



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA SALUD MENTAL



# PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA QUE REALIZARON TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

**Autoras:**

Yanet Arena  
Emiliana López  
Anallía Méndez  
Fernanda Pombo  
Carolina Temesio

**Tutores:**

Prof. Adj. Lic. Luz Vázquez  
Prof. Asist. Lic. Sebastián Castrillón

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2017

## INTEGRANTES

- Br. Arena Yanet
- Br. López Emiliana
- Br. Méndez Analía
- Br. Pombo Fernanda
- Br. Temesio Carolina

INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	4
• Br. Arena Yanet	5
• Br. López Emiliana	6
• Br. Méndez Analía	7
• Br. Pombo Fernanda	7
• Br. Temesio Carolina	8
JUSTIFICACIÓN Y HECHO DE LOS RESULTADOS	11
FUNDAMENTO TEÓRICO	12
METODOLOGÍA	18
TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO	19
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	19
UNIVERSO DE ESTUDIO SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA	21
CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	22
PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTO A UTILIZAR	27
PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS	30
PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	34
PRESENTACIÓN DE VARIABLES	35
ANÁLISIS	40
CONCLUSIÓN	42
SUGERENCIAS	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
CRONOGRAMA DISTRIBUIDO DE GRANT	48
PRELIMINARES	48

## CONTENIDO

INTEGRANTES .....	2
RESUMEN .....	5
GLOSARIO .....	6
ABREVIATURAS .....	6
SIGLAS .....	6
OBJETIVOS .....	7
Objetivo General .....	7
Objetivos Específicos .....	7
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA .....	8
JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS .....	11
FUNDAMENTO TEORICO .....	12
METODOLOGIA .....	18
TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO .....	18
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	19
UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA, CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	22
PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTO A UTILIZAR .....	22
PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS .....	23
PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS .....	24
PRESENTACIÓN DE VARIABLES .....	25
ANALISIS .....	38
CONCLUSIÓN .....	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	42
CRONOGRAMA DIAGRAMA DE GRANTT .....	44
PRESUPUESTO .....	45
ANEXOS .....	46

ANEXO 1 .....	47
ANEXO 2 .....	49
ANEXO 3 .....	50
ANEXO 4 .....	80
ANEXO 5 .....	95
ANEXO 6 .....	100

## RESUMEN

El siguiente trabajo está enfocado a la existencia de depresión en mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncológico en 2016; siendo que la mortalidad por cáncer de mama en nuestro país ocupa el primer lugar en el sexo femenino y la depresión es una patología en ascenso.

El trabajo de investigación se realizó en la República Oriental del Uruguay departamento de Montevideo con 30 mujeres (población) pertenecientes a la Asociación Civil "Dame tu Mano"; en noviembre de 2016; mediante un cuestionario, utilizando como instrumento el Inventario de Depresión de Beck; y siendo el mismo anónimo y confidencial.

Es un tipo de estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Los datos se procesaron mediante tablas y gráficas para la obtención de resultados y así contrastarlos con los objetivos propuestos.

## GLOSARIO

### ABREVIATURAS

Lic.: Licenciado

Br.: Bachiller

Prof.: Profesor

Adj.: Adjunto

Asist.: Asistente

### SIGLAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

MSP: Ministerio de Salud Pública

UdelaR: Universidad de la República

FA: Frecuencia Absoluta

FR: Frecuencia Relativa

FR%: Frecuencia Relativa Porcentual

## OBJETIVOS

### Objetivo General

Conocer la prevalencia de depresión en mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncológico (quimioterapia y/o radioterapia) que concurren a la Asociación Civil "Dame tu Mano".

### Objetivos Específicos

Caracterizar a la población de estudio a través de las variables.

Aplicar instrumento para valorar depresión en mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncológico.

## PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Los cánceres más comunes son el cáncer de seno, el cáncer de pulmón y bronquios, el cáncer de próstata, el cáncer de colon y recto, el cáncer de vejiga, el melanoma de piel, el linfoma no Hodgkin, el cáncer de tiroides, el cáncer de riñón y pelvis renal, la leucemia, el cáncer de endometrio y el cáncer de páncreas.

El número de casos nuevos de cáncer (incidencia del cáncer) es de 454,8 por cada 100 000 hombres y mujeres por año (con base en casos de 2008 a 2012).

El número de muertes por cáncer (mortalidad por cáncer) es de 171,2 por cada 100 000 hombres y mujeres por año (con base en datos de muertes de 2008 a 2012).

La mortalidad por cáncer es más alta en hombres que en mujeres (207,9 por cada 100 000 hombres y 145,4 por cada 100 000 mujeres). La mortalidad es más alta en hombres afroamericanos (261,5 por cada 100 000) y más baja en mujeres asiáticas y nativas de las islas del Pacífico (91,2 por cada 100 000). (Con base en datos de muertes de 2008 a 2012).

El número de personas que están viviendo más allá de un diagnóstico de cáncer llegó a casi 14,5 millones en 2014 y se prevé que aumente a cerca de 19 millones para 2024.

Cerca de 39,6 por ciento de mujeres y hombres recibirán un diagnóstico de cáncer en algún momento de sus vidas (con base en datos de 2010 a 2012).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Cáncer de mama. [Internet]. Disponible en: [http://www.comisioncancer.org.uy/uc\\_213\\_1.html](http://www.comisioncancer.org.uy/uc_213_1.html) [consulta: 23 abr 2016].

## Incidencia de Cáncer de mama en Uruguay

En Uruguay el cáncer es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares. El cáncer de mama ocupa el 1er lugar de localización de cáncer en la mujer y el cáncer de cuello de útero el 3er lugar. La mortalidad por cáncer de mama ocupa el 1er lugar y el de cuello de útero el 7to lugar.<sup>2</sup>

## DEPRESION EN URUGUAY

### La Epidemia de Depresión en el Uruguay

Hoy en el Uruguay existen 600 mil personas que sufren de depresión pero el 80 por ciento –es decir 480 mil personas- desconocen que padecen esta enfermedad. La depresión es una enfermedad que existe desde siempre. Ésta afecta al individuo como un todo, pues puede comprometer el pensamiento, el comportamiento, el humor, los sentimientos y también la salud física.

En Uruguay existen elementos que afirman que hay epidemia de depresión; se incrementaron en forma significativa las consultas de salud mental en el Ministerio de Salud Pública. La principal causa de licencias médicas en los centros autónomos es la depresión. El motivo central de consulta en el área de calidad de vida y salud mental del Instituto Nacional de la Juventud (INJU) es por esta enfermedad. La causa vital de suicidios en el país es por la depresión. Por este tema hay una gran inquietud porque además de aumentar rápidamente, lo que preocupa mucho es el cambio en el perfil. Antes siempre eran personas de edad más avanzada, adultos o adultos mayores. Sin embargo se incrementó en forma alarmante el número de jóvenes fallecidos por accidentes de tránsito y suicidio. Asimismo, hay epidemias que tienen que ver directamente con esta; hay un abuso en la región de las Américas y nuestro país no es ajeno al consumo de tranquilizantes. Hay un incremento en el abuso del alcohol, de drogas psicoactivas lícitas e ilícitas, y éstas son todas caras de la misma epidemia. Porque cuando el individuo padece de depresión, -que en el 80 % de los casos no lo sabe- trata de defenderse de esa sensación extraña

---

<sup>2</sup>Ibid.

que tiene y lo hace ingiriendo alguna sustancia que alivia los síntomas. Hay incremento de accidentes de tránsito y laborales, muchos de los cuales son conductas temerarias de personas que están con depresión, por lo que la epidemia de accidentes de tránsito también tiene que ver con esta enfermedad. Para combatir esta enfermedad es necesario un reconocimiento precoz de la misma y un tratamiento.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup>Fundación Cazabajones. Trastorno depresivo. [Internet]. Disponible en: <http://www.fundacioncazabajones.org/> [consulta: 10 abr 2016].

## JUSTIFICACIÓN Y USO DE LOS RESULTADOS

Al realizar la revisión bibliográfica notamos que en nuestro país el cáncer de mama en el sexo femenino es la segunda causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares.

Dentro de la salud mental, en el Uruguay, existen 600 000 personas que sufren de depresión, pero 80% desconocen que la padecen.

Respecto al tema del cáncer de mama, y visto que no se encontraron estudios que abarquen la salud mental en mujeres cursando esta patología, nos planteamos conocer acerca de dicha área.

Es así que, nos proponemos como tema de estudio investigar si existe relación entre ambas patologías (cáncer de mama y depresión) para conocer la incidencia de éstas.

Con motivo de realizar el Trabajo Final de Investigación, nos contactamos con la Asociación Civil sin fines de lucro "Dame tu Mano" ,(Anexo 1) la cual funciona desde 2007 y, tiene como objetivo brindar contención a mujeres con cáncer de mama y sus familias.

Consideramos que la población que concurre a dicho centro era la adecuada porque contaban con los requisitos que consideramos adecuados para la investigación; cursaban tratamiento oncológico (radioterapia/quimioterapia), y el número de población suficiente para aplicar el Instrumento de investigación, de este modo conocer la incidencia de depresión en mujeres con cáncer de mama que realizaron tratamiento oncológico en el año 2016.

En representación de Facultad de Enfermería, nos comprometemos a que la información que se nos brinde será de uso exclusivo para dicho trabajo y mantenido en confidencialidad. (Anexo 2)

## FUNDAMENTO TEORICO

### DEFINICION DE SALUD

La **salud** es un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>4</sup>, por tanto podemos decir que según el mismo organismo la **enfermedad** es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible.<sup>5</sup>

Dentro de la comunidad se han desarrollado diferentes tipos de disciplinas, las cuales proveen herramientas para un mejor relacionamiento con el entorno, es entonces que la **Enfermería** interviene en esto como una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona-familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del Hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio- psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria.<sup>6</sup>

En la comunidad de hoy, por el ritmo de vida al que el hombre se ve expuesto, lleva a que se manifiesten diversas patologías. Siendo algunas de estas relacionadas con la **salud mental** del individuo, definiéndose la misma como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup>-Smeltzer SC, Bare BG. Brunner y Suddarth: tratado de enfermería médico quirúrgica. 10a. ed. México: Mc Graww-hill interamericana; 2005.

<sup>5</sup>-Organización Mundial de la Salud ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> [consulta: 29 nov 2016].

<sup>6</sup>-Barrnechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crossa S, et al. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009. p.12.

<sup>7</sup>-Organización Mundial de la Salud [Internet]. Salud mental: un estado de bienestar. [Internet]. 2013. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/) [consulta: 21 abr 2016].

Dentro de la salud mental una de las patologías más prevalentes en nuestra sociedad es la **depresión**, que se define como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. En países de todo tipo de ingresos, las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas,

---

mientras que otras que en realidad no la padecen son a menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos.

La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. En una resolución de la Asamblea Mundial de la Salud adoptada en mayo de 2013 se abogó por una respuesta integral y coordinada de los países al problema de los trastornos mentales.

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Una distinción fundamental es la establecida entre la depresión en personas con y sin antecedentes de episodios maníacos. Ambos tipos de depresión pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan.

Trastorno depresivo recurrente: como su nombre indica, se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica.

Las personas con episodios depresivos leves tendrán alguna dificultad para seguir con sus actividades laborales y sociales habituales, aunque probablemente no las suspendan completamente. En cambio, durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones.

Trastorno afectivo bipolar: Este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir.

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión.

Hay tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos. Los profesionales sanitarios deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales. Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas legos supervisados.

Los tratamientos psicosociales también son eficaces en los casos de depresión leve.

Los antidepresivos pueden ser eficaces en la depresión moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos leves, y no se deben utilizar

para tratar la depresión en niños ni como tratamiento de primera línea en adolescentes, en los que hay que utilizarlos con cautela.<sup>8</sup>

Otra de las patologías más frecuentes en la población, afectando al sexo femenino, es el **cáncer de mama**. Primeramente, es importante consultar periódicamente al médico en busca de orientación sobre los cuidados y exámenes necesarios que ayudan a conservar la salud. Asimismo, no todos los cambios o bultos que puedan aparecer en la mama son necesariamente cáncer, por eso es fundamental no tener miedo y acudir al médico ante la aparición de modificaciones mamarias que nos generan dudas.

### Cáncer de mama

Al momento de definir el cáncer de mama, se puede decir que es un grupo de células cancerígenas que se origina en la mama. Puede crecer invadiendo los tejidos cercanos o propagarse, haciendo metástasis en áreas alejadas.

### Metástasis

Las células cancerígenas pueden circular por el torrente sanguíneo y el sistema linfático extendiéndose desde el tumor primario hacia otros órganos, a esto se le llama metástasis. Para comprender mejor el mecanismo por el cual el tumor puede producir metástasis es necesario saber que los vasos sanguíneos forman una red de arterias, vasos capilares y venas por donde circula la sangre en el cuerpo.

Además, el sistema linfático lleva linfa a los tejidos del cuerpo a través de los vasos linfáticos.

Al circular por el torrente sanguíneo o por el sistema linfático, las células del cáncer pueden extenderse desde el sitio primario del cáncer a otros órganos.

Es importante entender que un cáncer de mama que se extendió al pulmón e hizo una metástasis en el pulmón sigue llamándose cáncer de mama y no

---

<sup>8</sup>-Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> [consulta: 21 abr 2016].

cáncer de pulmón, porque se originó en la mama, y no en el pulmón. Se llama entonces cáncer de mama con metástasis pulmonar.

En Uruguay 1 de cada 10 mujeres podrían desarrollar cáncer de mama a lo largo de su vida, siendo el cáncer más frecuente en las mujeres.

Cada día aproximadamente 5 mujeres uruguayas son diagnosticadas de cáncer de mama. El 1% de los cánceres de mama se presentan en hombres.

En nuestro país, por cáncer de mama cada día mueren aproximadamente 2 mujeres.

Estudios realizados en el país demuestran que desde mediados de la década del `90, lentamente pero en forma sostenida viene bajando la mortalidad por esta causa. Esta situación es valorada en forma positiva por la comunidad científica quien lo explica por los progresos realizados en el diagnóstico oportuno y los nuevos tratamientos.<sup>9</sup>

Consultar en anexos por más información. (Anexo 3)

---

<sup>9</sup>-Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Cáncer de Mama. Loc. cit.

## METODOLOGIA

### TIPO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

El siguiente trabajo es un estudio cuantitativo.

El tipo de estudio es descriptivo, de corte transversal.

Área geográfica: Se realizó en la República Oriental del Uruguay, en el departamento de Montevideo, en la Asociación Civil "Dame tu Mano" ubicada en Av. Garibaldi 2416.

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### **Edad:**

Definición conceptual: tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la actualidad, contabilizada en años.

Definición operacional: la recolección de datos se obtuvo de un cuestionario.

Categorías: Edades; 45-51 años, 51-57 años, 57-63 años, 63-69 años, 69-75 años, 75-81 años.

### **Procedencia:**

Definición conceptual: Lugar de residencia actual.

Definición operacional: La recolección de datos se obtuvo de un cuestionario.

Categorías: Montevideo, Interior.

### **Nivel de instrucción:**

Definición conceptual: último año de educación formal aprobado. Permite conocer las habilidades, el desarrollo y los conocimientos básicos que presenta.

Definición operacional: La recolección de datos se obtuvo de un cuestionario.

Categorías: Primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, terciaria incompleta, terciaria completa.

### **Estado civil:**

Definición conceptual: Condición de una persona según el registro civil.

Definición operacional: La recolección de datos se obtuvo de un cuestionario.

Categorías: Soltera, casada, divorciada, viuda, concubinato.

**Tener hijos:**

Definición conceptual: Descendientes de primer grado.

Definición operacional: La información se obtuvo de un cuestionario.

Categorías: Si, no.

**Nº de hijos:**

Definición conceptual: Cantidad de descendientes de primer grado.

Definición operacional: La información se obtuvo mediante un cuestionario.

Categorías: 1, 2, mas.

**Con quien vive:**

Definición conceptual: Persona/s con la/s que comparte el mismo techo.

Definición operacional: La recolección de datos se obtuvo de un cuestionario.

Categorías: Sola, esposo, esposo e hijos, hijos, padres, otros.

**Ocupación:**

Definición conceptual: Se refiere a lo que la persona se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión.

Definición operacional: La recolección de datos se obtuvo de un cuestionario.

Categorías: Ama de casa, Jubilada, Desempeña alguna actividad.

**Antecedente de cáncer de mama:**

Definición conceptual: Situación vivida con anterioridad en la familia o propia.

Definición operacional: La recolección de datos se obtuvo de un cuestionario.

Categorías: Si/ No

**Mastectomía:**

Definición conceptual: Acto quirúrgico que consta de la extirpación de la glándula mamaria o parte de ésta.

Definición operacional: La recolección de datos se obtuvo de un cuestionario.

Categorías: SI/NO

**Tratamiento:**

Definición conceptual: conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades y síntomas.

Definición operacional: La recolección de datos se obtuvo de un cuestionario

Categorías: Quimioterapia, radioterapia, ambas.

**Inventario Depresión de Beck**

Definición operacional: La recolección de datos se obtuvo de un cuestionario

Categorías: Estos altibajos son considerados normales, Leve perturbación del estado de ánimo, Estados de depresión intermitentes, Depresión moderada, Depresión grave, Depresión extrema.

## UNIVERSO DE ESTUDIO, SELECCIÓN Y TAMAÑO DE MUESTRA, CRITERIO DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Universo: 35 mujeres pertenecientes a la Asociación Civil “Dame tu Mano”

Muestra: 30 mujeres

Criterio de inclusión: mujeres pertenecientes a la Asociación Civil “Dame tu Mano” que aceptaron participar.

Criterio de exclusión: mujeres que se negaron a participar, mujeres que no cursan tratamiento oncológico.

## PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTO A UTILIZAR

Los datos se obtuvieron de las mujeres pertenecientes a la Asociación Civil “Dame tu Mano” utilizando el instrumento (Inventario de Depresión de Beck), el cual fue elegido para evaluar el tema de estudio, ya que es uno de los más utilizados internacionalmente para investigar depresión en poblaciones, tal como fue el caso de la investigación (frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela), en el año 2014 (Anexo 4).

Es un instrumento autoadministrado que consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. Evalúa el estado promedio durante la última semana, incluyendo el día en el que completa el mismo. Cada ítem se valoró de 0 a 3 puntos, con una puntuación total que va desde 0 a más de 40 puntos. Discrimina en varias categorías según los niveles de gravedad; 0 – 10 (estos altibajos son considerados normales); 11 – 16 (leve perturbación del estado de ánimo); 17 – 20 (estados de depresión intermitentes); 21 – 30 (depresión moderada); 31 – 40 (depresión grave); más de 40 (depresión extrema).

Además de dicho inventario se entregó un cuestionario complementario el cual recaba datos patronímicos básicos útiles para nuestra investigación y realizándose de forma individual. (Anexo 5)

## PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ETICOS

En representación de Facultad de Enfermería, nos comprometimos a que la información que se nos brindó fue de uso exclusivo para dicho trabajo y mantenido en confidencialidad. Cabe destacar que las involucradas tuvieron la libertad de retirarse del estudio cuando lo desearon.

Los resultados obtenidos serán entregados a la población estudiada luego de finalizado el trabajo de investigación, de forma oral y escrita.

Previo a la realización del cuestionario de Beck se necesitó un consentimiento informado el cual garantizaba que las participantes expresaron voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se les había dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias y los posibles riesgos.

## PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Las variables que se midieron fueron edad, procedencia, nivel de instrucción, estado civil, si tiene hijos, con quien vive, ocupación, antecedentes de cáncer de mama, realización de mastectomía, tratamiento. Siendo todas las variables cualitativas a excepción de la variable edad que es cuantitativa.

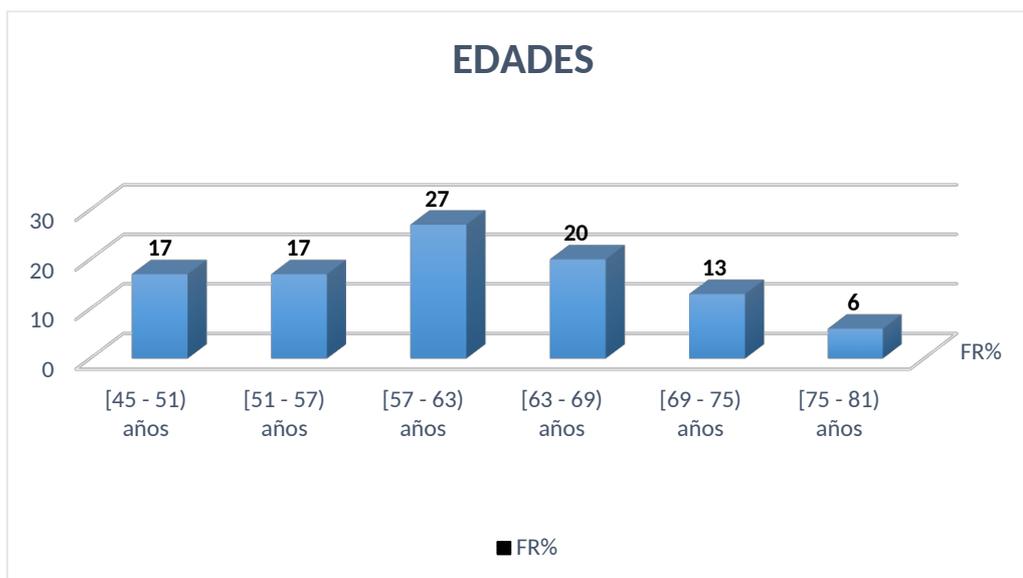
Se utilizaron tablas de frecuencia. Siendo éstas, frecuencias absoluta y relativa.

Los datos son presentados mediante cuadros con sus respectivas gráficas realizadas en el programa informático Excel, el cual es un programa informático desarrollado y distribuido por Microsoft Corp. Se trata de un software que permite realizar tareas contables y financieras gracias a sus funciones, desarrolladas específicamente para ayudar a crear y trabajar con hojas de cálculo.

## PRESENTACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1: Distribución según Edad de las mujeres que concurren a la Asociación Civil “Dame tu Mano”, en noviembre de 2016, Montevideo, Uruguay.

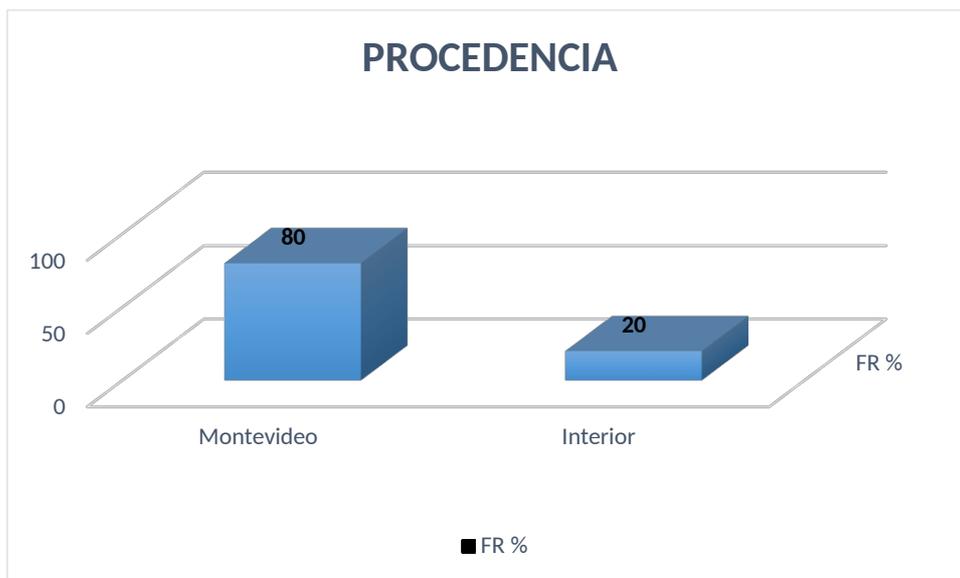
EDADES	FA	FR	FR%
[45 - 51) años	5	0,17	17
[51 - 57) años	5	0,17	17
[57 - 63) años	8	0,27	27
[63 - 69) años	6	0,2	20
[69 - 75) años	4	0,13	13
[75 - 81) años	2	0,06	6
Total	30	1	100



Fuente: Datos recogidos mediante el cuestionario complementario e Inventario de Depresión de Beck a las mujeres que pertenecen a la “Asociación Civil Dame Tu Mano”.

Tabla2: Distribución según Procedencia de las mujeres que concurren a la Asociación Civil “Dame tu Mano”, en noviembre de 2016, Montevideo, Uruguay.

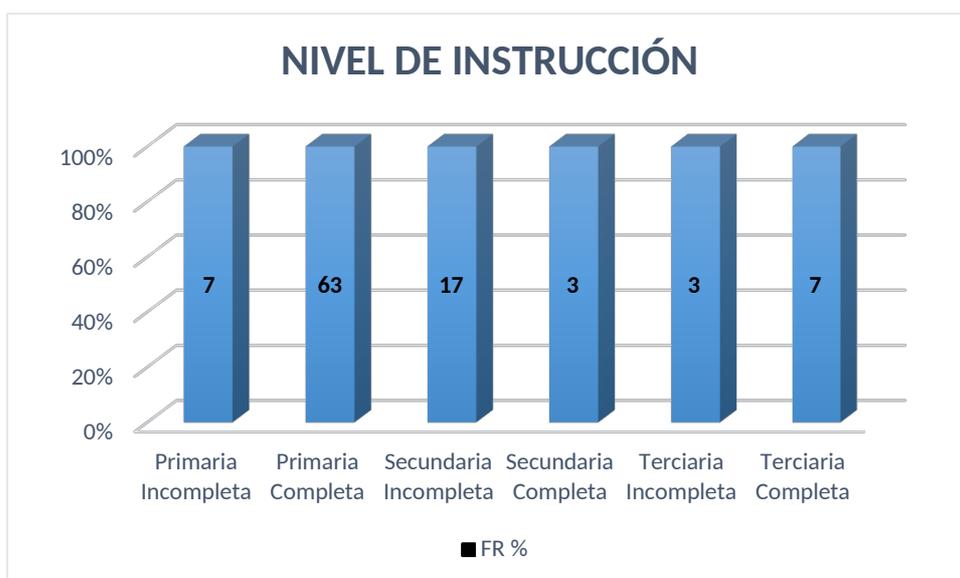
PROCEDENCIA	FA	FR	FR %
Montevideo	24	0,8	80
Interior	6	0,2	20
Total	30	1	100



Fuente: Datos recogidos mediante el cuestionario complementario e Inventario de Depresión de Beck a las mujeres que pertenecen a la “Asociación Civil Dame Tu Mano”.

Tabla 3: Distribución según Nivel de instrucción de las mujeres que concurren a la Asociación Civil “Dame tu Mano”, en noviembre de 2016, Montevideo, Uruguay.

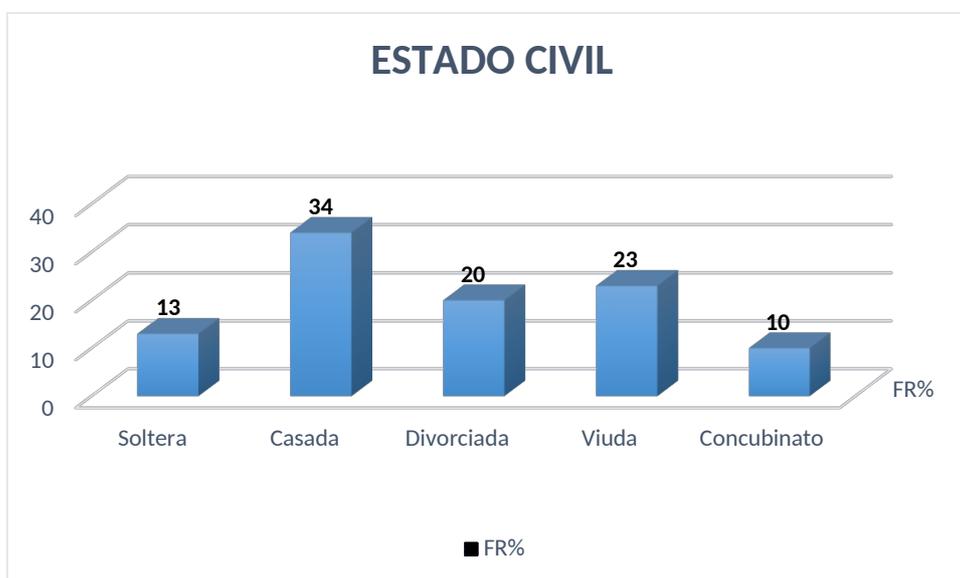
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR	FR %
Primaria Incompleta	2	0,07	7
Primaria Completa	19	0,63	63
Secundaria Incompleta	5	0,17	17
Secundaria Completa	1	0,03	3
Terciaria Incompleta	1	0,03	3
Terciaria Completa	2	0,07	7
Total	30	1	100



Fuente: Datos recogidos mediante el cuestionario complementario e Inventario de Depresión de Beck a las mujeres que pertenecen a la “Asociación Civil Dame Tu Mano”.

Tabla 4: Distribución según Estado civil de las mujeres que concurren a la Asociación Civil “Dame tu Mano”, en noviembre de 2016, Montevideo, Uruguay.

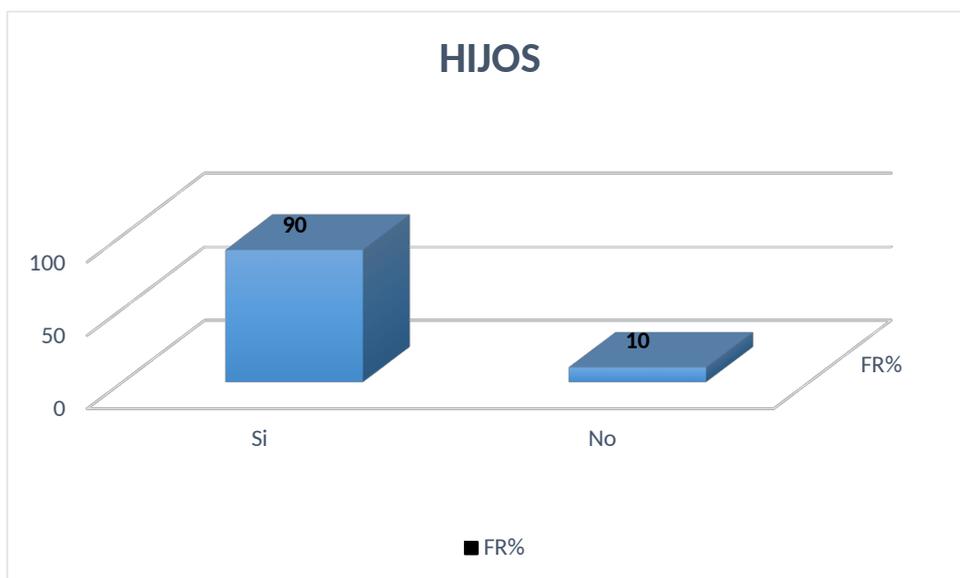
ESTADO CIVIL	FA	FR	FR%
Soltera	4	0,13	13
Casada	10	0,34	34
Divorciada	6	0,2	20
Viuda	7	0,23	23
Concubinato	3	0,1	10
Total	30	1	100



Fuente: Datos recogidos mediante el cuestionario complementario e Inventario de Depresión de Beck a las mujeres que pertenecen a la “Asociación Civil Dame Tu Mano”.

Tabla 5: Distribución según Hijos (tiene o no tiene) de las mujeres que concurren a la Asociación Civil “Dame tu Mano”, en noviembre de 2016, Montevideo, Uruguay.

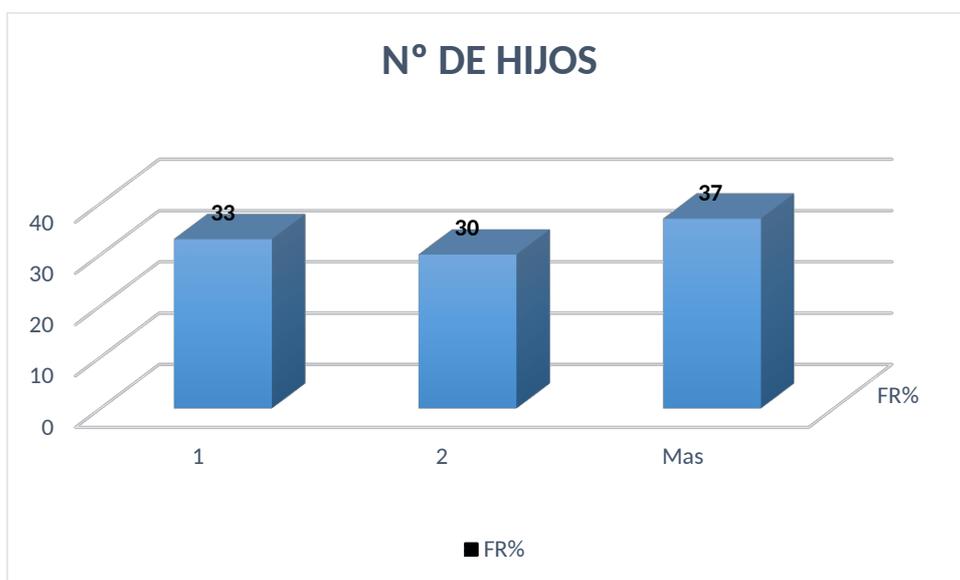
HIJOS	FA	FR	FR%
Si	27	0,9	90
No	3	0,1	10
Total	30	1	100



Fuente: Datos recogidos mediante el cuestionario complementario e Inventario de Depresión de Beck a las mujeres que pertenecen a la “Asociación Civil Dame Tu Mano”.

Tabla 6: Distribución según N° de hijos, de las mujeres que concurren a la Asociación Civil “Dame tu Mano”, en noviembre de 2016, Montevideo, Uruguay.

N° de HIJOS	FA	FR	FR%
1	9	0,33	33
2	8	0,3	30
Mas	10	0,37	37
Total	27	1	100



Fuente: Datos recogidos mediante el cuestionario complementario e Inventario de Depresión de Beck a las mujeres que pertenecen a la “Asociación Civil Dame Tu Mano”.

Tabla 7: Distribución según con quien vive, de las mujeres que concurren a la Asociación Civil “Dame tu Mano”, en noviembre de 2016, Montevideo, Uruguay.

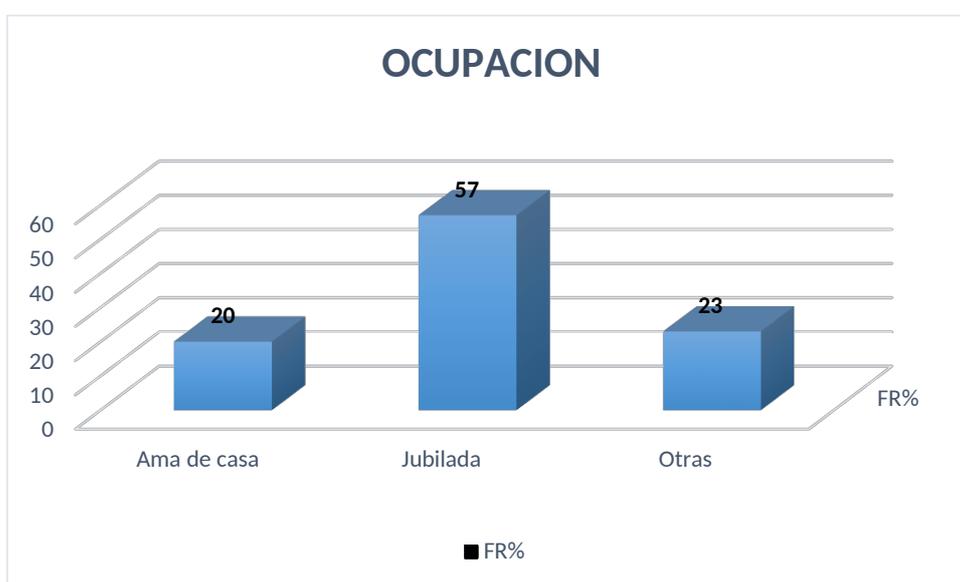
CON QUIEN VIVE	FA	FR	FR%
Sola	8	0,26	26
Esposo	5	0,17	17
Esposo e hijos	8	0,27	27
Hijos	6	0,2	20
Padres	0	0	0
Otros	3	0,1	10
Total	30	1	100



Fuente: Datos recogidos mediante el cuestionario complementario e Inventario de Depresión de Beck a las mujeres que pertenecen a la “Asociación Civil Dame Tu Mano”.

Tabla 8: Distribución según Ocupación de las mujeres que concurren a la Asociación Civil “Dame tu Mano”, en noviembre de 2016, Montevideo, Uruguay.

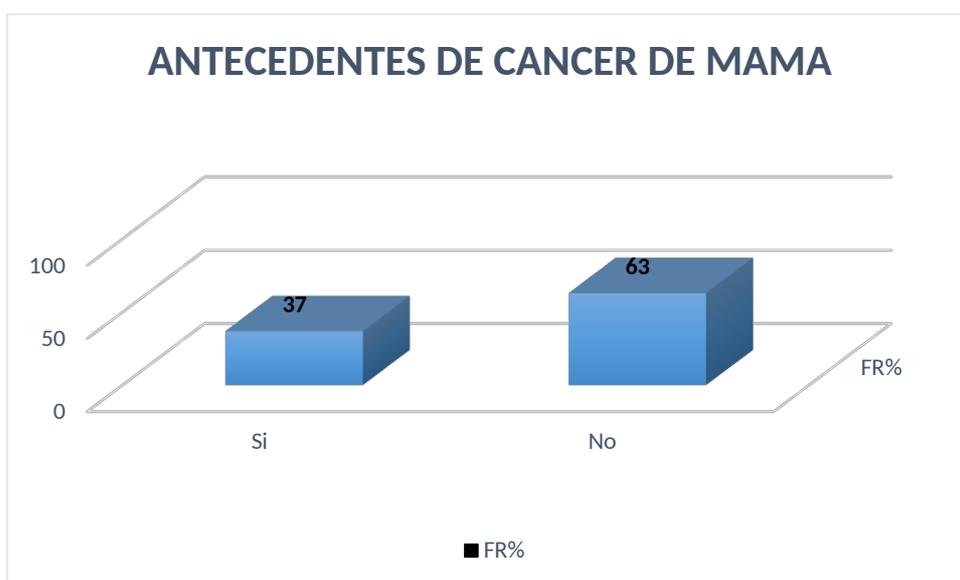
OCUPACION	FA	FR	FR%
Ama de casa	6	0,2	20
Jubilada	17	0,57	57
Desempeña alguna actividad	7	0,23	23
Total	30	1	100



Fuente: Datos recogidos mediante el cuestionario complementario e Inventario de Depresión de Beck a las mujeres que pertenecen a la “Asociación Civil Dame Tu Mano”.

Tabla 9: Distribución según Antecedentes de Cáncer de mama, de las mujeres que concurren a la Asociación Civil “Dame tu Mano”, en noviembre de 2016, Montevideo, Uruguay.

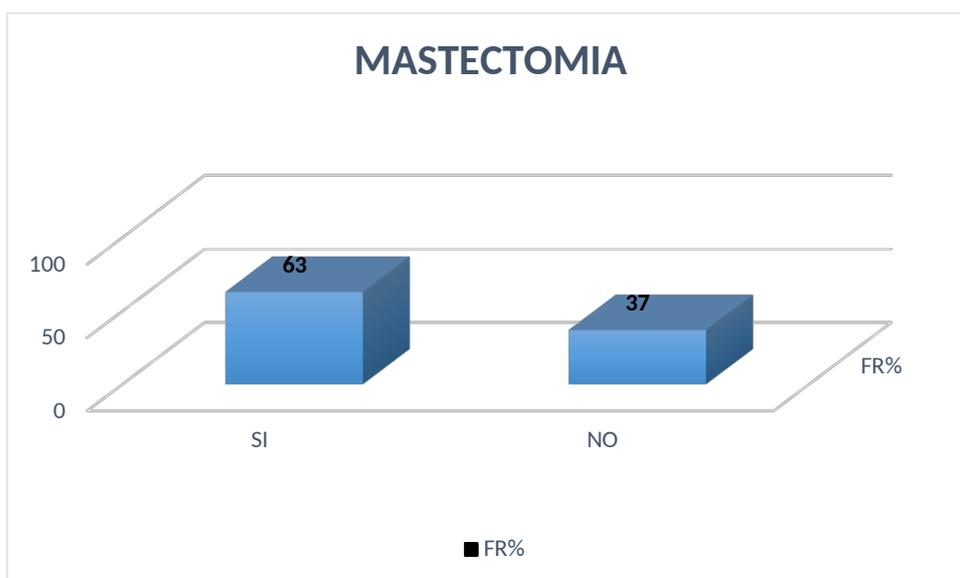
ANTECEDENTES DE CÁNCER DE MAMA	FA	FR	FR%
Si	11	0,37	37
No	19	0,63	63
Total	30	1	100



Fuente: Datos recogidos mediante el cuestionario complementario e Inventario de Depresión de Beck a las mujeres que pertenecen a la “Asociación Civil Dame Tu Mano”.

Tabla 10: Distribución según Mastectomía de las mujeres que concurren a la Asociación Civil “Dame tu Mano”, en noviembre de 2016, Montevideo, Uruguay.

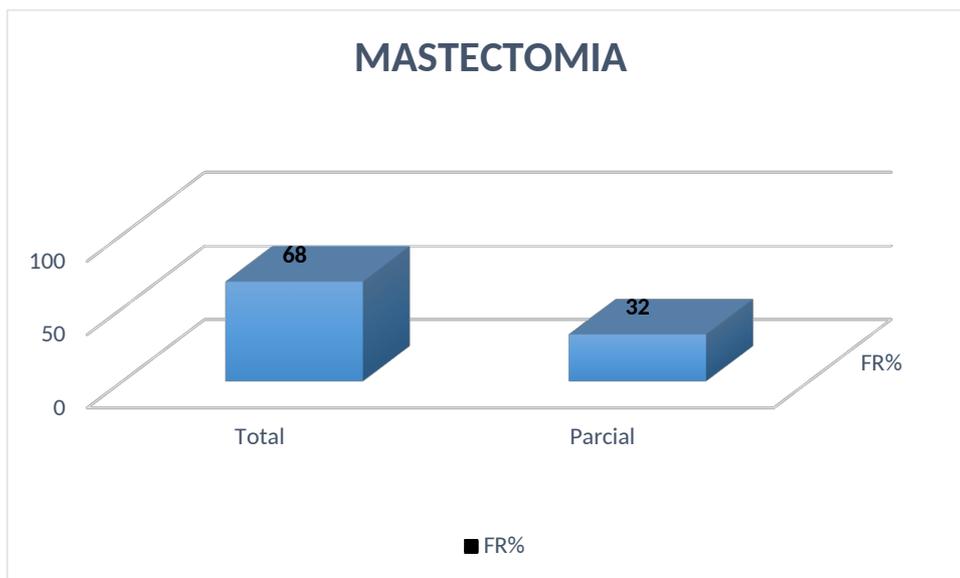
MASTECTOMIA	FA	FR	FR%
SI	19	0,63	63
NO	11	0,37	37
Total	30	1	100



Fuente: Datos recogidos mediante el cuestionario complementario e Inventario de Depresión de Beck a las mujeres que pertenecen a la “Asociación Civil Dame Tu Mano”.

Tabla 11: Distribución según Mastectomía de las mujeres que concurren a la Asociación Civil “Dame tu Mano”, en noviembre de 2016, Montevideo, Uruguay.

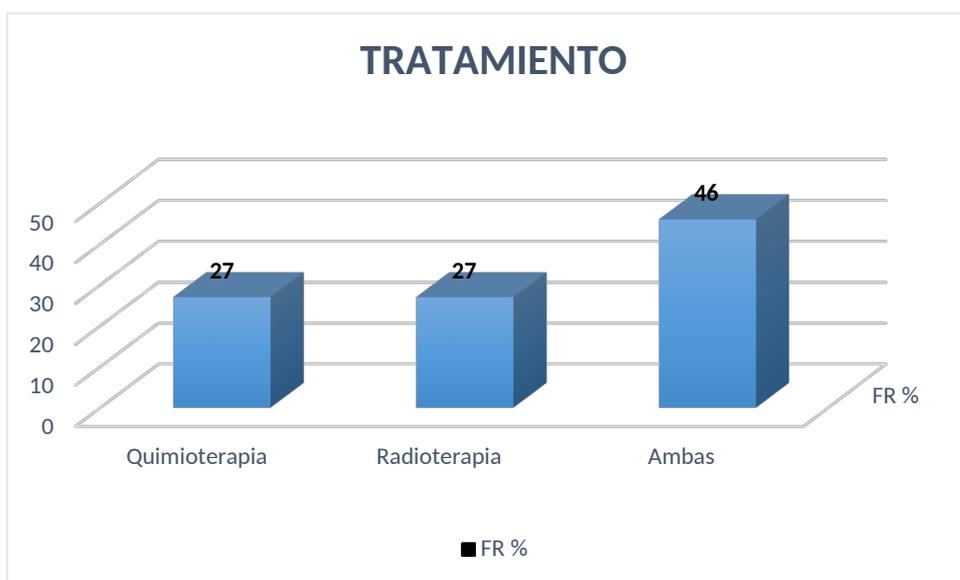
MASTECTOMIA	FA	FR	FR%
Total	13	0,68	68
Parcial	6	0,32	32
Total	19	1	100



Fuente: Datos recogidos mediante el cuestionario complementario e Inventario de Depresión de Beck a las mujeres que pertenecen a la “Asociación Civil Dame Tu Mano”.

Tabla 12: Distribución según Tratamiento de las mujeres que concurren a la Asociación Civil “Dame tu Mano”, en noviembre de 2016, Montevideo, Uruguay.

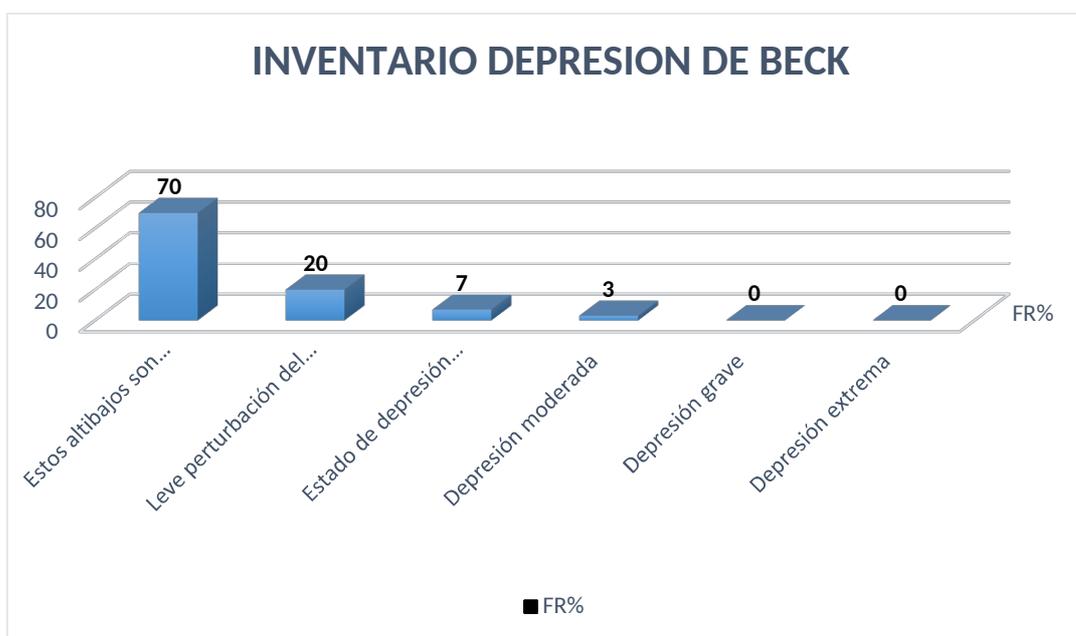
TRATAMIENTO	FA	FR	FR %
Quimioterapia	8	0,27	27
Radioterapia	8	0,27	27
Ambas	14	0,46	46
Total	30	1	100



Fuente: Datos recogidos mediante el cuestionario complementario e Inventario de Depresión de Beck a las mujeres que pertenecen a la “Asociación Civil Dame Tu Mano”.

Tabla 13: Distribución según Inventario de Depresión de Beck de las mujeres que concurren a la Asociación Civil “Dame tu Mano”, en noviembre de 2016, Montevideo, Uruguay.

Inventario Depresión Beck	FA	FR	FR%
Estos altibajos son considerados normales	21	0,7	70
Leve perturbación del estado de animo	6	0,2	20
Estados de depresión intermitentes	2	0,07	7
Depresión moderada	1	0,03	3
Depresión grave	0	0	0
Depresión extrema	0	0	0
Total	30	1	100



Fuente: Datos recogidos mediante el cuestionario complementario e Inventario de Depresión de Beck a las mujeres que pertenecen a la “Asociación Civil Dame Tu Mano”.

## ANALISIS

La caracterización de la población se llevó a cabo mediante la realización de un cuestionario a 30 mujeres pertenecientes a la Asociación Civil "Dame tu mano" en noviembre de 2016, realizándose la recolección de datos una sola vez.

Para conocer la población se requirió analizar las variables anteriormente mencionadas.

En cuanto a la variable edad; siendo éste un factor de riesgo no modificable, y basándonos en la bibliografía, el riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta con la misma, no coincidiendo con nuestros datos que de 57 a 63 años un 27% padece de la enfermedad, seguido de 63 a 69 años con un 20%; mientras que de 45 a 51 años y de 51 a 57 años se igualan con un 17%, y en menor proporción están los rangos de 69 años en adelante. No encontrándose mujeres que padezcan la enfermedad en edades menores de 45 años (en la población estudiada), si bien algunas mujeres muy jóvenes pueden tener riesgo de desarrollar cáncer de mama.

De acuerdo al Registro Nacional de Cáncer realizado por la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer en 2011 se desprende que en nuestro país, hay un predominio de la enfermedad en la capital. Lo cual se reafirma con nuestros resultados, debido a que un 80% de la población vive en Montevideo.

Otras de las variables que se tuvo en cuenta es el nivel de instrucción; de éstos se obtuvo que el 7% no finalizó primaria, un 63% la cursó en su totalidad. El nivel de educación secundaria solo el 3% completó la misma, habiendo un 17% con secundaria incompleta. Un 7% cuenta con un nivel de terciaria completa y el 3% sin culminar.

Al respecto del estado civil de la población se resalta que un 34% está casada, el 23% viuda, el 20% divorciada, 13% soltera y un 10% se encuentra en concubinato.

Tomando en cuenta la bibliografía consultada; la que hace referencia a que una mujer dependiendo del número de hijos que tenga, tendrá menos probabilidad de desarrollar cáncer de mama; consideramos relevantes conocer si tiene hijos

y el número de éstos, se obtuvo que el 90% de ellas tienen hijos; de estas un 33% tuvo un solo hijo, el 30% tuvo 2, y el 37% restante tuvo más de 2 hijos.

En lo que refiere a la convivencia de estas mujeres un 26% vive sola, un 17% lo hace con su esposo, el 27% con esposo e hijos, el 20% solo con los hijos y un 10% con otros (no incluyendo los anteriores mencionados); es importante conocer esta variable ya que una mujer luego de que ha sido diagnosticada con cáncer de mama, dice sentirse sola y vulnerable, por lo tanto el amor y el apego de sus familiares y amigos puede traer consuelo y ánimo en estos momentos de crisis<sup>14</sup>.

Otro dato mencionado tiene que ver con la ocupación; ya que algunos estudios plantean la consideración del desempleo como factor de riesgo para la depresión; dado que existe mayor predisposición en individuos con desempleo prolongado, recaída en una situación de desempleo y la presencia o no de ayuda estatal; decidimos conocer la variable ocupación, un alto porcentaje de jubilados (57%), un 23% desempeña alguna actividad y el restante (20%) es ama de casa.

De ésta población 19 mujeres no presentan antecedentes de cáncer de mama. Se sometieron a una intervención quirúrgica (mastectomía) 19 mujeres, de éstas un 68% tuvo una cirugía total y 32% parcial.

Para esta patología los tratamientos más utilizados son; la radioterapia y o quimioterapia, observándose en esta población que la mayoría, 14 de ellas, están en tratamiento con ambas. Las que realizaron el tratamiento de forma separada, solo quimioterapia o solo radioterapia, se igualan en la misma cantidad (8).

Según la bibliografía consultada (anexo 7), refiere que en las mujeres que padecen cáncer de mama se crea un shock emocional por lo que pueden aparecer una variedad de reacciones psicológicas tales como: ansiedad, miedo, hostilidad, negación, abatimiento, confusión, estrés, afectación en la autoestima, y depresión que es una de las reacciones que más predomina. Por este motivo se aplicó el instrumento de depresión de Beck, el cual detecta y evalúa la intensidad de la depresión, si es que la hay. Dicho test responde a

14-Beck AT. Inventario de depresión de Beck. [Internet]. 2011. Disponible en: <https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/12/inventariodedepresiondebeck.pdf> [consulta: 8 ago 2016].

una escala de tipo Likert de 4 puntos (de 0 a 3) teniendo como puntuación mínima 0 y como máxima 63.

Se han establecidos puntos de corte que permiten clasificar a las evaluadas en uno de los 6 grupos, las categorías son: altibajos que son considerados normales, leve perturbación del estado de ánimo, estados de depresión intermitentes, depresión moderada, depresión grave y depresión extrema.

Podemos destacar que el 70% presentan altibajos considerados normales, el 20 una leve perturbación de los estados de ánimo, el 7% presenta estados de depresión intermitentes, encontrándose solo un 3% de estado de depresión moderado. No se encontraron resultados para depresión grave, ni depresión extrema.

## CONCLUSIÓN

En nuestro trabajo final de investigación podemos concluir que logramos conocer la incidencia de depresión en mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncológico en el año 2016, pertenecientes a la Asociación Civil “Dame tu Mano”; siendo esta experiencia enriquecedora al aportarnos una visión diferente de la población estudiada, ya que previo a comenzar dábamos por hecho que las mujeres en tratamiento oncológico presentaban depresión.

Mediante la aplicación del Instrumento de Depresión de Beck se destaca que un 7% de la población estudiada presenta estados de depresión intermitentes, y sólo un 3% presenta estados de depresión moderada, no encontrándose porcentajes en depresión grave ni extrema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 -Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Cáncer de mama. [Internet]. Disponible en: [http://www.comisioncancer.org.uy/uc\\_213\\_1.html](http://www.comisioncancer.org.uy/uc_213_1.html) [consulta: 23 abr 2016].
- 2- Ibid.
- 3-Fundación Cazabajones. Trastorno depresivo. [Internet]. Disponible en: <http://www.fundacioncazabajones.org/> [consulta: 10 abr 2016].
- 4- Smeltzer SC, Bare BG. Brunner y Suddarth: tratado de enfermería médico quirúrgica. 10a. ed. México: Mc Graww-hill interamericana; 2005.
- 5-Organización Mundial de la Salud ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> [consulta: 29 nov 2016].
- 6-Barnechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crossa S, et al. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Montevideo: Facultad de Enfermería; 2009. p.12.
- 7-Organización Mundial de la Salud [Internet]. Salud mental: un estado de bienestar. [Internet]. 2013. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/) [consulta: 21 abr 2016].
- 8- Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> [consulta: 21 abr 2016].
- 9- Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Cáncer de Mama. Loc. cit.
- 10-Barnechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crossa S, et al. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Op. cit. p.13.
- 11 – Ibid.
- 12-Martin Zurro A, Jodar Sola G. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Elsevier; 2011.

- 13-Barrnechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crossa S, et al. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Op. cit. p.14.
- 14-Chávez Inrtiago MY, Juárez Méndez AJ. Reacciones psicológicas en mujeres diagnosticadas con cáncer mamario. Rev Publicando [Internet] 2016; 3(9). Disponible en:  
<http://www.rmlconsultores.com/revista/index.php/crv/article/view/170>  
[consulta: 11 feb 2017].
- 15- Beck AT. Inventario de depresión de Beck. [Internet]. 2011. Disponible en:  
<https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/12/inventariode-depresiondebeck.pdf> [consulta: 8 ago. 2016].

## CRONOGRAMA DIAGRAMA DE GRANTT

	Dic. 2015	Ene. 2016	Feb. 2016	Mar. 2016	Abr. 2016	May. 2016	Jun. 2016	Jul. 2016	Ago. 2016	Sep. 2016	Oct. 2016	Nov. 2016	Dic. 2016	Ene. 2017	Feb. 2017	Mar. 2017
<b>Tutoría</b>																
<b>Planteo del problema</b>																
<b>Revisión bibliografía</b>																
<b>Orientación biblioteca</b>																
<b>Contacto "Dame tu Mano"</b>																
<b>Elaboración protocolo</b>																
<b>Recolección de datos</b>																
<b>Proceso de datos</b>																
<b>Elaboración de Informe final</b>																

## PRESUPUESTO

Los gastos económicos que estimamos son los siguientes:

- Impresión del instrumento \$250
- Copias de Trabajo Final de Investigación \$1500
- Encuadernación \$300
- CD con copia de investigación \$50
- Traslados \$200

# ANEXOS

## ANEXO 1



Pacientes Operadas de Cáncer de  
Mama  
Asociación Civil sin fines de lucro  
Personería Jurídica MEC  
N° 11412 - F° 12 - Libro 20  
Miembro de Alianza Latina

MONTEVIDEO, 18 DE JULIO DE 2016.

Sres. de la Cátedra de Salud Mental de la  
Facultad de Enfermería.

Presente.

De nuestra mayor consideración:

La Asociación Civil "Dame Tu Mano" (formada por pacientes operadas de cáncer de mama) comenzó en el año 2007.

Obtuvo Personería Jurídica a través del Ministerio de Educación y Cultura, N° 11412 - F° 12 - Libro 20 el 9 de junio de 2009, y se convirtió en Asociación Civil sin fines de lucro.

Desde nuestros inicios está abocada a realizar actividades para poder apoyar y ayudar a pacientes que tienen que pasar por esta enfermedad. Este año fue nuestro 9º aniversario.

Tiene como misión y visión lo siguiente:

### **MISIÓN**

- ☞ Prevenir, sensibilizar, informar y apoyar las necesidades de todas aquellas personas que se encuentren en alguna etapa de la enfermedad, donde Uruguay ocupa el 1er. lugar en Latinoamérica y 4º en el mundo.
- ☞ Albergar a todas aquellas pacientes del interior que deban venir a Montevideo para recibir un tratamiento o realizar diferentes estudios, en nuestra Casa Sede acondicionada especialmente para ello, en forma totalmente gratuita.
- ☞ Realizar actividades de prevención, concientización y recreativas.

## **VISIÓN**

- ☞ **DAME TU MANO** quiere llegar al mayor número posible de mujeres y de hombres (1% de casos de hombres en Uruguay) con la finalidad de crear una firme conciencia de prevención del cáncer de mama y de esta forma disminuir los índices de esta enfermedad en nuestro país.
- ☞ Ser un referente a nivel nacional como Asociación de Pacientes.

Está compuesta por una Directiva de cinco personas y cinco suplentes respectivamente, una Comisión Fiscal y una Comisión Electoral.

Actualmente la Presidenta es la Sra. Ma. Cristina Rodríguez, la Secretaria la Sra. Sonia Waisrub, la Vicepresidente Sra. Silvia Lemes, la Tesorera Sra. Aida Monge y la Vocal Sra. Eliselba Paredes.

El poder ayudar a otros y no ser un simple espectador de lo que sucede alrededor nuestro, hace que nos sintamos con más seguridad y con más ganas de trabajar todos juntos para intentar cambiar las estadísticas tan graves que tiene nuestro país.

En noviembre del año 2013, nos fue entregada una casa en Comodato por 10 años para cumplir con nuestra misión y se inauguró el 12 de junio del 2014 con la presencia de diferentes autoridades y medios de comunicación.

Tenemos un grupo de médicos referentes, que son los que nos acompañan desde nuestros comienzos: Dr. Richard Viera, Dra. Isabel Alonso, Dra. Mariela Tubino y Dr. Carlitos Arevalo.

La Asociación tiene abierta una Caja de Ahorros en el Banco de la República Oriental del Uruguay desde el año 2009. Se sustenta por cuota social (somos alrededor de 35 socias) y de los eventos anuales establecidos. Ellos son: dos ferias americanas, un chocolate y un bingo anual. Así como donaciones puntuales de empresas e instituciones.

Contamos con la colaboración de varios Laboratorios en folletería para difundir nuestro trabajo.

Sin otro particular, y quedando a las órdenes para cualquier aclaración, saludamos muy atentamente.



Sonia Waisrub  
Secretaria

**p/Dame Tu Mano**



Cristina Rodríguez  
Presidenta

ANEXO 2



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Montevideo, 20 de julio de 2016.

Por la presente docentes de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Cátedra de Salud Mental, nos dirigimos a ustedes, con el fin de solicitar la autorización para que los estudiantes de la carrera puedan realizar el trabajo de investigación final en su Centro.

Consideramos de suma importancia destacar que el instrumento para la recolección de datos será aplicado sobre las usuarias en forma anónima, manteniendo así en todo momento la confidencialidad de los datos.

Los estudiantes que concurrirán al Centro son:

Arena Yanet

López Emiliana

Mendez Analía

Pombo Fernand

Temesio Carolina

Saludamos Atte.

Prof. Adj. Lic. Luz Vázquez

Prof. Asist. Lic. Sebastián Castrillón

## ANEXO 3

### MARCO TEORICO

El proceso **salud-enfermedad**<sup>10</sup> constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos.

Este proceso antes mencionado involucra al **hombre**<sup>11</sup> como un ser biopsicosocial, en relación dialéctica con el medio, por su quehacer transformador de la realidad objetiva, es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de sí mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y psicobiológico, aun cuando lo que él piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta. Es sobre la base del develar estas contradicciones que se procesa el desarrollo del Hombre.

Es este mismo, quien es parte de la **comunidad**<sup>12</sup>, la cual es la unidad básica de trabajo de la salud comunitaria, por eso es muy importante clarificar que se entiende por comunidad. Siendo una comunidad un conjunto de personas que tienen algo en común que las identifica y las define, entenderemos que, según el significado que le demos al término “comunidad”, ésta será una u otra e incluirá a unos u otros sujetos. Así, una misma persona pertenece a varias comunidades, por ejemplo, según su lugar de residencia, profesión, hobbies, etc. Todo lo anterior justifica la consideración de que no es sencillo simplificar el concepto de comunidad, ya que implica pensar en homogeneidad que viene dada por la característica común de los sujetos que la conforman, pero que al

---

<sup>10</sup>-Barrnechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crossa S, et al. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Op. cit. p.13.

<sup>11</sup>-Ibid.

<sup>12</sup>-Martin Zurro A, Jodar Sola G. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Elsevier; 2011.

mismo tiempo esta puede tener diversos grados precisamente por las características que diferencian entre ellos a los individuos que la componen.

El Glosario de Promoción de Salud de la Organización Mundial de la Salud define la comunidad como un grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas.

Es enfermería quien aborda a la comunidad mediante el **Enfermero Comunitario**<sup>13</sup> es el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender, en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan, o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso. Desde una concepción de la o el enfermera/o como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de Asistencia, Docencia e Investigación fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados”

---

<sup>13</sup>-Barrnechea C, Menoni T, Lacava E, Monge A, Acosta C, Crossa S, et al. Actualización en salud comunitaria y familiar: herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención. Op. cit. p.14.

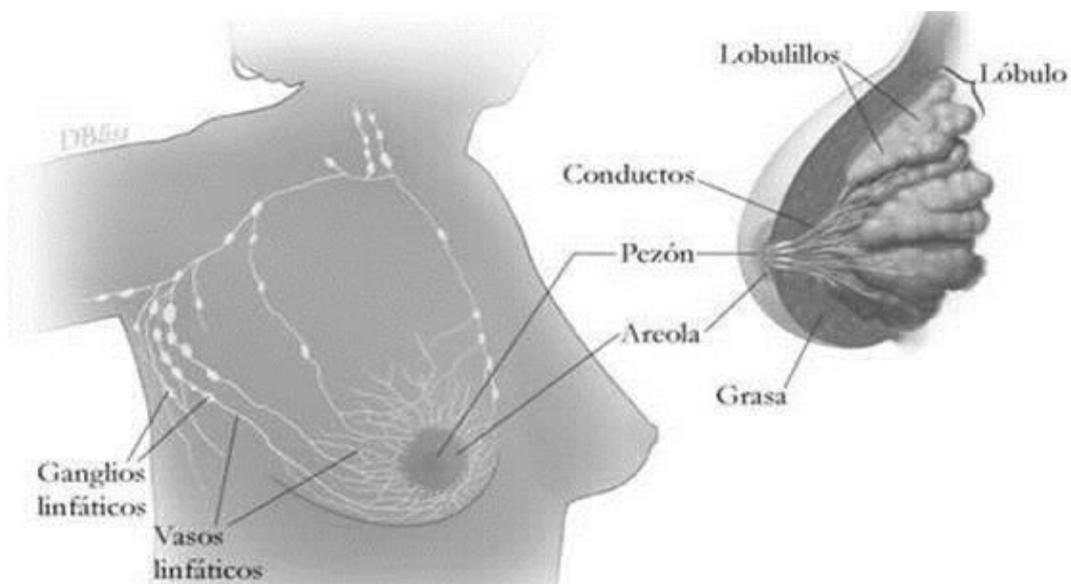
## Cáncer de mama

Aquí brindaremos información de carácter general, por lo cual no debemos olvidar seguir las recomendaciones específicas que brinden el médico tratante y el Ministerio de Salud Pública sobre el tema.

- 1- La mama normal
- 2- El sistema linfático de la mama
- 3- Tumores benignos de la mama
- 4- Tipos de cáncer de mama
- 5- Factores de riesgo de cáncer de mama
- 6- Detección del cáncer de mama en sus primeras etapas
- 7- Otros estudios de evaluación de enfermedades de la mama
- 8- Tratamiento del cáncer de mama
- 9- Seguimiento de las mujeres con cáncer de mama

### 1- La mama normal

La imagen que presentamos a continuación muestra básicamente cómo es la estructura normal de la mama.



La mama de la mujer está conformada principalmente por:

- ☞ lobulillos: glándulas productoras de leche.
- ☞ conductos: pequeños tubos que llevan la leche desde los lobulillos hasta el pezón
- ☞ estroma: tejido adiposo y tejido conectivo que rodean los conductos y los lobulillos, los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos

Cánceres ductales: son la mayoría de los cánceres de mama y se originan en las células que recubren los conductos.

Cánceres lobulillares: se originan en las células que recubren los lobulillos.

Una minoría de los cánceres de mama se origina en otros tejidos.

## 2- El sistema linfático de la mama

La importancia del sistema linfático radica en que el cáncer de mama se puede extender a través del mismo.

El sistema linfático está formado por:

- Los ganglios linfáticos

Son pequeños grupos de células del sistema inmunológico (de importancia en la lucha contra las infecciones) que se interconectan mediante los vasos linfáticos.

- Los vasos linfáticos

Son parecidos a pequeñas venas y transportan un líquido claro llamado linfa hacia afuera de la mama.

Las células del cáncer de mama pueden ingresar en los vasos linfáticos y comenzar a crecer en los ganglios linfáticos. Si las células del cáncer se han extendido a los ganglios linfáticos, existe una mayor probabilidad que también

haya llegado al torrente sanguíneo y así se propaguen, es decir que exista metástasis en otros órganos del cuerpo.

De todos modos, no todas las mujeres que tienen células cancerígenas en sus ganglios linfáticos desarrollan metástasis. También sucede que algunas mujeres que no tienen cáncer en sus ganglios linfáticos luego pueden desarrollar metástasis porque la diseminación se produjo a través del torrente sanguíneo.

### 3- Tumores benignos en las mamas

La mayoría de los tumores o bultos que aparecen en las mamas no son cáncer sino tumoraciones benignas. Igualmente, en algunos casos, puede ser necesario analizar las células para confirmar que no se trata de cáncer.

En general los tumores benignos de la mama se manifiestan de inicio como tales y no son la transformación de un tumor benigno.

#### Cambios fibroquísticos

Muchos de los bultos que aparecen en las glándulas mamarias son cambios fibroquísticos, llamados de esa manera en referencia a la fibrosis y al quiste que lo componen. Estos cambios que pueden provocar inflamación o dolor en las mamas, frecuentemente aparecen justo antes del comienzo del período menstrual.

#### Otros tumores benignos en las mamas

Los fibroadenomas y los papilomas intraductales son crecimientos anormales, pero no son cáncer, por lo que no hay riesgo de propagación desde la mama hacia otros órganos.

#### 4- Tipos de cáncer de mama

##### Carcinoma in situ

Este nombre se refiere a una etapa temprana del cáncer cuando está confinado a la capa de células en donde se originó y no ha crecido hacia el tejido más profundo de la mama ni a otros órganos del cuerpo.

Existen dos tipos: el carcinoma ductal in situ y el carcinoma lobulillar in situ.

Casi todas las mujeres que son diagnosticadas en esta etapa temprana del cáncer de mama se pueden curar.

##### Carcinoma invasivo (infiltrante)

Este es un cáncer que ya ha sobrepasado la capa de células donde se originó (al contrario del carcinoma in situ).

Existen dos tipos: el carcinoma ductal invasivo y el carcinoma lobulillar invasivo.

La mayor parte de los cánceres de mama son carcinomas invasivos.

##### Sarcoma

Se nombra de esta manera a los cánceres que comienzan en los llamados tejidos conectivos como lo son el tejido muscular, el tejido adiposo o los vasos sanguíneos. La aparición de sarcomas es poco frecuente.

Un tipo de sarcoma poco común es el tumor filoides.

##### Cáncer inflamatorio de mama

Es un tipo de cáncer invasivo poco común, presentándose aproximadamente en un 1% de todos los cánceres de mama.

Por lo general no hay una sola tumoración sino que este tipo de cáncer se manifiesta con la piel de la mama roja y caliente o también pueden observarse hoyuelos, causando un aspecto parecido a la cáscara de una naranja.

La mama afectada puede volverse más grande, firme, sensible o puede presentar picazón. Este tipo de cáncer, en sus comienzos, muchas veces se confunde con una infección en la mama.

Al no existir una masa tumoral generalmente no se detecta con una mamografía, siendo más difícil realizar un diagnóstico temprano.

### Enfermedad de Paget del pezón

Es un tipo de cáncer de mama poco frecuente que comienza en los conductos de la mama y crece en la piel del pezón y en la areola.

En general al observar la piel del pezón y la areola se ven costras, escamas y aspecto enrojecido con sangrado o supuración.

Este cáncer está casi siempre asociado con el carcinoma ductal.

### Otros tipos de cáncer de mama

Se han identificado los siguientes tipos:

- . carcinoma quístico adenoide (o adenoquístico)
- . carcinomaadenoescamoso de bajo grado (un tipo de carcinoma metaplásico)
- . carcinoma medular
- . carconimamucinoso (o coloide)
- . carcinoma papilar
- . carcinoma tubular

## 5- Factores de riesgo de cáncer de mama

Los factores de riesgo se refieren a que una persona tiene mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad pero no que definitivamente la tendrá.

Existen diferentes tipos de factores de riesgo, algunos no se pueden modificar como el sexo y la edad, pero hay otros que es posible modificar ya que se relacionan con los estilos de vida y condiciones sociales.

Los diferentes factores de riesgo identificados hasta el momento colaboran en el desarrollo del perfil de riesgo para cada mujer, lo cual ayuda a los médicos en el control de la enfermedad. Sin embargo, aún queda mucho por conocer para lograr más efectividad a nivel preventivo.

Factores de riesgo que no se pueden modificar

### Sexo

Ser mujer es el principal factor de riesgo frente al cáncer de mama. Si bien los hombres pueden desarrollar la enfermedad, su probabilidad es de un 1% frente a las mujeres.

### Edad

El riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta con la edad. Si bien existen edades en las cuales es más frecuente esta enfermedad, también algunas mujeres muy jóvenes pueden tener riesgo de desarrollar cáncer de mama.

### Antecedentes familiares de cáncer de mama

El riesgo de desarrollar cáncer de mama es mayor en las mujeres con antecedentes familiares en hermana, madre, abuela materna o paterna. De todas formas más del 90% de las mujeres con cáncer de mama no tienen antecedentes familiares de la enfermedad.

### Riesgo genético

Se ha estudiado que entre un 5 y un 10% de los cánceres de mama son hereditarios. Esto ocurre porque su origen se ha relacionado directamente con cambios en los genes que han sido heredados de uno de los padres.

Algunos cambios en el ADN pueden causar que células normales de la mama se vuelvan cancerígenas. El ADN es la sustancia química de cada una de nuestras células que forman nuestros genes.

Algunos genes tienen instrucciones para controlar cuándo nuestras células crecen, se dividen y mueren. A ciertos genes que aceleran la división de las células se les llama oncogenes. Otros, encargados de retrasar la división celular o causantes de que las células mueran en el momento oportuno, se les llaman genes supresores de tumores. El cáncer puede ser causado por cambios en el ADN que activan los oncogenes o cambios en el ADN que desactivan los genes supresores de tumores.

### Genes BRCA1 y BRCA2

Se ha identificado que en los casos de cáncer de mama hereditario, la causa más común es una mutación heredada de los genes BRCA1 y BRCA2.

Generalmente este tipo de cáncer lo desarrollan mujeres más jóvenes y tiene una alta probabilidad de afectar ambas mamas. Quienes tienen estos cambios genéticos también aumentan su riesgo de otros tipos de cáncer como el cáncer de ovario. Por esta razón, para reducir los riesgos existe la recomendación médica para que las mujeres con mutaciones del BRCA se extirpen los ovarios una vez que decidan no tener más hijos.

Los estudios para identificar las mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2 se realizan en Uruguay a mujeres que cumplan con determinados requisitos compatibles con esta investigación genética.

Muchas mujeres pueden tener antecedentes familiares de cáncer de mama pero, en la mayoría de los casos, no se deben a las mutaciones genéticas del BRCA, por esta razón, las pruebas se deben hacer sólo cuando existe una sospecha razonable de que una mutación puede estar presente en la persona.

Igualmente, se recomienda que la mujer que está pensando en realizarse estos estudios lo converse previamente con especialistas que expliquen en detalle el alcance de los mismos.

## Cambios en otros genes

Existen otros cambios a nivel de los genes que también derivarían en el desarrollo de cáncer de mama hereditario pero que no son tan frecuentes como los genes BRCA.

Entre los genes que se han estudiado se encuentran: ATM, TP53, CHEK2, PTEN, CDH1 y STK11.

## Cáncer de mama previo

Una mujer que ha tenido cáncer de mama tiene un mayor riesgo de padecer un nuevo cáncer de mama en la otra mama o en otra parte de la misma mama.

## Raza

Las mujeres de raza blanca tienen una probabilidad ligeramente mayor de desarrollar cáncer de mama frente a las mujeres de raza negra.

## Algunas afecciones benignas de la mama

Las mujeres diagnosticadas con algunas enfermedades benignas de la mama como hiperplasia ductal atípica e hiperplasia lobulillar atípica, pueden tener un riesgo aumentado de cáncer de mama.

## Períodos menstruales

Cuando las mujeres han tenido más ciclos menstruales porque han comenzado a menstruar antes de los 12 años o han tenido su menopausia después de los 55 años, tienen un riesgo mayor de desarrollar cáncer de mama. Esto se debe a que durante su vida han tenido una exposición mayor a las hormonas estrógeno y progesterona.

### Antecedente de irradiación en el tórax

Las mujeres que antes de los 20 años recibieron radiaciones en el tórax como parte de un tratamiento contra otro tipo de cáncer tienen un riesgo aumentado de desarrollar cáncer de mama.

### *Factores de riesgo modificables relacionados con el estilo de vida*

#### Sobrepeso u obesidad

La evidencia científica hoy confirma el aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama en las mujeres con sobrepeso u obesidad. Este riesgo se da especialmente en mujeres después de la menopausia.

Además, las mujeres con sobrepeso generalmente tienen niveles mayores de insulina en sangre, estos niveles elevados también se han asociado a algunos tipos de cáncer, incluyendo el cáncer de mama.

Por otra parte, si bien el sobrepeso y la obesidad tienen múltiples causas, una de ellas son los alimentos con alto contenido en grasa. Este es un dato que coincide con la mayoría de los estudios que han encontrado que el cáncer de mama es menos frecuente en los países con una dieta con bajo contenido total de grasas, sean estas grasas poliinsaturadas o saturadas.

La obesidad se debe a un desequilibrio energético: mayor consumo de energía con menor gasto de la misma, por un período de tiempo.

El desequilibrio energético es generado por la interacción de diversos factores entre los que se destacan los genéticos, medioambientales y comportamentales: aumento de consumo de calorías (grasas y otros) y escasa actividad física (sedentarismo).

Un indicador de la obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC) que toma en cuenta el peso y la altura. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos sobre el cuadrado de la estatura en metros.

Cuando existe sobrepeso, también se considera de riesgo una circunferencia de cintura mayor a 88cm para la mujer y para el hombre mayor a los 102 cm.

Una vez detectado el sobrepeso u obesidad es necesario consultar al médico en busca de orientación.

### Sedentarismo

Está comprobado que las mujeres que realizan escasa actividad física, es decir que tienen una vida sedentaria, aumentan su riesgo de desarrollar cáncer de mama.

Actualmente está aumentando la evidencia que relaciona la actividad física con la reducción del riesgo de cáncer de mama. La indicación de actividad física propuesta como mínimo es de 150 minutos de ejercicio semanal, lo cual sería aproximadamente 30 minutos 5 días en la semana.

### No tener hijos

No haber tenido hijos o tener un primer hijo luego de los 30 años aumenta el riesgo de cáncer de mama. Esto se puede deber a que el embarazo reduce el número total de ciclos menstruales de una mujer.

### No haber amamantado

Diversos estudios han evaluado positivamente los efectos de amamantar en la disminución del riesgo de desarrollar cáncer de mama. Especialmente si la lactancia se prolonga durante el primer año y medio de vida, habiéndose estudiado incluso los beneficios si se continúa hasta los dos años.

La reducción del número total de ciclos menstruales sería la razón de este posible beneficio sobre la salud de las mujeres.

### Uso de anticonceptivos orales

Es importante que cuando se considera su utilización las mujeres lo conversen con el médico tratante.

### Terapia de reemplazo hormonal

Con el objetivo de ayudar a aliviar los síntomas de la menopausia y para prevenir la osteoporosis, durante muchos años se ha utilizado la terapia de reemplazo hormonal. Actualmente, numerosos estudios han evaluado el uso de estas terapias, vinculándolas con el aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama y otras enfermedades.

Se ha estudiado que las mujeres que después de la menopausia han recibido terapia hormonal combinada (con estrógeno y progesterona), aumentan el riesgo de cáncer de mama. Esto se observa con tan sólo dos años de uso. Igualmente, se ha estudiado que el riesgo desciende al nivel del resto de la población luego de pasados 5 años de haber suspendido el uso de este tratamiento.

En cuanto a las mujeres que luego de la menopausia utilizan terapia con estrógeno no parecería que aumenten su riesgo de desarrollar cáncer de mama.

### Bebidas alcohólicas

Existe una clara asociación entre el consumo de alcohol y el aumento del riesgo de desarrollar cáncer de mama. Este riesgo aumenta con la cantidad de alcohol que se consume.

Factores con evidencia limitada de riesgo de cáncer de mama

### Humo de tabaco

Los diversos estudios que han relacionado el humo de tabaco, ya sea de los fumadores como de los fumadores involuntarios en su riesgo de desarrollar cáncer de mama, han determinado un posible vínculo. Esto sería posible ya que la exposición a los químicos cancerígenos que componen el humo de tabaco ambiental concuerda con una relación causal en el desarrollo del cáncer de mama.

Es aconsejable para las mujeres:

- alimentarse saludablemente
- evitar el aumento de peso en la vida adulta
- realizar actividad física diaria
- evitar el consumo de bebidas alcohólicas
- conocer las características normales del cuerpo, concurriendo inmediatamente ante cambios que ocurran.
- programar como una rutina anual la visita al médico quien indicará exámenes que correspondan según la edad y antecedentes personales.
- evitar fumar y ambientes con humo de tabaco.

### 6- Detección del cáncer de mama en sus primeras etapas

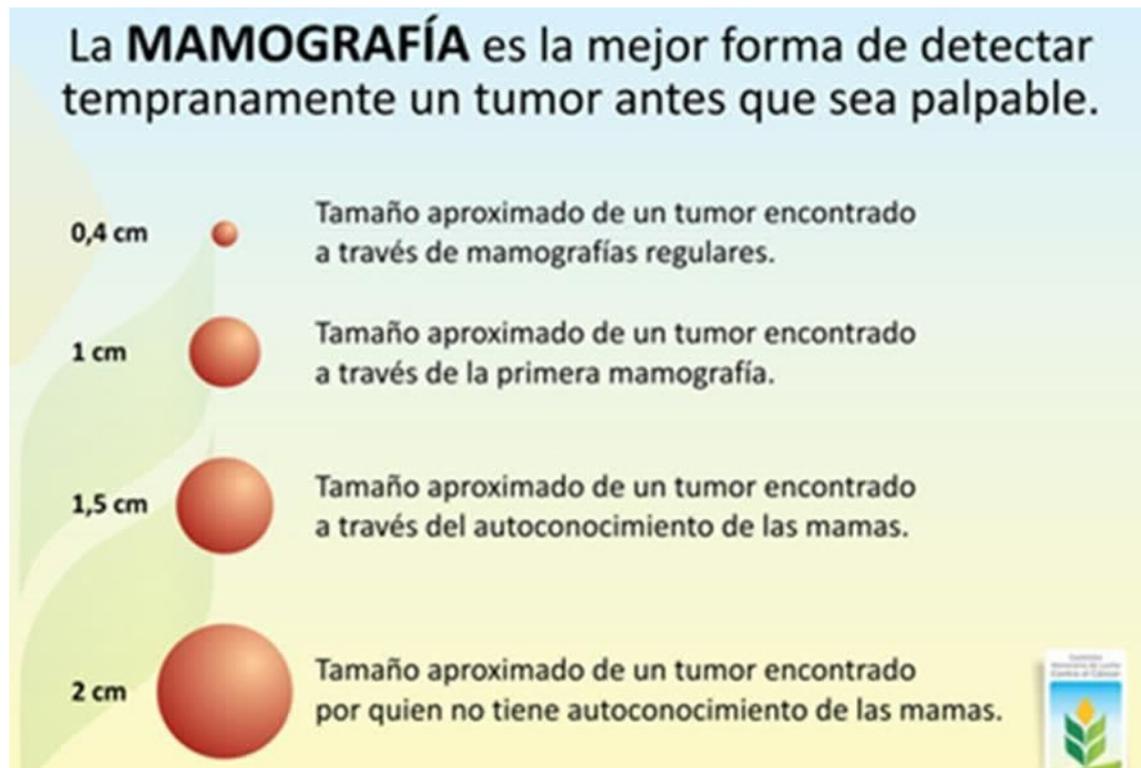
El objetivo de la detección temprana es encontrar la enfermedad antes de que cause síntomas.

El cáncer de mama actualmente se puede combatir y son muchas las mujeres que le ganan a esta enfermedad, para eso es clave detectarlo a tiempo. Cuanto antes se detecte, mayores son las posibilidades de un tratamiento exitoso.

## Mamografía

Es un examen de rayos X de gran sensibilidad.

Hasta el momento, la mamografía, es el mejor método para encontrar tumores cuando aún son tan pequeños que no pueden ser palpados.



La mamografía es realizada por un técnico radiólogo y luego la imagen es interpretada por un médico que informa el estudio.

Durante la mamografía, la mama se somete a presión entre dos placas para aplanar y dispersar el tejido. Esto puede resultar incómodo por unos segundos pero es necesario para que la imagen que se obtenga sea buena.

Una buena práctica es programar la mamografía lejos del período menstrual.

Al concurrir a realizarse la mamografía es importante llevar los estudios anteriores que permiten comparar con la situación actual.

En nuestro país el desarrollo de la mamografía ha jugado un papel relevante en el diagnóstico oportuno, ya que el cáncer de mama puede desarrollarse sin presentar síntomas.

Ocasionalmente, una mamografía puede pasar por alto un cáncer o encontrar tumoraciones sospechosas de ser cáncer que luego no lo son. Por ejemplo, es más difícil identificar irregularidades en mamografías de mujeres con tejido mamario denso. Por eso, también se puede indicar la ecografía como complemento de la mamografía. De todas formas, la mamografía sigue siendo el método más eficaz para la detección del cáncer de mama.

¿Quiénes se benefician de este examen?

Es muy importante que las mujeres consulten con su médico tratante y que éste evalúe la mejor oportunidad para el inicio de la realización de las mamografías según sus riesgos. A las mujeres de 40 y 50 años y mayores seguramente les será indicado este estudio.

En mujeres de edad avanzada, la decisión de continuar con la realización de mamografías dependerá de su estado general de salud ya que la edad por sí sola no debería ser una razón para suspender las mamografías periódicas.

En cuanto a las mujeres jóvenes, las mamografías no son tan eficaces ya que en general sus mamas son densas.

Por este motivo, todas las mujeres, desde jóvenes deben consultar periódicamente al médico. Durante la consulta, el profesional de la salud realizará preguntas, un examen clínico de las mamas e indicará los estudios que correspondan según edad, antecedentes familiares y lo que haya surgido durante el examen.

¿Qué detecta la mamografía?

La mamografía permite identificar diferentes tipos de cambios en las mamas, entre ellos, calcificaciones, una masa o quistes.

Las calcificaciones son pequeños depósitos de minerales dentro de la mama que se ven como pequeñas manchas blancas. Existen dos tipos de calcificaciones: las macrocalcificaciones y las microcalcificaciones, estas últimas causan más preocupación al visualizarlas que las primeras pero aun así no siempre indican la presencia de cáncer. Ante la sospecha, se puede realizar una biopsia que es un estudio mediante el cual se extrae una pequeña cantidad de tejido y se examina al microscopio. Es la única manera de confirmar la presencia de cáncer.

Se puede observar también una masa con o sin calcificaciones. Pueden ser quistes, tumores benignos o cáncer. Muchas veces se requieren estudios complementarios como una ecografía, biopsia o mamografías periódicas de seguimiento.

Los quistes pueden ser sacos llenos de líquido (llamados simples) o parcialmente sólidos (llamados complejos). Si en la mamografía se encuentran estos últimos, se puede necesitar hacer una biopsia.

#### Mamografía e implantes de mama

Las mujeres que tienen implantes de mama no aumentan su riesgo de desarrollar cáncer de mama. Igualmente, la presencia de estos implantes dificultan la visualización del tejido mamario en las mamografía convencionales.

En estos casos, para que el estudio de mamografía sea lo más completo posible se han desarrollado tomas diferentes (con desplazamiento de implantes).

#### Ecografía mamaria

Es un estudio que utiliza ondas sonoras. Se emplea como complemento de la mamografía.

Puede ser más útil en mujeres con tejido mamario muy denso.

No se recomienda utilizarlo como sustituto de la mamografía para la detección del cáncer de mama.

#### Autoconocimiento de las mamas

Así como es importante ir al control médico cada año, también lo es que cada mujer tenga conocimiento de su cuerpo.

Si una mujer es consciente del aspecto normal de sus mamas y se familiariza con sus características normales es más probable que pueda notar cambios si estos ocurren y consultar al médico.

Lo importante a observar, que puede indicar la presencia de una tumoración, es si aparecen hundimientos, venas dilatadas, bultos, irregularidades en los contornos, cambios de coloración, secreciones o descamaciones. Al palparse las mamas, estar atenta a pequeños bultos duros y cambios en el volumen y la temperatura.

Algunas mujeres se sienten cómodas realizándose el autoexamen de las mamas de manera sistemática todos los meses y siguiendo un procedimiento específico. Otras, se sienten mejor simplemente observándose y palpando sus mamas de una manera menos sistemática mientras se duchan o se visten. Por otro lado, se ha visto que otras se preocupan tanto en hacerlo de manera correcta que la técnica les causa un gran estrés.

Igualmente, sea cual sea la opción de cada mujer, es importante que sepa que conocer cómo se ven y se sienten sus mamas normalmente le permitirá detectar con mayor facilidad los cambios y acudir inmediatamente al médico.

## A lo del ciclo de la vida, tu cuerpo cambia.

Si sabes como se ven y se sienten tus mamas y comprendes sus cambios normales podrás darte cuenta si aparecen alteraciones inusuales.



**Frente al espejo** observa hundimientos, venas dilatadas, bultos, irregularidades en los contornos y cambios de coloración.



**Recorre ambas mamas y axilas** con movimientos circulares buscando pequeños bultos duros, cambios de volumen y temperatura.



**Revisa la areola y el pezón** prestando especial atención a secreciones o decamaciones.

**Si detectas cualquier alteración consulta inmediatamente al médico.**



### Normativa vigente sobre exámenes preventivos

La ley 17.242 prevé un día de licencia especial paga al año para la realización del examen de Papanicolaou (examen para la prevención el cáncer de cuello de útero) y/o la mamografía.

Las mujeres que se realicen estos estudios deben presentar ante sus trabajos una constancia expedida por el servicio de salud.

La trabajadora debe comunicar a su empleador que hará uso de esta licencia por lo menos 3 días antes de realizarse el o los estudios.

Esta licencia no puede ser negada bajo ninguna circunstancia.

La ordenanza del MSP 402 dispone el examen de Papanicolaou sin costo a mujeres entre 21 y 65 años cada 3 años y la mamografía sin costo a mujeres entre 40 y 59 años cada 2 años.

El decreto 571/006 incorpora como requisito para el carné de salud básico, que todas las mujeres presenten los exámenes de Papanicolaou y de mamografía al día.

En resumen:

A todas las mujeres trabajadoras tanto del área pública como privada se les reconoce el derecho a un día libre al año sin que se descuente de su sueldo, para concurrir a realizarse el estudio de mamografía y/o el examen de Papanicolaou (prevención del cáncer de cuello de útero).

Las mujeres entre 21 y 65 años, tienen derecho a un examen de Papanicolaou gratuito cada 3 años.

Las mujeres entre 40 y 59 años, tienen derecho a un estudio de mamografía gratuito cada 2 años.

Cuando concurren a realizarse el carné de salud se les solicitará estar al día con los estudios de Papanicolaou y de mamografía.

#### 7- Otros estudios de evaluación de enfermedades de la mama

##### Punción citológica

Muestra únicamente células malignas pero sin detallar el tipo de tumor, por lo que muchas veces se requiere una biopsia.

##### Biopsia

Se toma una muestra del área sospechosa y se examina con un microscopio.

Es la única prueba que indica la presencia real de cáncer.

Existen diferentes tipos de biopsias: sea cual sea la técnica que se emplee, es imprescindible para la confirmación de malignidad.

El llamado arponaje se realiza cuando la masa no se palpa, se hace una mamografía y se coloca una aguja delgada que transportará un alambre (arpón) que guía al cirujano hacia el área que se debe extirpar.

## Mamografía digital

Es una mamografía muy parecida a la mamografía convencional ya que también utiliza rayos X. La diferencia está en la forma en que la imagen es grabada, analizada por el médico y luego guardada.

Actualmente este estudio es más caro que las mamografías convencionales, además, se ha visto que el número de resultados dudosos son similares entre ambos tipos de mamografía.

## Imágenes por resonancia magnética de la mama

Este estudio en lugar de rayos X, utiliza ondas de radio e imanes potentes.

La indicación de este estudio se realiza conjuntamente con la mamografía a fin de detectar tempranamente el cáncer en mujeres de alto riesgo.

Para realizarlo se inyecta un líquido de contraste por vía venosa para observar mejor los detalles.

Quien se realice este examen debe mantenerse inmóvil, recostada dentro de un tubo estrecho, boca abajo sobre una camilla con aberturas para cada seno de modo que las imágenes se logran sin comprimir la mama.

## Galactografía

Es un estudio para saber la causa de la secreción del pezón. Se realiza introduciendo un tubo plástico muy delgado en la abertura del conducto del pezón donde sale la secreción. Se inyecta un líquido de contraste para observar si existe una masa en el conducto.

## Examen de la secreción del pezón

Se recolecta una muestra del líquido que segrega el pezón y se estudia para detectar la presencia o ausencia de células cancerosas. La mayoría de las secreciones del pezón no son causadas por un cáncer.

## 8- Tratamientos para el cáncer de mama

Cuando se confirma el diagnóstico de cáncer de mama, el médico tratante indicará el tratamiento que considera más adecuado tomando en cuenta múltiples factores. La mayoría de las personas reciben una combinación de tratamientos con el objetivo principal de tratar el cáncer e impedir que regrese.

El llamado tratamiento local, busca tratar el cáncer en un sitio específico sin afectar el resto del cuerpo, ejemplo claro de estos tratamientos son la cirugía y la radioterapia.

Por tratamiento sistémico se entiende la administración de medicamentos por vía oral o en inyecciones por vía intravenosa, para llegar a las células cancerosas en cualquier parte de cuerpo. Ejemplo de estos tratamientos son la quimioterapia, la terapia hormonal y la terapia dirigida.

Hay casos en que la quimioterapia o la terapia hormonal pueden ser indicadas antes de la cirugía. El objetivo es reducir el tamaño del tumor para que la cirugía sea menos extensa.

Cuando luego de la cirugía de cáncer de mama a una mujer se le realizan controles y no se le detecta la presencia de cáncer, igualmente con frecuencia se le indica un tratamiento adicional para ayudar a evitar que regrese la enfermedad. Puede indicarse radioterapia, quimioterapia y/o terapia hormonal.

Ya desde las etapas iniciales del cáncer, las células pueden desprenderse del tumor primario y propagarse. Estas células no causan ningún síntoma, los estudios de imágenes no los detectan y tampoco pueden palparse en un examen físico, pero si no se realiza ningún tipo de tratamiento, pueden crecer y extenderse a otros órganos del cuerpo haciendo metástasis.

De todas formas, no todas las mujeres con cáncer de mama necesitan este tratamiento, esto dependerá de varios factores, entre los que se encuentra la etapa y las características del tumor.

### Cirugía

A la mayoría de las mujeres con cáncer de mama se les realiza algún tipo de cirugía, siendo las opciones la cirugía conservadora de la mama o la

mastectomía (resección total de la glándula mamaria). Existe la posibilidad de realizar una reconstrucción de la mama, la cual puede hacerse al mismo tiempo que la cirugía o luego de la misma.

El tiempo de recuperación luego de una cirugía de cáncer de mama, varía de acuerdo al procedimiento realizado, por eso es importante que cada mujer hable con su médico sobre lo que puede suceder.

Existe la posibilidad de efectos secundarios luego de estas operaciones que incluyen dolor, inflamación temporal y sensibilidad en el área en la que fue realizada la cirugía. También, como en toda cirugía, se pueden presentar riesgos de infección y sangrado en el lugar de la intervención.

Muchas veces, aunque el médico le permita regresar a sus actividades normales, puede que aún sienta algunos efectos derivados de la cirugía. Por ejemplo puede sentir rigidez o algún tipo de dolor durante un tiempo. También molestias en la piel de la zona operada, pero estas sensaciones se alivian con el tiempo. Otras mujeres pueden sentir mayor dolor, adormecimiento u hormigueo en el pecho y en el brazo, estas sensaciones pueden continuar por mucho tiempo luego de la cirugía.

#### Cirugía conservadora de la mama

Este tipo de cirugía, en la que no se extirpa toda la glándula mamaria, no es una opción para todas las mujeres que han desarrollado cáncer de mama.

En el caso de la mastectomía parcial, se extirpa una parte de la mama afectada, si bien el volumen dependerá del tamaño y la localización del tumor.

Con la cuadractomía se extirpa un cuarto de la mama.

#### Mastectomía

Es una cirugía en la cual se extirpa la mama por completo.

#### Cirugía de los ganglios linfáticos de la axila

Con el objetivo de saber si el cáncer de mama ha llegado a los ganglios linfáticos de la axila, se pueden extirpar uno o más ganglios linfáticos y examinarlos en el microscopio. Con este procedimiento se obtiene información para conocer la situación de la enfermedad y así lograr la selección del tratamiento más adecuado, a la vez que realizar el pronóstico.

La disección de los ganglios linfáticos de la axila en general se realiza al mismo tiempo que la cirugía mamaria aunque también se puede realizar en una segunda operación.

Al igual que en otras intervenciones quirúrgicas, con la cirugía de los ganglios linfáticos es posible que la mujer sienta dolor, sangrado, inflamación e infecciones, pero el principal efecto secundario a largo plazo cuando se extirpan los ganglios linfáticos axilares es la inflamación del brazo o linfedema.

La explicación para esta inflamación es que normalmente cuando existe exceso de líquido en los brazos, normalmente regresa al torrente sanguíneo a través del sistema linfático. Ante la extirpación de los ganglios linfáticos algunas veces se bloquea el drenaje del brazo, lo que hace que este líquido permanezca y se acumule en el mismo. Por ello, debe evitarse levantar peso con ese brazo.

Por esta razón cuando la mujer tiene su brazo inflamado, lo siente oprimido o siente dolor luego de la cirugía de los ganglios linfáticos, debe comunicárselo inmediatamente al médico.

Además, puede sentir adormecida la piel en la zona superior interna del brazo, esto sucede porque los nervios que controlan esta sensación en ese lugar van a través del área de los ganglios linfáticos.

Luego de la cirugía, también pueden existir limitaciones en el corto o largo plazo en el movimiento del brazo y del hombro.

Seguramente el médico le indicará ejercicios para evitar que surjan problemas permanentes de movimiento. Por más información ver el material "Vives un momento especial".

## Biopsia del ganglio linfático centinela

Si bien la disección de los ganglios linfáticos de la axila explicada anteriormente es una intervención segura, a veces se corre mayor riesgo de que el brazo se inflame luego de la cirugía (linfedema), por esta razón, los médicos pueden decidir realizar esta intervención.

Consiste en que el cirujano detecta y extirpa el primer ganglio linfático, el que tiene más probabilidades de contener células cancerosas si es que el cáncer se ha propagado.

El procedimiento consiste en inyectar una sustancia radioactiva y/o un colorante en el tumor o en el área alrededor del tumor. Los vasos linfáticos transportan estas sustancias hacia el ganglio centinela. Una vez detectada la sustancia radioactiva o el colorante, el cirujano extirpa estos ganglios. En general son dos o tres, que serán observados en un microscopio.

Durante la cirugía se examina el ganglio para saber si contiene cáncer. Si se encuentra cáncer en el ganglio linfático centinela, el cirujano puede continuar con una disección axilar completa o no. Si no se encuentra cáncer en el ganglio centinela, no es necesario realizar más cirugías en los ganglios linfáticos.

## Radioterapia

Es un tratamiento con radiaciones o partículas de alta energía que destruyen las células de cáncer.

Es indicada por un médico oncólogo radioterapeuta quien decide dónde, cuándo y la cantidad de aplicaciones que se deben realizar.

En el caso del cáncer de mama, la radioterapia se indica luego de la cirugía de conservación de la mama para colaborar con la reducción del riesgo de que el cáncer vuelva a la mama o a los ganglios linfáticos próximos. Se indica también luego de una mastectomía de acuerdo a los riesgos existentes o cuando se ha encontrado cáncer en los ganglios linfáticos.

## Radioterapia externa

Es el tipo de radioterapia que más frecuentemente se indica a mujeres con cáncer de mama.

Teniendo en cuenta el tamaño y extensión del cáncer, la radiación puede incluir además de la mama también parte del tórax y la axila.

En caso de indicarse luego de la cirugía, en general se inicia luego que los tejidos se encuentren sanos, esto ocurre aproximadamente al mes de la intervención. Cuando también se ha indicado un tratamiento de quimioterapia, generalmente la radioterapia se realiza luego que la quimioterapia ha terminado.

Las aplicaciones se hacen en forma diaria 5 días a la semana (de lunes a viernes) por parte de un técnico encargado de cumplir con la indicación médica. Cada aplicación dura unos minutos pero colocar a la mujer en el lugar específico para el tratamiento puede llevar más tiempo.

La radioterapia no duele pero dependiendo del lugar que se esté irradiando pueden aparecer ciertos efectos secundarios como cambios en el color de la piel, sequedad, descamación y oscurecimiento de la misma. Además, las lociones, polvos, desodorantes y antitranspirantes pueden interferir con el tratamiento por lo que el equipo de salud responsable del tratamiento orientará sobre qué hacer.

## Quimioterapia

Es el tratamiento del cáncer utilizando medicamentos llamados citostáticos y agentes biológicos.

Su duración y frecuencia varía de acuerdo al tipo y extensión del cáncer, intentando curarlo, controlar su crecimiento o mejorar sus síntomas.

La forma más frecuente de administrarla es a través de inyecciones por vía intravenosa o por medicamentos por boca. Se administra en ciclos y por lo general el tratamiento dura varios meses, pero en cada caso la duración y frecuencia de la aplicación dependerá de la indicación médica.

El tratamiento se realiza en unidades de quimioterapia que existen en la mayoría de los servicios de salud, llamados "Hospital de día oncológico". El paciente acude al servicio durante unas horas o en el día, regresando luego al domicilio. En algunos casos es necesario internar unos días a la mujer dado que se pasa la medicación en suero en forma continua.

#### Quimioterapia para el cáncer de mama avanzado

Es utilizado como tratamiento principal cuando el cáncer de mama se ha propagado fuera de la mama en el momento del diagnóstico o luego de los tratamientos iniciales. La duración de este tratamiento dependerá de si se ha reducido el tamaño del cáncer, cuánto se ha reducido y cómo tolera la mujer el tratamiento.

#### Efectos secundarios de la quimioterapia

El tratamiento con quimioterapia busca atacar las células que se están reproduciendo rápidamente, por lo que van dirigidas a actuar contra las células de cáncer. Pero sucede que las células del cuerpo normales también se dividen rápidamente. Estas células pueden entonces verse afectadas por el tratamiento, lo que ocasionaría diferentes efectos secundarios.

Son reacciones que varían con los distintos medicamentos y de una persona a otra. No siempre suceden. Lo importante es saber que la mayoría de las veces estas reacciones son transitorias y pueden controlarse. Se sugiere que ante cualquier duda se consulte con el equipo de salud tratante.

#### Terapia hormonal

Es el tratamiento realizado con agentes hormonales. Frecuentemente se realiza por vía oral pero a veces se recomienda a través de inyectables realizándose en el Hospital de día Oncológico.

## 9- Seguimiento de las mujeres con cáncer de mama

Todas las mujeres a las que se ha diagnosticado cáncer de mama y se les ha realizado un tratamiento tienen que continuar controlándose periódicamente con el médico tratante.

Cuando una mujer recibe el diagnóstico de cáncer de mama y luego es tratada, es muy frecuente que sienta incertidumbre ante el futuro. Puede preguntarse sobre los pasos a seguir, cada cuánto acudir al médico, ante qué síntomas consultar, y otras tantas interrogantes.

Es de utilidad entonces escribir todas aquellas preguntas que surjan, para luego conversar sobre estos temas con el médico.

Otro detalle importante es conservar toda la información relativa a su enfermedad como por ejemplo el diagnóstico y los estudios que les hayan realizado.

Por otra parte, los estados de ánimo varían en cada persona pero, al igual que durante los tratamientos, en algún momento puedes sentirte: ansiosa, deprimida o triste, asustada, enojada, frustrada, débil o vulnerable.

También la situación por la que estás pasando puede causarte estrés. Hay varias actividades que pueden ayudarte a manejar esos sentimientos:

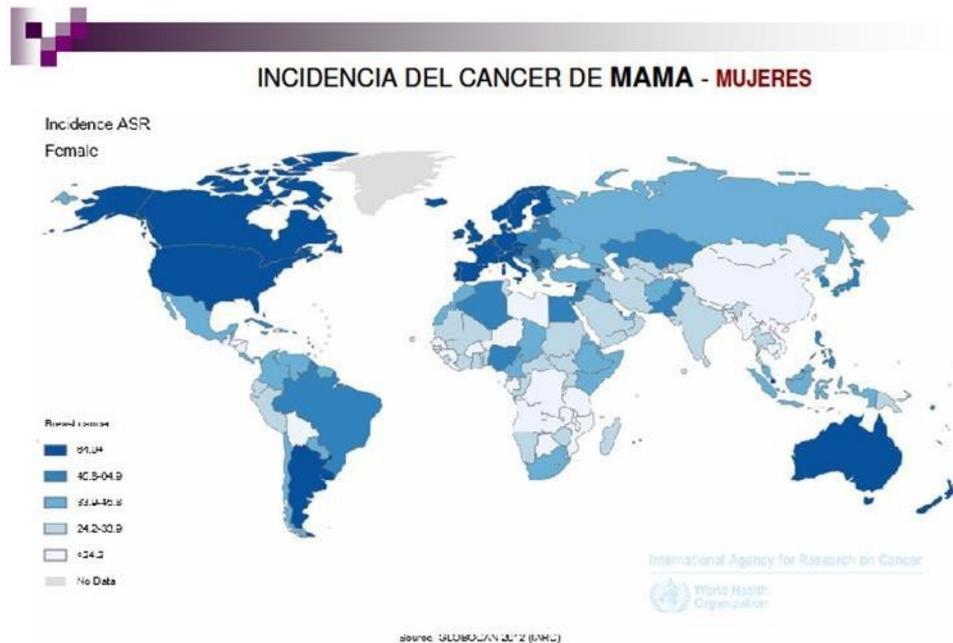
Relajarte.

Hacer ejercicio.

Buscar el apoyo de la familia y amigos

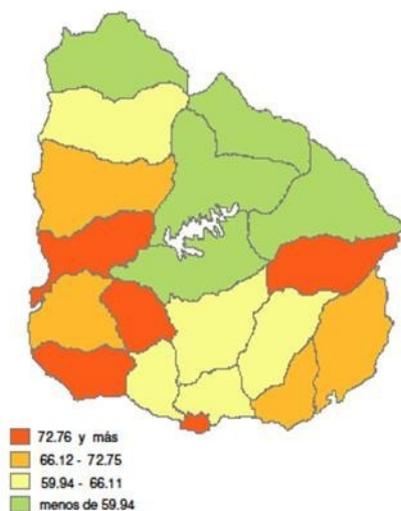
Unirte a un grupo de apoyo.

# INCIDENCIA DE CANCER EN EL MUNDO



ASR: Age world standardized incidence rate  
(Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar expresada en casos x 100000)

# INCIDENCIA DE CANCER DE MAMA EN URUGUAY



DISTRIBUCION DE CASOS Y TASAS POR DEPARTAMENTO

Departamento	Nº Casos Período	Tasa Ajustada*	Tasa Cruda
MONTEVIDEO	4,651	83.89	131.80
COLONIA	411	81.36	131.89
TREINTA Y TRES	130	76.73	104.80
FLORES	68	75.59	107.01
RIO NEGRO	129	73.66	95.78
TODO EL PAIS	9,171	73.10	107.96
MALDONADO	388	71.83	97.11
ROCHA	190	69.30	108.72
SORIANO	200	67.81	95.25
PAYSANDU	267	67.12	92.82
SALTO	262	66.11	82.54
FLORIDA	174	65.17	102.13
INTERIOR	4,520	64.87	91.01
CANELONES	1,157	62.91	88.52
SAN JOSE	240	60.95	89.68
LAVALLEJA	141	60.51	93.42
ARTIGAS	137	59.38	72.55
RIVERA	199	58.28	74.83
TACUAREMBO	162	52.86	70.84
CERRO LARGO	160	52.18	73.20
DURAZNO	105	51.45	72.37

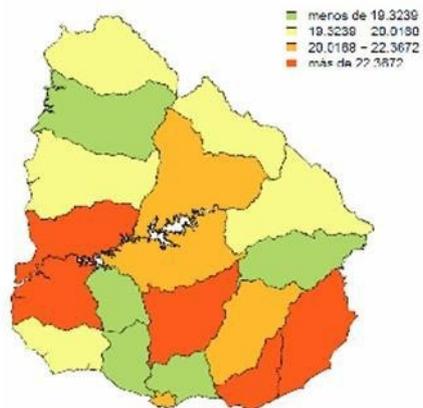
IV ATLAS DE INCIDENCIA DEL CANCER EN EL URUGUAY 2007 - 2011  
BARRIOS, E., GARAU, M. et al  
COMISION HONORARIA DE LUCHA CONTRA EL CANCER  
REGISTRO NACIONAL DE CANCER

\* Tasa estandarizada por edad, población mundial estándar (casos x 100.000).

# MORTALIDAD POR CANCER DE MAMA EN URUGUAY



## MORTALIDAD POR CANCER DE MAMA - MUJERES Periodo: 2009-2013



■ menos de 19.3239  
■ 19.3239 - 20.0180  
■ 20.0180 - 22.3672  
■ más de 22.3672

### DISTRIBUCION DE CASOS Y TASAS POR DEPARTAMENTO

Departamento	Nº Casos	Tasa Ajustada*	Tasa Cruda
SORIANO	94	25.69	45.04
RIO NEGRO	48	25.18	35.31
ROCHA	79	24.62	45.38
FLORIDA	77	23.84	45.17
MALDONADO	150	23.59	35.96
DURAZNO	51	21.15	35.33
LAVALLEJA	60	20.77	39.97
MONTEVIDEO	1.531	20.57	43.43
TODO EL PAIS	3.243	20.47	37.96
TACUAREMBO	73	20.32	31.82
INTERIOR	1.712	20.31	34.12
CERRO LARGO	70	20.02	32.07
ARTIGAS	55	19.88	29.49
PAYSANDU	94	19.65	32.55
COLONIA	118	19.46	37.46
RIVERA	76	19.32	28.63
CANELONES	450	19.32	33.70
SALTO	83	18.07	26.02
TREINTA Y TRES	33	17.76	26.70
FLORES	20	16.03	31.48
SAN JOSE	81	16.00	29.83

COMISION HONORARIA DE LUCHA CONTRA EL CANCER  
REGISTRO NACIONAL DE CANCER

\* Tasa estandarizada por edad, población mundial estándar (casos x 100.000).

Trabajo original

Rev Psiquiatr Urug 2014;78(2):116-130

## *Frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela*

### **Autores**

#### **Ramiro Almada**

Médico psiquiatra.

#### **Rodrigo Miraballes**

Médico psiquiatra. Asistente interino de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina, Universidad de la República.

#### **Suammy Agrafojo**

Médica, posgrado de psiquiatría.

#### Correspondencia:

Rodrigo Miraballes  
Gonzalo Ramírez 1574/301  
098-311495  
rodrigomiraballes@hotmail.com

### **Resumen**

*La depresión es una de las enfermedades con mayor prevalencia en Uruguay y causa de una importante mortalidad por su estrecha vinculación con el suicidio. A su vez, existe una marcada vinculación entre la depresión y las enfermedades médicas.*

*El objetivo de este estudio es conocer la frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina del hospital universitario durante el período de un mes. Se estudió además la relación entre la presencia de depresión y distintas variables: autopercepción de la gravedad de la patología médica, tiempo de evolución de la patología médica y ocupación. Se utilizó la traducción española del inventario para la depresión de Beck (BDI) y un cuestionario que incluyó datos patronímicos y las variables mencionadas. El porcentaje de pacientes con depresión resultó mayor a los valores de referencia para la población general, tanto en muestras locales como extranjeras.*

### **Palabras clave**

Depresión  
Enfermedad médica  
Enfermedad crónica  
Percepción de la gravedad de enfermedad  
Desocupación

### **Summary**

*Depression is one of the most prevalent diseases in Uruguay and one of the major causes of mortality because of its close relationship with suicide rate. In turn, there is a strong link between depression and medical illness. The aim of our study was to determine the frequency of depression in patients attending medical clinics at the University Hospital during a one-month period. The study also assessed the relationship between the presence of depression and other variables, namely: self-rated severity of the medical condition, duration of the medical condition, and occupation. The Spanish version of the Beck Depression Inventory (BDI) was used, as well as a questionnaire that included patronymic data and the above mentioned variables. The percentage of patients with depression was greater than reference values for the general population, both local and foreign.*

### **Key words**

Depression  
Medical illness  
Chronic illness  
Illness perception  
Unemployment



## Introducción

### La depresión

La depresión es una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en la población general con una prevalencia del trastorno depresivo mayor (TDM) según el DSM-IV-TR del 5 a 9 % en mujeres y un 2 a 3 % en hombres; plantea un riesgo para el TDM a lo largo de la vida entre el 10 y el 25 % para mujeres y entre el 5 y el 12 % para hombres.<sup>1</sup>

Las repercusiones sanitarias y sociales de la depresión son muy importantes: la Organización Mundial de Salud considera que en los países industrializados es la segunda causa de invalidez, superada solo por las enfermedades cardiovasculares. Para Estados Unidos se calcula que el costo económico por invalidez y muerte prematura causado por la depresión es de 10 billones de dólares anuales.<sup>2,3</sup>

La importancia de la depresión aumenta debido a su estrecha relación con el suicidio; se considera que esta patología es la causa del 64 % de los suicidios y que un 15 % de pacientes con un episodio depresivo mayor (EDM) severo comete suicidio.<sup>4,5</sup>

Dos estudios realizados en nuestro país sobre síntomas depresivos y depresión han mostrado un incremento en su prevalencia, siendo en el año 1998 de un 16 % en mujeres y 6 % en hombres y en el 2008 de un 18 % en mujeres y 11 % en hombres.<sup>6,7</sup>

Según un estudio realizado en el período 1999-2000 en el Hospital de Clínicas por la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina (UdelaR), la depresión era la patología mental más frecuentemente tratada.<sup>8</sup>

### Depresión y enfermedad médica

Depresión y enfermedad médica son entidades que se asocian, que presentan relaciones de influencia bidireccional entre sí. Distintos estudios epidemiológicos y de prevalencia muestran altos niveles de depresión en po-

blaciones de individuos con enfermedades médicas, tanto en hospitalizados como en poblaciones ambulatorias.<sup>9-13</sup> 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 %.<sup>14,15</sup>

Según el DSM-IV-TR los individuos que padecen enfermedades médicas crónicas o graves presentan un mayor riesgo de desarrollar un TDM. Hasta un 20-25 % de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (diabetes, infarto agudo de miocardio [IAM], carcinomas, accidente cerebro-vascular [ACV]) presentarán un TDM a lo largo del curso de la enfermedad médica. Además, si hay un TDM el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico menos favorable. El pronóstico del TDM es peor (por ejemplo, episodios más largos o respuestas más pobres al tratamiento) si existen enfermedades médicas crónicas concomitantes.<sup>1</sup>

La comorbilidad entre enfermedad médica y depresión se puede entender de varias maneras. Que la enfermedad médica cause la depresión, que facilite la aparición de la depresión en alguien susceptible, que coincidan ambos cuadros entre sí por azar, que la depresión sea secundaria a la reacción del paciente a su enfermedad médica (por las limitaciones o síntomas físicos que le genera) o que sea causada por los fármacos indicados para el tratamiento de la enfermedad médica.<sup>9,16</sup>

La perspectiva psiconeuroinmunoendocrinológica postula a la ansiedad y la depresión como respuestas desadaptativas al estrés que originan un estado fisiopatológico mediado por la interacción de factores neurológicos, endocrinológicos y metabólicos que determina una vulnerabilidad a enfermedades somáticas.<sup>17</sup> La hipótesis sostiene que los sistemas neurobiológicos de respuesta al estrés están involucrados tanto en la fisiopatología de síndromes que presentan características inflamatorias y depresivas, como en los mecanismos de acción de los agentes antidepressivos.<sup>18-20</sup> En estos mecanismos tendrían un rol fundamental el factor liberador hipo-



## Trabajo original

talámico de corticotrofina (CRF) y el sistema hipotalámico-hipofisario-suprarrenal (HHS). Sobre la base de los hallazgos experimentales en modelos de animales con experiencias estresantes tempranas, y trabajos en humanos con eventos de vida traumáticos en la infancia, se postula que existe una vulnerabilidad frente a los estímulos de la vida expresada por una respuesta de estrés hipersensible que se traduce en una hiperactividad del CRF y del eje HHS y del sistema nervioso autónomo (SNA). Clínicamente se manifiesta con una tendencia a expresar ansiedad, miedo y depresión.<sup>17</sup> El rol del eje CRF/HHS y de las catecolaminas/SNA en modular la función inmune es claro. Los estímulos tanto fisiológicos como psicológicos activan el eje HHS a través de la activación córtico-límbica, hecho que resulta en la liberación de CRF, hormona adreno-córtico-trófica (ACTH) y de cortisol plasmático. Cuando el nivel de cortisol se eleva hay una larga serie de funciones inmunes que se suprimen. Asimismo, tanto la CRF como las catecolaminas tienen otros efectos directos e indirectos sobre el sistema inmune.<sup>21-23</sup>

Se plantea también que las alteraciones del eje HHS podrían explicar, al menos en parte, las alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo (HHT). Los autores que apoyan esta hipótesis sugieren que la respuesta aplanada de tirotrófina (TSH) que se encuentra en la depresión podría estar vinculada a la hipercortisolemia, la que tendría una acción supresora en la respuesta de la hormona liberadora de tirotrófina (TRH) al TSH. Otra posibilidad es que ambos ejes compartan una regulación común en el sistema nervioso central (SNC).<sup>24,25</sup>

En cuanto al cuadro clínico, en la depresión existe sintomatología que se asocia más frecuentemente con la concomitancia de patología médica, ya sea como causante o como proceso adjunto. La pérdida o aumento de peso sin hacer régimen, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía y la disminución en la capacidad de concentración son características clínicas compartidas con varios síndromes y enfermedades médicas, siendo

en general signos de alerta para la sospecha de esta asociación.<sup>16</sup>

## Depresión y enfermedad crónica

Las enfermedades crónicas enfrentan a los pacientes a muchos miedos y desafíos, incluyendo dolor, alteración de su imagen corporal, deterioro de su funcionamiento físico, amenaza de perder su vida, cambios en sus perspectivas de futuro y más. Muchos pacientes crónicos enfrentan permanentemente cambios en su estilo de vida, estigma social, dependencia en tareas que eran de autogestión, amenazas a su dignidad y disminución de su autoestima, incertidumbres diagnósticas, disrupción de su tránsito vital normal y disminución de recursos económicos. Estos estresores asociados a sus enfermedades desafían las habilidades de los pacientes para mantener el equilibrio emocional y una autoimagen satisfactoria. Una variedad de respuestas puede surgir como resultado y se ha demostrado que la depresión es una de ellas.<sup>26</sup> Incluso, algunos estudios plantean que en personas afeadas que no han tenido depresión el suceso vital más comúnmente asociado con la aparición de un episodio depresivo es el desarrollo de una enfermedad que amenaza la vida.<sup>27</sup>

Múltiples estudios han demostrado la frecuente comorbilidad de la depresión con otras patologías crónicas, hecho que además empeora el pronóstico de estas últimas. Un trabajo realizado por la OMS a través del World Health Survey Data Services en 2007, que utilizó una muestra de 245.404 individuos de 60 países, mostró que aquellos pacientes que asociaban depresión con otra enfermedad crónica presentaban los peores estándares de salud comparados con todos los estados de enfermedad.<sup>28</sup>

## Depresión y desempleo

Algunos estudios plantean la consideración del desempleo como factor de riesgo para la

depresión, que existe mayor predisposición en individuos con desempleo prolongado, recaída en una situación de desempleo y la presencia o no de ayuda estatal.<sup>29-32</sup>

El concepto de desempleo es en sí mismo complejo y existen distintas construcciones teóricas. Para mostrar la complejidad del concepto y en relación con la depresión, en un trabajo realizado en el año 2000 en la Universidad de California por Dooley et al. se deja a un lado la dicotomía «empleado vs. desempleado» y se plantea un gradiente continuo que incluye «el empleo adecuado», pasando por el «empleo inadecuado» hasta el «desempleo». Se investiga la influencia de estas situaciones en la génesis de la depresión. Los resultados obtenidos a partir de esta hipótesis establecieron una asociación significativa entre los estados que se plantearon como «empleo inadecuado» y «desempleo» con un mayor riesgo de depresión.<sup>33</sup>

### Depresión y percepción de la gravedad de la enfermedad médica

El modelo de percepción de enfermedad se enfoca en las percepciones que tiene el paciente cuando empieza su experiencia de enfermedad. Así como las personas tratan de explicar los acontecimientos de acuerdo con sus propias construcciones, los pacientes desarrollan igualmente modelos cognitivos similares a partir de los cambios corporales y los síntomas. La percepción de la gravedad de la enfermedad médica ha demostrado tener una importante asociación con los resultados terapéuticos, tanto en enfermedades agudas como crónicas. Además, existen muchos trabajos que muestran una influencia bidireccional entre la percepción de las patologías médicas padecidas y su evolución y pronóstico.<sup>34-36</sup>

#### Objetivos

##### a) Objetivo general

Conocer la frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de

medicina del Hospital Universitario Dr. Manuel Quintela.

##### b) Objetivos específicos

Observar si existe una asociación entre la presencia de depresión y distintas variables:

- autopercepción de la gravedad de la patología médica,
- tiempo de evolución de la patología médica y
- ocupación

#### Material y método

Se llevó a cabo un estudio transversal con la finalidad de detectar los casos existentes en la población en cuestión (estudio de prevalencia). Se trató de un estudio de tipo descriptivo que pretendió evaluar los niveles de depresión presentes en la muestra y la relación con las variables de análisis.

En el análisis estadístico se utilizó el programa de análisis spss y para la valoración de la relación de la depresión con las variables independientes se consideró el valor de referencia de significación estadística  $p < 0,05$ .

En el estudio actual se realizó una encuesta a todos los pacientes consultantes de las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas durante octubre de 2009.

La encuesta constó de un cuestionario acerca de datos patronímicos para una caracterización sociodemográfica elemental de la población y las herramientas para la valoración de las variables independientes planteadas. Se usó el inventario de depresión de Beck para valorar la variable índice.

Se solicitó la autorización del Comité de Ética del Hospital de Clínicas para realizar los cuestionarios planteados y la metodología de administración correspondiente.

La encuesta se realizó a cada paciente luego de finalizada la consulta médica correspondiente en un consultorio solicitado específicamente para este propósito. Se explicó a cada paciente los objetivos de la encuesta, su carácter voluntario y anónimo, así como

## Trabajo original

la independencia de esta en relación con su atención en el Hospital de Clínicas.

**Criterios de inclusión y exclusión.** Se incluyeron todos los pacientes que consultaron por cualquier motivo en las policlínicas en el tiempo considerado. Se excluyeron los menores de 15 años y los mayores de 85 años; también aquellos que presentaron un estado físico o mental que evidentemente no les permitía contestar adecuadamente los cuestionarios.

En suma, se trata de un estudio no experimental, observacional, transversal, con un análisis descriptivo.

### Estudio piloto

Durante octubre de 2008 se realizó el estudio piloto inventario de depresión de Beck y test de Had para depresión y ansiedad aplicado a 48 pacientes consultantes en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Este trabajo permitió planificar con mayor claridad las etapas del estudio actual, identificar diferentes obstáculos y poner a prueba las herramientas de análisis de datos. Dicha investigación arrojó los resultados que se pueden observar en el anexo 1.<sup>37</sup>

### Instrumentos

#### ***Inventario de depresión de Beck (BDI)***

El inventario para la depresión de Beck es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para evaluar depresión en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigación.<sup>38-40</sup>

#### **BDI-IA**

La versión de 1978 presenta sustanciales mejoras respecto de la original de 1961 (Sanz y Vázquez, 1998). La versión de 1978 elimina algunas afirmaciones alternativas en 10 ítems, de forma que todos los ítems presentan

4 alternativas de respuestas y se hace más sencillo para el paciente.

Distintas investigaciones han mostrado que un puntaje de 18 puntos como resultado maximiza el potencial discriminatorio del BDI en cuanto a sensibilidad, especificidad, poder de predicción y eficiencia diagnóstica. Además ha resultado ser una puntuación bastante consensuada entre los investigadores para diferenciar personas con y sin depresión.<sup>40</sup>

Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 ítems para evaluar intensidad de la depresión. Evalúa el estado promedio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valorará de 0 a 3 puntos, con una puntuación total que va desde 0 a 63 puntos máximos.

Discrimina en cuatro categorías según los niveles de gravedad: normal (0 a 9), leve (10 a 15), moderado (16 a 23), grave (24 a 63).

Estas son las categorías de gravedad propuestas por Beck originalmente para esta versión del inventario.<sup>39</sup> En este estudio empleamos la validación de la versión en español de Sanz y Vázquez que utiliza como punto de corte el puntaje 18 en el BDI. La función discriminante obtenida con este punto de corte podía clasificar correctamente el 98,01 % de los sujetos como no deprimidos o deprimidos.<sup>41</sup>

### Cuestionario complementario

El cuestionario complementario recabó los datos patronímicos básicos y las preguntas correspondientes a las variables independientes planteadas. Consta de un texto en el que se explican sencillamente las características del estudio y las garantías éticas que tendrán al participar del trabajo. Incluye también las herramientas de evaluación de las variables independientes consideradas.

**Tiempo de evolución de la patología médica.** Confeccionamos un ítem en el cual el paciente debía catalogar su enfermedad de acuerdo con categorías preestablecidas de rangos de tiempo de padecimiento de la enfermedad. Elegimos el diseño de una escala con varias categorías

para acercarnos mejor a la evaluación del carácter progresivo de la enfermedad crónica (identificación de distintas categorías de acuerdo con el tiempo que transcurre desde el inicio de la noxa, de acuerdo con la percepción del paciente). La variable tiempo de padecimiento de la enfermedad es una forma indirecta de considerar la variable enfermedad crónica.

*Ocupación.* Elaboramos una lista inclusiva de distintas actividades que luego categorizamos en ocupados y no ocupados.<sup>42</sup>

*Percepción de la gravedad de la enfermedad.* En nuestro estudio construimos una herramienta para la valoración de la percepción de la gravedad de la patología médica, debiendo los pacientes elegir un nivel de gravedad según su parecer en una escala ascendente con cuatro posibilidades: leve, leve-moderada, moderada-grave, grave.

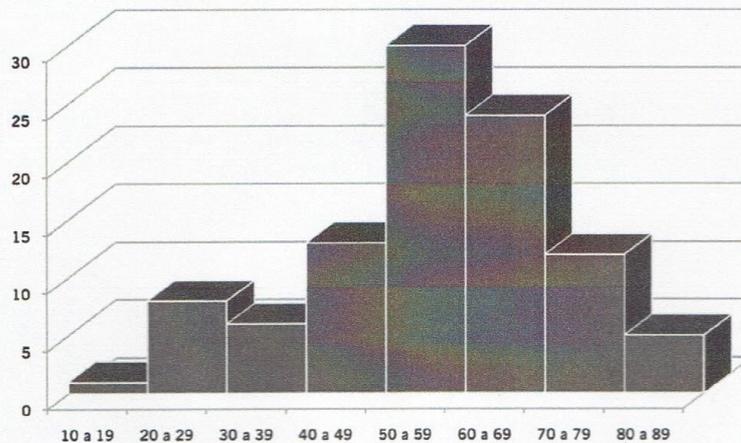
## Resultados

Debemos enfatizar las dificultades que tuvieron los pacientes para la realización del cuestionario. Observamos que en general emplearon mayor tiempo del esperado para su realización, y la frecuente necesidad de asistencia del encuestador.

Se analizó los resultados de la encuesta y se obtuvo datos de las características de la población encuestada como distribución por sexo, edad y nivel de instrucción. Se analizó la frecuencia de la variable dependiente y de las variables independientes para luego analizar si existía relación estadísticamente significativa entre sí. Con los criterios de inclusión y exclusión finalmente fueron utilizadas 99 encuestas válidas, 33 hombres y 66 mujeres.

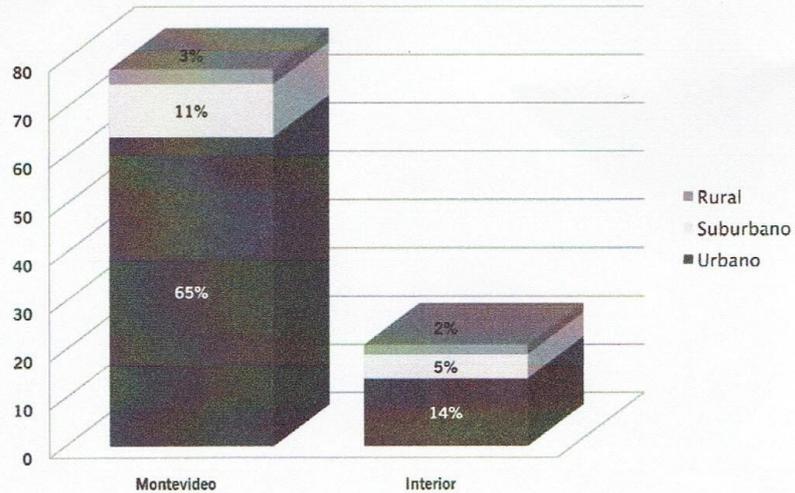
Estamos frente a una población con predominio del sexo femenino; el promedio de

Figura 1. Distribución por edad



Trabajo original

Figura 2. Lugar de residencia



edad fue de 55 años; la mitad de la población tiene más de 56 años, lo que constituye una población añosa (figura 1). El 79 % de los encuestados vivía en Montevideo y el 21 % en el interior del país, con la distribución que vemos en la figura 2 para cada categoría. El 79 % de la muestra vivía en zonas urbanas tanto de Montevideo como del interior.

### Variable dependiente

Se muestra el resultado obtenido según la puntuación original del test y según el punto de corte de 18.

Según la discriminación categorial original 48,5 % de los encuestados presentó algún grado de depresión, de estos el 37 % se encontró dentro de la categoría leve, el 44 % como moderado y el 19 % dentro de la categoría grave (figura 3). Al analizar el resultado de la aplicación del test aplicando los 18 puntos como punto de corte encontramos que 22,2 %

de las personas encuestadas cumplen criterio para depresión.

La frecuencia de depresión en nuestra población de estudio fue de un 22 %. (figura 4).

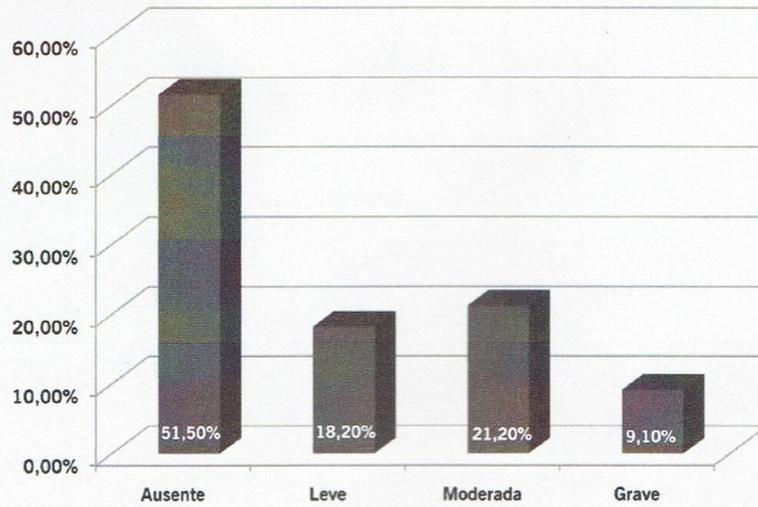
### Análisis bivariado

Se analizó la relación entre depresión y las variables tiempo de padecimiento de la enfermedad, percepción de enfermedad y ocupación (considerando la variable depresión de acuerdo con el punto de corte 18 en el test de Beck).

1. Análisis de la relación con la *variable tiempo de padecimiento de la enfermedad médica*.

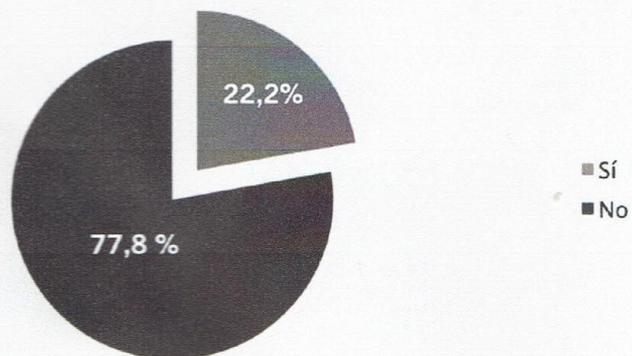
No se observó una relación significativa entre depresión y el tiempo de padecimiento de la enfermedad médica, obteniendo un valor de Chi cuadrado no significativo ( $p=0,489$ ) (tabla 1).

Figura 3. Distribución de niveles de depresión según categorías originales



Trabajo original

Figura 4. Frecuencia de depresión según punto de corte 18



Trabajo original

Tabla 1

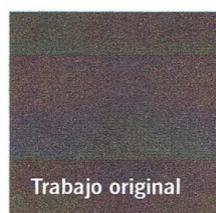
Tabla de contingencia: Tiempo de padecimiento de la enfermedad vs. depresión (punto de corte > 18)

		Depresión		Total
		No	Sí	
Tiempo de padecimiento de la enfermedad	< 6 meses	18 81,8 %	4 18,2 %	22 100 %
	de 6 a 12 meses	5 71,4 %	2 28,6 %	7 100 %
	de 1 a 3 años	12 66,7 %	6 33,3 %	18 100 %
	de 3 a 5 años	5 62,5 %	3 37,5 %	8 100 %
	> 5 años	35 83,3 %	7 16,7 %	42 100 %
Total		75 77,3 %	22 22,7 %	97 100 %

Tabla 2

Tabla de contingencia: percepción de la enfermedad vs. depresión (punto de corte > 18)

		Depresión		Total
		No	Sí	
Percepción de enfermedad	Leve	20 100,0 %	0 0 %	20 100,0 %
	De leve a moderado	32 78,0 %	9 22,0 %	41 100,0 %
	De moderado a grave	14 70,0 %	6 30,0 %	20 100,0 %
	Grave	9 56,3 %	7 43,8 %	16 100,0 %
Total		75 77,3 %	22 22,7 %	97 100,0 %



## 2. Análisis de la relación con la *variable percepción de la enfermedad*.

Si bien se pudo observar que existe una correlación positiva entre la presencia de depresión y la percepción de la enfermedad para este tamaño muestral, no fue posible considerar esta asociación como significativa, ya que más del 20 % de las celdas tiene valor esperado menor a 5 (tabla 2).

## 3. Análisis de la relación con la *variable ocupación*.

Se aplicó el test exacto de Fisher en el análisis bivariado de la variable ocupación con depresión, no encontrándose asociación entre ambas variables (valor  $p=0,5841$ ).

Se encontró igual porcentaje de pacientes con una probable depresión tanto en ocupados como en desocupados, siendo este porcentaje del 51,5 %. Se encontraban un 66,7 % de personas ocupadas en el momento de la encuesta.

## Discusión

Distintas investigaciones han mostrado que un puntaje de 18 puntos como resultado maximiza el potencial discriminatorio del BDI en cuanto a sensibilidad, especificidad, poder de predicción y eficiencia diagnóstica.<sup>40</sup> En la muestra de nuestro estudio obtuvimos un valor de 22,2 % correspondiente a pacientes identificados como deprimidos por el test (figura 4), lo que constituye una alta prevalencia de depresión en la muestra. Si bien el diseño del estudio no contó con grupo control y no permite una comparación certera con otros trabajos sobre el tema, tenemos una aproximación inicial que deberá tomarse como insumo para próximas investigaciones. Los valores de depresión resultaron ser superiores a los que muestra el DSM-IV para la población general (del 5 a 9 % en mujeres y un 2 a 3 % en hombres),<sup>1</sup> y también valores superiores para la población general identificados en la población uruguaya (en el 2008, de un 18 %

en mujeres y 11 % en hombres).<sup>7</sup> La discriminación por sexo arroja un 24 % y 18 %, respectivamente, para mujeres y hombres.

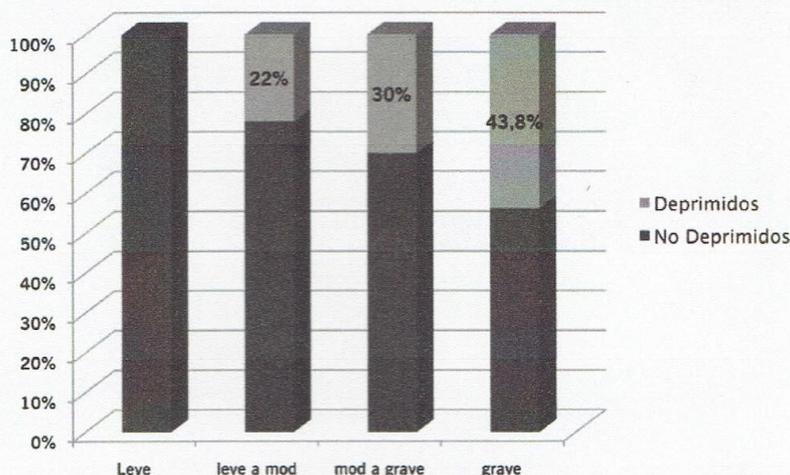
Esta observación es coherente con la hipótesis de que es esperable encontrar mayores niveles de depresión en individuos con enfermedad médica.

En nuestro estudio, la valoración de la relación entre las variables independientes y la depresión arroja como observación más importante el comportamiento de la variable percepción de la enfermedad. Se observa una correlación entre las variables, de manera que los niveles de depresión aumentan cuanto mayor es la percepción de la gravedad de la enfermedad (figura 5). Así, mientras que entre quienes perciben como «leve» el nivel de gravedad de su enfermedad no hay ningún individuo con depresión, entre quienes lo perciben como «grave» el porcentaje alcanza el 43,8 %. Estadísticamente no se obtiene un grado significativo de esta correlación.

Esta correlación puede entenderse teóricamente tanto en una dirección como en otra. La depresión posee un componente de pesimismo y visión peyorativa de la realidad, de manera que aquellos individuos deprimidos incluyan la gravedad de la enfermedad en el panorama pesimista de su horizonte (aquellos individuos deprimidos tendrían mayores niveles de percepción grave de la enfermedad). Así, también, el padecimiento de una enfermedad más grave puede constituirse en un factor estresante (pronóstico, limitaciones, invalidez, alteraciones funcionales, dolor) que precipite, desencadene o agrave un estado depresivo (aquellos individuos con enfermedades más graves tendrían mayores niveles de depresión).

En la medición de esta variable optamos por utilizar un test sencillo de fácil aplicación. Consideramos la utilización de otras herramientas validadas, como por ejemplo el IPQ (illness perception questionnaire),<sup>34</sup> pero su aplicación introducía un cuestionario extenso y complejo para ser contestado por los pacientes. En la valoración del estudio piloto encontramos que por el tiempo insumido y

Figura 5. Niveles de depresión vs. Percepción de la gravedad de la enfermedad



la complejidad de los test la realización del cuestionario completo ofrecía suficientes dificultades a los pacientes como para añadir otro más, lo que probablemente determinaría más obstáculos que beneficios al estudio. Posiblemente estas dificultades tengan relación con las características sociodemográficas de la población en cuestión. Utilizamos un cuestionario que, si bien no ha sido validado, ofreció la suficiente sencillez como para ser admisible en la operatividad del estudio. El haber encontrado una correlación con esta herramienta constituye más que nada una perspectiva para llevar a cabo otros estudios con herramientas validadas que puedan caracterizar mejor la probable correlación entre depresión y percepción de gravedad de la enfermedad médica.

Según la oms las enfermedades crónicas son aquellas enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta.<sup>48</sup> Se buscó conocer si el tiempo de padecimiento de la enfermedad tenía alguna correlación con la presencia de depresión, sabiendo que en el

transcurso de una enfermedad crónica las consecuencias de esta sobre el bienestar físico, psíquico y social del individuo van siendo mayores. No se pretendió tomar solo la duración de la enfermedad para determinar que los pacientes padecían una patología crónica; sí lo tomamos como un índice importante en ese sentido. La vivencia de padecer una o más enfermedades por un tiempo prolongado supone igualmente una carga psicológica que podría tener influencia en el desarrollo de la depresión.

Se pudo utilizar la identificación de enfermedades crónicas según una lista de categorías nosográficas específicas, pero no se encontró herramientas operativas que aseguraran certeza al diagnóstico y que no resultaran tediosas en el momento de la encuesta. Por lo que se apeló a la consideración del paciente en cuanto al tiempo transcurrido desde que identifica el diagnóstico.

No se observó correlación entre el tiempo de padecimiento de la enfermedad y la presencia o no de depresión en la muestra de población

Tabla 3

Tabla de contingencia: Tiempo de padecimiento de la enfermedad vs. Percepción de la gravedad de la enfermedad.

		Percepción de la enfermedad				Total
		Leve	De leve a moderada	De moderada a grave	Grave	
Tiempo de padecimiento de la enfermedad	< 6 meses	12 54,5 %	7 31,8 %	1 4,5 %	2 9,1 %	22 100 %
	de 6 a 12 meses	1 14,3 %	4 57,1 %	2 28,6 %	0 0 %	7 100 %
	de 1 a 3 años	2 11,1 %	9 50,0 %	4 22,2 %	3 16,7 %	18 100 %
	de 3 a 5 años	0 0 %	5 62,5 %	2 25,0 %	1 12,5 %	8 100 %
	> 5 años	5 11,9 %	16 38,1 %	11 26,2 %	10 23,8 %	42 100 %
Total		20 20,6 %	41 42,3 %	20 20,6 %	16 16,5 %	97 100 %

estudiada. Sin embargo, se pudo observar que la mayoría de los pacientes que percibieron su enfermedad como grave fueron aquellos que la padecían por más de 5 años; de forma inversa, los que padecían su enfermedad por menos de 6 meses fueron quienes en su mayoría respondieron percibir su enfermedad como leve (tabla 3). Se puede decir que existe cierta tendencia a que a mayor tiempo de padecimiento de la enfermedad peor fue la percepción de esta. A su vez, cuanto peor fue la percepción mayor porcentaje de pacientes con depresión hubo.

Al relacionar la variable desocupación con depresión, se observó su comportamiento independiente. Siendo el desempleo una condición considerada un factor predictor de la depresión surge una pregunta: ¿por qué motivo no se encontró relación en este estudio? Además de las limitaciones generales del trabajo, dentro de las cuales consideramos especialmente importante el bajo número de la muestra, seguramente influyó la dificultad en el modo de consideración de la variable.<sup>44</sup>

Una limitación conocida del BDI aplicado a una población de pacientes con patologías médicas es la imposibilidad de discriminar el origen de los síntomas somáticos, los que pueden corresponder tanto al cuadro depresivo como a su enfermedad de base.

Una muestra de mayor tamaño permitiría una mejor capacidad analítica e inferencial.

## Conclusiones

Como se dijo, la depresión es causa de importante morbilidad y mortalidad en la población general, y genera costos millonarios a la sociedad, tanto en nuestro país como en otros.<sup>1-4, 6-8</sup>

La evidencia científica muestra que la vinculación entre la patología depresiva con otras patologías médicas conlleva múltiples consecuencias negativas: mayor prevalencia de la depresión, mayores dificultades para realizar los diagnósticos con certeza y en los

## Trabajo original

tiempos adecuados, así como la aplicación de estrategias terapéuticas erróneas e ineficaces.<sup>9-15</sup>

En este estudio se obtuvo un valor de 22,2 % correspondiente a pacientes identificados como deprimidos, lo que constituye una alta prevalencia de depresión, coherente con la hipótesis de que es esperable encontrar mayores niveles de depresión en individuos con enfermedad médica.

Se observó una correlación entre las variables percepción de la gravedad de enfermedad y depresión, de manera que los niveles de depresión aumentan cuanto mayor es la percepción de la gravedad de la enfermedad. Esta correlación no es estadísticamente significativa, pero marca una guía a seguir en la búsqueda de conocimiento sobre el tema.

Los datos que el trabajo arrojó podrían sumarse a la evidencia disponible que plantea que los niveles de depresión son mayores en pacientes con patología médica. Se entiende que la influencia de la depresión en los pacientes con una enfermedad médica empeora su pronóstico y la propia vivencia subjetiva del paciente. El diagnóstico asertivo y tratamiento adecuado de un trastorno depresivo mejorarían la calidad de vida y el pronóstico de estos pacientes.

Asimismo, creemos que los cambios que pudieran promoverse a partir de estos datos estarían destinados principalmente a los técnicos del primer nivel de atención y no tanto a los especialistas en psiquiatría, ya que son los primeros los que se enfrentan inicialmente con estos pacientes. Esto sería además coherente con una política que priorice la prevención en salud.

## Agradecimientos

Agradecemos a nuestra docente Prof. Dra. Stella Bocchino por motivarnos e impulsar esta investigación en el Hospital de Clínicas. Por apoyarnos en todo momento y facilitar los diferentes pasos que tuvimos que dar para llegar a los resultados.

## Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 1994.
2. Murray CJ, Lopez AD. The global burden of disease, Geneva: World Health Organization; 1996.
3. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1436-42.
4. Benca RM. Mood disorders. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC. Principles and practices of sleep medicine, 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2005, pp. 311-1326.
5. Boyd JH, Weissman MM. Epidemiology of affective disorders. A reexamination and future directions. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:1039-46.
6. Lista A. Cifra. Encuesta sobre prevalencia de síntomas y trastornos depresivos en la República Oriental del Uruguay. Año 1998.
7. Lista A. Cifra. Encuesta sobre prevalencia de síntomas y trastornos depresivos en la República Oriental del Uruguay. Año 2008.
8. Díaz N, Ruiz A. Estudio epidemiológico de la población asistida en el Departamento de Psiquiatría del Hospital de Clínicas: período 1999-2000. *Rev Med Urug* 2002; 18:48-58.
9. Goodwin R, Kroenke K, Hoven C, Spitzer R. Major depression physical illness and suicidal ideation in primary care. *Psychosom Med* 2002; 65:501-505.
10. MacHale S. Managing depression in physical illness. *Adv Psychiatr Treat* 2002; 8:297-306.
11. Moldin SO, Scheftner WA, Rice JP, Nelson E, Knesevich MA, Akiskal H. Association between major depressive disorder and physical illness. *Psychol Med* 1994; 23:755-761.

12. **Grau AP, Comas R, Suñer E, Peláez L, Sala M.** Evolución de la ansiedad y de la depresión detectada durante la hospitalización en un servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)* 2007; 24 (5): 212-216.
13. **Katon WJ.** Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry* 2003; 54:216-226.
14. **Fernández Camacho A.** Depresión y enfermedad médica. *Medicina General* 2001; 38:823-826.
15. **Fullerton C, Florenzano R y Acuña J.** Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Rev Med Chile* 2000; 128:729-734.
16. **Serrano F.** Depresión en enfermedades médicas. Unidad de Psiquiatría. Hospital Virgen del Camino. *Anales de Salud Mental* 1995; IX:9-29.
17. **Bonet J.** Vulnerabilidad a la ansiedad y la depresión y su relación con enfermedades médicas. 2011. Disponible en: <<http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/vulner.pdf>>. (Consulta: agosto 2009.)
18. **Gold P, Chrousos G.** The endocrinology of melancholic and atypical depression: relation to neurocircuitry and somatic consequences. *Proc Assoc Am Physicians* 1999; 111(1):22-24.
19. **Gold P.** The stress response, depression, and inflammatory disease. *Ann Intern Med* 1992; 117:854-866.
20. **Gold P, Chrousos G.** Clinical and biochemical manifestations of depression. Relation to neurobiology of stress. *N Engl J Med* 1988; 319:413-420.
21. **Arias P, Arzt E, Bonet J.** Estrés y procesos de enfermedad. Tomo I. Buenos Aires: Ed. Biblos; 1998.
22. **Bonet JL.** La supresión de la hiperactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) Dossier: Psiconeuroinmunoendocrinología. *Vertex, Rev Arg Psiq*, 1995; VI (21).
23. **Irwin M.** Psychoneuroimmunology of depression. In: Bloom FE, Kupfer DJ. *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*, 1995, 983-988.
24. **Contreras F.** Psicoendocrinología de la depresión. En: Vallejo R. *Tratado de psiquiatría*, 2.ª ed., Madrid: Ed. Marban; 2012, pp. 1113-1123.
25. **Romero C.** Depresión y enfermedad cardiovascular. *Rev Urug Cardiol* 2007; 22:92-109.
26. **Bisschop M, Kriegsman D, Beekman A, Deeg D.** Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Soc Sci Med* 2004; 59:721-733.
27. **Wells KB, Golding JM, Burnham MA.** Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without medical disorder. *Am J Psychiatry* 1988; 145:976-981.
28. **Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B.** Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys, 2007; *Lancet* 370 (9590):851-858.
29. **Rodríguez E, Frongillo E, Chandra P.** Do social programmes contribute to mental well-being? The long-term impact of the unemployment on depression in the United States. *Int J Epidemiol* 2001; 30:163-170.
30. **Frese M, Mohr G.** Prolonged unemployment and depression in older workers: a longitudinal study of intervening variables. *Soc Sci Med* 1987; 25(2):173-178.
31. **Mossakowsky KN.** The influence of past unemployment on symptoms of depression among young women and men in the United States. *Am J Public Health* 2009; 99(10):1826-1832.
32. **Montgomery SM, Cook DG, Bartley MJ, Wadsworth ME.** Unemployment predates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men. *Int J Epidemiol* 1999; 28:95-100.

Trabajo original

33. **Dooley D, Prause J, Ham-Rowbottom KA.** Underemployment and depression: longitudinal relationships. *J Health Soc Behav* 2000; 41(4):421-436.
34. **Broadbent E, Petriea KJ, Maina J, Weinmanb J.** The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res* 1997; 60:631-637.
35. **Weinman J, Petrie K.** Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics? *J Psychos Res* 1997; 42(2):113-116.
36. **Keith J.** The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20:163-167.
37. Evaluación de depresión en pacientes que consultan en policlínicas médicas. XVIII Jornadas Científicas de la Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina-UdelaR, Uruguay, 2008.
38. **Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J.** An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
39. **Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G.** Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
40. **Sanz J, Vázquez C.** Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema* 1998; 10(2):303-318.
41. **Beck A, Steer RA, Brown GK.** BDI-II Inventario de Depresión de Beck, 2.ª ed., Buenos Aires: Paidós; 2006.
42. **Aguirre R.** Una nueva mirada sobre las desigualdades de género: el trabajo no remunerado y el uso del tiempo. Disponible en: <<http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/cache/es/20/2060>>. (Consulta: agosto 2009.)
43. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades crónicas. Disponible en: <[http://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)>. (Consulta: agosto 2009.)
44. Instituto Nacional de Estadística. Metodología de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006. Disponible en: <<http://www.ine.gub.uy/biblioteca/metodologias/ech/metodologia%20enha%202006.pdf>>. (Consulta: agosto 2009.)

## ANEXO 5

Con motivo del trabajo final de investigación de la carrera Licenciatura en Enfermería perteneciente a la Facultad de Enfermería, Universidad de la Republica, se le entrega a usted este cuestionario el cual será realizado en forma anónima y se le pide la máxima sinceridad posible a la hora de responder.

Deberá marcar con una cruz el ítem correspondiente; se le pide que sea breve en las preguntas abiertas.

Edad:

Procedencia: Interior\_\_\_ Montevideo\_\_\_

Nivel de Instrucción: Primaria: Completa\_\_\_ Incompleta\_\_\_  
Secundaria: Completa\_\_\_ Incompleta\_\_\_  
Terciaria: Completa\_\_\_ Incompleta\_\_\_

Estado civil: Soltera\_\_\_  
Casada\_\_\_  
Divorciada\_\_\_  
Viuda\_\_\_  
Concubinato\_\_\_

Tiene hijos: Si\_\_\_ No\_\_\_  
Cuántos?\_\_\_

Con quien vive: Sola\_\_\_  
Esposo\_\_\_  
Esposo e hijos\_\_\_  
Hijos\_\_\_  
Padres\_\_\_  
Otros\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Tiene antecedentes de cáncer de mama: Si\_\_\_ No\_\_\_

Le realizaron una mastectomía: Si\_\_\_ No\_\_\_

En caso de ser afirmativo, la misma fue; Total\_\_\_ Parcial\_\_\_

Tratamiento: Quimioterapia\_\_\_

Radioterapia\_\_\_

Ambas\_\_\_

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección,

1)

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6)

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8)

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9)

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12)

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13)

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15)

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16)

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18)

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19)

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20)

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Gracias por su tiempo y aporte; atte estudiantes de Facultad de Enfermería.

---

15-Beck AT. Inventario de depresión de Beck. [Internet]. 2011. Disponible en:

<https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2011/12/inventariodedepresiondebeck.pdf>

[consulta: 8 ago 2016].

## ANEXO 6

### **Reacciones psicológicas en mujeres diagnosticadas con cáncer mamario**

*Revista Publicando*, 3(9). 2016, 173-195. ISSN 1390-9304

### **Reacciones psicológicas en mujeres diagnosticadas con cáncer mamario**

**Mariela Yesenia Chávez Intriago<sup>1</sup>, Armando José Juárez Méndez<sup>2</sup>,**

**1 Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, Psc.marielachavez@gmail**

**2 Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, Juarez888@gmail**

#### **RESUMEN**

Se pretende analizar las reacciones psicológicas que se presentan en pacientes con cáncer de mama. Se realizó una investigación no experimental de campo y bibliográfica, sobre trabajos científicos y estudios realizados acerca de la problemática planteada, lo cual permitió elaborar un marco teórico en el que se sustentó la investigación, basada en el método científico y método deductivo. Para la recolección de datos se utilizó la descripción de la observación directa con su respectivo análisis, síntesis, la escucha activa, se aplicó el test de depresión de Zung y Conde, y un cuestionario en el cual se contemplan que reacciones psicológicas y en qué medida afectan a las mujeres con cáncer de mama en su entorno bio-psico-social, y en general en las relaciones interpersonales. Los resultados arrojaron que 13 mujeres correspondientes al 65% la existencia de depresión leve, 4 mujeres correspondientes al 20% existe ausencia de depresión, 3 mujeres correspondientes al 15% existió depresión moderada, y el 0% ausencia de depresión grave. Al recibir un diagnóstico positivo de una enfermedad mortal como es el de padecer cáncer de mama es una noticia dolorosa e inaceptable para la mujer, produciendo luego la asimilación paulatina de un duelo por la pérdida de su salud o posible pérdida de sus senos.

**Palabras claves:** cáncer de mama, mujeres, reacciones psicológicas.

**Psychological reactions in women diagnosed with breast cancer**

## **ABSTRACT**

It aims to analyze the psychological reactions that occur in patients with breastcancer. A non-experimental field research and literature was conducted on scientific papers and studies on this issues raised, which allowed developing a theoretical framework in which research, based on the scientific method and deductive method was based. The description of the direct observation was used with its own analysis, synthesis, active listening for data collection, test depression Zung and Conde, and a questionnaire in which that psychological reaction are contemplated was applied and to what extent affect women with breastcancer in their bio-psycho-social environment, and generally in interpersonal relationships. The results showed that 13 women corresponding to 65% the existence of mild depression, four women corresponding to 20% there is an absence of depression, 3 women corresponding to 15% there was moderate depression, and 0% absence of severe depression. Upon receiving a positive diagnosis of a fatal illness such as cancer of breast is painful and unacceptable news for women, then producing the gradual assimilation of a grieving the loss of your health or possible loss of her breasts.

**Keywords:** breastcancer, women, psychological reactions.

## **1. INTRODUCCIÓN**

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Se estima que en 2004 murieron 519 000 mujeres por cáncer de mama y, aunque este cáncer está considerado como una enfermedad del mundo desarrollado, la mayoría (69%) de las defunciones por esa causa se registran en los países en desarrollo (OMS, Carga Mundial de Morbilidad, 2004). Cabe destacar que se observa que el cáncer de mama tiene una mayor incidencia, presentando 12,433 casos. En 2007 se estimaron cerca de 178,480 nuevos casos diagnosticados de cáncer de mama y el número de muertes estimado fue de 40,460 casos. La prevalencia estimada es de 2.4 millones de casos, tomando en cuenta a mujeres que se encuentran libres de enfermedad, y otras que están bajo tratamiento (Martínez, Lozano, Rodríguez, Galindo y Alvarado, 2014).

El recibir un diagnóstico de cáncer conlleva un gran impacto emocional, supone una ruptura brusca en la vida de una mujer y en muchos casos sin previa preparación o

aviso. Las mujeres con cáncer de mama se ven obligadas a cambiar hábitos y costumbres, a renunciar a proyectos, a enfrentar numerosas situaciones amenazantes y desconocidas por cuanto en los centros hospitalarios, las pruebas, la espera de los resultados y los tratamientos son muy difíciles para si mismas, para su familia y todos los que le rodean; este tema se convierte en el momento de mayor stress.

Luego de que una mujer ha sido diagnosticada con cáncer de mama, dicen sentirse solas y vulnerables, por lo tanto el amor y el apoyo de sus familiares y amigos pueden traer consuelo y ánimo en estos momentos de crisis. El impacto emocional no sólo depende del pronóstico del médico sino que se basa en las creencias previas que tenga la paciente respecto al cáncer de mama, por lo que estas creencias provocan sentimientos de culpabilidad en la mujer.

Para algunas mujeres, el impacto psicológico provocado por el diagnóstico de cáncer de mama, puede ser mayor debido a trastornos psicológicos como el miedo, la depresión, ansiedad y hostilidad (Aguilera y Messick, 1976). En las mujeres que padecen cáncer de mama se crea un shock emocional por lo que pueden aparecer una variedad de reacciones psicológicas tales como: ansiedad, miedo, hostilidad, negación, abatimiento, confusión, stress, afectación en su autoestima, y depresión que es uno de las reacciones que más predomina. Estas mujeres pueden presentar depresión leve, moderada y grave. El estado emocional de la paciente se vulnera al momento de recibir el diagnóstico de que tiene cáncer. Sintiendo en la mayoría un gran enojo e impotencia, sintiendo deseos de llorar, gritar, alejarse de los que les rodean y ve que su vida ha cambiado de la noche a la mañana, sumada a esto el temor a la desfiguración de su cuerpo y a lo tormentoso del tratamiento.

La mujer siente que su vida está amenazada, es difícil creer que tiene una enfermedad tan seria como es el cáncer de mama, el temor de perder uno de sus senos le aterra, más aun la posibilidad de muerte, los senos están íntimamente vinculados con su imagen femenina, teme perderla y con ello a su pareja. A pesar de tener miedo que le corten uno de sus senos, cae en la ambivalencia de que mejor se lo quiten para salvar su vida.

En la mujer con cáncer de seno se presenta en mayor o menor grado una disrupción en sus relaciones interpersonales, laborales, etc. Y una etapa de incapacidad con respecto a sus actividades diarias. La mujer debe de aprender a desarrollar habilidades para

recobrar el control de su vida, y para mejorar su estado de ánimo así como el apoyarse en quienes le rodean.

A la vez, los cambios físicos en la paciente, cargas económicas y dificultades laborales, todos ellos intervienen ante la toma de decisiones creando un impacto psicológico mayor. Aunado a lo anterior, algunos estudios han revelado que el 50% de las mujeres mastectomizadas han presentado trastornos en su sexualidad al año de la intervención quirúrgica. Entre estos problemas se presenta la dificultad de alcanzar el orgasmo, la vergüenza por su cuerpo, el silencio, el sentimiento de sentirse mutiladas.

Como va pasando el tiempo la paciente va asimilando lo que le está ocurriendo lo cual depende mucho del pronóstico de la enfermedad y del tipo de personalidad de cada mujer, tiene que vivir el duelo de su pérdida ya sea el de la salud física como uno de sus senos. Luego terminará por aceptar el hecho de tener cáncer de mama, sin embargo todo este proceso toma tiempo para adaptarse a un nuevo estilo de vida. El aceptar y retomar la vida sexual es un reto para la mujer y su pareja, muchas veces difícil de comprender y llevar a cabo, esto lleva tiempo. Por tanto los seres humanos sufren cambios que participan en procesos inevitables de la vida, que sin darse cuenta se impregnan en la formación y desarrollo, influyendo y afectando al entorno.

En razón de lo anterior, el estudio se plantea como hipótesis principal que las mujeres con cáncer de mama experimentan reacciones psicológicas que afectan su entorno bio-psico-social. Mientras que las hipótesis secundarias fueron que el entorno familiar es un factor determinante en la recuperación de las pacientes con cáncer de mama y la mastectomía afecta a la vida íntima de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

## **2. MÉTODOS**

La investigación realizada fue de tipo cualitativo-cuantitativa no experimental, de tipo investigación en la acción, la cual se desarrolló en cuatro aspectos: definición del problema; análisis del problema, recogida de datos, análisis y reflexión; y propuesta de acción.

## **Población**

El tipo de diseño de la muestra fue el no probabilístico, porque se escogió al azar las mujeres que se están recibiendo tratamiento de quimioterapia y radiación en el hospital de SOLCA. La población con la que se trabaja en esta investigación es de 20 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama que acuden al Hospital de SOLCA de la ciudad de Portoviejo.

## **Instrumentos**

Se utilizó la técnica de la entrevista estandarizadas para la historia clínica individual de cada mujer; también se utilizó la observación directa con las personas investigadas durante el desarrollo de la entrevista. Para evaluar las reacciones psicológicas en las mujeres se utilizó un cuestionario en donde se permitió conocer y detectar algunas de las reacciones que presentan al saber sobre un diagnóstico positivo de cáncer de mama y también se utilizó la escala autoaplicada de Zung y Conde para medir la depresión, con la finalidad de elaborar un buen diagnóstico de los tipos de reacciones psicológicas que se manifiestan.

Esta escala evalúa la gravedad del cuadro depresivo, se trata de una escala breve en el que el paciente ha de indicar la frecuencia que experimenta cada uno de los síntomas explorados, consta de 20 ítems que se agrupan en cuatro factores: depresivo, biológico, psicológico y psicosocial. Junto con el BDI es la escala autoaplicada más utilizada en la depresión. Esta escala está adaptada y validada al español (Conde, 1967).

## **3. RESULTADOS**

*Tabla 1: Tabulación de los resultados obtenidos en la aplicación de la escala auto aplicada para la medida de la depresión de Zung y Conde*

<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Leve</b>	13	65%
<b>Ausencia</b>	4	20%
<b>Moderado</b>	3	15%
<b>Grave</b>	0	0%
<b>Total</b>	20	100%

Esta prueba ha sido aplicada a 20 mujeres diagnosticadas con cáncer de mama del hospital de SOLCA de Portoviejo dando como resultado 13 mujeres correspondientes al 65% la existencia de depresión leve, 4 mujeres correspondientes al 20% existe ausencia de depresión, 3 mujeres correspondientes al 15% existió depresión moderada, y el 0% ausencia de depresión grave.

Interpretando los resultados obtenidos en la aplicación del test de depresión de Conde y Zung se muestra que el tipo de depresión mas relevante que se presenta en la mayoría de las mujeres con cáncer de mama es depresión leve. La perdida de la salud en la mujer y aún más si es de un diagnóstico de cáncer de mama, resulta inaceptable, pudiendo desencadenar una serie de reacciones psicológicas, como es la presencia de depresión, alterando su estado de ánimo y desmejorando su calidad de vida.

*Tabla 2: ¿Cuándo usted se tocó un nódulo o bolita en su seno, que fue lo primero que usted sintió?*

	<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Miedo	9		45%
Preocupación	7		35%
Curiosidad	2		10%
Angustia	2		10%
Total	20		100%

Se observa que de 20 mujeres encuestadas 9 mujeres representan el 45% de la muestra manifestaron que sintieron miedo; 7 mujeres que representan el 35% sintieron preocupación; 2 mujeres que representan el 10% sintieron curiosidad y 2 de las restantes que representan el 10% sintieron angustia.

Interpretando los resultados obtenidos se observa que las reacciones psicológicas más relevantes al tocarse un nódulo o bolita en el seno son el miedo y preocupación como también lo manifiesta Worden Wuillians en sus investigaciones sobre el duelo. Por tal razón se concluye que el miedo y la preocupación son reacciones propias que siente la

mujer al saber sobre una posible pérdida de su salud física y posible mutilación de sus senos.

*Tabla 3: ¿Cuál fue su primera reacción al conocer sobre su diagnóstico positivo de cáncer?*

<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Enojo/ira	1	5%
Choque emocional	8	40%
Negación	4	20%
Aceptación	2	10%
Crisis nerviosa	3	15%
Impotencia	2	10%
Total	20	100%

La primera reacción al conocer sobre su diagnóstico positivo de cáncer de 20 mujeres encuestadas 8 mujeres que representan el 40% de la muestra manifestaron que sintieron choque emocional; 4 mujeres que representan el 20% sintieron negación; 3 mujeres que representan el 15% experimentaron una crisis nerviosa, 2 mujeres que representan el 10% sintieron impotencia y mujer que representa el 5% sintió enojo/ira.

Interpretando los resultados obtenidos se refleja que las reacciones más relevantes al recibir un diagnóstico positivo de cáncer de mama son: choque emocional y negación. Al enfrentarse a una dura realidad como al diagnóstico de cáncer de mama es una noticia dolorosa e inaceptable para la mujer, provocando en ella la asimilación de un duelo por la pérdida de su salud y de una posible mutilación de su senos en la que debe de adaptarse y afrontar esta realidad a su vida. Para algunas mujeres, el impacto psicológico provocado por el diagnóstico de cáncer de mama, puede ser mayor debido a trastornos psicológicos como el miedo, la depresión, ansiedad y hostilidad como lo relata Messick Aguilera en sus investigaciones sobre el cáncer.

Tabla 4: ¿Cuál fue el tratamiento que le recomendaron?

<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Quimioterapia	5	25%
Mastectomía	15	75%
Total	20	100%

De 20 mujeres encuestadas se observa que 15 mujeres que representan el 75% de la muestra manifestaron que les recomendaron mastectomía y las 5 mujeres restantes que representan el 25% quimioterapia. Interpretando los resultados obtenidos se refleja que el tratamiento más recomendado fue la mastectomía, siendo la mastectomía la cirugía más utilizada en el tratamiento del cáncer de mama, influyendo en el área emocional de las mujeres por la desfiguración corporal futura.

Tabla 5: ¿Cómo se sintió al recibir quimioterapia y/o perder uno de sus senos?

<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Temor a la desfiguración	12	60%
Vergüenza	6	30%
Enojo	2	10%
Culpa	0	0%
Temor al abandono	0	0%
Total	20	100%

De 20 mujeres encuestadas se observa que 12 mujeres encuestadas que representan el 60% de la muestra manifestaron que sintieron temor a la desfiguración; 6 mujeres encuestadas que representan el 30% sintieron vergüenza; 2 mujeres encuestadas que representan el 10% sintieron enojo, o mujeres que representan el 0% manifestaron

culpa, o mujeres que representan el 0% manifestaron temor al abandono. Interpretando los resultados obtenidos se refleja que las reacciones psicológicas mas predominantes al recibir quimioterapia o perder uno de sus senos fueron temor a la desfiguración, vergüenza y enojo. La mujer con cáncer de mama al recibir quimioterapia o perder uno de los senos afecta la imagen corporal de ellas, que influencia en el cambio de su imagen propia, el cual disminuye el autoconcepto y la autoestima. La imagen del cuerpo humano tiene como significado la foto o imagen del propio cuerpo que se forma imaginariamente, esto quiere decir la manera como cada persona se ve físicamente.

*Tabla 6: ¿Cambio su vida socialmente después de su diagnóstico?*

<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	20	100%
No	0	0%
Total	20	100%

En la tabla anterior, la cual expresa “si ocurrió cambio en su vida social después de su diagnóstico”, de 20 mujeres encuestadas todas ellas representan el 100% de la muestra manifestaron que Si ocurrió cambio en su vida social. En la interpretación de resultados obtenidos se refleja que después del diagnóstico si cambia la vida social. Por tal razón las mujeres al enfrentarse a los posibles cambios de percepción que tienen los demás hacia ellas, prefieren alejarse de la vida social evitando ser observada por los demás.

Tabla 7: ¿Cómo reaccionó su familia?

<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Alejamiento familiar	0	0%
Depresión familiar	11	55%
Sobreprotección familiar	7	35%
Indiferencia	2	10%
Total	20	100%

Con respecto de “la reacción de su familia” al haber encuestado a 20 mujeres se observa que de 11 de ellas representan el 55% de la muestra y manifestaron que su familia reaccionó con depresión familiar; 7 mujeres que representan el 30% me indicaron que recibió sobreprotección familiar; 2 mujeres manifestaron indiferencia familiar que representan el 10%. Luego de interpretar los resultados obtenidos se observa que las reacciones mas sobresalientes en las familias de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama fueron depresión familiar, sobreprotección familiar e indiferencia. La familia de la mujer enfrenta una crisis emocional en el momento del diagnóstico, desde ese momento en adelante, la enfermedad desafía la relación entre padres, esposo y el equilibrio de la vida familiar.

Tabla 8: ¿Cómo reaccionó su esposo?

<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Indiferente	3	15%
Sobreprotector	6	30%
Ausente	2	10%
Depresivo	9	45%
Total	20	100%

Al encuestar a 20 mujeres se observa 9 mujeres que representan el 45% de la muestra manifestaron que su esposo reaccionó depresivo; 6 mujeres que representan el 30% de la muestra manifestaron que su esposo reaccionó sobreprotector; 3 mujeres encuestadas que representan el 10% de la muestra manifestaron que su esposo reaccionó indiferente y de las 2 restante mujeres que representa el 10% de la muestra manifestaron que su esposo reaccionó de manera ausente.

Interpretando los resultados obtenidos se demuestra que las reacciones que más predominan en los esposos de las mujeres con cáncer de mama son depresión y sobreprotección. Por tal razón la pareja también carga con angustia y temores, que muchas veces no llegan a ser formulados verbalmente, ocupando un rol preponderante en este proceso, ya que el miedo a perder la compañera provocan estas reacciones en ellos.

*Tabla 9: ¿Tuvo miedo que su vida íntima cambie?*

<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	18	90%
No	2	10%
Total	20	100%

Al encuestar a 20 mujeres se observa que de 18 mujeres encuestadas que representan el 90% de la muestra manifestaron que si tuvo miedo que su vida íntima cambie; 2 mujeres encuestadas que representan el 10% manifestaron que no tuvo miedo que su vida íntima cambie. Interpretando los resultados obtenidos se demuestra que el 90% de las mujeres encuestadas tuvieron miedo a que su vida íntima cambie y el 10% de las encuestadas no tuvo miedo, lo que concuerda con las investigaciones realizadas por Kolondry, que dice que la mayoría de los casos de mujeres con cáncer disminuyen su vida íntima.

La sexualidad es un ámbito de la vida humana sumamente importante viéndose seriamente afectada cuando ocurre la aparición de una enfermedad oncológica. En muchas mujeres surgirán temores y ansiedades respecto del posterior deterioro que

podría sufrir su sexualidad, desarrollándose repercusiones negativas sobre su comportamiento sexual, creando perturbaciones en ella.

*Tabla 10: ¿Cree usted que la enfermedad disminuyó su vida íntima?*

<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Si	20	100%
No	0	0%
Total	20	100%

De 20 mujeres encuestadas se observa que las 20 mujeres que representan el 100% de la muestra manifestaron que sí disminuyó su vida íntima. Interpretando los resultados obtenidos se concluye que las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama sí disminuyeron su vida íntima como lo relata también el autor Larroy, en sus investigaciones realizadas sobre la disminución de la vida íntima cuando es diagnosticada con cáncer de seno. Algunos problemas que se pueden presentar en las mujeres es el temor a quedar expuesta ante su pareja como lisiada, incompleta o moribunda, provocando inhibición o abstinencia sexuales que repercuten en su vida íntima.

*Tabla 11: ¿Cuánto tiempo pasó hasta que usted aceptó la enfermedad?*

<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Días	4	20%
Semanas	5	25%
Meses	10	50%
Año	1	5%
Total	20	100%

Al encuestar a 20 mujeres se observa que de 10 mujeres encuestadas que representan el 50% de la muestra manifestaron que pasaron meses hasta aceptar la enfermedad; 5 mujeres encuestadas que representan el 25% manifestaron que pasaron semanas para aceptar la enfermedad, de 4 mujeres encuestadas que representan el 20% respondieron que pasaron días para aceptar la enfermedad y de 1 mujer encuestadas que representa el 5% respondió que tuvo que pasar un año para aceptar la enfermedad. Interpretando los resultados obtenidos se concluye que el tiempo que sobresa en aceptar la enfermedad fueron meses. La percepción que la mujer tenga sobre el cáncer de mama y la respuesta que ella tenga es determinante, pero no es fija y puede ir modificándose la forma en que se afronte.

*Tabla 12: ¿Cómo se siente actualmente?*

<b>RESPUESTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Mal	4	20%
Regular	12	60%
Bien	4	20%
Muy Bien	0	0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

De 20 mujeres encuestadas se observa que 12 mujeres que representan el 60% de la muestra manifestaron que actualmente se sienten regular; 4 mujeres que representan el 20% manifestaron que se sienten bien, 4 mujeres que representan el 20% manifestaron que se sienten mal. Interpretando los resultados obtenidos se refleja que la forma de sentir más sobresaliente ha sido el 60% que se sienten de forma regular debido a que la enfermedad ha sido un proceso difícil de adaptación y aceptación, ya que además de haber recibido un diagnóstico de que padecen cáncer, el tratamiento provoca reacciones desagradables tanto psicológicas como físicas.

El 20% que respondió sentirse mal es debido a la elaboración del duelo ante el diagnóstico, que depende también de los recursos personales, fuerza de voluntad

serenidad. Afrontar al diagnóstico de cáncer significa pasar por estados anímicos muy críticos y cambiantes. El 20% que respondió sentirse bien fue debido al apoyo que encontró en los familiares y porque su diagnóstico fue asimilado con mayor facilidad.

#### **4. CONCLUSIONES**

Luego haber finalizado la presente investigación y después de obtener los resultados estadístico que han arrojado los cuestionarios y test, permiten determinar que las mujeres con cáncer de mama que acuden al Hospital de SOLCA de la ciudad de Portoviejo, si presentan reacciones psicológicas durante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, por lo tanto se ha llegado a las siguientes conclusiones, la misma que a continuación se describen:

Cuando la mujer se encuentra algo extraño en su cuerpo, se crea el miedo y preocupación porque algo malo le puede suceder, motivo por el cual muchas mujeres no acuden al médico de manera inmediata, por el miedo de afrontar una situación difícil en sus vidas. Al recibir un diagnóstico positivo de una enfermedad mortal como es el de padecer cáncer de mama es una noticia dolorosa e inaceptable para la mujer, produciendo luego la asimilación paulatina de un duelo por la pérdida de su salud o posible pérdida de sus senos.

Las mujeres durante el tratamiento de quimioterapia o mastectomía presenta temor a quedar desfiguradas como consecuencia de realizarse la mastectomía, ya que los senos representan la femineidad y temen perderla, manifiesta vergüenza hacia los demás y enojo consigo mismas, y cambios físicos como la pérdida de su cabello, de peso, cambios en su apariencia personal a consecuencia del tratamiento de quimioterapia. La mujer con cáncer de mama crea un distanciamiento en las relaciones interpersonales, como consecuencia de los posibles cambios de percepción que tienen los demás hacia ella, prefiere alejarse de la vida social evitando el ser observada por los demás.

Toda la familia de la mujer con cáncer de mama también enfrenta una crisis emocional en el momento del diagnóstico y durante el tratamiento, provocando en la mayoría de ellos depresión, otros actúan de manera sobreprotectora y en algunos se manifiesta de manera indiferente. El cáncer desafía la relación entre padres, esposo y el equilibrio de la vida familiar. El compañero sentimental de la mujer con cáncer de mama carga con

preocupaciones, angustias y temores, que muchas veces no son expresadas verbalmente si no que aparecen de manera depresiva o sobreprotegiendo a su compañera, ocupando un rol muy importante en este proceso ya que el miedo que siente al perder posiblemente la compañera provocan estas reacciones.

En las mujeres con cáncer de mama se presenta una disminución de su vida íntima afectando su comportamiento sexual, provocado por temor de quedar expuestas en forma lisiada, incompleta o moribunda provocando inhibición o abstinencia sexual repercutiendo en su vida íntima.

## **5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Aguilera D, Messick J. (1976). *Control de los conflictos emocionales*. México: Editorial Interamericana.

Martínez, A.; Lozano, A.; Rodríguez, A.; Galindo, O. y Alvarado, S. (2014).

*Impactopsicológico del cáncer de mama y la mastectomía*. Recuperado

de:<http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-del-cancer-mama-90327879>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Carga Mundial de Morbilidad*. Recuperado de:

<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/index1.html>