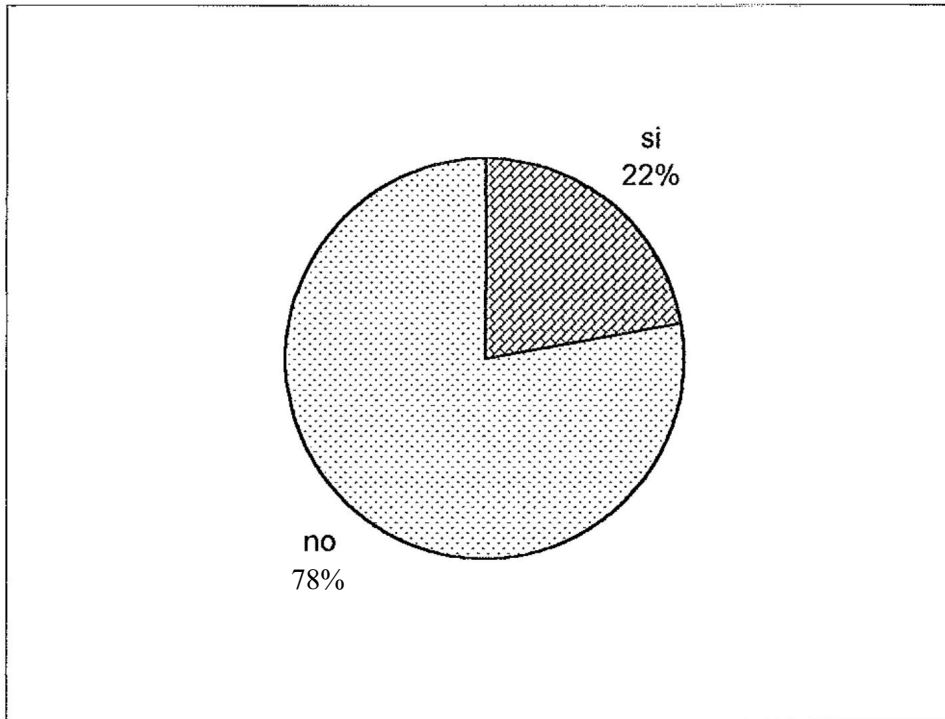


Figura 15. Relación entre los síntomas y/o signos depresivos representados en porcentajes y la intervención a nivel psicológico generado por problemas a nivel general.

La figura 15 muestra que la gran mayoría de las pacientes (78%) que presentan síntomas y/o signos depresivos, no han recibido ningún tipo de intervención psicológica generado por problemas a nivel general.

Además se observa que el haber recibido algún tipo de intervención psicológica disminuye la probabilidad de presentar en el futuro síntomas y/o signos depresivos.

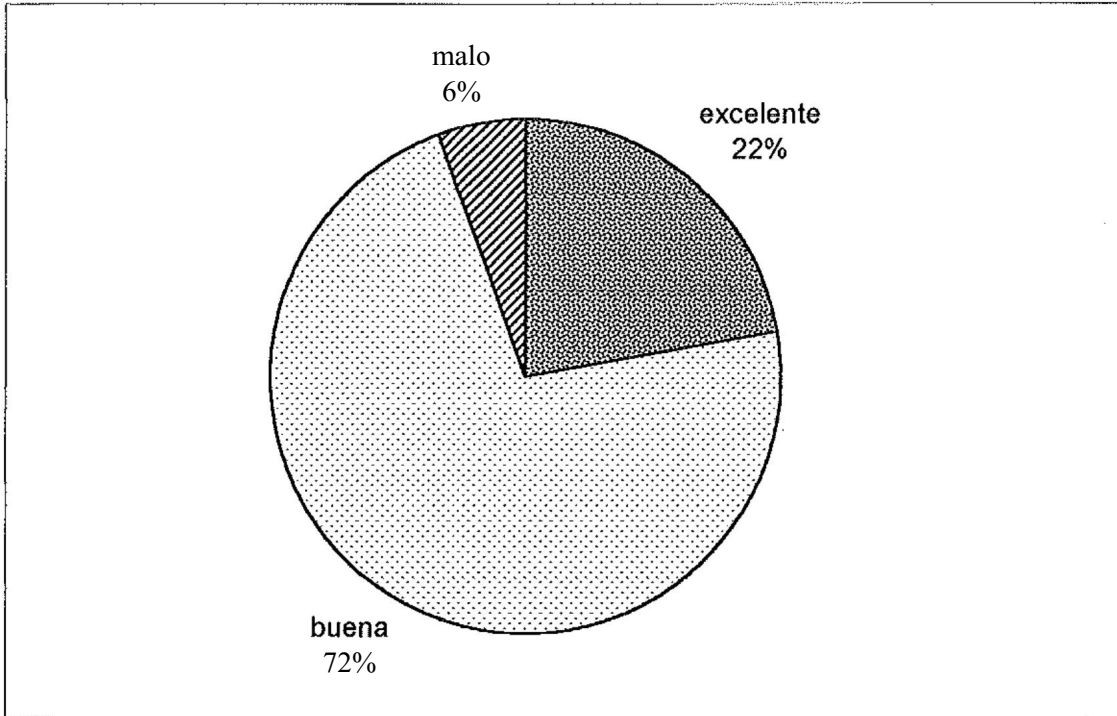


Figura 16. Relación entre la presencia de síntomas y/o signos depresivos representados en porcentajes y el trato recibido por parte de la institución hacia las pacientes.

Se observa que ¡a gran mayoría (72%) de las pacientes que presentaron síntomas y/o signos depresivos recibieron un buen trato por parte de la institución.

Además muestra que el buen trato que han recibido las pacientes por parte de la institución no garantiza el hecho de no presentar síntomas y/o signos depresivos.

Caracterización de la Relación entre la Presencia de Síntomas y/o Signos Depresivos y las
Variables Indagadas en la Entrevista Semiestructurada a las Pacientes Estudiadas

Las 18 pacientes (60%) que presentaron esta sintomatología, son menores de 30 años, solteras, de procedencia urbana, realizan actividades domésticas, tienen un nivel de escolaridad de básica primaria y secundaria, pertenecen a estrato socioeconómico III, son miembros de familia nuclear, tienen buenas relaciones con su cónyuge al igual que con su familia, la cual las acompañan en la solución de problemas emocionales, no han recibido ningún tipo de tratamiento psicológico y manifiestan haber recibido un buen trato por parte de la institución.

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación realizada en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia con las pacientes sometidas a procedimientos de impresión clínica, diagnóstico y tratamiento por cáncer de mama, se alcanzaron los objetivos propuestos:

Revisar las historias clínicas de las pacientes objeto de estudio con el objetivo de determinar el momento clínico en el que se encuentran.

Realizar una entrevista semiestructurada a las pacientes objeto de estudio con el fin de caracterizar las variables sociodemográficas, familiares, psicológicas, y las de antecedentes clínicos según el momento clínico de intervención médica.

Aplicar el inventario de Beck a las pacientes objeto de estudio para establecer la presencia y nivel de depresión en los tres grupos de pacientes seleccionados.

Interpretar los instrumentos utilizados para obtener sus resultados.

Sistematizar los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados con el fin de facilitar el análisis de los mismos.

Comparar la presencia y nivel de depresión entre los tres grupos con el propósito de determinar el momento clínico pertinente para realizar la intervención psicológica.

Comparar los datos arrojados por la entrevista semiestructurada con los datos obtenidos con el Inventario de Beck, con el propósito de elaborar la relación que existe entre estos dos tópicos.

Analizar los resultados obtenidos de los instrumentos utilizados con el objetivo de realizar la discusión y recomendaciones del estudio.

Contrastando los resultados con los de una investigación similar realizados por Tobar (2000), en la Unidad de Oncología del Hospital Ramón González Valencia, se encontró significativas discrepancias: en el estudio de Tobar, el 53% de las pacientes presentaron depresión severa y el 33% depresión moderadamente severa, mientras que en este estudio sólo el 3.4% presentó depresión severa y el 16.6% depresión moderadamente severa. Esto se explica porque mientras Tobar realizó su indagación en el periodo inmediatamente posterior a la mastectomía, que es una cirugía mutilante que impacta de manera muy severa la autoimagen corporal generando baja autoestima y severa depresión, este estudio se efectuó meses después del procedimiento quirúrgico (en el momento del tratamiento), cuando la paciente había recibido apoyo institucional y médico, que sin proponérselo explícitamente eleva la autoestima, el estado anímico y la esperanza de vida disminuyendo el nivel de depresión. Esto se afirma a partir de las respuestas de las pacientes, en la entrevista, en las cuales manifestaron haber recibido un trato excelente y bueno, situación que fue corroborada por la observación directa en la cual se constató que el equipo humano que labora en la unidad se preocupa en forma permanente por el bienestar de sus pacientes.

De ello se puede inferir que el apoyo institucional hospitalario es clave en el proceso de recuperación física y psicológica, y de superación del estado depresivo de las pacientes.

Por otra parte, se debe destacar que mientras en el estudio de Vidal y López en Argentina (1999), no se estableció una relación significativa entre apoyo familiar y depresión, en este estudio se reveló que dicho apoyo si es fundamental en el equilibrio emocional de la paciente, pero en algunas de ellas es contradictorio este hecho, ya que al parecer entre mas apoyo reciban por parte de su familia se genera un componente afectivo mas fuerte, provocando temor y angustia al enfrentar una situación que abarca un contenido

fanático y que implica perder a sus seres queridos o abandonarlos por causa de la muerte. Esta inferencia se realizó a partir del análisis de las respuestas de las pacientes en relación con este tópico y la relación que se generó con la presencia de signos y/o síntomas depresivos.

Además existen factores alternos al cáncer que al parecer tienen gran influencia en la presencia de signos y/o síntomas depresivos como ser menores de 30 años lo que contradice a Yepes (1998) que afirma que, la etiología de dicha sintomatología se debe, entre otras, a la edad madura y la vejez.

Esto dado a que las mujeres a esta edad se consideran jóvenes y casi nunca llegarían a pensar en adquirir cáncer de mama por la concepción que se tiene acerca de la edad de riesgo en la posible aparición de la misma, además el hecho de que se encuentra comprometida una de las partes del cuerpo que socialmente indica feminidad y atractivo físico. Las mujeres a esta edad ven de vital importancia mantener unos senos atractivos para la sociedad y el incremento de su autoestima. El estado civil que es otro factor facilitador de la presencia de síntomas y/o signos depresivos especialmente en las solteras, que ven comprometida su sexualidad y que de una u otra forma influirá en la búsqueda y/o selección de una futura pareja y las casadas que de igual forma ven comprometida su parte sexual y el temor de dejar a sus seres queridos por gravedad y muerte a causa de la enfermedad.

La ocupación que se realiza cotidianamente muestra como principal indicador a las actividades de tipo doméstico, esto puede ser generado por no tener una estabilidad económica definida y que los oficios del hogar poseen una connotación de frustración hacia el enriquecimiento personal.

La escolaridad indica que, entre mas elevado sea el nivel alcanzado en su educación formal hace disminuir el riesgo de presentar síntomas y/o signos de depresión, esto debido al aprendizaje adquirido en el proceso educativo formal que desarrolla la racionalidad, la fácil adaptación y aceptación a situaciones que pueden ser causantes de la presencia de dicha sintomatología, que en otras mujeres que no posean un mayor grado de educación formal.

El estrato socioeconómico al que pertenecen las pacientes que indican alta relación con la presencia de sintomatología depresiva, está orientada hacia: a mayor estrato socioeconómico, mayor es el riesgo de presentar la sintomatología antes mencionada dado a la necesidad del ser humano de pertenecer e interactuar en una sociedad y a la connotación que se tiene de la pertenencia a un estrato socioeconómico mas alto que requiere de implicaciones sociales que discriminan, alterando la esfera psicológica de la paciente; en este caso el aislamiento de la paciente de su nicho social por causa de la enfermedad.

Por tanto se indican como posibles factores coadyuvantes al cáncer de mama para la presencia de síntomas y/o signos depresivos en las pacientes objeto de estudio, los siguientes:

Ser menor de 30 años, el estado civil, ocupación de tipo domestico, tener una escolaridad básica y la tendencia a pertenecer a un estrato socioeconómico cada vez mas alto.

Debe destacarse, como conclusión central, que los procedimientos de impresión clínica, diagnóstico y tratamiento por cáncer de mama ocasionan síntomas y/o signos depresivos que requieren tratamiento psicológico y no psiquiátrico en las pacientes, ya que estos no alcanzan un nivel severo, tal como lo revelaron los resultados de este estudio (ver tablas 32 y 33).

Recomendaciones

Aunque el estudio es estrictamente de corte psicológico, reveló un dato de gran importancia médica: *la gran mayoría de las pacientes no se realizaba el autoexamen de seno, además de ser de procedencia urbana..* Esto implica reevaluar las estrategias de promoción y prevención en la detección temprana del cáncer de mama en campo y la ciudad.

Para el manejo preventivo de los síntomas depresivos es recomendable la orientación psicológica especialmente en la fase de diagnóstico positivo previo al tratamiento a través de una terapia de apoyo en la que le permitan a las pacientes relatar espontáneamente sus síntomas, problemas y temores por medio de una comunicación activa.

Realizar un estudio longitudinal donde se pueda determinar la presencia de síntomas y/o signos depresivos en el curso y evolución del cáncer de mama.

Con resultado de la experiencia obtenida en la unidad de oncología del Hospital Universitario Ramón Gonzáles Valencia durante la realización de este estudio, se ha evidenciado la necesidad de establecer un programa de apoyo psicológico.

El argumento básico expresado por las pacientes ante el padecimiento del cáncer de mama está dado porque a ellas, la gente, les impide su crecimiento por la influencia de evaluaciones y juicios que otros le imponen, esto crea condiciones de valor que condicionan la vida de las pacientes, consideramos entonces que la terapia centrada en el cliente de Carl Rogers puede ser útil para crear una relación interpersonal que el cliente pueda utilizar para un crecimiento personal posterior, esta terapia puede ser utilizada principalmente en las pacientes que han pasado por la mastectomía, pero es evidente la necesidad de establecer igualmente un plan de intervención en las pacientes a las que se les va a notificar el

resultado positivo de la enfermedad, la aceptación de la realidad es fundamental para el establecimiento de su autoconcepto, cabe recordar que estas pacientes posiblemente pueden perder una parte de su cuerpo, lo que constituye la elaboración de un duelo y como tal se deben cumplir las etapas que implican una buena elaboración del mismo (aceptación, sufrimiento y ajuste) con el seguimiento adecuado de estas etapas es importante el establecimiento de una terapia de sensibilización orientada a superar esta problemática y que además ayude a la aceptación de lo padecido contando además con el apoyo del equipo multidisciplinario de la unidad de oncología del Hospital, *del (pie debe hacer parte fundamental el psicólogo).*

Según la experiencia obtenida en la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia además de satisfactoria y enriquecedora, se puede afirmar que, el cuerpo médico que labora allí ve necesario el apoyo de un profesional en psicología para intervenir todas las esferas de los pacientes que se encuentran recepcionados en dicha unidad.

Por ultimo se considera necesario realizar un estudio epidemiológico donde se pueda analizar la prevalencia de depresión en la población que requiere los servicios de la Unidad de Oncología del Hospital Universitario Ramón González Valencia con el fin de obtener datos estadísticos que sustenten la contratación de un psicólogo en dicha unidad.

Referencias

American Psychological Association. (1999). Manual de Estilo de Publicaciones. México:

Manual Moderno

Ardila, R. (1995). Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 27-No.1

Arraztoa, J. (1998). Cáncer Diagnóstico y Tratamiento. Santiago: Mediterráneo

Belloch, A. Sandin, B. Ramos, F.(1995). Manual de psicopatología. Vol. 2, Madrid:

Me Graw Hill

Bennet, C. (1996). Tratado de Medicina Interna de Cecil. México: Me Graw-Hill.

Berlanga, J. Toledo, M. Barreto, MP. (1995) Evaluación Cognitiva y Afrontamiento

como Predictores del Bienestar Futuro de las Pacientes con Cáncer de mama. Revista

Latinoamericana de Psicología : Vol. 27, No. 1

Botero, J. Jubiz, A. Henao, G. (2000). Obstetricia y ginecología. 6ª edición.

Cano, V. Sirgo, A. Díaz, MB. Perez, G. (1997). Ansiedad, Racionalidad, Armonía y

Optimismo en el Cáncer de Mama: un Estudio Comparativo. Revista Electrónica de

Psicología, Vol. 1, No.1.

Ewal, G. Me Kenzie, C. (1998). Manual de terapéutica médica. 9ª edición, Washington:

Masson, S. A.

Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (1998). Metodología de la investigación. 2ª

edición, México; Me Graw-Hill

Holland, JF. (1993). Cáncer Medicine. Philadelphia: Lea and Febiger.1

Mantilla, A. (2001). Registro de Cáncer en la Unidad de Oncología E.S.E.-H. U. R. G.V. en Período Comprendido entre Enero 1 de 1996 a 31 de Diciembre de 1999, Bucaramanga:

Universidad Industrial de Santander, Facultad de Salud, Departamento de Medicina Interna.

Medina, M. (1990). Atlas de Mortalidad por Cáncer Colombia 1990. Santafé de Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología.

Mendels, J. (1990). La Depresión. Barcelona: Herder.

Mendelsohn, J. (1989). Part Twelve Hematology and Oncology. Plúladelphia: Lippincontt.

Newell, S. (1998). American Cáncer Society. New South Wales: Cáncer Council Cáncer Education Research.

Pourtois, J. Desmet, H. Epistemología e instrumentación en ciencias humanas

Ramírez, M. T. (2000). Cáncer Invasor de Mama. En: Manual de Oncología, Primera Edición, México: Me Graw Hill Interamericana.

Robbins, S. Cotran, R. Kumar, V. (1997). Patología estructural y funcional, 5ª edición, Nueva York: Me Graw -Hill

San Martín, H. Martín, A. C. Carrasco, J. L. (1990). Epidemiología Teoría Investigación Práctica. Madrid: Díaz De Santos, S.A.

Sturgeon, W. (1981). Depresión. Barcelona: Grijaldo The Journal of American Medical Association. (1999). Detecting Skin Cáncer. Jama. Vol. 281, No. 7.

Tobar, A. (2002). Análisis de la Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama que Han Sido Mastectomizadas del Hospital Universitario Ramón González Valencia de la Ciudad de Bucaramanga. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga, Facultad de Psicología.

Toro, R. Yepes, L. (1998). Fundamentos de Medicina. Psiquiatría. 3ª. Edición, Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Vidal, C. López, J.(1999) Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica: Vol 8, No. 2

Vila, J. Fernández, M. (1990). Activación y conducta. Madrid: Alhambra.

Apéndice A

Entrevista Sociodemográfica, Familiar y antecedentes Clínicos y Psicológicos

FECHA _____

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

ESTADO CIVIL

PROCEDENCIA

OCUPACIÓN

ESCOLARIDAD

ESTRATO

DIRECCIÓN Y TELEFONO

2. DATOS FAMILIARES

¿Cómo está conformada su familia?

¿Cómo es la relación que tiene con su esposo y/o compañero?

¿Cómo son las relaciones interfamiliares con cada uno de sus miembros?

¿Existe acompañamiento de su familia en la solución de sus problemas emocionales?

3. ANTECEDENTES CLINICOS

¿Qué enfermedades ha padecido?

¿Ha estado hospitalizada? ¿por qué?

¿Ha recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico? ¿por qué?

¿Que sentimientos le producen los procedimientos a los que va a ser sometida?

¿Cómo ha sido tratada en esta institución?

¿Se realizaba usted periódicamente el auto-examen de los senos?

¿Cómo detectó que tenía un problema en los senos?

4. AUTOVALORACION

¿Cuál es su principal fortaleza emocional?

¿Cuál es su principal debilidad emocional?

¿Cuál es su principal cualidad física?

¿Llora usted con frecuencia? ¿por qué?

¿Cómo reacciona ante la frustración?

¿Desea agregar algo más?

Apéndice B

Inventario de Beck para Establecer Presencia y Niveles de Depresión.

INVENTARIO DE BECK

Nombre: Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Este inventario tiene varios grupos de afirmaciones. Por favor lea cada grupo cuidadosamente. **Marque con un círculo la afirmación que en cada grupo describa mejor la forma en que usted se sintió la semana pasada incluyendo el día de hoy.** Si usted encuentra en un grupo que hay varias afirmaciones que la describen de igual forma, haga un círculo en cada uno de ellas.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir su respuesta.

1.

- No me siento triste. ()
- Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de ese estado. ()
- Me siento triste. ()
- Me siento tan triste o infeliz que ya no aguanto más. ()

2.

- Siento que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no pueden mejorar. ()
- Siento que nada me llama la atención. ()
- El futuro me desanima. ()
- El futuro no me desanima especialmente. ()

3.

- Siento que he cometido más errores que la mayoría de las personas. ()
- ◆◆ Al mirar hacia atrás, lo único que veo es una cantidad de errores. ()
- No me siento un fracaso. ()
- Siento que soy un completo fracaso como persona. ()

4.

- Estoy insatisfecha o aburrida con todo. ()
- Ya no tengo satisfacciones reales de nada. ()
- No disfruto las cosas como antes. ()
- Tengo tanta satisfacción de las cosas como antes. ()

5.

- Tengo sentimientos de culpa una buena parte del tiempo. ()
- Tengo sentimientos de culpa todo el tiempo. ()
- No tengo sentimientos de culpa. ()
- Tengo bastantes sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo. ()

6.

- Tengo la expectativa de que me van a castigar. ()
- No siento que me estén castigando. ()
- Siento que me están castigando. ()
- Siento que no puedo ser castigada. ()

7.

- Me odio a mi misma. ()
- Estoy disgustada con migo misma. ()
- Estoy desilusionada de mí misma. ()
- No me siento desilusionada de mí misma. ()

8.

- No me siento peor que otros. ()
- Me culpo por todas las cosas malas que pasan. ()
- Soy crítica con mis debilidades y errores. ()
- Me culpo todo el tiempo por mis fallas. ()

9.

- No he pensado en matarme. ()
- He pensado en matarme pero no lo haría. ()
- Me gustaría matarme. ()
- Me mataría si tuviera la oportunidad. ()

10.

- Antes podía llorar, ahora no puedo hacerlo aunque quiera. ()
- Ahora lloro todo el tiempo. ()
- ◆◆ Lloro más ahora que antes. ()
- No lloro más que lo usual. ()

11.

- Me irrito o me enojo más fácilmente que antes. ()
- Ahora me irrito más que antes. ()
- Ya no me irritan las cosas que usualmente me irritaban. ()
- Ahora me siento irritada todo el tiempo. ()

12.

- No he perdido el interés en todas las personas. ()
- Me interesan las personas menos que antes. ()
- He perdido gran parte del interés en otra gente. ()
- He perdido todo el interés por otras personas. ()

13.

- ◆◆ Pospongo las decisiones más que antes. ()
- Tomo mis decisiones tan bien como siempre lo he hecho. ()
- Ya no puedo tomar decisiones. ()
- ◆◆ Me cuesta más trabajo tomar decisiones que antes. ()

14.

- No creo que me vea peor que antes. ()
- Creo que me veo horrible. ()
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen menos atractiva. ()
- Me preocupa verme vieja y sin atractivos. ()

15.

- No puedo hacer ningún trabajo. ()
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa. ()
- Necesito hacer un esfuerzo extra para empezar cualquier cosa. ()
- Puedo trabajar tan bien como antes. ()

16.

- No puedo dormir como antes. ()
- Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volverme a dormir. ()
- Puedo dormir tan bien como antes. ()
- Me despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volverme a dormir. ()

17.

- No me canso más de lo normal. ()
- Me canso más fácilmente que antes. ()
- ◆◆ Me canso de hacer cualquier cosa. ()
- Me canso demasiado de hacer cualquier cosa. ()

18.

- Ahora he perdido todo el apetito. ()
- Mi apetito es peor ahora. ()
- Mi apetito no es tan bueno como era antes. ()
- Mi apetito no es peor que antes. ()

19.

- No he perdido mucho peso. Trato de perder peso comiendo menos. SiNo ()
- He perdido más de 5 libras. ()
- He perdido más de 10 libras. ()
- He perdido más de 15 libras. ()

20.

- No me preocupo por mi salud más de lo usual. ()
- Me preocupan mis problemas físicos y no puedo pensar en otra cosa. ()
- Me preocupan mucho mis problemas físicos y me cuesta trabajo pensar en otra cosa. ()
- Me preocupan mis problemas físicos como dolores, malestares estomacales o estreñimiento.

21.

- He perdido completamente el interés por el sexo. ()
- ◆◆ Estoy mucho menos interesada en el sexo ahora. ()
- Estoy menos interesada en el sexo que antes. ()
- No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual. ()