

Universidad del Valle de Guatemala

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología



Relación de los niveles de ansiedad y depresión con
la calidad de vida en pacientes oncológicos

Trabajo de graduación presentado por **Marisela Flores Mayorga** para optar al
grado académico de Licenciada en Psicología

Guatemala

2014

Relación de los niveles de ansiedad y depresión con la calidad de vida
en pacientes oncológicos

Universidad del Valle de Guatemala

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

Relación de los niveles de ansiedad y depresión con
la calidad de vida en pacientes oncológicos

Trabajo de graduación presentado por **Marisela Flores Mayorga** para optar al
grado académico de Licenciada en Psicología

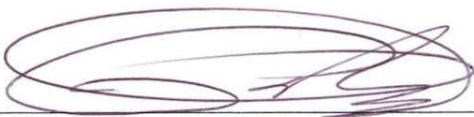
Guatemala

2014

Vo. Bo. :

(f) 
MSc. Mario Colli

Tribunal Examinador:

(f) 
MSc. Pablo Barrientos

(f) 
MSc. Mario Colli

(f) 
MA. Paola García Egan

Fecha de aprobación: Guatemala 28 de Enero del 2014

ÍNDICE

Índice de Tablas.....	1
Índice de Gráficos.....	2
Resumen.....	3
I. Introducción	4
II. Antecedentes conceptuales.....	6
2.1 Cáncer	6
2.1.1 Prevalencia del cáncer en Guatemala.....	8
2.2 Depresión	9
2.2.1 Trastorno depresivo mayor según el DSM V (2013).	12
2.2.2 Trastorno depresivo debido a enfermedad medica según el DSM V (2013).....	15
2.2.3 Depresión en pacientes oncológicos.....	16
2.3 Ansiedad:.....	18
2.3.1 Trastorno de ansiedad generalizada según el DSM V (2013).	19
2.3.2 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica según el DSM V (2013).	20
2.3.3 Ansiedad en pacientes oncológicos.....	22
2.4 Calidad de vida.....	24
2.4.1 Efectos del cáncer sobre las dimensiones de calidad de vida.....	26
2.5 Psicooncología	27
2.5.1 Psicooncología reactiva:.....	27
2.6 La calidad de vida del paciente oncológico desde la Psicooncología	30
2.7 Tratamiento Psicooncológico.....	31
III. Estudios previos	34
3.1 Prevalencia de trastornos mentales en los enfermos con cáncer	34
3.2 Relación entre enfermedad médica y depresión.....	34
3.3 Calidad de vida en pacientes con cáncer	36
3.4 Importancia del psicólogo hospitalario	37

IV.	Marco metodológico	39
4.1	Objetivos:	39
4.1.1.	Objetivo general:	39
4.1.2	Objetivos específicos:	39
4.2	Participantes:	39
4.3	Variables	40
4.4	Hipótesis.....	42
4.5	Tipo de investigación	42
4.6	Instrumentos	43
4.6.1	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).....	43
4.6.2	Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE).....	43
4.6.3	Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL	44
4.7	Estudio piloto	45
4.8	Procedimiento	45
4.9	Consideraciones éticas del estudio.....	47
V.	Resultados obtenidos:.....	48
VI.	Discusión:.....	62
VII.	Conclusiones:	68
VIII.	Recomendaciones.....	70
IX.	Bibliografía:	72
X.	Anexos.....	79
10.1	Consentimiento Informado.....	79
10.2	Cartas a hospital	80
10.3	Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE).....	82
10.4	Inventario de Ansiedad-Estado (IDARE).....	84
10.5	Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF.....	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Datos y cifras sobre cáncer en el mundo.....	7
Tabla 2: Tres significados de la depresión	10
Tabla 3: Niveles de depresión	11
Tabla 4: Signos y síntomas de depresión	11
Tabla 5: Dimensiones calidad de vida.....	26
Tabla 6: Datos demográficos de la muestra	40
Tabla 7: Definición conceptual y operacional de las variables	41
Tabla 8: Coeficientes de correlación entre ansiedad estado y ansiedad rasgo	55
Tabla 9: Coeficientes de correlación entre depresión estado y depresión rasgo	55
Tabla 10: Coeficientes de correlación entre ansiedad estado y calidad de vida.....	56
Tabla 11: Coeficientes de correlación entre ansiedad rasgo y calidad de vida	57
Tabla 12: Coeficientes de correlación entre depresión estado y calidad de vida	58
Tabla 13: Coeficientes de correlación entre depresión rasgo y calidad de vida.....	59
Tabla 14: Análisis de regresión entre ansiedad estado y calidad de vida percibida.....	59
Tabla 15: Análisis de regresión entre depresión estado y calidad de vida percibida	60
Tabla 16: Análisis de regresión entre ansiedad estado y calidad de vida física	60
Tabla 17: Análisis de regresión entre depresión estado y calidad de vida física.....	60
Tabla 18: Análisis de regresión entre ansiedad estado y calidad de vida psicologica.....	61
Tabla 19: Análisis de regresión entre calidad de vida psicológica y depresión estado.	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Niveles de ansiedad estado	49
Gráfico 2: Niveles de ansiedad rasgo	49
Gráfico 3: Niveles de depresión estado	50
Gráfico 4: Niveles de depresión rasgo	51
Gráfico 5: Calidad de vida percibida.....	52
Gráfico 6: Calidad de vida - dimensión física.....	52
Gráfico 7: Calidad de vida - dimensión psicológica	53
Gráfico 8: Calidad de vida - dimensión interpersonal.....	54
Gráfico 9: Calidad de vida - dimensión entorno	54

Resumen

Los niveles altos de depresión y ansiedad son frecuentes entre las personas con diagnóstico de cáncer. A menudo, los médicos y los pacientes se centran en los efectos físicos del cáncer y el tratamiento, mientras que los síntomas de depresión y/o ansiedad pueden no ser reconocidos y permanecer sin tratamiento. Los pacientes con depresión y/o ansiedad no tratada pueden ser menos propensos a tomar sus medicamentos para el cáncer y tienen más probabilidades de distanciarse de su familia u otra clase de apoyo social. Esto puede afectar el resultado del tratamiento del cáncer y suele disminuir la calidad de vida del paciente. El estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre los niveles de depresión y ansiedad con las dimensiones de calidad de vida en los pacientes oncológicos hospitalizados en el Instituto Nacional de Cancerología, en el año 2013. Es un estudio tipo correlacional que contó con la participación de 41 pacientes, quienes cumplían con los siguientes criterios de inclusión: 1) contaban con la capacidad física y cognitiva para participar en el estudio, 2) el idioma español era su lengua materna, 3) asintieron participar en el estudio de forma voluntaria. Los participantes fueron evaluados con las siguientes pruebas: El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE, El inventario de Depresión Rasgo-Estado IDERE y el Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud WHOQOL-BREF. Después de la obtención y análisis de los resultados se concluyó que en la mayoría de los pacientes internados en el área de encamamiento del Instituto Nacional de Cancerología INCAN, existen altos niveles de ansiedad y depresión presentes de manera transitoria (estado) y estable (rasgo). Las dimensiones de calidad de vida más afectadas en los pacientes fue la percibida, psicológica y física. Las correlaciones más fuertes se encontraron entre baja calidad de vida percibida, física y psicológica con niveles altos de depresión y ansiedad.

I. Introducción

Las implicaciones que conlleva una hospitalización son múltiples e impactan al paciente en diferentes áreas. El solo ingreso al hospital genera un importante nivel de angustia. Es un territorio desconocido, el paciente se ve sometido a una serie de rutinas hospitalarias y con frecuencia desconoce los términos médicos usados para dirigirse a él. De ahí la importancia de tener una red de apoyo para el paciente y sus familiares, evitando así que la experiencia sea vivida como una tragedia, y verla quizá como una oportunidad de fortalecimiento, tanto a nivel personal como familiar.

El ingreso al hospital se asocia con un cambio radical en la vida del paciente, sin importar el lapso de tiempo durante el que se esté internado, se da en la persona un desequilibrio tanto a nivel físico como emocional. Por lo que los servicios ofrecidos por un hospital no sólo deben estar encaminados a buscar la salud física del paciente, sino a brindar todos los medios necesarios para apoyarlo emocionalmente durante su estancia hospitalaria

El enfermo hospitalizado puede presentar alteraciones emocionales, especialmente sintomatología ansiosa o depresiva, y experimentar sentimientos de despersonalización, de pérdida, de incertidumbre y desvalimiento, y de falta de control de la situación. También tiende a desarrollar actitudes de dependencia excesiva, al igual que aumenta el nivel de regresión y de desorganización de su comportamiento.

Estas alteraciones psíquicas, algunas de las cuales pueden aparecer en cualquier paciente, son más frecuentes de lo que habitualmente se cree en los enfermos hospitalizados; pero suelen pasar desapercibidas en general por el personal sanitario que se

encarga de su cuidado. Prueba de esta frecuencia es la elevada morbilidad psiquiátrica encontrada entre los pacientes de hospitales generales, en numerosos países en los que se han efectuado estudios epidemiológicos en los últimos años.

El objetivo general de esta investigación fue analizar la relación entre los niveles de depresión y ansiedad con las dimensiones de calidad de vida en los pacientes oncológicos internados en el Instituto Nacional de Cancerología, durante el 2013. Este objetivo se profundizó investigando acerca de cómo dichas variables interactúan entre sí.

La investigación surge ante la necesidad de presentar propuestas y soluciones con base científica en relación a los factores que influyen en la aparición de síntomas de depresión y ansiedad en pacientes oncológicos. Teniendo conocimiento de estos factores y su incidencia en la calidad de vida del paciente, se puede implementar y/o fortalecer una atención psicológica personalizada y dedicada específicamente a los pacientes hospitalizados en los diferentes hospitales en Guatemala.

II. Antecedentes conceptuales

2.1 Cáncer

Cáncer, carcinoma o tumor maligno es el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo. Las células cancerosas también se denominan células malignas. Las células son los pilares fundamentales de los seres vivos. El cáncer se origina de células normales en el cuerpo. Las células normales se multiplican cuando el cuerpo las necesita y mueren cuando el cuerpo ya no las necesita. El cáncer parece ocurrir cuando el crecimiento de las células en el cuerpo está fuera de control y éstas se dividen demasiado rápido. Igualmente, puede ocurrir cuando las células olvidan cómo morir (Moscow y Cowan, 2007).

El cáncer no es una enfermedad única, bajo este diagnóstico se agrupan al menos 200 tipos de enfermedades con localización, etiología, clínica, evolución y pronósticos diferentes, pero con unos fundamentos biológicos comunes: crecimiento celular incontrolado con pérdida de la diferenciación y capacidad para difundir, invadiendo los tejidos próximos y provocando metástasis. El cáncer provoca actualmente la décima parte de la mortalidad total y la segunda causa de defunción por orden de frecuencia en la mayor parte de los países desarrollados; tiene aún más de la mitad de los casos en las tres cuartas partes de la población mundial que vive en países en vías de desarrollo. Cerca de la mitad de todas las muertes por esta enfermedad son debidas a tres tipos de cáncer: el de pulmón, el de colon y el de mama (Llantá, Grau y Massip, 2008).

Tabla 1: Datos y cifras sobre cáncer en el mundoDatos y cifras sobre cáncer en el mundo

- El cáncer es una de las principales causas de muerte en todo el mundo; en 2008 causó 7,6 millones de defunciones (aproximadamente un 13% del total).
- Los que más muertes causan cada año son los cánceres de pulmón, estómago, hígado, colon y mama.
- Los tipos de cáncer más frecuentes son diferentes en el hombre y en la mujer.
- Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol.
- El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y es la causa del 22% de las muertes mundiales por cáncer en general, y del 71% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón.
- Los cánceres causados por infecciones víricas, tales como las infecciones por virus de las hepatitis B (VHB) y C (VHC) o por papiloma virus humanos (PVH), son responsables de hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios.
- Aproximadamente un 70% de las muertes por cáncer registradas en 2008 se produjeron en países de ingresos bajos y medios.
- Se prevé que las muertes por cáncer sigan aumentando en todo el mundo y alcancen la cifra de 13,1 millones en 2030.

Elaboración propia basada en: Organización Mundial de la Salud (2009)

La información presentada en la Tabla 1 nos permite conocer a grandes rasgos las cifras estadísticas respecto a la mortalidad, tipos, causas y porcentajes de la afección que tiene el cáncer sobre la población mundial actualmente.

Profundizando en las causas de la enfermedad, es inevitable resaltar la repercusión de la psiquis en la determinación de la salud, admitiéndose que existe un vínculo muy estrecho entre cáncer y conducta humana, al extremo de plantearse que el elemento carcinogénico más importante es el comportamiento irresponsable del propio hombre. En particular, se reconoce actualmente que los estilos de vida y el estrés emocional, los comportamientos alimentarios, las conductas de exposición de riesgo a carcinógenos naturales e industriales (tabaco, alcohol, algunos derivados de la industria petroquímica, bronceado excesivo al sol) y determinadas conductas reproductivas y sexuales son los factores que determinan la enfermedad y se relacionan multicausalmente en su etiología. También ha sido reconocido el papel de la personalidad y los mecanismos de

afrontamiento, así como el papel del estrés en la génesis y/o progresión del tumor. Hoy en día se piensa que las emociones relacionadas con el proceso de estrés, en especial las emociones relacionadas a los eventos de pérdida, tienen un peso específico en la dirección del proceso salud-enfermedad (Llantá, *et. al* 2008).

Las repercusiones del cáncer en la vida de la persona enferma son muchas, sin embargo el nivel de dolor que provoca esta enfermedad determina la mayoría de las veces la calidad de vida que la persona adoptara. El dolor por cáncer no es puramente nocieptivo y físico, sino que envuelve diferentes dimensiones del ser humano tales como personalidad, afecto, cognición, conductas y relaciones sociales. Al diagnóstico y en estadios intermedios, 30 a 45% de los pacientes experimentan dolor moderado a intenso. Cerca del 75% de aquellos con cáncer avanzado presenta dolor y 40 a 50% de estos cursan con dolor de intensidad moderada a grave, mientras que en 25 a 30% es muy grave (Alvarado, Vázquez y Velázquez, 2009).

2.1.1 Prevalencia del cáncer en Guatemala

Los casos de cáncer registran un incremento en Guatemala, sobre todo dentro de la población femenina, según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, en el 2010 se reportaron cerca de seis mil nuevos pacientes, de los cuales 57 por ciento son mujeres y el resto hombres y niños (OMS, 2011).

Aunque el padecimiento afecta a todos los estratos de la sociedad, quienes tienen menos recursos representan la mayor tasa de mortalidad; indica el Dr. Walter Guerra, Director del Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala (2013). El Dr. Guerra asegura que cerca del 47 por ciento abandonan la terapia por falta de recursos para hacerse

exámenes de rutina, como sangre, heces y radiografías. El costo mínimo de la quimioterapia es de tres mil quetzales, igual precio de la radioterapia con equipos antiguos, mientras que un tratamiento menos agresivo puede llegar hasta los 22 mil quetzales.

Agregó el especialista, que el INCAN recibe un millón y medio de dólares al año para su trabajo, pero con eso apenas alcanza a cubrir el 20 por ciento de las necesidades (Guerra, 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud; el cáncer de cérvix, mama, estómago, ovarios y colorrectal son los más comunes entre las féminas guatemaltecas, mientras que el de próstata, pulmón y estómago afectan con más frecuencia a los hombres (OMS, 2011).

2.2 Depresión

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica. Es definida operacionalmente como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos dos semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios. En todas las edades, las características prominentes de los trastornos depresivos incluyen alteraciones en el estado de ánimo, depresión o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades, sentimientos de culpa,

pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor, e ideación suicida (Rujano, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como el más común de los trastornos mentales. Afecta alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo, con una prevalencia estimada de 15 al 25%, siendo mayor en mujeres (OMS, 2010).

El termino depresión implica tres significados: síntoma, síndrome y enfermedad (Besteiro y Prieto, 2004).

Tabla 2: Tres significados de la depresión

Síntoma	Síndrome	Enfermedad
Se presenta con carácter exclusivo o caso exclusivo. Describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido.	Lo nuclear del mismo es la tristeza, pero se enlaza con otros síntomas. En los síndromes depresivos tempranos o moderados, el paciente trata activamente de aliviar sus sufrimientos. A medida que la depresión se hace más crónica o más grave, él y la paciente renuncia a luchar por su vida.	Su manifestación habitual es el síndrome depresivo y el síntoma principal es la tristeza.

Elaboración propia basada en: Besteiro y Prieto (2004)

La información presentada en la Tabla 2 nos permite conocer sobre cómo se puede presentar la depresión según Besteiro y Prieto, quienes la dividen en cómo se manifiesta. Otros autores como Picart, Casanovas, Soler y Martin (2003) prefieren dividirla niveles: leve, moderado y grave.

Tabla 3: Niveles de depresión

Leve	Moderado	Grave
La persona tiene algunos síntomas de los típicos en la depresión y está apta para continuar la mayoría de sus actividades.	Se presentan mayor número de síntomas que en el nivel anterior y se experimenta dificultad para continuar con las actividades ordinarias.	Es el nivel más severo y peligroso de la depresión, con la tasa más alta de suicidio, agresión y necesidad de hospitalización. La persona presenta la mayoría de los síntomas que caracterizan la depresión de manera intensa. Se presentan síntomas somáticos importantes y son frecuentes las ideas y acciones suicidas.

Elaboración propia basada en: Picart, Casanovas, Soler y Martin (2003)

Por su otra parte Aguirre, Estrada, Herrera, Alarcón, Montepeque, y Vásquez (2007)

detallan los signos y síntomas de la depresión:

Tabla 4: Signos y síntomas de depresión

Signo	Síntomas
Estado de ánimo	La persona es vista como más callada, distante, seria, aislada, o irritable. El estado de ánimo puede variar a lo largo del día. La persona deprimida, nota que hay una parte del día, en que se siente más triste. Puede haber llanto con frecuencia, se presenta al recordar experiencias negativas en la vida reciente o remota.
Pérdida de interés	Por situaciones o actividades que antes le producían placer: El y la paciente, ya no se interesa por las actividades que antes le gustaba realizar. La dificultad para interactuar con los demás se ve magnificada, por el hecho, que ahora el enfermo se siente con poca capacidad para estar bien con sus amigos y familiares, por lo que se torna un suplicio, el ver a los demás reír y divertirse, cuando es algo que él o ella no pueden experimentar.
Sentimientos de culpa	Algunas personas pueden llegar a sentir que el estar deprimido es una forma de castigo, y que están expiando sus culpas a través de su enfermedad. Pueden incluso, existir alucinaciones auditivas, que los acusen e insulten
Ideación suicida	Las personas con depresión se suicidan con alta frecuencia.
Disminución de energía	Consiste en una gran dificultad para moverse, para arreglarse, asearse, como dificultad para iniciar labores mínimas, o que requiere de un gran esfuerzo para llevarlas a cabo
Pérdida de peso	Es frecuente que los y las pacientes con depresión, presenten baja en su apetito, con una disminución significativa de su peso corporal. Una pérdida de peso sin dieta, deberá de ser estudiada, descartando problemas médicos, trastornos de la alimentación, sobre todo si la paciente es mujer (anorexia o bulimia) y dietas.
Disminución de deseo sexual	Se ha notada una baja en el deseo sexual (libido), o disfunción eréctil en el hombre y anorgasmia en la mujer.
Insomnio y otros trastornos del sueño:	Es la manifestación de sueño insuficiente o poco reparador. El insomnio de la última parte de la noche, también llamado insomnio terminal o tardío, es la forma más típica de los enfermos deprimidos. En esas horas de soledad nocturna, el o la paciente, inicia con una serie de pensamiento pesimistas y de impotencia, que le impiden dormir.

Elaboración propia basada en: Aguirre, Estrada, Herrera, Alarcón, Montepeque, y Vásquez (2007)

2.2.1 Trastorno depresivo mayor según el DSM V (2013). Los síntomas de criterio para el trastorno depresivo mayor tienen que estar presentes casi todos los días para considerarse, con la excepción de cambios en el peso e ideación suicida. El estado de ánimo deprimido debe estar presente la mayor parte del día, adicionalmente debe estar presente casi todos los días. A menudo insomnio y fatiga es una queja constante. La tristeza puede ser negada en un principio pero puede ser suscitada por medio de entrevista o inferida por medio de las expresiones faciales y el comportamiento del individuo. Con los individuos que se enfocan en quejas somáticas, los clínicos deben determinar si la angustia de dichas quejas está asociada a algún síntoma depresivo específico. La fatiga y las alteraciones del sueño están presentes en una alta proporción de los casos; las alteraciones psicomotoras son mucho menos comunes pero son indicativos de una mayor gravedad en general, así como lo es la presencia de una culpa delirante o casi-delirante.

La característica esencial de un trastorno depresivo mayor es un periodo de al menos dos semanas donde está presente el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (criterio A). En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede estar caracterizado por irritabilidad en lugar de tristeza. El individuo debe también experimentar al menos cuatro de los siguientes síntomas: cambios en el peso y en el apetito, alteraciones del sueño, alteraciones psicomotoras, fatiga, sentimiento de culpa, dificultad de concentrarse, pensar o decidir; o pensamientos recurrentes sobre la muerte, ideación suicida o planes o intentos suicidas. Para considerarse un episodio de depresión mayor, el síntoma debe de haberse presentado recientemente o debe de haber empeorado significativamente comparado con el estado pre-episodio del individuo. Los síntomas deben de persistir durante la mayoría del día, estar presente casi todos los días, por al menos dos

semanas consecutivas. El episodio debe estar acompañado por angustia o deterioro en el área social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento. Para algunos individuos con episodios más leves, el funcionamiento puede parecer normal pero requiere de un esfuerzo significativamente mayor de parte del individuo.

La pérdida de interés o placer esta casi siempre presente, al menos en algún grado. Los individuos pueden reportar sentirse menos interesados en sus hobbies, “ya no les importa”, o no sentir ninguna ilusión en actividades que previamente les resultaban placenteras (Criterio A2). Los familiares del individuo frecuentemente notan comportamiento antisocial o descuido en las actividades recreacionales. En algunos individuos se presenta una reducción significativa de los niveles excitación o interés sexual.

Las alteraciones en el apetito pueden significar reducción o incremento del mismo. Algunos individuos reportan que se han obligado a sí mismos a comer. Otros puede que coman más. Cuando las alteraciones en el apetito son severas, puede que haya un aumento o reducción de peso significativo, o, en niños, puede ser notado un fracaso de llegar a su peso esperado (Criterio A3).

Alteraciones en el sueño puede significar que el individuo sufre de insomnio, o bien, duerme en exceso (Criterio A4). Cuando el insomnio está presente, frecuentemente es insomnio medio o insomnio terminal. Insomnio inicial también puede ocurrir. Los individuos que duermen de mas pueden experimentar episodios prolongados de dormir durante la noche o incremento de horas de dormir durante el día. Algunas veces la razón por la que los individuos buscan ayuda es por las alteraciones del sueño.

Los cambios psicomotores incluyen agitación o retraso (Criterio A5). La agitación psicomotor o retraso psicomotor deben ser significativos para ser observados por otros y no representar únicamente sensaciones subjetivas del individuo.

Energía reducida, cansancio y fatiga son comunes (Criterio A6). Una persona puede reportar fatiga sostenida sin realizar ningún esfuerzo físico. Incluso las tareas más pequeñas parecen requerir un esfuerzo sustancial. La eficiencia en que las tareas se llevan a cabo puede ser reducida.

El sentimiento de inutilidad o culpa asociado en un episodio de depresión mayor puede incluir autoevaluaciones de validación personal poco realistas o preocupaciones de culpa sobre errores mínimos (Criterio A7). Estos individuos frecuentemente malinterpretan eventos cotidianos como evidencia de los defectos personales y tienen un sentido de responsabilidad exagerado sobre eventos adversos.

Muchos individuos reportan deterioro de la capacidad de pensar, concentrarse o tomar cualquier tipo de decisión (Criterio A8). Pueden distraerse con facilidad y quejarse de memoria deficiente. Aquellos comprometidos en tareas cognitivamente exigentes a menudo son incapaces de funcionar. En los niños una decaída precipitada en sus notas puede reflejar una concentración deficiente. En personas de edad avanzada la memoria deficiente suele ser su queja más recurrente y muchas veces es confundida como síntomas tempranos de demencia. Cuando el episodio de depresión mayor es debidamente tratado, los signos de memoria deficiente desaparecen. Sin embargo, en personas de edad avanzada, un episodio de depresión mayor puede significar la presentación inicial de una demencia irreversible.

Pensamientos sobre la muerte, ideación suicida, o intentos suicidas (Criterio A9) son comunes. Pueden variar desde un deseo pasivo de no levantarse por las mañanas o creer que las otras personas van a estar mejor si el individuo muere, a pensamientos transitorios pero recurrentes de cometer suicidio, o en casos más graves, un plan específico de suicidio. Los individuos suicidas más graves pueden poner en orden todos sus asuntos, adquirir los materiales que utilizarán para suicidarse, escoger el lugar y el día en que van a cometer el suicidio. Las motivaciones para suicidarse pueden incluir el deseo de rendirse en presencia de lo que ellos perciben como obstáculos insuperables, un deseo profundo de poner fin a lo que perciben como un estado emocional insoportablemente doloroso.

La evaluación de los síntomas de un episodio de depresión mayor es especialmente difícil cuando ocurre en un individuo que también tiene alguna enfermedad médica. Algunos de los signos y síntomas de criterio de un episodio de depresión mayor son idénticos a los síntomas de una enfermedad médica. Esos síntomas se atribuyen a un diagnóstico de depresión mayor, excepto cuando son claramente atribuidos a la enfermedad médica. Síntomas no vegetativos de disforia, anhedonia, culpa o inutilidad, deficiencia en la concentración o indecisión y pensamientos suicidas deben evaluarse con especial cuidado en dichos casos.

2.2.2 Trastorno depresivo debido a enfermedad médica según el DSM V (2013).

La característica esencial del trastorno depresivo debido a una enfermedad médica es un periodo prominente y persistente de estado de ánimo deprimido o un significativamente disminuido interés o placer en todas, o casi todas, las actividades que predominan en el cuadro clínico (Criterio A) y que se cree están relacionadas con los efectos fisiológicos de

la enfermedad medica en cuestión (Criterio B). En orden de determinar si la alteración del estado de ánimo es debido a la enfermedad médica, el clínico debe establecer la presencia de la enfermedad médica. Además, el clínico debe establecer que la alteración del estado de ánimo esta etiológicamente relacionada con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico. Para hacer este juicio es necesario hacer una evaluación cuidadosa y comprensiva. Aunque no hay directrices infalibles para determinar si la relación entre la alteración del estado de ánimo y la enfermedad medica es etiológica. Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o remisión de la enfermedad médica y el de la alteración del estado de ánimo. Una segunda consideración es la presencia de características que son atípicas a trastornos del estado de ánimo.

2.2.3 Depresión en pacientes oncológicos. La depresión es una enfermedad discapacitante que afecta de 15 a 25% de los pacientes de cáncer. Afecta de la misma manera a hombres y mujeres que padecen de cáncer. Las personas que reciben un diagnóstico de cáncer experimentarán distintos niveles de tensión y angustia emocional. Entre los aspectos importantes de la vida de cualquier persona con cáncer, se encuentran los siguientes: Miedo a la muerte, Interrupción de planes de vida, Cambios en la imagen corporal y la autoestima, Cambios en su función social y su estilo de vida, Preocupaciones monetarias y legales (Henningsen, Zimmerman y Sattel, 2003).

La tristeza y la aflicción son reacciones normales ante las crisis que se enfrentan al tener cáncer, y todos los pacientes oncológicos las sienten en un momento u otro. No obstante, como la tristeza es algo común, es importante distinguir entre los niveles normales de tristeza y la depresión. Una parte importante del cuidado de pacientes con

cáncer es reconocer que la depresión necesita tratarse. Algunas personas pueden tener más problemas que otras para aceptar el diagnóstico de cáncer. La depresión grave no es simplemente estar triste o desanimado. La depresión grave afecta a cerca de 25% de los pacientes y presenta síntomas comunes que se pueden diagnosticar y tratar. Los síntomas de depresión que se observan en un paciente con diagnóstico de cáncer pueden ser una señal de que el paciente tuvo un problema de depresión antes de ese diagnóstico (Ibáñez y Rosbundo, 1993).

Todos los pacientes experimentarán tristeza y pesadumbre en forma periódica durante todo el tiempo que va desde el diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento, hasta la supervivencia. A menudo, cuando las personas se enteran de que tienen cáncer, reaccionan con sentimientos de incredulidad, negación o desesperación. También, pueden tener problemas para dormir, pierden el apetito, se sienten angustiadas y están preocupadas por el futuro. Por lo general, estos síntomas y miedos van disminuyendo a medida de que la persona se adapta al diagnóstico. Algunas de las señales de que la persona ha aceptado el diagnóstico incluyen la capacidad para seguir participando en actividades de la vida diaria y para seguir funcionando como esposo, padre, trabajador y otros papeles, al incorporar el tratamiento en su programa diario. Una persona que no puede aceptar el diagnóstico durante un largo período de tiempo y que pierde interés por sus actividades diarias puede estar deprimida. Los síntomas leves de depresión pueden ser desconcertantes y es posible mejorarlos con orientación. Incluso los pacientes que no muestren síntomas obvios de depresión se pueden beneficiar con la orientación; sin embargo, cuando los síntomas son intensos y duraderos, o cuando vuelven continuamente, es importante un tratamiento más intensivo (Ibáñez y Rosbundo, 1993).

El tipo más común de depresión en los pacientes con cáncer se llama depresión reactiva. Se manifiesta como sentirse con mal humor y no poder realizar las actividades usuales. Los síntomas duran más tiempo y son más pronunciados que los de una reacción normal y esperada, pero no cumplen con los criterios de la depresión grave. Cuando estos síntomas interfieren mucho con las actividades diarias de la persona, como el trabajo, los estudios, las compras o el cuidado del hogar, se los debe tratar igual que si fueran síntomas de depresión grave (por ejemplo, con intervención durante la crisis, orientación y medicamentos). En las personas con cáncer avanzado, puede ser problemático basar el diagnóstico solo en estos síntomas, ya que la enfermedad puede estar provocando una disminución de sus funciones. Es importante identificar la diferencia entre la fatiga y la depresión, ya que estas pueden ser evaluadas y tratadas por separado. En los casos de enfermedad más avanzada, para diagnosticar la depresión suele ser útil enfocar los sentimientos de desesperación y culpa, y la pérdida total del placer de vivir (Riveros, Bohórquez, Gómez y Okuda, 2006).

2.3 Ansiedad:

La ansiedad se refiere al estado en que el individuo se muestra aprensivo, tenso y preocupado de manera desmesurada acerca de la posibilidad de que algo terrible sucederá y que es impotente para cambiarlo. Comienza a enfocarse en sus preocupaciones internas, mientras se vuelve hipervigilante, o alerta en exceso, respecto a la posibilidad de peligro o amenaza (Rodríguez y Puerta 1995).

La ansiedad se vuelve una fuente de preocupación clínica cuando alcanza un nivel tan intenso que interfiere con la capacidad para funcionar en la vida diaria, ya que la

persona entra en un estado desadaptativo caracterizado por reacciones físicas y psicológicas extremas. Estas experiencias intensas e irracionales que producen incapacidad son la base de los trastornos de ansiedad, los cuales afectan hasta el 19% de los estadounidenses cada año (Cano, 2005).

Las personas con trastornos de ansiedad están incapacitadas por sentimientos de ansiedad crónicos e intensos: sentimientos tan fuertes que son incapaces de funcionar en forma cotidiana. Su ansiedad es desagradable y les impide muchas situaciones ordinarias, pero, además, tratan de evitar situaciones que las hacen sentir ansiosas. Como resultado, pueden perder oportunidades para disfrutar o actuar mejor para sus propios fines (Halgin y Whitbourne, 2009).

2.3.1 Trastorno de ansiedad generalizada según el DSM V (2013). La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y preocupación excesivas acerca de una serie de acontecimientos o actividades. La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad y la preocupación está fuera de proporción con la probabilidad o el impacto del evento anticipado. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación y manejar los pensamientos inquietantes de manera que no interfieran en sus actividades. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada con frecuencia se preocupan de las circunstancias de la vida cotidiana, la salud y las finanzas, la salud de los miembros de la familia, que algo les pase a sus hijos o asuntos de menor importancia. Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse en exceso por su competitividad o la calidad de su desempeño. Durante el curso del trastorno, el foco de preocupación puede cambiar de una a otra preocupación.

Varias características distinguen el trastorno de ansiedad generalizado de ansiedad no patológica. En primer lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son excesivas y por lo general interfieren significativamente con el funcionamiento psicosocial, mientras que las preocupaciones de la vida cotidiana no son excesivas, se perciben como más manejables y pueden hacerse a un lado cuando surgen asuntos más urgentes. En segundo lugar, las preocupaciones asociadas con el trastorno de ansiedad generalizada son más penetrantes, pronunciadas y angustiantes; tienen mayor duración, y se producen con frecuencia y sin precipitantes. Cuanto mayor sea la variedad de circunstancias de la vida sobre la que un individuo se preocupa, mayor será la probabilidad que los síntomas de dicho individuo cumplan con los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada. En tercer lugar, las preocupaciones cotidianas son mucho menos propensas a ser acompañadas por síntomas físicos. Las personas con trastorno de ansiedad generalizada reportan malestar subjetivo debido a la preocupación constante y deterioro en el ámbito social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.

La ansiedad y preocupación se acompañan de al menos tres de los siguientes síntomas adicionales: inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatigarse con facilidad, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño. Sólo uno de estos síntomas adicionales se requiere en los niños.

2.3.2 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica según el DSM V (2013).

La característica esencial de este trastorno es la existencia de ansiedad clínicamente significativa que se considera secundaria a efectos fisiológicos de una enfermedad médica.

Entre los síntomas cabe incluir ansiedad prominente y generalizada, crisis de angustia y obsesiones y compulsiones (Criterio A). Para efectuar el diagnóstico de trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica debe existir una historia clínica, una exploración física y unos hallazgos de laboratorio que confirmen que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica (Criterio B). La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental como el trastorno adaptativo con ansiedad, en el que el agente estresante está constituido por la propia enfermedad médica (Criterio C). No debe efectuarse este diagnóstico si los síntomas de ansiedad aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium (Criterio D). Los síntomas de ansiedad provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio E).

Para determinar si los síntomas de ansiedad se deben a una enfermedad médica, el clínico ha de establecer, en primer lugar, la presencia de esta enfermedad. Debe determinar asimismo el mecanismo fisiológico por el cual esa enfermedad médica puede ser considerada responsable de los síntomas de ansiedad. Para ello es fundamental realizar una extensa y cuidadosa valoración de múltiples factores. Aunque no existan procedimientos infalibles para determinar con seguridad la relación entre el proceso y el cuadro sintomático, pueden ser de utilidad algunas consideraciones. La primera hace referencia a la asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y los síntomas de ansiedad. Otra consideración es la presencia de rasgos atípicos de un trastorno de ansiedad primario. A veces es útil la búsqueda de pruebas documentales en la literatura que sugieran una relación directa entre la enfermedad médica en cuestión y la aparición de síntomas de ansiedad. Además, el clínico también debe establecer que esta

alteración no puede explicarse mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad primario, un trastorno de ansiedad inducido por sustancias y otros trastornos mentales primarios

2.3.3 Ansiedad en pacientes oncológicos. Desde el momento del diagnóstico y durante todo el curso de la enfermedad, el paciente se encuentra sometido a un intenso estrés emocional. Las connotaciones psicosociales que acompañan al cáncer son de gran importancia para comprender los trastornos que se presentan durante el curso de la enfermedad, el factor más importante para afrontar esto es la personalidad previa del sujeto. Según Cano, las secuelas psicológicas que más se estudian en pacientes con cáncer son los síntomas de ansiedad, depresión y malestar psicológico (Cano, 2005).

<<La ansiedad podría definirse como la manifestación en que la persona se muestra y se refiere como inquieto nervioso, tenso, atemorizado, o excesivamente preocupado. Quien la padece presenta importantes manifestaciones somáticas>> (Meseguer, 2003).

Monsalve y Soriano (2006) en el estudio de revisión “intervención psicológica en dolor oncológico” afirman que aunque el paciente oncológico se enfrenta a multitud de estresores a lo largo del curso de su enfermedad al igual que pacientes con otras patologías, se puede asumir un mayor impacto inicial del dolor en el paciente oncológico, pudiendo hallarse diferencias a nivel de estrés psicológico experimentado en función de aspectos individuales, diferencias basadas en factores médicos, en el apoyo social percibido, en la capacidad de afrontamiento, o en rasgos de personalidad.

Según Tobal (1990) la ansiedad puede ser entendida como una respuesta emocional y engloba aspectos cognitivos no placenteros de tensión, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo

y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser producida por estímulos externos o situacionales; como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes; que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. Se trata además de un estado subjetivo en el que se producen cambios fisiológicos mediados por el sistema neurovegetativo, como taquicardia y sudoración entre otras, así mismo puede ser anticipadora ante el determinado evento o ser componente emocional de la experiencia dolorosa.

De acuerdo con Meseguer (2003), el cáncer tiene el atributo de alterar los rasgos de personalidad de cada individuo conduciendo a una persona con alto riesgo de ansiedad previo a que enfermara de cáncer a desbordarse.

Thielking (2003) indica que la relación entre dolor y ansiedad puede ser entendida como un marco multidimensional incluyendo los aspectos somáticos, emocionales, cognitivos y conductuales. Los pacientes hospitalizados que tienen cáncer o tratamiento relacionado al dolor tienden a ser más ansiosos que los pacientes hospitalizados que no presentan dolor. Los pacientes con dolor y ansiedad pueden representar un dilema al momento del diagnóstico pues cierto grado de ansiedad es normal al presentar la enfermedad.

Por su parte Laura Aldana Vilas (2003) afirma que se ha demostrado una correlación directa significativa entre la autovaloración del dolor y los estados emocionales del temor y ansiedad. Comenta también que al analizar la variable ansiedad, se observó que

aquellos pacientes con sobrevaloración del temor, la ansiedad y del dolor real, con relaciones directas significativas.

Sobre esta misma línea Monsalve y Soriano (2006) dicen que los autores que trabajan sobre las relaciones de estas variables en general se basan en la teoría de la personalidad de Eysenk, que afirma que el neuroticismo es definido como una tendencia a experimentar emociones negativas crónicas, a poseer un estilo de pensamiento rumiativo, temeroso, baja autoestima y sentimientos de impotencia. Todo ello lleva a los sujetos a sobreestimar los aspectos negativos de las situaciones y desarrollar un punto de vista catastrófico.

2.4 Calidad de vida

El concepto de “Calidad de Vida” se ha ido tornando cada vez más complejo y polémico, y en él se resalta la visión política, cultural, de clase, multideterminada y de análisis pluridisciplinar que dicho concepto encierra.

Se plasma, en primer lugar el concepto ofrecido por el Instituto de Investigación Social de la Universidad de Michigan, centro líder en investigaciones empíricas sobre CV, donde se define como: Un concepto subjetivo que debe reflejar la evaluación de la vida de una persona, de una situación, o de las partes de esa situación. La calidad de vida es algo muy personal, y los componentes que determinan la percepción de ella en una persona difieren de aquellas que determinaron la percepción de otro, al menos en la producción de sus componentes (Díaz, 2008).

Por otro lado, Bronfenbrenner (1989) declara que la calidad de vida es una propiedad de las personas que experimentan las situaciones y condiciones de sus ambientes

de vida, y, por tanto, dependerá de las interpretaciones y valoraciones de los aspectos objetivos de su entorno.

Por su parte Reimel y Muñoz (1992), proponen que la calidad de vida percibida es una actitud de satisfacción que se manifiesta a través de las opiniones evaluativas del individuo, y estas opiniones reflejan un conjunto de creencias afectivas dirigidas hacia la totalidad de la vida o aspectos específicos de ella.

Grau (1996) considera que: La calidad de vida es un fenómeno que tiene una fuerte carga psicológica y es un concepto fundamentalmente valorativo, en el cual las condiciones objetivas se refractan a través de las aspiraciones, expectativas, referencias vividas y conocidas, necesidades y valores de las personas, sus actitudes; y es a través de este proceso que se convierte en bienestar subjetivo.

Los conceptos expuestos promueven el estudio de la calidad de vida a través de una evaluación interna/personal, y ofrecen definiciones de que no se enmarcan en una población específica y, por tanto, resultan útiles para estudiar población tanto enferma como sana.

Sin embargo, una de las definiciones más completas y aceptadas sobre la calidad de vida es la aportada por la Organización Mundial de la Salud: La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia,

sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno

(OMS, 2008)

El organismo humano está constituido por varios sistemas interrelacionados, a tener presente: (a) biológico, (b) psicológico, (c) social, y (d) espiritual (Oblitas, 2009).

Tabla 5: Dimensiones calidad de vida

Dimensión	Características
Biológica	Sistema nervioso que regula el funcionamiento interno del organismo y de relación con el medio, inmune que nos protege de las infecciones y enfermedades, respiratorio que nos alimenta con oxígeno, cardiovascular, para llevar los nutrientes por medio de la sangre; metabólico, que transforma los alimentos en fuentes de energía, eliminación de los desechos, músculo esquelético, para el movimiento y desplazamiento.
Psicológica	Integrada por los procesos de sensación (por ejemplo, receptores de la vista y el oído) y percepción (dar significado a los estímulos visuales, como el tamaño y la forma y auditivos, como los sonidos), motivación (necesidades básicas como la satisfacción del hambre y sed y necesidades secundarias, como búsqueda de reconocimiento y estima), y Emoción (considerada como la sal de la vida, positivas como la alegría y el júbilo, y emociones negativas, como la ansiedad, depresión y estrés), pensamiento (lógico, racional, flexible, objetivo, positivo vs, ilógico, irracional, rígido, subjetivo, negativo), y lenguaje (transformación de cognición y emoción en símbolos verbales), memoria (retener y recordar experiencias recientes o remotas), y aprendizaje, inteligencia, actitudes.
Social	Involucra las relaciones interpersonales en el hogar (pareja y familia), escuela (maestros y alumnos), trabajo (directivos y colaboradores), comunidad organizada en grupos e instituciones, y la dimensión espiritual y trascendental de todo individuo.
Espiritual	Formado por las creencias personales de cada individuo.

Elaboración propia basada en: Oblitas (2009)

2.4.1 Efectos del cáncer sobre las dimensiones de calidad de vida. Según Alvarado *et.al.* (2009) existe un efecto del dolor por cáncer en la calidad de vida del paciente en 4 aspectos:

Físicos: disminución de la capacidad funcional, disminución de la fortaleza y resistencia, náusea y pérdida de apetito y trastorno del sueño.

Psicológicos: disminución de la alegría y la capacidad lúdica, aumento de la ansiedad y temor, depresión, sufrimiento, dificultad para la concentración, somatización y pérdida de control.

Sociales: disminución de las relaciones sociales así como de la actividad sexual y afectiva, cambios en la apariencia e incremento en la necesidad de cuidado.

Espirituales: aumento del sufrimiento, cambio de intereses y evaluación de creencias religiosas.

2.5 Psicooncología

El cáncer es una enfermedad que está afectada por múltiples factores, tanto en su aparición y curso, como en su recuperación. Esto significa, que una aproximación al cáncer rigurosa y éticamente impecable, debe considerar todos los aspectos involucrados, tanto biológicos como psicológicos, tanto sociales como espirituales. La psicooncología ha surgido como respuesta a esta necesidad y, a pesar de que hay psicólogos trabajando en esta área desde hace muchos años, recién en la década de los 80 esta disciplina es considerada una rama de la psicología y se funda la International Psycho-oncology Society en 1984 (Middleton, 2002).

La Psicooncología, también antes llamada Psicología Oncológica y Oncología Psicosocial, estudia la influencia de los factores psicológicos sobre la aparición del cáncer y su evolución, como también el estudio de las reacciones psicológicas del paciente oncológico, su familia y el personal asistencial, a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. Es así como se han llegado a determinar ciertos factores de naturaleza conductual y de aprendizaje que influyen en el riesgo de desarrollar la enfermedad y en su mantención. Además se advierte valorar otros parámetros, distintos a los estrictamente biológicos, en el tratamiento del cáncer (Tamblay y Bañados, 2004).

2.5.1 Psicooncología reactiva: El campo de acción de la psico-oncología reactiva es enorme y permite al psico-oncólogo apoyar al paciente de cáncer desde su diagnóstico

hasta su recuperación o muerte, a la familia durante todo este proceso, acompañándola si es necesario en la elaboración del duelo, y al equipo oncológico, permitiéndole una mayor coordinación e integración.

Con respecto al paciente, al recibir el diagnóstico siente que se le detiene la vida abruptamente, queda invadido y paralizado por terribles temores, está desorientado y perdido entre múltiples opciones. Esta persona requiere ser apoyada inmediatamente por un equipo multidisciplinario, y no esperar a que haga crisis de angustia o caiga en un estado depresivo. Cualquiera de estas situaciones agravará el problema, hará más difícil la aplicación de tratamientos y permitirá que la persona se deje llevar por un sistema común de creencias frente al cáncer, como que es sinónimo de muerte, de dolor y de desesperanza (Middleton, 2002).

Para la psico-oncología reactiva, la atención psico-social constituye un importante componente de los cuidados que se proporcionan a los pacientes oncológicos. Dicha atención incluye grupos de soporte, asesoramiento (counseling) dispensado por trabajadores sociales oncológicos y otros profesionales debidamente entrenados desde un punto de vista psico-social, e intervenciones médicas. Y se plantea la necesidad de que los pacientes oncológicos debieran tener acceso a este tipo de servicios aun cuando no lo hubieran tenido en etapas anteriores de la enfermedad. Cuando la enfermedad ya se ha presentado, los psico-oncólogos en su atención cumplen la función de apoyar, orientar y acompañar al paciente, a su familia y al equipo médico desde el inicio del diagnóstico (Tamblay y Bañados, 2004).

Con respecto al manejo del dolor, el trabajo del psico-oncólogo está relacionado con un diagnóstico diferencial del dolor, con su evaluación y tratamiento; si se considera el dolor clínico como una manifestación subjetiva, producto de la integración de factores físicos, psicológicos, sociales, espirituales y culturales, queda en evidencia que la sola participación del médico es insuficiente para un buen manejo. En el área de cuidados paliativos, considerando la tríada (paciente, familia, equipo) la responsabilidad del psico-oncólogo es aportar sus conocimientos y experiencia a todos los integrantes de esta tríada, evitando al máximo el sufrimiento de cada uno. Si a esto se le agregan los talleres de duelo para la familia, las intervenciones de pareja y familiares, las asesorías en relación a la sexualidad del paciente con cáncer, los entrenamientos en imaginería, visualización, relajación, yoga y meditación, arte-terapia, consejería telefónica e intervenciones psico-educativas, entonces se han mencionado las áreas más importantes que cubre la psico-oncología reactiva, tanto en el trabajo con niños, adolescentes, adultos como adultos mayores (Middleton, 2002).

Este campo de la ciencia ha llevado a concebir el cáncer como un proceso multifactorial e interdisciplinario, en el que la atención del paciente puede suceder bajo una mirada holística e integral. Por lo tanto se recogen los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales de la persona con cáncer. La interacción entre las emociones y el funcionamiento físico del organismo es cada vez más clara, esto debido a que cada vez es más evidente que el funcionamiento del sistema nervioso central, el sistema inmunitario y el sistema endocrino están entrelazados. Las variables psicológicas inciden siempre, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en los trastornos y

enfermedades. Por su parte, los trastornos y enfermedades desencadenan marcas grandes o pequeñas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico (Tamblay y Bañados, 2004).

La importancia de la psicología está más a la vista a nivel de las consecuencias psicológicas de la enfermedad, siendo un hecho comprobado de que padecer un cáncer supone un estrés vital muy grave, que amenaza con agotar los recursos psicológicos de la persona. Los médicos parecen desconocer el potencial de trabajo de un psico-oncólogo y con frecuencia no recurren a él hasta que el enfermo está en crisis o cuando sienten que la proximidad de la muerte a ellos los desborda o no saben cómo tratar este tema con el paciente o la familia.

2.6 La calidad de vida del paciente oncológico desde la Psicooncología

Lazarus y Folkman (1984), establecieron una lista de amenazas que el cáncer representa al paciente: amenazas a la vida, a la integridad corporal, a la incapacidad, al dolor, a la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, a la modificación de los roles socio-profesionales, a la separación de la familia, a la hospitalización, a los tratamientos, a la comprensión de la terminología médica, a la toma de decisiones en momentos de estrés, a la necesidad de depender de otros, a la pérdida de la intimidad física y psicológica. En definitiva, el paciente se ve en la necesidad de responder a estas amenazas, de adaptarse bruscamente a una nueva realidad. Además, es una realidad que se va modificando, según cambian los tratamientos y evoluciona hacia la curación completa, la remisión temporal o la muerte.

En el artículo: “La Psicología de la Salud y La Lucha contra el Cáncer” publicado por Llantá, Grau y Massip (2008); hacen referencia a cómo la Psicooncología puede

elevar la calidad de vida de los pacientes, disminuir los índices de ansiedad y depresión, así como, contribuir a la lucha contra el cáncer.

María Valiente (2006) asegura que la Psicooncología puede contribuir en la lucha contra el cáncer modificando hábitos y conductas de riesgo, estimulando estilos de vida más saludables, disminuyendo la vulnerabilidad personal a la enfermedad, eliminando distorsiones cognitivas y creencias irracionales en población sana y en riesgo, proporcionando una adecuada adherencia terapéutica, adecuando la información al paciente y la familia sobre la enfermedad, aumentando la responsabilidad y autonomía del propio enfermo, atenuando manifestaciones secundarias de tratamientos oncoespecíficos, controlando síntomas y disconfort emocional, preservando el máximo bienestar subjetivo posible, preparando al paciente y la familia cuando la muerte sea inevitable y el paciente se encuentre al final de su vida, adecuando las respuestas de duelo en los familiares y previniendo o controlando el estrés laboral en los equipos de atención y el posible desgaste profesional.

2.7 Tratamiento Psicooncológico

La Guía de tratamiento para pacientes con dolor por cáncer de la National *Comprehensive Cancer Network* (NCCN) asegura que las técnicas psicológicas pueden ser efectivas en el alivio del dolor, así como para lograr que el paciente se reincorpore a sus actividades habituales. Estas técnicas incluyen imaginería, relajación, técnicas de distracción, hipnosis, adquisición de habilidades de afrontamiento y apoyo psicológico.

Iniciando con la imaginería, técnica en la que se usan representaciones vividas de escenas o acciones placenteras. Es un tipo de sueño de día deliberado y dirigido. La

imágenes es la más utilizada para fines terapéuticos y su eficacia depende de la actitud del paciente y del nivel de convencimiento. La imaginación emotiva se centra en la excitación de ciertas emociones como alegría y satisfacción y la sensorial se centra en sensaciones de tipo visual, auditivo, cinestésico, olfativo, gustativo, somatosensorial y táctil. Los antecedentes de la utilización de esta técnica con pacientes oncológicos incluyen: su utilización en la Asociación Española contra el Cáncer. Estas técnicas conductuales se utilizan en el tratamiento específico de la ansiedad del paciente terminal consisten en psicoterapia de apoyo de breve duración y técnicas conductuales (Rodríguez, 1997).

También está la propuesta de Miró, Nieto y Huguet (2007) quienes comentan que se puede modular la intensidad del dolor y su malestar modificando el foco de atención. Agregan que el dolor se puede manejar exitosamente por medio de la psicoeducación, ofreciendo información precisa y sencilla acerca del dolor, valoración del dolor, el uso de medicamentos y otros métodos para el alivio del dolor al paciente y su familia; la educación también debe abordar concepciones erradas, como la creencia de que el medicamento se debe utilizar solo cuando el dolor es severo, o de lo contrario no será efectivo.

Existen también las técnicas psico-sociales cuyo objetivo es ayudar al paciente a ganar sentido de control sobre el dolor. El fundamento de estas intervenciones es que al cambiar la forma de pensar de los pacientes acerca de su dolor puede tener un impacto positivo sobre su sensibilidad, sus emociones y reacciones hacia el dolor. Estas intervenciones pueden utilizar técnicas cognoscitivas o conductuales, o ambas. Al enfocarse en la percepción y el pensamiento, las técnicas cognoscitivas influyen en la forma como interpretamos los eventos y las sensaciones corporales. Darle información acerca del dolor

y su manejo ayuda al paciente a cambiar la percepción del dolor ayudándole a manejar el dolor y modificar sus reacciones. Mediante estas técnicas se busca restablecer la sensación de autocontrol, eficacia personal y su participación activa en el autocuidado (Jacobson, 2008).

La *American Pain Society* recomendó que además de administrar analgésicos se debe apoyar el uso de métodos no farmacológicos por parte del usuario como la distracción, la representación de imágenes y la relajación. Las estrategias de conducta pueden restaurar la sensación que tiene el usuario de autocontrol, autoeficacia y participación activa en su cuidado (Ackley y Gail, 2006).

Este tipo de intervenciones pueden resultar benéficas para evitar los cambios en el estado de ánimo del paciente aumentando así su calidad de vida.

III. Estudios previos

3.1 Prevalencia de trastornos mentales en los enfermos con cáncer

El Instituto Catalán de Oncología (ICO) ha elaborado el primer estudio de España con una muestra amplia de pacientes para determinar la prevalencia de trastornos mentales en los enfermos con cáncer. En el trabajo también han colaborado especialistas del Hospital Clínico de Barcelona y del Hospital Universitario Sant Joan de Reus. Los resultados indican que el 24% de enfermos con cáncer tienen criterios de trastorno mental. La mayoría presentan un trastorno adaptativo, que se caracteriza por tener síntomas de ansiedad, depresión o las dos. El trabajo también concluye que la presencia de estos trastornos es más elevada en enfermos que han recibido radioterapia, que están en tratamiento psicofarmacológico o que sufren dolor. El trabajo pone de manifiesto la elevada prevalencia de trastornos mentales en los pacientes oncológicos y la necesidad de realizar un seguimiento más estrecho de estos enfermos para detectar de manera precoz los síntomas ansiosos y depresivos y poderlos tratar eficazmente.

Los trastornos de ansiedad en oncología son los más frecuentes cuando se comparan con otras patologías. Morrow y su grupo informan que empleando el DSM-III en una muestra de 215 pacientes oncológicos del 13% presentaron trastornos de adaptación con síntomas mixtos de ansiedad y depresión; y de ansiedad intensa el 21% de los pacientes (Meseguer, 2003).

3.2 Relación entre enfermedad médica y depresión

La relación entre enfermedad médica y depresión ha sido abordada por múltiples autores, encontrándose una notable relación entre ambas. De acuerdo con Goodwin,

Kroenke, Hoven y Spitzer (2003), la comorbilidad entre enfermedad física y depresión puede entenderse en la línea de que la condición física causa la depresión, o también que la condición física desarrolla o incrementa la depresión; por otro lado, puede entenderse a partir de una causa común (duelo o estrés) que causan ambas condiciones, y, finalmente, como dos situaciones concurrentes, pero no relacionadas.

Katon (2003, pp.222) encontró que mientras en población general la prevalencia fue de entre 3-5%, en los pacientes hospitalizados se incrementaba hasta entre un 10-14%. Por su parte, Cassem (1995, pp.8) anota que en algunos grupos puede incrementarse un 50%, dependiendo de la complejidad de la enfermedad general y la discapacidad asociada.

Las cifras anteriores son compartidas por Campo (1999, pp.9), quien considera que este trastorno puede afectar alrededor del 25% de los pacientes ambulatorios y hasta un 50% de los hospitalizados. Por su parte, en Chile se encontró una prevalencia de 34.8% de depresión en una muestra de consultantes de nivel primario de atención (Fullerton, Florenzano y Acuña, 2000, pp730); estos datos se relacionan con las cifras encontradas por Abúli, Comas, Suñer y Grau (2003, pp.373), al señalar una prevalencia de depresión en enfermos hospitalizados del 31.8%, en mujeres y 16.3%, en hombres.

Por otro lado, la frecuencia de presentación del cuadro depresivo es la más alta de las encontradas dentro de la amplia gama de los trastornos mentales en el ámbito hospitalario (Rodríguez y Puerta, 1995).

Los pacientes que sufren algún tipo de enfermedad médica tienen un riesgo mayor de manifestar síntomas depresivos que el resto de la población general, estas cifras oscilan entre un 10 a 60 % (MacHale, 2002, pp.300).

3.3 Calidad de vida en pacientes con cáncer

Bonicatto, Dew, Zaratiegui, Lorenzo y Pecina (2001), pioneros en la investigación sobre CV en Argentina administraron sobre diversas poblaciones el WHOQOL-100 y encontraron que la CV estaba significativamente deteriorada en pacientes depresivos, a diferencia de poblaciones con otras patologías crónicas severas como cáncer, dolor lumbar e hipertensión.

Asimismo, analizando sólo los pacientes oncológicos, se evidenciaron menores puntajes en la dimensión psicológica, las relaciones sociales y la percepción del medio ambiente, a diferencia del aspecto físico y el nivel de independencia. También se han encontrado fuertes relaciones entre el estado físico y las mediciones en la CV, proponiendo que una caída en los niveles del performance status está asociada a una baja significativa en la CV (Stiebler, 1993).

La calidad de vida de las personas se afecta seriamente. Palomo, Rubio y Gervas (2006) refieren que la percepción de la calidad de vida se relaciona más con la comorbilidad mental que con la física. Del mismo modo, Alarcon presenta aumento de morbilidad y mortalidad, un impacto en el área físico, social y ocupacional y aumento de costos en atención en salud. La depresión suele afectar la sexualidad de la persona, en la medida en que el desinterés sexual, ocasionado por esta enfermedad mental, es considerado un factor de riesgo de disfunciones sexuales (Alarcón, 2004).

El síndrome depresivo no solamente genera impacto en el paciente, sino en todo su entorno familiar, pues no sólo enfrentan el sufrimiento causado por la enfermedad misma, sino también se evidencia una alteración del funcionamiento cotidiano, modificaciones de

los papeles sociales de la familia y un incremento de posibilidades de divorcio (Riveros, *et. al* 2008).

Una revisión de estudios hecha por Rosenberger, Jokl y Ickovics (2006), acerca de los factores psicológicos y su relación con los resultados quirúrgicos, demuestran que las variables psicológicas como la depresión y el apoyo social ejercen gran influencia y actúan como predictores sobre resultados clínicos, como en el dolor postoperatorio y en la recuperación funcional, interfiriendo sobre la rehabilitación, especialmente en el tiempo de restauración tras la cirugía; a su vez los resultados indican que la depresión se asocia fuertemente con el dolor y con el regreso a la vida laboral.

De forma conjunta, la enfermedad médica comórbida con la depresión, genera baja adhesión al tratamiento y, por ende, mayor estancia hospitalaria (Franco, Gómez, Ocampo, Vargas y Berríos, 2005).

3.4 Importancia del psicólogo hospitalario

A los médicos suele dificultarse detectar la depresión en atención primaria, incrementándose el riesgo de subregistro Henningsen, Zimmerman y Sattel (2003), lo cual es confirmado en Colombia, en el estudio de Gómez, Bohorquez, Okuda, Gil, Tamayo y Rey (2007) ya que entre las causas del subregistro se cuentan, por ejemplo, la presencia de síntomas compartidos entre ciertas enfermedades y la depresión, incluso, el efecto de ciertos medicamentos, pero también, como consecuencia de la dificultad de los médicos para reconocer los síntomas de la depresión en el contexto hospitalario (Goodwin *et. al* 2003).

Por su parte, Aragonés, Labad y Piñol (2005) indicaron que la infradetección de la depresión se asocia con una menor educación y con la manifestación exclusiva de síntomas

somáticos. En su estudio, Calle (2000, pp.5) encontró que la prevalencia de estos síntomas en pacientes enfermos sin depresión oscila entre un 41%-81%, en hospital general, destacando principalmente alteraciones en el apetito, en donde el 58% de los pacientes hospitalizados, sin depresión, pierden peso, el 51% reportan trastornos en el sueño y el 77% presentan pérdida de energía.

Por lo anterior, autores como Campo (1999) y MacHale (2002) enfatizan en la necesidad de evaluar de manera especial los síntomas cognitivo-afectivos, ya que los somáticos suelen estar presentes en condiciones médicas diversas, además de la depresión. González, Valencia y Bersh (2006) señalan que las limitaciones impuestas en los sistemas de salud es otra de las variables que dificultan la remisión oportuna, pues las entidades prestadoras de servicios limitan las intervenciones psicoterapéuticas, produciendo una inequidad con respecto a otras actividades médicas, tal afirmación es compartida por Rodríguez y Puerta (1995), al agregar que dichas limitaciones obstaculizan el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente en sus aspectos emocionales, lo que interfiere en la expresión de quejas diferentes a las somáticas.

Otro hecho se debe a que en los pacientes médicos quirúrgicos, los síntomas son considerados como “apropiados” para el estado del estrés del paciente.

Existen algunos estudios que ofrecen conclusiones puntuales acerca de la eficacia de intervenciones psicosociales en el tratamiento de la ansiedad en pacientes con cáncer. Uno de ellos es el de Goodwin y cols. Publicado (2001) en el *New England Journal of Medicine* en la que concluyen que a pesar de que la psicoterapia de apoyo no incidía en la supervivencia de mujeres con cáncer de mama metastásico si mejoró de forma considerable su calidad de vida fundamentalmente porque tuvieron menos dolor y sufrimiento.

IV. Marco metodológico

4.1 Objetivos:

4.1.1. Objetivo general:

Analizar la relación entre los niveles de depresión y ansiedad con las dimensiones de calidad de vida en los pacientes oncológicos internados en el Instituto Nacional de Cancerología, durante septiembre del 2013.

4.1.2 Objetivos específicos:

1. Establecer los niveles de ansiedad y depresión en pacientes internados en el INCAN.
2. Identificar las dimensiones de la calidad de vida que están más afectadas en los pacientes.
3. Establecer si existe relación significativa entre el nivel de depresión con la calidad de vida.
4. Establecer si existe relación significativa entre el nivel de ansiedad con la calidad de vida.

4.2 Participantes:

Participaron 41 pacientes internados en el área de encamamiento del Instituto Nacional de Cancerología de Guatemala INCAN. Los participantes se caracterizaron por:
1) tener la capacidad física para participar, 2) el idioma español era su lengua materna, 3)

aceptaban participar en el estudio de forma voluntaria. En la Tabla 6 se resumen los datos demográficos del grupo evaluado.

Tabla 6: Datos demográficos de la muestra

	N	%
Sexo		
Masculino	12	31%
Femenino	29	69%
Edad		
16-25años	2	5%
26-35 años	3	7%
36-45 años	8	20%
46-55años	9	22%
56-65años	9	22%
66-75años	10	24%
Religión		
Católico	10	24%
Evangélico	31	76%
Estado Civil		
Casado	20	49%
Soltero	14	34%
Unido	2	5%
Viudo	5	12%

Fuente: Elaboración propia

4.3 Variables

Las variables independientes de este estudio son los niveles de depresión y ansiedad manifestados en sus dos componentes: Estado y Rasgo.

La variable dependiente es la calidad de vida manifestada en sus cuatro dimensiones: Psicológico, Interpersonal, Salud física y Entorno.

A continuación, en la Tabla 7, se describen la definición conceptual y operacional de cada variable.

Tabla 7: Definición conceptual y operacional de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Calidad de vida psicológico	La percepción individual de su posición en la vida en el contexto psicológico.	Sumatoria de las preguntas: 5+6+7+11+19+26
Calidad de vida interpersonal	La percepción individual de su posición en la vida en sus relaciones con otras personas.	Sumatoria de las preguntas: 20+21+22
Calidad de vida salud física	La percepción individual de su posición en la vida en el contexto de salud física.	Sumatoria de las preguntas: 3+4+10+15+16+17+18
Calidad de vida entorno	La percepción individual de su posición en la vida en el contexto de adaptación a su entorno.	Sumatoria de las preguntas: 8+9+12+13+14+23+24+25
Ansiedad-Rasgo	Estado en que el individuo se muestra aprensivo, tenso y preocupado de manera desmesurada acerca de la posibilidad de que algo terrible sucederá y que es impotente para cambiarlo. (propensión ansiosa relativamente estable)	Sumatoria de las preguntas: 22+23+24+25+28+29+31+34+35+37+38+40=A 21+26+27+30+33+35+39=B (A-B)+35
Ansiedad-Estado	Estado en que el individuo se muestra aprensivo, tenso y preocupado de manera desmesurada acerca de la posibilidad de que algo terrible sucederá y que es impotente para cambiarlo. (condición emocional transitoria)	Sumatoria de las preguntas: 3+4+6+7+9+12+13+14+17+ 18=A 1+2+5+8+10+11+15+16+19+20=B (A-B)+50
Depresión-Rasgo	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. (propensión depresiva relativamente estable)	Sumatoria de las preguntas: 1+3+5+7+8+11+14+16+17+ 20+22=A 2+4+6+9+10+12+13+15+18+19+21=B (A-B)+50
Depresión-Estado	Trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. (condición emocional transitoria)	Sumatoria de las preguntas: 1+2+6+8+9+10+13+15+18+ 20=A 3+4+5+7+11+12+14+16+17+19=B (A-B)+50

Fuente: Elaboración propia basada en: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado(1975), Inventario Depresión-Rasgo (1989), Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL (1993)

4.4 Hipótesis

1. Hipótesis de investigación

A más elevados niveles de ansiedad y depresión percibida existe menor nivel de calidad de vida en pacientes oncológicos internados en el hospital.

2. Hipótesis nula

Existe evidencia estadísticamente significativa que a más elevados niveles de ansiedad y depresión percibida existe menor nivel de calidad de vida en pacientes oncológicos internados en el hospital. Con un α 0.05.

3. Hipótesis alternativa

No existe evidencia estadísticamente significativa que a más elevados niveles de ansiedad y depresión percibida existe menor nivel de calidad de vida en pacientes oncológicos internados en el hospital. Con un α 0.05.

4.5 Tipo de investigación

El diseño de investigación es cuasi experimental, ya que las variables no se manipularon deliberadamente, sólo fueron medidas y descritas. La ansiedad, depresión y calidad de vida se evaluaron dentro del contexto natural del hospital. Luego los resultados de los instrumentos se correlacionaron entre sí según sus diferentes sub-escalas.

Es un estudio de tipo correlacional, ya que se evaluó si existe correlación entre los niveles de depresión y ansiedad con las dimensiones de calidad de vida del participante.

4.6 Instrumentos

4.6.1 Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

- Autores: Charles Spielberger y Rogelio Díaz Guerrero
- Objetivo: Medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y Rasgo (cómo se siente generalmente).
- Características: La escala A-Rasgo del Inventario de ansiedad, consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los examinados describir cómo se sienten generalmente. La escala B-Estado también consta de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado.
- Evalúa: Personas con nivel educativo medio-superior en adelante.
- Tiempo de aplicación: De 15 a 25 minutos aproximadamente.
- Año de Publicación (versión en español): 1975

4.6.2 Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)

- Autores: Jorge Grau Avalo, Marta Martín Carbonell, Ricardo Grau Abalo y Vladimir Ramírez Pérez.
- Objetivo: Medir dos dimensiones de depresión: Estado (se refiere a cómo se siente el sujeto en ese momento) y Rasgo (cómo se siente generalmente).
- Características: La escala A-Estado consta de 20 afirmaciones, las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. La

escala B-Rasgo costa de 22 afirmaciones en las que se pide a los examinandos describir cómo se sienten generalmente.

- Evalúa: Personas con nivel educativo medio en adelante.
- Tiempo de aplicación: De 15 a 25 minutos aproximadamente
- Año de Publicación (versión en español): 1989

4.6.3 Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL

- Autores: World Health Organization Quality of Life Questionnaire; WHOQOL
- Objetivo: El WHOQOL ha sido desarrollado de manera transcultural centrándose en la calidad de vida percibida por la persona. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen.
- Características: El WHOQOL- BREF contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. El WHOQOL- BREF se muestra tal como fue utilizado en el trabajo de campo.
- Evalúa: Personas mayores de 15 años.
- Tiempo de aplicación: De 15 a 25 minutos aproximadamente
- Año de Publicación (versión en español): 1993

4.7 Estudio piloto

Con el fin de validar la confiabilidad de los tres instrumentos utilizados en el estudio, se realizó un estudio piloto con 16 pacientes internados en el Incan, durante el mes de Febrero del 2013. Luego de recolectar los datos de las pruebas, se realizó un análisis de confiabilidad por medio del programa estadístico SPSS v 19. El inventario IDARE obtuvo un α de Cronbach de 0.954, el inventario IDERE obtuvo un α de Cronbach de 0.839 y la escala de Calidad De Vida WHOQOOL-BREF obtuvo un α de 0.771. Estos resultados permitieron asegurar la confiabilidad interna de los instrumentos.

Durante el estudio piloto fue posible evidenciar que debido al estado de salud y físico del paciente era preferible que el investigador administrará los instrumentos de evaluación.

4.8 Procedimiento

El contacto con el hospital se realizó por medio de dos cartas de autorización una dirigida a el Director General y otra a la Directora de Cuidados Paliativos (ver Anexo 2 y 3). A través de este documento se solicitó la participación de los pacientes internados en el hospital.

Las fechas y horarios de la fase de ejecución se coordinaron con la Directora de Cuidados Paliativos. Todas las evaluaciones fueron realizadas en horario matutino en el área de encamamiento del hospital.

Luego de haber realizado la prueba preliminar y respaldar los instrumentos se concretaron las citas de evaluación con el Director General y con la Directora de Cuidados Paliativos para la fase de ejecución. Los tres instrumentos se aplicaron a los pacientes internados (n=41) que hablaran español y tuvieran la habilidad física para participar. Antes

de comenzar con la aplicación se les entrego un consentimiento informado a cada uno de los participantes solicitando su participación voluntaria en el estudio (Anexo 1).

Las tres pruebas (IDARE, IDERE, WHOQOOL) fueron aplicadas por el evaluador debido a la invalidez física de varios pacientes y analfabetismo de otros.

Al finalizar la fase de trabajo de recogida de información, los datos fueron vaciados en una hoja de cálculo del programa Microsoft Excel 2013. Luego de ser depurada la lista la información fue migrada al programa estadístico SPSS v. 19. Por medio de este software se realizaron los análisis estadísticos correspondientes.

El análisis estadístico para esta investigación fue seleccionado para responder a la pregunta de investigación. El análisis estadístico se dividió en dos bloques diferentes, uno descriptivo y otro analítico. En el análisis descriptivo se evaluó la prevalencia del fenómeno dentro de la muestra estudiada con el objetivo de tener una visión general de los participantes.

En el análisis analítico los datos fueron codificados y almacenados en hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013 y luego se analizaron por medio del programa estadístico SPSS v. 19.

Se inició midiendo la confiabilidad de los instrumentos con el estadístico de α de Cronbach. Posteriormente se realizó el análisis para correlación de variables, utilizando estadístico Tau de Kendall. Por último, se realizó un análisis de regresión lineal con las variables que presentaron una correlación estadísticamente significativa con la Tau de Kendall; con la finalidad de conocer el grado en que las variables independientes (depresión y ansiedad) predicen la calidad de vida de los participantes.

4.9 Consideraciones éticas del estudio

Durante el estudio se cuidaron seis factores que se consideran primordiales para el desarrollo ético del mismo.

1. Valor: el estudio busca influir de manera positiva en los hospitales para mejorar la atención psicológica en los pacientes.

2. Validez científica: se cuidó que las pruebas utilizadas en el estudio tuvieran confiabilidad y se cuidaron los aspectos metodológicos para que el estudio fuera científicamente válido.

3. La selección justa y equitativa de sujetos: los participantes se seleccionaron de forma justa y equitativa y sin prejuicios personales o preferencias.

4. Proporción favorable de riesgo/ beneficio: los riesgos a los participantes del estudio fueron mínimos y los beneficios potenciales a los participantes sobrepasaron los riesgos.

5. Consentimiento informado: todo participante firmó previo a su participación un consentimiento informado que les explicaba la metodología y objetivos de la investigación, les aclaraba que su participación era voluntaria y que no recibirían ninguna compensación por la participación en la misma.

6. Respeto a los participantes: se mantuvo protegida la confidencialidad de todo participante y se cuidó que el participante comprendiera que podía retirarse del estudio si en algún momento lo deseaba.

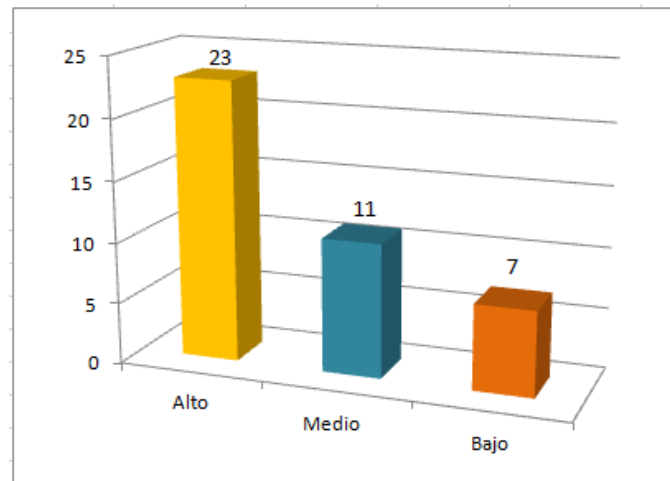
V. Resultados obtenidos:

El objetivo de este trabajo fue investigar a través de un modelo de correlación simple y un modelo de regresión lineal la relación entre los niveles de depresión y ansiedad con las dimensiones de calidad de vida en los pacientes oncológicos internados en el Instituto Nacional de Cancerología, durante septiembre del 2013. Para llevar a cabo esta investigación se administraron a 41 pacientes oncológicos hospitalizados tres escalas, una que evaluaba la calidad de vida, otra evaluaba la depresión y la última evaluaba la ansiedad.

La primera sección de los resultados presenta los datos por medio de estadística descriptiva acerca de los niveles de Depresión, Ansiedad y Calidad de vida en la muestra estudiada.

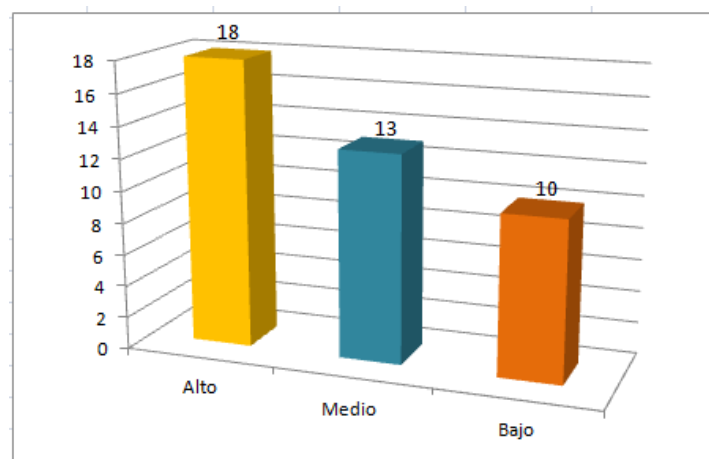
En primer lugar se muestran los resultados obtenidos en el Inventario de Ansiedad IDARE que nos permite conocer dos aspectos básicos sobre la ansiedad: estado y rasgo.

El análisis de los niveles de ansiedad estado (Gráfico 1), entendida esta como la condición ansiosa transitoria en el paciente, reflejo que veintitrés participantes de la muestra presentan un nivel de ansiedad estado alto, once presentan un nivel de ansiedad estado medio y siete presentan un nivel de ansiedad estado bajo.

Gráfico 1: Niveles de ansiedad estado

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al Inventario de Ansiedad IDARE aplicado a la muestra

La distribución de los niveles de ansiedad rasgo (Gráfico 2), entendida como la propensión ansiosa relativamente estable presente en el participante, indica que de la muestra total; dieciocho participantes presentan un nivel ansiedad rasgo alto, trece presentan un nivel ansiedad rasgo medio y, por último, diez presentan un nivel ansiedad rasgo bajo.

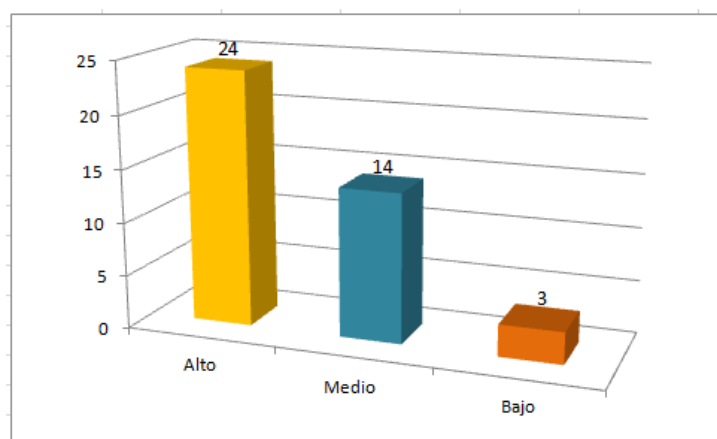
Gráfico 2: Niveles de ansiedad rasgo

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al Inventario de Ansiedad IDARE aplicado a la muestra

A continuación se muestran los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión IDERE que nos permite conocer dos aspectos básicos sobre la depresión: estado y rasgo.

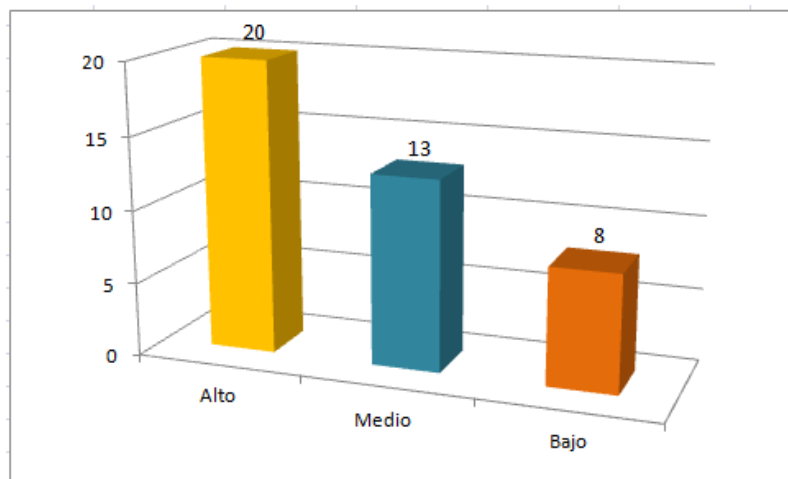
Se realizó un análisis de los niveles de depresión estado en los participantes, la depresión estado es la condición depresiva transitoria que está presente en el momento de la evaluación. Los resultados (Gráfico 3) reflejan que veinticuatro participantes de la muestra presentan un nivel depresión estado alto, mientras que catorce presentan un nivel depresión estado medio y únicamente tres presentan un nivel depresión estado bajo.

Gráfico 3: Niveles de depresión estado



Fuente: Elaboración propia de acuerdo al Inventario de Depresión IDERE aplicado a la muestra

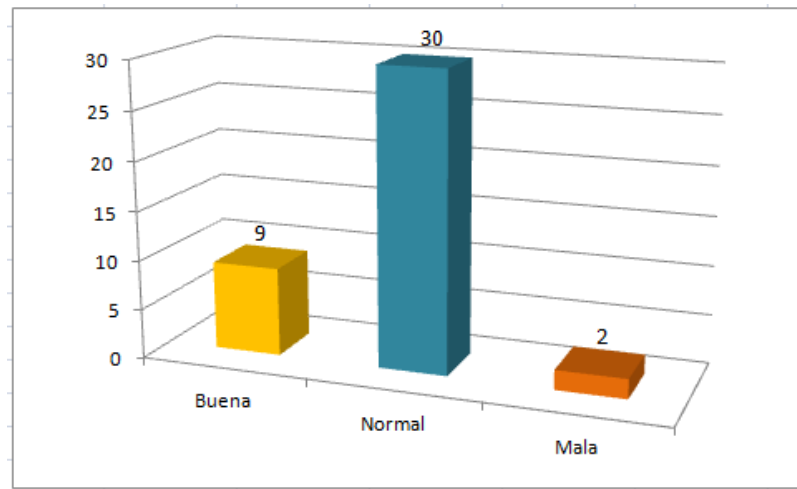
Luego de conocer los niveles de depresión estado de la muestra, se realizó otro análisis de la misma variable, pero esta vez se analizó la depresión rasgo, entendida como la propensión depresiva relativamente estable presente en un periodo de tiempo significativo. Los resultados (Gráfico 4) reflejaron que veinte participantes presentan un nivel depresión rasgo alto, trece presentan un nivel depresión rasgo medio y, por último, ocho presentan un nivel depresión rasgo bajo.

Gráfico 4: Niveles de depresión rasgo

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al Inventario de Depresión IDERE aplicado a la muestra

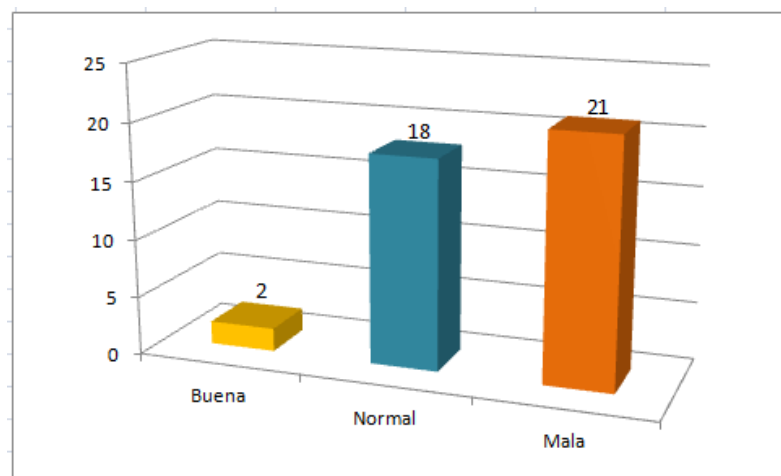
La última parte de la sección de la estadística descriptiva muestra los resultados obtenidos en el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF que nos permite conocer las cuatro dimensiones sobre la calidad de vida: psicológica, entorno, física e interpersonal.

Los resultados (Gráfico 5) reflejan que en cuanto a su calidad de vida percibida; treinta participantes perciben una calidad de vida normal, nueve perciben una calidad de vida buena y únicamente dos la perciben mala.

Gráfico 5: Calidad de vida percibida

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al Inventario de Depresión IDERE aplicado a la muestra

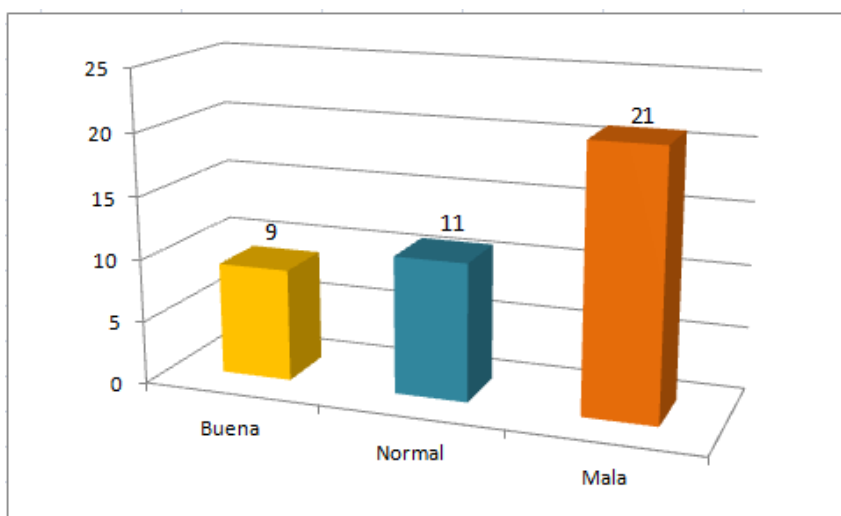
La dimensión de Salud Física consiste en la percepción individual del participante en cuanto a su estado de salud, los resultados (Gráfico 6) reflejan que veintiún participantes perciben una calidad de vida física mala, dieciocho la perciben normal y únicamente dos la perciben buena.

Gráfico 6: Calidad de vida - dimensión física

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al Cuestionario de Calidad de Vida a WHOQOL-BREF aplicado a la muestra

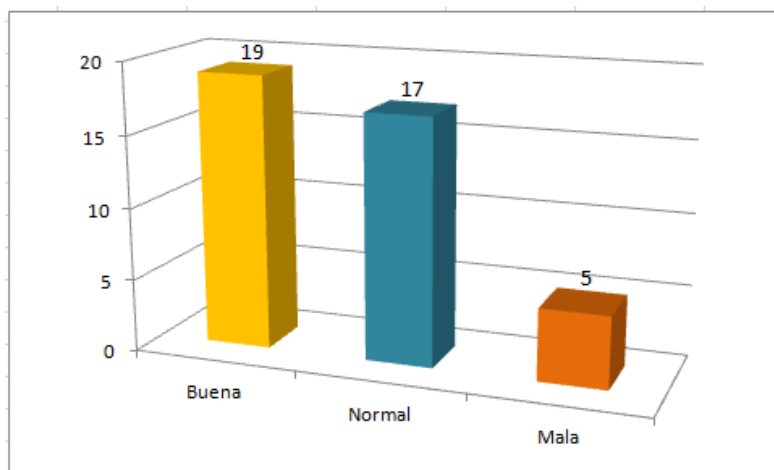
Otra dimensión que influye mucho en la calidad de vida global es la dimensión psicológica entendida como la percepción individual del participante en cuanto a su estado psicológico. A continuación, los resultados (Gráfico 7) reflejan que veintiún de los participantes perciben una calidad de vida mala en esta dimensión, once la perciben normal, seguido de nueve que perciben una calidad de vida psicológica buena.

Gráfico 7: Calidad de vida - dimensión psicológica



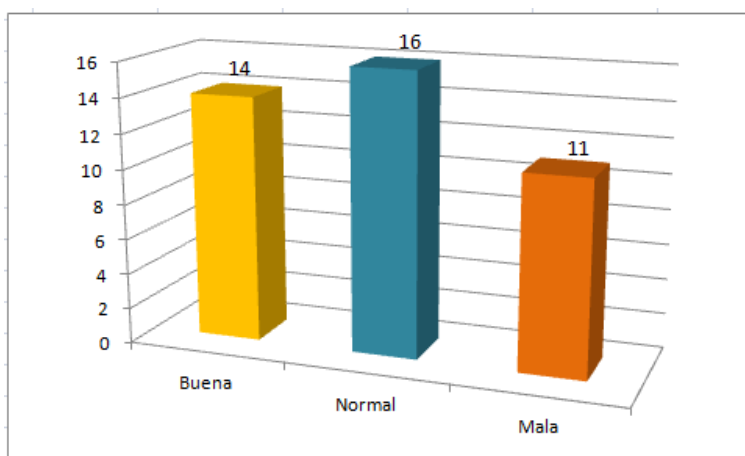
Fuente: Elaboración propia de acuerdo al Cuestionario de Calidad de Vida a WHOQOL-BREF aplicado a la muestra

Luego se analizó la dimensión interpersonal, en donde lo que se evalúa es la percepción que el individuo tiene sobre sus relaciones interpersonales. Los resultados (Gráfico 8) reflejan que diecinueve participantes perciben una calidad de vida buena en esta dimensión, diecisiete participantes la perciben normal y cinco participantes perciben una calidad de vida interpersonal mala.

Gráfico 8: Calidad de vida - dimensión interpersonal

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al Cuestionario de Calidad de Vida a WHOQOL-BREF aplicado a la muestra

Por último se analizaron los resultados de la dimensión entorno de calidad de vida que evalúa la percepción que el individuo tiene respecto a la relación con su entorno. Los resultados (Gráfico 9) muestran la distribución de los niveles de calidad de vida en la dimensión de entorno, en donde dieciséis participantes la perciben normal, catorce la perciben buena y once la perciben mala.

Gráfico 9: Calidad de vida - dimensión entorno

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al Cuestionario de Calidad de Vida a WHOQOL-BREF aplicado a la muestra

Siguiendo el objetivo de la investigación: analizar la relación entre los niveles de depresión y ansiedad con las dimensiones de calidad de vida en los pacientes oncológicos en pacientes internados en el Instituto Nacional de Cancerología, se realizó una correlación de T de Kendall con los 2 elementos (rasgo y estado) de las escalas IDARE e IDERE y las dimensiones del WHOQOL-BREF.

El primer análisis estadístico fue una correlación con Tau de Kendall entre la Ansiedad Estado y la Ansiedad Rasgo (Tabla 8). El resultado muestra una correlación estadísticamente significativa entre ansiedad rasgo y estado.

Tabla 8: Coeficientes de correlación entre ansiedad estado y ansiedad rasgo

Variable		Ansiedad Estado
Ansiedad Rasgo	Coeficiente de correlación	.832**

*p <0.05, **p<0.01

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis realizado en SPSS © con los datos recogidos con el cuestionario WHOQOL-BREF y la escala IDARE

Más adelante se realizó otra correlación con Tau de Kendall entre la Depresión Estado y la Depresión Rasgo (Tabla 9). El resultado muestra una correlación estadísticamente significativa entre depresión rasgo y estado.

Tabla 9: Coeficientes de correlación entre depresión estado y depresión rasgo

Variable		Depresión Estado
Depresión Rasgo	Coeficiente de correlación	.822**

*p <0.05, **p<0.01

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis realizado en SPSS © con los datos recogidos con el cuestionario WHOQOL-BREF y la escala IDARE

El siguiente análisis estadístico fue una correlación con Tau de Kendall entre la Ansiedad Estado y los seis elementos de Calidad de Vida (Tabla 10). Este resultado permite evidenciar una correlación negativa estadísticamente significativa entre ansiedad estado y las dimensiones de calidad de vida: percibida, física y psicológica.

Tabla 10: Coeficientes de correlación entre ansiedad estado y calidad de vida

Variable		Ansiedad Estado
Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	-.437**
C.V. Salud Física	Coeficiente de correlación	-.440**
C.V. Psicológico	Coeficiente de correlación	-.361*
C.V. Interpersonal	Coeficiente de correlación	-.183
C.V. Entorno	Coeficiente de correlación	-.142

*p <0.05, **p<0.01

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis realizado en SPSS © con los datos recogidos con el cuestionario WHOQOL-BREF y la escala IDARE

Los siguientes resultados (Tabla 11) permiten identificar los coeficientes de correlación del análisis de Tau de Kendall entre Ansiedad Rasgo y los seis elementos de calidad de vida. En los resultados expuestos existe correlación negativa estadísticamente significativa entre ansiedad rasgo y las dimensiones de calidad de vida: percibida, física, psicológica e interpersonal.

Tabla 11: Coeficientes de correlación entre ansiedad rasgo y calidad de vida

Variable		Ansiedad Rasgo
Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	-.459**
C.V. Salud Física	Coeficiente de correlación	-.442**
C.V. Psicológico	Coeficiente de correlación	-.346*
C.V. Interpersonal	Coeficiente de correlación	-.359*
C.V. Entorno	Coeficiente de correlación	-.138

*p <0.05, **p<0.01

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis realizado en SPSS © con los datos recogidos con el cuestionario WHOQOL-BREF y la escala IDARE

El siguiente análisis estadístico fue una correlación utilizando el estadístico Tau de Kendall para depresión estado y calidad de vida (Tabla 12). Los resultados evidencian una correlación negativa estadísticamente significativa entre depresión estado y las dimensiones de calidad de vida: percibida, física y psicológica.

Tabla 12: Coeficientes de correlación entre depresión estado y calidad de vida

Variable		Depresión Estado
Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	-.628**
C.V. Salud Física	Coeficiente de correlación	-.477**
C.V. Psicológico	Coeficiente de correlación	-.650**
C.V. Interpersonal	Coeficiente de correlación	.221
C.V. Entorno	Coeficiente de correlación	-.136

*p <0.05, **p<0.01

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis realizado en SPSS © con los datos recogidos con el cuestionario WHOQOL-BREF y la escala IDERE

A continuación se presentan los resultados del análisis estadístico a través del estadístico Tau de Kendal para la depresión rasgo con calidad de vida (Tabla 13). Se presenta una correlación negativa estadísticamente significativa entre la depresión rasgo y las dimensiones calidad de vida: percibida, física, psicológica e interpersonal en los participantes.

Tabla 13: Coeficientes de correlación entre depresión rasgo y calidad de vida

Variable		Depresión Rasgo
Calidad de Vida	Coeficiente de correlación	-.532**
C.V. Salud Física	Coeficiente de correlación	-.442**
C.V. Psicológico	Coeficiente de correlación	-.560**
C.V. Interpersonal	Coeficiente de correlación	-.343*
C.V. Entorno	Coeficiente de correlación	-.087

*p <0.05, **p<0.01

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis realizado en SPSS © con los datos recogidos con el cuestionario WHOQOL-BREF y la escala IDERE

Posterior al análisis estadístico por medio de Tau de Kendall se realizó un modelo de regresión lineal con las dimensiones de Calidad de Vida que mostraban correlaciones mayormente significativas (Percibida, Física, Psicológica) con Ansiedad y Depresión Estado.

El primer modelo de regresión se realizó con las variables Ansiedad Estado y Calidad de Vida Percibida. Los resultados (Tabla 14) describen la regresión simple entre Ansiedad Estado y Calidad de Vida Percibida, en donde se muestra una $R^2 = .214$ acompañada de un coeficiente $\beta = -.463$ con un error estándar de $= .115$

Tabla 14: Análisis de regresión entre ansiedad estado y calidad de vida percibida

R cuadrada	Beta Coeficiente estandarizado	Error Estándar
.214	-.463	.115

*p <0.05, **p<0.01

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis realizado en SPSS © con los datos recogidos con las escalas IDARE e WHOQOL

Seguido se realizó un modelo de regresión lineal con las variables Depresión Estado y Calidad de Vida percibida. El análisis (Tabla 15) muestra un R^2 de .405 con un coeficiente β estandarizado = -.637 con un error estándar de = .121.

Tabla 15: Análisis de regresión entre depresión estado y calidad de vida percibida

R cuadrada	Beta Coeficiente estandarizado	Error Estándar
.405	-.637	.121

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis realizado en SPSS © con los datos recogidos con las escalas IDERE y WHOQOOL

El análisis de regresión simple realizado con las variables Calidad de Vida Física y Ansiedad Estado (Tabla 16) presenta una $R^2 = .171$ con un coeficiente $\beta = -.413$ con un error estándar .113.

Tabla 16: Análisis de regresión entre ansiedad estado y calidad de vida física

R cuadrada	Beta Coeficiente estandarizado	Error Estándar
.171	-.413	.113

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis realizado en SPSS © con los datos recogidos con las escalas IDARE y WHOQOOL

A continuación se elaboró el análisis de regresión simple con las variables Calidad de Vida Física y Depresión Estado (Tabla 17). El análisis de las variables presenta una $R^2 = .170$ con un coeficiente $\beta = -.413$ con un error estándar .136.

Tabla 17: Análisis de regresión entre depresión estado y calidad de vida física

R cuadrada	Beta Coeficiente estandarizado	Error Estándar
.170	-.413	.136

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis realizado en SPSS © con los datos recogidos con las escalas IDERE y WHOQOOL

También se realizó el análisis de regresión simple con las variables Calidad de Vida Psicológica y Ansiedad Estado (Tabla 18). El análisis de las variables presenta una $R^2 = .169$ con un coeficiente $\beta = -.411$ con un error estándar .154.

Tabla 18: Análisis de regresión entre ansiedad estado y calidad de vida psicologica

R cuadrada	Beta Coeficiente estandarizado	Error Estándar
.169	-.411	.154

*p <0.05, **p<0.01

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis realizado en SPSS © con los datos recogidos con las escalas IDARE y WHOQOOL

Por último se realizó el análisis de regresión con las variables Depresión Estado y Calidad de Vida Psicológica. Los resultados (Tabla 19) muestran un $R^2 = .446$ acompañada de un coeficiente $\beta = -.668$ con un error estándar de = .152

Tabla 19: Análisis de regresión entre calidad de vida psicológica y depresión estado.

R cuadrada	Beta Coeficiente estandarizado	Error Estándar
.446	-.668	.152

*p <0.05, **p<0.01

Fuente: Elaboración propia de acuerdo al análisis realizado en SPSS © con los datos recogidos con las escalas IDARE y WHOQOOL

VI. Discusión:

El Instituto Catalán de Oncología (2008) realizó un estudio para determinar la prevalencia de trastornos mentales en los enfermos con cáncer; los resultados indicaron que el 24% de enfermos con cáncer tienen criterios de trastorno mental. La mayoría presentó un trastorno adaptativo, que se caracterizó por tener síntomas de ansiedad, depresión, o ambos.

La relación entre enfermedad médica y depresión ha sido abordada por múltiples autores, encontrándose una notable relación entre ambas. De acuerdo con Goodwin, Kroenke, Hoven y Spitzer (2003), la comorbilidad entre enfermedad física y depresión puede entenderse en la línea de que la condición física causa la depresión, o también que la condición física desarrolla o incrementa la depresión; por otro lado, puede entenderse a partir de una causa común (duelo o estrés) que causan ambas condiciones, y, finalmente, como dos situaciones concurrentes, pero no relacionadas.

Bonicatto, Dew, Zaratiegui, Lorenzo y Pecina (2001), administraron sobre diversas poblaciones el WHOQOL-100 y encontraron que la CV estaba significativamente deteriorada en pacientes depresivos.

Los estudios mencionados previamente y la bibliografía consultada, evidencian que mientras mayor sea el nivel de depresión y ansiedad en el paciente será menor su calidad de vida por lo que la presente investigación surgió con la visión de validar si esta teoría se aplicaba a un hospital oncológico de la capital de Guatemala.

Se utilizaron las pruebas IDARE e IDERE debido a que permiten diferenciar si se trata de un estado ansioso o depresivo transitorio (estado), o bien, estable (rasgo). En el caso de pacientes hospitalizados existía la posibilidad de que los niveles de depresión y/o ansiedad

presentes en los pacientes fueran resultado de la situación actual que estaban viviendo, al estar hospitalizados; sin embargo, los resultados mostraron que la mayoría de los participantes tenían niveles altos de ansiedad y depresión tanto de manera transitoria (estado) como de manera estable (rasgo). Estos resultados fortalecieron la justificación del estudio al respaldar la importancia de que el psicólogo hospitalario realice intervención psicológica con los pacientes para que idealmente disminuya la depresión y ansiedad en ellos, mejorando su calidad de vida a largo plazo.

La estadística del estudio presenta de manera descriptiva que la mayoría de los participantes se encuentran en niveles elevados de depresión y ansiedad, lo cual resulta preocupante ya que en el Instituto Nacional de Cancerología la atención psicológica personalizada al paciente es muy reducida, casi nula. Otro aspecto que se analizó estadísticamente fue la calidad de vida y sus dimensiones, se encontró que la mayoría de los participantes perciben una calidad de vida general y relación con el entorno normal, una calidad de vida interpersonal buena y por último, una calidad de vida física y psicológica mala.

Las dimensiones de calidad de vida: psicológica y física son las que están mayormente afectadas, siendo la física una dimensión obviamente afectada por el estado de los pacientes oncológicos; por lo que se convierte la dimensión psicología en la dimensión que debería ser el foco de atención para el psicólogo hospitalario.

Con el fin de profundizar en el objetivo de la investigación: analizar la relación entre los niveles de depresión y ansiedad con las dimensiones de calidad de vida en los pacientes oncológicos; se realizó el análisis por medio del estadístico de prueba Tau de Kendall, el cual nos permitió analizar lo siguiente:

Se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre ansiedad estado (condición emocional transitoria) con las dimensiones de calidad de vida: percibida, física y psicológica. La correlación (-) nos indica que a mayor nivel de ansiedad estado, existe una menor calidad de vida percibida, física y psicológica en el paciente.

Respecto a la ansiedad rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa con las dimensiones de calidad de vida: percibida, física, psicológica e interpersonal. Lo que se interpreta como que a mayor nivel de ansiedad rasgo, existe una menor calidad de vida percibida, física, psicológica e interpersonal.

En el presente estudio se encontró, también, que la depresión estado (condición emocional transitoria) tiene una correlación negativa estadísticamente significativa con las dimensiones de calidad de vida: percibida, física y psicológica. La correlación (-) nos indica que a mayor nivel de depresión estado, existe una menor calidad de vida percibida, física y psicológica en el paciente.

Otro hallazgo fue que la depresión rasgo (propensión depresiva relativamente estable) tiene una correlación estadísticamente significativa con las dimensiones de calidad de vida: percibida, física, psicológica e interpersonal. Lo que nos indica que a mayor nivel de depresión rasgo, existe una menor calidad de vida percibida, física, psicológica e interpersonal.

A partir de la correlación entre las variables depresión estado y ansiedad estado y las dimensiones de calidad de vida se realizaron varios modelos de regresión lineal para encontrar el grado de causalidad entre dichas variables. En el primer modelo de regresión

lineal se estableció la Ansiedad Estado como la variable independiente y la calidad de vida percibida como la dependiente ($R^2 = .214$, $\beta = -.463$), este modelo indicó que la Ansiedad Estado explica en un 21% la calidad de vida percibida. Así mismo, el coeficiente β estandarizado permite identificar que la calidad de vida percibida disminuye en un 46% al aumentar la ansiedad estado. La forma en que se relacionan estas variables con la población estudiada nos indica la importancia de prestar atención a los niveles de ansiedad en los pacientes.

Seguido, se realizó un segundo modelo de regresión lineal estableciendo la Depresión Estado como la variable independiente y la calidad de vida percibida como la dependiente ($R^2 = .405$, $\beta = -.637$), el modelo indicó que la Depresión Estado explica en un 41% la calidad de vida percibida. A través del coeficiente β estandarizado se encuentra que la calidad de vida percibida disminuye en un 64% al aumentar la depresión estado. Estos resultados reflejan que la Depresión Estado en la muestra afecta significativamente su calidad de vida percibida.

Se desarrolló un tercer modelo de regresión lineal utilizando la depresión estado ($R^2 = .171$, $\beta = -.413$) y ansiedad estado ($R^2 = .170$, $\beta = -.413$) como independientes y la calidad de vida física como dependiente. Los resultados fueron muy similares; indicando que la depresión y ansiedad estado explican en un 17% la calidad de vida física. El coeficiente β estandarizado refleja que la calidad de vida física disminuye en un 41% al aumentar la depresión y ansiedad estado. Estos resultados respaldan la teoría que la depresión y ansiedad tienen consecuencias en el estado físico del paciente.

También se realizó un modelo de regresión lineal utilizando ansiedad estado como la variable independiente y calidad de vida psicológica como la dependiente ($R^2 = .169$, $\beta = -.411$) este modelo indicó que la Ansiedad Estado explica un 17% la calidad de vida psicológica. Así mismo, el coeficiente β estandarizado permite identificar que la calidad de vida psicológica disminuye en un 41% al aumentar la ansiedad estado. Estos resultados fortalecen la idea que al disminuir la ansiedad en el paciente, su la calidad de vida psicológica se elevara.

Por último se realizó el modelo de regresión lineal utilizando la depresión estado como variable independiente y la calidad de vida psicológica como la variable dependiente ($R^2 = .446$, $\beta = -.668$), los resultaron indicaron que la Depresión Estado explica en un 45% la calidad de vida psicológica. A través del coeficiente β estandarizado se encuentra que la calidad de vida psicológica disminuye en un 67% al aumentar la depresión estado. Estos últimos resultados son de suma importancia ya que respaldan la justificación de esta investigación, mostrando que una depresión estado alta dará lugar a una menor calidad de vida psicológica en el paciente.

La evidencia científica reportada en esta investigación permite explicar parcialmente la hipótesis de investigación, ya que se encontró que los altos niveles de depresión y ansiedad se relacionan y afectan negativamente la calidad de vida del paciente. Existen otros factores que no se estudiaron en esta investigación los cuales influyen en una calidad de vida mala, y que deben tomarse en consideración en futuras investigaciones.

Es importante mencionar que los resultados encontrados en esta investigación, a pesar de ser científicamente relevantes, no pueden generalizarse a toda la población, ya que la

muestra no es representativa en comparación a todo el universo de pacientes oncológicos del país. Esto se debe a que la población pertenece únicamente a un hospital oncológico y fue de 41 pacientes.

Los resultados encontrados en esta investigación son valiosos ya que nos permiten tomar en cuenta la importancia de una atención psicológica personalizada a los pacientes internados con el objetivo de disminuir su ansiedad y depresión con el fin de mejorar la calidad de vida del paciente.

Durante la fase de ejecución del estudio se observó que la fe de los pacientes tiene una alta influencia sobre la percepción que ellos tienen sobre su calidad de vida, se trata de una relación directa que indica que a más elevada la religiosidad y fe del paciente es mayor su calidad de vida. Incluso en algunos casos se observó como el paciente religioso calificaba todas las dimensiones sobre su calidad de vida como “muy buenas” a pesar de los dolores, problemas económicos, el padecer la enfermedad, el estar hospitalizado y muchos otros factores negativos que rodean al paciente oncológico.

VII. Conclusiones:

Los hallazgos de la muestra generan las siguientes conclusiones:

- Debido a los importantes efectos secundarios de su tratamiento, el cáncer es una de las enfermedades en las que más relevancia adquiere conocer la calidad de vida de los pacientes.
- La mayoría de los participantes están en un nivel elevado de depresión estado y rasgo, lo cual indica que la mayoría de los participantes han estado deprimidos por un lapso extenso de tiempo.
- La mayoría de los participantes están en un nivel alto de ansiedad estado y rasgo, lo cual indica que la mayoría de los participantes han estado ansiosos por un lapso extenso de tiempo.
- La mayoría de los participantes tienen una calidad de vida percibida y relación con el entorno regular, una calidad de vida interpersonal buena y, por último, una calidad de vida física y psicológica mala.
- Las dimensiones: calidad de vida psicológica y calidad de vida física, son las que están mayormente afectadas en la mayoría de los participantes.
- A mayor nivel de ansiedad estado, existe una menor calidad de vida percibida, física y psicológica en el paciente.
- A mayor nivel de ansiedad rasgo, existe una menor calidad de vida percibida, física, psicológica e interpersonal en el paciente.

- A mayor nivel de depresión estado, existe una menor calidad de vida percibida, física y psicológica en el paciente.
- A mayor nivel de depresión rasgo, existe una menor calidad de vida percibida, física, psicológica e interpersonal en el paciente.
- La ansiedad estado explica en un 21% la calidad de vida percibida. Así mismo, la calidad de vida percibida disminuye en un 46% al aumentar la ansiedad estado.
- La depresión estado explica en un 41% la calidad de vida percibida. A la vez, la calidad de vida percibida disminuye en un 64% al aumentar la depresión estado.
- La depresión y ansiedad estado explican en un 17% la calidad de vida física. Así mismo, la calidad de vida física disminuye en un 41% al aumentar la depresión y ansiedad estado.
- La ansiedad estado explica un 17% la calidad de vida psicológica. A la vez, la calidad de vida psicológica disminuye en un 41% al aumentar la ansiedad estado.
- La depresión estado explica en un 45% la calidad de vida psicológica. Así mismo, la calidad de vida psicológica disminuye en un 67% al aumentar la depresión estado.
- Este trabajo de graduación se suma a una serie de investigaciones respecto al tema de depresión, ansiedad y calidad de vida en el paciente oncológico; el mismo nos permite conocer más sobre el fenómeno en el contexto guatemalteco, sobre cual eran pocas las investigaciones que habían.

VIII. Recomendaciones

- Es necesario que el servicio hospitalario no consista sólo en manipular al organismo de los pacientes para evitar la muerte o mejorar su funcionamiento; debe también proporcionar calidad de vida, bienestar y disminuir el sufrimiento del paciente.
- Se sugiere implementar y/o fortalecer en los diferentes hospitales en Guatemala una atención psicológica personalizada y dedicada específicamente a los pacientes hospitalizados en el plano psicológico de manera individual, de manera grupal e intervención con los familiares.
- En el ámbito de intervención dentro del desarrollo de la enfermedad, resulta esencial comprender y tratar los aspectos emocionales de los pacientes oncológicos para mejorar su calidad de vida actual y fortalecer el futuro, a partir no sólo del apoyo sino también del re-aprendizaje de estilos de vida.
- Se debe ofrecer apoyo a las reacciones psicológicas a quien ya tiene la enfermedad, y a su familia, quienes se enfrentan al shock de la posibilidad de la pérdida de un ser querido, además de todos los aspectos asociados a llevar una enfermedad tan desgastante.
- La ampliación de la investigación será determinante para conocer los resultados en otros colectivos de la población. Es importante realizar una investigación con una muestra de mayor tamaño y de distintos contextos para la representatividad del país.
- Es primordial que se profundice sobre la relación que existe entre las variables utilizadas en este estudio con los datos demográficos de los participantes. En la

discusión de resultados se encontró que la fe y religiosidad afectan la percepción de calidad de vida en los pacientes oncológicos, profundizar en este aspecto sería de interés para que el psicólogo hospitalario lo tome en cuenta en la atención al paciente oncológico.

IX. Bibliografía:

- Abúli, P., Comas, P., Suñer, R. y Grau, A. (2003) “Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad”. *Revista Medicina Clínica*, vol.120, pp. 370-375
- Ackley, J., Gail, B. (2006) *Nursing diagnosis handbook: a guide to planning care*. Editorial Elsevier Mosbi. 7ma Edición. Pp.650-710.
- Aguirre, A. Estrada, M. Herrera, A. Alarcón, L. Montepeque, B. y Vásquez, A. (2007) *Niveles de depresión que pueden encontrarse en pacientes con Cáncer de Cérvix, FTO, VIH-Sida, Abuso Sexual y Preoperatorios que motiven a continuar recibiendo un proceso psicoterapéutico*. Seminario de Integración. Universidad Panamericana.
- Alarcón, A. (2004) “La depresión en el paciente Renal”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol.33, pp. 298-320.
- Aldana, V. (2003) “Enfoque Psicológico y fisiológico del dolor agudo,” *Revista Cubana Medica Militar*. Vol.32. pp.197-203.
- Alvarado, S., Vázquez, L., y Velázquez, N. (2009) “Ansiedad Asociada al Dolor Agudo en Pacientes Oncológicos”. *Revista Psicooncología*, Vol. 5, pp.19-29
- Aragonés, E., Labad, A. y Piñol, J.L. (2005) *Estudio de los trastornos depresivos en atención primaria*. Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Reus, España.
- Besteiro, J. y Prieto, A. (2005) *Conocer la depresión para poder superarla*. Editorial Everest. 1era Edición. España.

- Bonicatto, S., Dew, M. A., Zaratiegui, R., Lorenzo, L. & Pecina, P. (2001) *Pacientes de ambulatorios con depresión: peor calidad de vida que en otras enfermedades médicas en la Argentina*. *Social Science and Medicine*. pp. 911-919.
- Campo, A. (1999) “La depresión: problema médico cotidiano”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 2, pp. 7-9.
- Cano, A. (2005) “Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer”. *Revista Psicooncología*, Vol. 2, Núm. 1. pp 71-80
- Calle, J. (2000) “La evaluación diagnóstica del paciente deprimido”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 6, pp. 3-7.
- Cassem, H. (1995) “Depressive disorders in the medically ill”. *Revista An overview. Psychosomatics*, Vol. 36, pp. 2-10.
- Davis, M., McKay, M., Eshelman, E. (1985) *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona, España. Ed. Martínez Roca Colección práctica. pp.156-217.
- Díaz, I. (2008) *Determinantes psicológicos de la calidad de vida*. Tesis presentada en opción al Grado científico de Doctor en Ciencias Psicológicas. Universidad de La Habana, Cuba.
- Ferrero, J., Toledo, M. & Barreto, M. (1995) “Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama”. *Revista Latinoamericana de Psicología*. pp. 87-102.
- Franco, J. G., Gómez, P. E., Ocampo, M. V., Vargas, A. y Berríos, D. M. (2005) “Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes medicoquirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia”. *Revista Colombia Médica*, Vol. 36, pp.186-193.

- Fullerton, C., Florenzano, R. y Acuña, J. (2000) “Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención”. *Revista Médica de Chile*, Vol. 128, pp. 729-734.
- Gómez, C., Bohórquez, A., Okuda, M., Gil, J.F., Tamayo, N. y Rey, D. (2007) “Exactitud en el diagnóstico de depresión por médicos de atención primaria después de una intervención educativa”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 36, pp. 439-450.
- Gómez, C., Bohórquez A, Pinto, D., Gil J., Rondón M. y Díaz, N. (2004) “Prevalencia de la depresión y factores asociados con ella en la población colombiana”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 16, pp. 378-86.
- González, C. H., Valencia, H. y Bersh, S. (2006). “Intervenciones psicoterapéuticas en los pacientes con enfermedad médico quirúrgica”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 35, Pp. 72-90.
- González, F. *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Editorial Ciencias Médicas, La Habana. pp. 403-466
- Goodwin, R., Kroenke, K., Hoven, C. y Spitzer, R. (2003) “Major depression physical illness and suicidal ideation in primary care”. *Revista Psychosomatic Medicine*, Vol. 65, pp. 501-505.
- Halgin, R. y Krauss Whitbourne, S. (2009) *Psicología de la Anormalidad*. Quinta Edición. Mc. Graw Hill, México, D.F.
- Heim, E. (1991) *Coping and adaptation in cancer*. Cancer and stress: Psychological, biological and coping studies. John Wiley and Sons. pp.196-235.

- Henningsen, P., Zimmerman, T. y Sattel, H. (2003) "Medically unexplained physical symptoms, anxiety and depression. A meta-analytic review". *Revista Psychosomatic Medicine*, Vol. 65, pp. 528-533.
- Ibáñez, E. y Rosbundo, A. (1993) *Soporte social y afrontamiento afectivo en la enfermedad cancerosa*. Salud, expresión y represión social de las emociones. Ed. Promolibro, Valencia. pp. 379-397.
- Jacobsen, P. (2008) "Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: Achievements and challenges". *Revista: A cancer journal for clinicians*. American Cancer Society. Vol. 58. Pp. 214-230.
- Katon, W. (2003) "Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness". *Revista Biological Psychiatry*, Vol. 54, pp. 216-226.
- Lazarus, R y Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. Nueva york: Springer (Versión castellana Martínez Roca, 1986)
- Llantá, M., Grau, J., y Massip, C. (2008) *La Psicología de la Salud y La Lucha Contra el Cáncer*. Universidad Médica de la Habana. Cuba.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V. (2013) Anxiety Disorders. Fifth Edition. pp.189-233.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-V. (2013) Depressive Disorders. Fifth Edition. pp.155-189.
- MacHale, S. (2002) "Managing depression in physical illness". *Revista Advanced in Psychiatric Treatment*, Vol. 8, Pp. 297-306.
- Meseguer, C. (2003) *La Ansiedad*. Madrid. Ades ediciones. Capítulo 21. pp 338-342.

- Middleton, J. (2002) "Psico-oncología en el siglo XXI". *Revista Actualidad Psicológica*. No. 383. pp.23-35
- Miro, J., Nieto, R. Huguet, A. (2007) "Realidad virtual y manejo del dolor". *Revista Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. Vol. 82. Pp.52-64.
- Monsalve, P y Soriano, J. (2006) "Intervención Psicológica en el dolor oncológico: Un estudio de revisión". *Revista Psicooncologia*, Vol.3, Núm. 1. pp. 139-152.
- Moorey, S y Greer, S.(1989) *Psychological Therapy for patients with cancer: a new approach*. Londres: Heinemann Medical Books.
- Moscow, J. y Cowan, K. (2007) *Biology of Cancer*. 23era Edición. Filadelfia. Elsevier.
- Oblitas, L. (2009) *Bienestar, Salud y Calidad de Vida*. Disponible en:
<http://www.depsicoterapias.com/>
- Organización mundial de la salud OMS. Disponible en:
<http://www.who.int/countries/gtm/es/>
- Palomo, L., Rubio, C. y Gervás, J. (2006) "La comorbilidad en atención primaria". *Revista Gaceta Sanitaria*, Vol. 20, Pp.182-191.
- Picart, P. Casanovas, P. Soler, R. y Martín, A. (2003) "Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad". *Revista electrónica Medicina clínica*. Vol. 120, pp. 370-375.
- Prieto, G. y González, B. (2005) *Conocer la depresión para poder superarla*. Primera Edición. Ediciones Everest. España

- Rico, J. Restrepo, M. y Molina, M. (2005) “Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia”. *Revista Avances en Medición*. pp. 73-86.
- Riveros, M., Bohórquez A., Gómez, C. y Okuda, M. (2006) “Conocimientos sobre la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria en Bogotá, Colombia”. Resultados colombianos del proyecto internacional de depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 35, pp. 9-22
- Rodríguez, C. y Puerta, G. (1995) “Prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad en los pacientes de consulta no psiquiátrica”. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 26, pp. 273-288.
- Rodríguez, M. (1997) *Técnicas diagnósticas y de tratamiento del dolor*. Medicina del dolor. pp. 545-557.
- Rosenberger, P.H., Jokl, P. y Ickovics, J. (2006) “La influencia de los factores psicológicos en los resultados quirúrgicos: revisión bibliográfica basada en la evidencia”. *Revista Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, Vol.5, pp. 367-375.
- Rujano, M. (2010) “La Depresión: Etiología y Tratamiento”. *Revista Ciencia y Sociedad*. Vol. 37. No. 2. Pp.183-197
- Sánchez, M. (2007) *Aspectos psicológicos del dolor en el niño*. Manual de alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer. México. McGraw Hill. Capítulo 32. pp. 373-384.

- Stiebler Leal, V. (1993) “Las variables psicológicas que influyen en el riesgo y el pronóstico del cáncer: una revisión del actual”. *Revista Brasileña de Cancerología*. pp. 53-59.
- Tamblay, A. y Bañados, B. (2004) *Psicooncología del Cáncer de Mama*. Tesis para optar título de Psicología. Universidad de Chile.
- Thielking, P. (2003) “Cancer pain and anxiety”. *Revista Current Medicine*. Vol. 7. No. 4. Pp 249-261.
- Tobal, M. (1990) “La ansiedad”. *Revista Tratado de Psicología General*. Vol. 3. Madrid. pp 309-344.
- Valiente, M. (2006) “El uso de la visualización en el tratamiento psicológico de enfermos de Cáncer”. *Revista Psicooncología*. Vol. 3. pp.19-34.
- Watson, M. y Greer, S.(1998) *Personality and Coping*. Ed. Psycho-oncology. Nueva York: Oxford University. pp. 91-98
- World Health Organization (1993). *WHOQOL Study Protocol*. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

X. Anexos

10.1 Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Por este medio hago de su conocimiento que yo Marisela Flores Mayorga, soy estudiante de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala. Como parte de los requisitos para graduarme debo entregar mi trabajo de tesis. El cual tiene como objetivo conocer acerca del estado anímico del paciente en el área de encamamiento.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar 3 cuestionarios, cada uno le tomara aproximadamente 25 minutos. Durante los cuestionarios se le harán preguntas respecto a su estado de ánimo durante los últimos meses.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar.

Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar conmigo al 42206991 o con mi director de investigación el Lic. Mario Colli al 53774533.

He leído el procedimiento descrito arriba. La investigadora me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Marisela Flores.

Nombre del Participante _____ Edad: _____

Género: _____ Estado Civil: _____ Religión: _____

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Marisela Flores Mayorga
Universidad del Valle de Guatemala
Estudiante de Psicología
Carnet 07845
Cel. 42206991
Correo: marichi-f@hotmail.com

Vo.Bo
Lic. Mario Colli
Universidad del Valle de Guatemala
Departamento de Psicología
mcolli2007@yahoo.es
Supervisor

Vo.Bo
MsC. Pablo Barrientos
Universidad del Valle de Guatemala
Departamento de Psicología
Tel. 23640336 Ext. 573
Director

10. 2 Cartas a hospital

Guatemala, 4 de Septiembre de 2013

Doctora
Eva Duarte
Instituto de Cancerología
Directora Cuidados Paliativos
Presente

Estimada Dra. Eva Duarte:

Le saludo cordialmente deseándole éxitos en sus actividades diarias.

Por este medio hago de su conocimiento que yo Marisela Flores Mayorga estudiante de Psicología en la Universidad del Valle de Guatemala con número de carnet 07845 me encuentro realizando mi trabajo de tesis en la temática de *“Relación de los niveles de ansiedad y depresión con la calidad de vida en pacientes oncológicos”*.

Este trabajo implica la participación de pacientes diagnosticados con Cáncer internados en el área de encamamiento. Por consiguiente quería solicitarle que los pacientes internados en el área de encamamiento del INCAN puedan ser la muestra de la investigación.

Para la investigación se utilizarán tres instrumentos que miden tres constructos psicológicos diferentes. El primer instrumento es el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Ch. Spielberger (1966). El segundo, el Inventario de Depresión Rasgo-Estado de Martí, Grau y Ramírez (2003). El tercero y último es el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF (1993). Cada prueba tiene una duración aproximada de 25 minutos.

Los datos recolectados a través de las escalas de evaluación serán única y exclusivamente utilizados para el presente estudio de investigación, siguiendo los estándares internacionales de investigación y respetando la confidencialidad de los participantes.

Agradeciendo su atención quedo a la espera de su respuesta,

Marisela Flores Mayorga
Universidad del Valle de Guatemala
Estudiante de Psicología
Carnet 07845
Cel. 42206991
Correo: marichi-f@hotmail.com

Vo.Bo
Lic. Mario Colli
Universidad del Valle de Guatemala
Departamento de Psicología
mcolli2007@yahoo.es
Supervisor

Vo.Bo
MsC. Pablo Barrientos
Universidad del Valle de Guatemala
Departamento de Psicología
Tel. 23640336 Ext. 573
Director

Guatemala, 4 de Septiembre de 2013

Doctor
Walter Guerra
Instituto de Cancerología
Director
Presente

Estimada Dr. Walter Guerra:

Le saludo cordialmente deseándole éxitos en sus actividades diarias.

Por este medio hago de su conocimiento que yo Marisela Flores Mayorga estudiante de Psicología en la Universidad del Valle de Guatemala con número de carnet 07845 me encuentro realizando mi trabajo de tesis en la temática de *“Relación de los niveles de ansiedad y depresión con la calidad de vida en pacientes oncológicos”*.

Este trabajo implica la participación de pacientes diagnosticados con Cáncer internados en el área de encamamiento. Por consiguiente quería solicitarle que los pacientes internados en el área de encamamiento del INCAN puedan ser la muestra de la investigación.

Para la investigación se utilizarán tres instrumentos que miden tres constructos psicológicos diferentes. El primer instrumento es el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Ch. Spielberger (1966). El segundo, el Inventario de Depresión Rasgo-Estado de Martí, Grau y Ramírez (2003). El tercero y último es el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF (1993). Cada prueba tiene una duración aproximada de 25 minutos.

Los datos recolectados a través de las escalas de evaluación serán única y exclusivamente utilizados para el presente estudio de investigación, siguiendo los estándares internacionales de investigación y respetando la confidencialidad de los participantes.

Agradeciendo su atención quedo a la espera de su respuesta,

Marisela Flores Mayorga
Universidad del Valle de Guatemala
Estudiante de Psicología
Carnet 07845
Cel. 42206991
Correo: marichi-f@hotmail.com

Vo.Bo
Lic. Mario Colli
Universidad del Valle de Guatemala
Departamento de Psicología
mcolli2007@yahoo.es
Supervisor

Vo.Bo
MsC. Pablo Barrientos
Universidad del Valle de Guatemala
Departamento de Psicología
Tel. 23640336 Ext. 573
Director

10.3 Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)

IDERE
(INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO - ESTADO)
Grau, Martín, Ramírez, 1989

Nombre: _____
 Edad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta ahora mismo, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, ahora.

No, en absoluto —1
 Un poco —2
 Bastante —3
 Mucho —4

Primera Parte

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación ()
2. Estoy preocupado ()
3. Me siento con confianza en mí mismo ()
4. Siento que me canso con facilidad ()
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme ()
6. Siento deseos de quitarme la vida ()
7. Me siento seguro ()
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo ()
9. Me canso más pronto que antes ()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas ()
11. Me siento bien sexualmente ()
12. Ahora no tengo ganas de llorar ()
13. He perdido la confianza en mí mismo ()
14. Siento necesidad de vivir ()
15. Siento que nada me alegra como antes ()
16. No tengo sentimientos de culpa ()
17. Duermo perfectamente ()
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea ()
19. Tengo gran confianza en el porvenir ()
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir ()

IDERE
(INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO - ESTADO)
Grau, Martín, Ramírez, 1989

Instrucciones: Alguna de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y escriba el número correspondiente a la respuesta seleccionada de acuerdo a como usted se sienta usted generalmente. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos, generalmente.

Casi nunca — 1
 Algunas veces — 2
 Frecuentemente — 3
 Casi siempre — 4

Segunda Parte

1. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo ()
2. Creo no haber fracasado más que otras personas. ()
3. Pienso que las cosas me van a salir mal ()
4. Creo que he tenido suerte en la vida ()
5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás ()
6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro ()
7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones ()
8. Me deprimó por pequeñas cosas ()
9. Tengo confianza en mí mismo ()
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas ()
11. Me siento aburrido ()
12. Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen ()
13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales ()
14. Soy indiferente ante las situaciones emocionales ()
15. Todo me resulta de interés ()
16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza ()
17. Me falta confianza en mí mismo ()
18. Me siento lleno de fuerzas y energías ()
19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente ()
20. Me ahogo en un vaso de agua ()
21. Soy una persona alegre ()
22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago ()

10.4 Inventario de Ansiedad-Estado (IDARE)

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

IDARE INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUEN- TEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona “tranquila serena y sosegada”	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

10.5 Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF

Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada.

A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho está con su salud?

Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN