



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Sintomatología depresiva en pacientes adultos con diagnóstico de cáncer pulmonar, hospitalizados en el servicio de oncología médica del HNERM, durante el período de enero a junio del año 2012

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

AUTOR

Fiorella Rusca Jordán

LIMA – PERÚ
2013

INDICE

	Pág.
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO	7
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: FORMULACIÓN.....	8
2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	8
2.3 MARCO TEORICO.....	13
2.4 HIPOTESIS	23
2.5 OBJETIVOS.....	24
2.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	24
2.5.2 OBJETIVO ESPECIFICO	24
3. METODOLOGÍA	25
3.1 TIPO DE ESTUDIO	25
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	25
3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR.....	25
3.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL	25
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	26
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSION	26
3.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	26
3.8 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS; RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS	28
3.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	28
4. RESULTADOS	30
5. DISCUSIÓN	37
6. CONCLUSIONES	40
7. RECOMENDACIONES	41
8. BIBLIOGRAFIA	42
9. GLOSARIO	48
10. ANEXOS	49

RESUMEN

Título: “Síntomatología depresiva en pacientes adultos con diagnóstico de Cáncer Pulmonar, hospitalizados en el Servicio de Oncología Médica del HNERM, durante el período de Enero a Junio del año 2012”

Autor: Fiorella Rusca Jordán

Asesor: Dr. Pablo Adán Bustamante

Objetivo: Determinar la incidencia de la sintomatología depresiva relacionada con las características oncológicas de los pacientes adultos con diagnóstico de cáncer pulmonar hospitalizados en el Servicio de Oncología médica del HNERM, durante el período Enero a Junio del año 2012.

Metodología: Estudio de tipo Observacional, Analítico – comparativo, prospectivo, transversal. El tamaño de la población en estudio fue de 22 pacientes, divididos en dos grupos: con sintomatología depresiva (15) y sin sintomatología depresiva (7), atendidos en el Servicio de Oncología médica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo de Enero hasta Junio 2012. Se estimó para las variables cualitativas la frecuencia absoluta y relativa. Para el caso de las variables cuantitativas se estimaron las medidas de dispersión y tendencia central. Se aplicó Chi cuadrado con un nivel de significancia del 95%.

Resultados: El 68.2% de los pacientes evaluados presentaron sintomatología depresiva. La edad promedio de los pacientes hospitalizados con sintomatología depresiva fue de 61.5 años, similar a la edad promedio de los pacientes sin sintomatología depresiva (57.0 años) ($p=0.540$). El sexo femenino estuvo relacionado a mayor incidencia de sintomatología depresiva ($p=0.029$). El grado de instrucción ($p=0.188$), la ocupación ($p=0.265$) y el tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico oncológico al momento del ingreso al estudio ($p=0.300$) no se relacionaron con la sintomatología depresiva. Se observó que existe relación entre alguna comorbilidad en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar y la sintomatología depresiva ($p=0.034$). Sin embargo, observamos que no existe relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y el tipo histológico de cáncer pulmonar ($p=0.27$), el estadio clínico ($p=0.35$), el antecedente de tabaquismo ($p=0.82$), ni los antecedentes familiares de trastornos afectivos ($p=0.52$).

Conclusiones: En nuestro estudio encontramos que el 68.2% de los pacientes con cáncer pulmonar presentaron síntomas depresivos. El 100% de mujeres y el 53.3% de varones con cáncer pulmonar presentaron síntomas depresivos. Los pacientes con comorbilidades presentaron síntomas depresivos en mayor porcentaje.

Palabras Clave: *Síntomatología depresiva, cáncer pulmonar, pacientes adultos.*

ABSTRACT

Título: “Depressive symptomatology in patients adults with diagnosis of lung cancer, hospitalized at the Medical Oncology Service of HNERM during the period January to June 2012.”

Autor: Fiorella Rusca Jordán

Asesor: Dr. Pablo Adán Bustamante

Objective: To determine the incidence in depressive symptomatology associated with oncological characteristics in adult patients with a diagnosis of lung cancer hospitalized at the Medical Oncology Service HNERM during the period January to June 2012.

Methodology: The study was observational, analytical - comparative, prospective, transversal. The size of the study population was 22 patients divided into two groups, one with depressive symptomatology (15) and other without depressive symptomatology (7), treated at the Medical Oncology Service of Edgardo Rebagliati Martins National Hospital during the period January to June 2012. For qualitative variables were estimated absolute and relative frequencies. In the case of quantitative variables were estimated dispersion measures. Moreover, for analysis statistics was used SPSS version 20. Chi square test was applied with a significance level of 95%.

Results: The 68.2% of patients evaluated had depressive symptomatology. The average age of the patients hospitalized with depressive symptomatology was 61.5 years, similar to the average age of patients without depressive symptomatology (57.0 years) ($p=0.540$). The female sex was associated with a higher incidence of depressive symptomatology ($p=0.029$). The level of education ($p = 0.188$), the occupation ($p = 0.265$) and the time elapsed from the moment of cancer diagnosis at admission to the study ($p = 0.300$) were not associated with depressive symptomatology. It was observed that there is a relationship between comorbidity in patients with a diagnosis of lung cancer and depressive symptomatology ($p=0.034$). However, we observed there is no relationship between depressive symptomatology and histological type of lung cancer ($p=0.27$), neither clinical stage ($p=0.35$), history of smoking ($p=0.82$) and family history of affective disorders ($p=0.52$).

Conclusions: The incidence of depressive symptomatology in patients with lung cancer was 68.2%. The variables that showed significant association with depressive symptomatology were female sex and comorbidities.

Keywords: *Depressive symptomatology, lung cancer, adult patients.*

1. INTRODUCCIÓN

La depresión es el síndrome psiquiátrico que ha recibido mayor atención en pacientes con cáncer. Entre los diversos tipos de cáncer, el pulmonar no sólo es el más común sino también es el que mayor mortalidad ocasiona en el mundo. ¹

Las tasas de prevalencia de depresión varían y afectan entre el 9% al 58% de las personas diagnosticadas con cáncer.² A pesar de tales cifras alarmantes, en nuestro país contamos con pocas investigaciones sobre depresión en pacientes con diagnóstico oncológico, siendo ambas entidades clínicas, problemas importantes de salud pública.

En los pacientes con cáncer, la depresión es consecuencia de estrés relacionado con el diagnóstico y tratamiento, medicamentos, problemas neurológicos o médicos de base, entre ellos carencias nutricionales, alteraciones endocrinológicas, metástasis cerebrales o recidiva de un trastorno afectivo preexistente. En personas físicamente sanas, el diagnóstico de depresión depende mucho de síntomas somáticos como hiporexia, astenia, pérdida de peso, pero en pacientes con cáncer estos indicadores tienen menor valor ya que son comunes tanto en el cáncer como en la depresión. El diagnóstico clínico se basa en síntomas psicológicos como aislamiento social, anhedonia, ánimo disfórico, sensación de desesperanza, minusvalía, falta de valor, culpa, autoestima baja o tendencias suicidas. Pacientes con enfermedad más avanzada y con una mala situación física son los más propensos a deprimirse. ³

También hemos mencionado que se ha relacionado un riesgo mayor con cáncer de páncreas, cabeza y cuello y pulmón. ⁴

Es frecuente que especialistas en oncología subestimen el nivel de los síntomas depresivos y por ende no le ofrezcan un tratamiento adecuado. Cuando los médicos no están seguros de la necesidad y/o beneficio del tratamiento psiquiátrico cuando este realmente

corresponde, entonces indagaran menos sobre síntomas depresivo. Así también, los pacientes que no desean mostrarse vulnerables, expresarán menos sus verdaderos sentimientos, ocultando información valiosa.⁵

2. PLANTEAMIENTO DE ESTUDIO

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA: FORMULACION

La depresión afecta aproximadamente a 121 millones de personas y está dentro de las primeras causas de discapacidad en el mundo, al no ser tratada lleva a sufrimiento personal y aumento de la mortalidad.^{2, 6}

Una de las enfermedades relacionadas con el proceso de depresión es la patología oncológica maligna y al ser de riesgo para la vida, su repercusión en la salud mental ha sido y continúa siendo ampliamente estudiada.

Debido a un sinnúmero de estudios se ha encontrado que la depresión es el síndrome psiquiátrico que ha recibido mayor atención en pacientes con cáncer.¹ Así lo demuestran algunos estudios que nos refieren que los tipos de cáncer mayormente asociados a depresión son de la cavidad orofaríngea (22%–57%), de páncreas (33%–50%), mama (1.5%–46%) y pulmón (11%–44%). Menor prevalencia de depresión ha sido reportada en pacientes con otros tipos de cáncer, como de colon (13%–25%), ginecológico (12%–23%) y linfoma (8%–19%).²

En la actualidad, las tasas de prevalencia de depresión varían en las personas diagnosticadas con cáncer, debido a la falta de estandarización en términos de edad y género de la población estudiada, estadio y localización de la enfermedad, tamaño de la muestra, instrumentos de evaluación, puntos de corte, tipo de medida y criterios diagnósticos empleados.⁷

Por otro lado los trastornos depresivos en pacientes con patologías médicas son poco diagnosticados o ignorados, no son tratados o rara vez se someten a tratamiento adecuado, lo que es objeto de complicaciones como el suicidio⁸, así las altas tasas de depresión en

cáncer pueden deberse a estigmas, temores, percepciones y síntomas asociados con la enfermedad.³

Entre los diversos tipos de cáncer, el pulmonar no sólo es el más común sino también es el que mayor mortalidad ocasiona en el mundo ¹, manifestándose, en la mayoría de personas, como el temor de morir de manera dolorosa; a esto se suma el temor de volverse incapaces y dependientes, tener alteraciones en su apariencia, experimentar cambios en las funciones de su cuerpo y perder la compañía de las personas allegadas.³

Por lo tanto, el presente estudio, basándose en antecedentes que demuestran una relación entre cáncer y depresión, busca conocer la presencia de sintomatología depresiva en pacientes oncológicos, en este caso con cáncer pulmonar, atendidos en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, con el fin de conocer esta relación y poder luego contribuir a lograr un descarte temprano de depresión en este tipo de pacientes, así como facilitar el acceso a un tratamiento más completo.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia de la sintomatología depresiva en pacientes adultos con diagnóstico de Cáncer pulmonar, hospitalizados en el servicio de Oncología médica del HNERM, durante el período de Enero a Junio del año 2012?

2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La depresión, considerada como el síndrome psiquiátrico más importante asociado a patología oncológica, es de difícil estudio, ya sea porque los síntomas pueden ocurrir en un espectro que va desde sentimientos de tristeza hasta trastornos afectivos mayores, o porque el cambio en el ánimo es difícil de evaluar en pacientes que están enfrentándose

recurrentemente con hechos que amenazan su vida, que reciben tratamiento para el cáncer, que sienten dolor o están fatigados. Sin embargo, estudiar la depresión en patología oncológica es de suma relevancia porque la comorbilidad puede complicar el tratamiento de ambas, puede llevar a pobre adherencia a las recomendaciones en el tratamiento y por ende a resultados no deseables.

Aunque muchos grupos de investigación reportaron edad y sexo de los objetos de estudio, los hallazgos generalmente no reportaban variables demográficas y en los resultados tampoco detallaban tipo de tratamiento antineoplásico recibido por los pacientes estudiados. Aunque varios autores explican los motivos por los cuales es difícil comparar estudios (como por ejemplo las diferentes definiciones de depresión, tipo de cáncer y estadio, tiempo desde el diagnóstico, tratamiento variable, historia personal de depresión y tratamiento antidepressivo), tienden a subvalorar algunas observaciones generales.

La depresión permanece altamente prevalente en nuestro país y en el mundo. En Estados Unidos, Weissman y cols, reportaron que la prevalencia de vida de depresión mayor es de 8 a 17% para las mujeres americanas y de 3.5 a 8.6% en varones ⁹, además, Nemeroff menciona que la prevalencia de depresión mayor incrementó significativamente en la década de los noventa de 3.33% en 1991-1992 a 7.06% en 2001-2002.¹⁰ Mathers afirma que, a nivel internacional, la depresión es el factor de riesgo de mayor importancia para suicidio y representa una proporción importante del total de carga de enfermedad, responsable de 4,4% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).¹¹ Massie realizó otros estudios de prevalencia de depresión en pacientes con cáncer referidos para evaluación psiquiátrica, reportando tasas variables, entre el 9% y el 58%.²

Uno de los primeros esfuerzos en psicooncología fue el de obtener datos objetivos en tipo y frecuencia de problemas psicológicos en pacientes con cáncer. Derogatis et al en el año 1983, realizaron uno de los primeros estudios de prevalencia de trastornos psiquiátricos en

pacientes oncológicos, utilizando los criterios diagnósticos de la clasificación DSM III. Reportaron en una muestra randomizada de 215 pacientes adultos hospitalizados y ambulatorios con carcinoma, que aproximadamente 50% de pacientes experimentaban algún tipo de patología psiquiátrica y que las más comunes eran los trastornos de adaptación y la depresión mayor. Los autores concluyeron que cerca del 90% de trastornos psiquiátricos observados eran reacciones o manifestaciones de la enfermedad o el tratamiento. Los trastornos de la personalidad o de ansiedad pueden complicar el tratamiento del cáncer y fueron descritos como previos al diagnóstico de cáncer. De los que recibieron un diagnóstico psiquiátrico, 39% experimentaban dolor, en contraste con 19% en el grupo de los que no recibieron un diagnóstico psiquiátrico.¹²

En otros dos estudios antiguos, en los cuales utilizaron los criterios del DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y escalas psicométricas validadas (escala de depresión de Hamilton y el inventario de depresión de Beck “BDI”), Buckberg y cols, encontraron una prevalencia de 42% en 62 adultos hospitalizados en unidades oncológicas.¹³ Por otro lado, Plumb y Holland encontraron una prevalencia de 33% de depresión en 80 pacientes adultos hospitalizados con cáncer avanzado.¹⁴

Montazeri y cols, en un estudio de depresión y ansiedad en 129 pacientes previo y posterior al diagnóstico de cáncer pulmonar, encontraron que el 10% presentaban síntomas de ansiedad severa y el 12% presentaban síntomas de depresión en su primera entrevista con el especialista en neumología. La depresión, más no la ansiedad, incrementó en un 10% durante el seguimiento.¹⁵

Hopwood y Stephens estudiaron 987 pacientes con cáncer pulmonar y encontraron que la depresión era común y persistente y que era más prevalente en pacientes con síntomas más severos de limitación funcional. Fue más prevalente en pacientes con cáncer a células pequeñas (25%) que en cáncer a células no-pequeñas (NSCLC) (9%), considerando

además que el factor de riesgo más importante para la depresión era la incapacidad funcional.¹⁶ Akechi y cols en un estudio de 129 pacientes recién diagnosticados de NSCLC, utilizando una entrevista clínica que generaba un diagnóstico según el DSM-III, reportaron una prevalencia alta de trastornos psiquiátricos. El más común era dependencia al consumo de nicotina (67%), siguiendo luego, trastornos de adaptación (14%), dependencia al consumo de alcohol (13%) y depresión mayor (5%). En este estudio observaron que la depresión no aumentó durante el curso de la enfermedad y que el tratamiento del dolor fue crucial en la remisión de la depresión.¹⁷

La quinta parte aproximadamente de los pacientes con cáncer pulmonar de células no pequeñas tiene un estado de ánimo depresivo en el momento del diagnóstico y tiende a ser persistente. En el momento que se hace el diagnóstico, muchos tumores son irresecables. Akechi y cols encuentran que la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer pulmonar de células no pequeñas irresecable, en el momento inicial predecía el malestar psicológico posterior.¹⁸

Kramer utilizó la HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) como herramienta y reportó que el 50% de su muestra de 60 pacientes con cáncer pulmonar inoperable bordeaban la depresión y que el 37% tenían depresión ¹⁹, además Buccheri reportó que pacientes deprimidos con cáncer pulmonar tenían una significativamente menor posibilidad de sobrevivir.²⁰

Se ha estudiado también si los pacientes en necesidad de tener seguimiento o tratamiento por un cuadro depresivo, son realmente atendidos para esos fines. Berard y cols evaluaron 456 pacientes ambulatorios con diagnósticos de cáncer de mama, linfoma, y de cabeza y cuello, utilizando la HADS, BDI y una entrevista psiquiátrica estructurada, encontraron que sólo el 14% de pacientes identificados como deprimidos fueron tratados para la depresión ²¹, datos similares a lo encontrado en el estudio de Pascoe et al, que, utilizando la

HADS, encontraron que la mayoría de pacientes con cáncer con problemas psicológicos no recibían consejería o tratamiento psicológico.²² Estos grupos de estudio ponen en evidencia la necesidad de descartar depresión de forma rutinaria en pacientes oncológicos y de facilitar tratamiento psiquiátrico para todo el que lo necesite.

Valle R y col en el 2006 encontraron en una muestra de 24 pacientes adultas hospitalizadas para quimioterapia por cáncer de mama, una prevalencia del 38% de sintomatología depresiva, utilizando el inventario de depresión de Beck.²³

En comparación con otros tipos de cáncer, los pacientes con cáncer de pulmón reportan los niveles más altos de estrés psicológico y el estigma. Pocos estudios han examinado la relación entre el estigma del cáncer de pulmón (LCS) y la carga de síntomas. Cataldo y Brodsky realizaron un estudio para investigar la relación entre el LCS, la ansiedad, la depresión y la gravedad de los síntomas físicos. Los pacientes tenían una edad media de 57 años, 93% eran de raza blanca, el 79% eran actuales o ex fumadores y el 74% eran mujeres. Hubo fuertes relaciones positivas entre LCS y ansiedad ($r = 0,413$, $p < 0,001$), la depresión ($r = 0,559$, $p < 0,001$) y el cáncer de pulmón de gravedad total de los síntomas ($r = 0,483$, $p < 0,001$). A pesar de su contribución era pequeña, LCS proporcionado una explicación única y significativa de la varianza en la gravedad de los síntomas más allá de la edad, la ansiedad y la depresión, un 1,3% ($p < 0,05$).²⁴

Por otro lado Uchitomi y cols constataron en su estudio que la prevalencia de depresión durante el año siguiente a la resección curativa en pacientes con cáncer de células no pequeñas, no disminuía con el tiempo, lo cual sugiere es necesario continuar con apoyo psicológico incluso después de la cirugía curativa.¹

Aukst y cols encontraron en su estudio que 50 (55,6%) de los 90 pacientes cumplieron con los criterios de corte para la depresión en la escala CES-D. La regresión logística realizada para evaluar si la depresión fue predicha por dimensiones de la personalidad, revela la

dimensión del temperamento evitación del daño y el dolor como predictores significativos de depresión. Reacciones depresivas son muy frecuentes en los pacientes con cáncer de pulmón y están en relación a su personalidad.²⁵

Wu y cols realizaron un estudio con 194 pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas. De los 194 pacientes, 148 (76,3%) mostraron síntomas de depresión.²⁶

Arrieta y cols realizaron un estudio en pacientes con estadio IIIB o IV NSCLC. Los instrumentos se aplicaron antes del tratamiento y se repitieron a los 3 y 6 meses. Se incluyeron un total de 82 pacientes. En la evaluación inicial, la depresión y la ansiedad fueron encontrados en 32,9% y 34,1% de los pacientes, respectivamente. La depresión se asoció con el sexo femenino ($p = 0,034$) y el estado de los malos resultados ($p = 0,048$). Los pacientes con depresión mostraron mediana de supervivencia global de 6,8 meses, mientras que para los pacientes deprimidos fue de 14 meses (cociente de riesgo [HR], 1,9, intervalo de confianza del 95% (IC del 95%), 1.3 a 3.7, $p = 0.042$). El 58% de los pacientes con depresión tenían mala adherencia al tratamiento en comparación con el 42% de los pacientes sin depresión ($p = 0,004$).²⁷

2.3 MARCO TEÓRICO

DEPRESIÓN

La depresión es ya la principal causa de invalidez en el mundo, siendo 121 millones de personas las que la padecen, y se estima que para el año 2020 será la segunda causa de baja laboral en los países desarrollados.²⁸ Es una enfermedad donde no solo se incluye la influencia de factores internos, como es la deficiencia funcional de neurotransmisores al nivel de los receptores adrenérgicos, la reducción funcional del nivel de serotonina, explicables según los modelos biológicos, sino que también influyen factores externos. La

clasificación internacional de enfermedades en su décima edición (CIE-10), plantea criterios primarios y secundarios de la depresión, criterios que son utilizados para diagnosticar este estado afectivo en el paciente.²⁹

La depresión no solo constituye un problema médico, sino que paralelamente forma parte de un fenómeno social. Los pacientes deprimidos tienen múltiples factores de riesgo que pueden dar lugar al proceso morboso, entiéndase por riesgo a la probabilidad que tiene un individuo a desarrollar una enfermedad dada a lo largo de un periodo preestablecido²², es importante recalcar que a pesar de su frecuencia, de su efecto negativo sobre la salud y de su posible tratamiento, a menudo la depresión no es diagnosticada ni tratada en el marco de la asistencia médica y primaria. Varios factores pueden influir en este infradiagnóstico, como por ejemplo el hecho que muchos síntomas depresivos pueden ser similares a los de una enfermedad general y por lo tanto resulta difícil determinar si son manifestaciones de la enfermedad física o de un trastorno depresivo comórbido. También que puede ser difícil diferenciar, durante el curso de una enfermedad grave, las reacciones normales de adaptación psicológica a estados patológicos.⁴

CLASIFICACIÓN

El DSM IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) considera cuatro categorías principales de trastornos depresivos: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido y trastorno del estado de ánimo debido a una afección médica general (especificada). La última categoría se refiere a los trastornos de ánimo que son ocasionados directa y fisiológicamente por una afección médica general específica, siendo su confirmación bastante difícil sino imposible de realizar.³⁰

DEPRESIÓN Y ENFERMEDAD

Se conoce además, y es causa de la presente investigación que los trastornos depresivos se producen más frecuentemente en pacientes que sufren una enfermedad médica, que tienen un efecto adverso sobre la calidad de vida y que aumentan la morbimortalidad de muchos trastornos médicos ⁴, además los efectos fisiológicos de las enfermedades también pueden contribuir a las alteraciones del estado de ánimo, aunque la especificidad de esta relación no ha sido bien establecida en la mayoría de afecciones médicas ³¹.

Las reacciones iniciales de aflicción y el proceso posterior de duelo son habituales tras la aparición de una enfermedad grave o terminal. Los trastornos depresivos son más factibles de aparecer en pacientes que tienen dificultades para resolver este proceso y que cuentan con otros factores de riesgo. Algunos factores que modifican la posibilidad de aparición de un trastorno depresivo concurrente son el estilo personal de enfrentarse a los problemas, los efectos físicos de la enfermedad y del tratamiento, el apoyo del entorno, el estigma y el significado personal asociados a la afección médica, y la propensión del paciente a responder de forma depresiva a circunstancias estresantes de la vida. Los pacientes con antecedentes personales o familiares de depresión y los que son más jóvenes y cuentan con poco apoyo social tienen más probabilidad de sufrir depresión clínica en el curso de una enfermedad médica. ³²

PREVALENCIA

Los trastornos depresivos son muy frecuentes en la población general pero pueden haber grandes diferencias de un país a otro en cuanto a prevalencia, lo cual depende de factores diagnósticos, clínicos y sociales. La prevalencia de trastorno depresivo mayor, aumenta en cierta medida, con la gravedad de la afección médica. Éstos van aumentando progresivamente de las muestras comunitarias (2-4%) al contexto de la atención primaria (5-10%) y de la hospitalización por causas médicas (6-14%). Así también reportan trastornos depresivos menores hasta en el 16% de pacientes ambulatorios, cifra varias veces más elevada que en la población general.³¹

Los tipos de cáncer mayormente asociados a depresión son de la cavidad orofaríngea (22%–57%), de páncreas (33%–50%), mama (1.5%–46%) y pulmón (11%–44%). Menor prevalencia de depresión ha sido reportada en pacientes con otros tipos de cáncer, como de colon (13%–25%), ginecológico (12%–23%) y linfoma (8%–19%).²

La depresión está más asociada a ciertos tipos de cáncer, y al de pulmón le corresponde una prevalencia de entre 11 y 44%.²

DIAGNÓSTICO

La escasa detección de depresión clínica en el ámbito clínico se da por diversos factores: la premura del tiempo en la mayoría de las visitas médicas, la falta de privacidad en el ámbito médico, puede reducir la revelación o la elaboración de los síntomas. Esto explica en parte que los especialistas médicos desconozcan que sus pacientes se encuentran emocionalmente alterados y como consecuencia necesitan de evaluación especializada. Otro factor es el hecho que algunos médicos pueden no saber cómo manejar alguna respuesta emocional que sea desencadenada en el paciente tras indagar sobre el tema.

Algunos pacientes pueden sentirse incómodos al revelar sus síntomas depresivos ya sea por estigma o aparente falta de interés del médico tratante. Sin embargo, sabemos que la mayoría de pacientes, si se les brinda la oportunidad, se sienten cómodos al hablar sobre sus problemas psicosociales y reciben positivamente preguntas acerca de ello. Tanto el paciente como el médico pueden tener, entre otras, dificultad para diferenciar los síntomas depresivos somáticos de las manifestaciones de la enfermedad médica.⁴

Un programa de detección sistemática permite la estandarización para identificar la sintomatología que necesita ser manejada mediante un tratamiento psicosocial y psiquiátrico. El instrumento ideal para la detección debe ser fácil de aplicar y valorar, fiable y aceptable por los pacientes, así los instrumentos más utilizados para la detección sistemática de la depresión en las enfermedades médicas son: la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), y el inventario de Depresión de Beck.⁴

ESCALA DE AUTOEVALUACION CES-D

En el presente estudio utilizaremos la escala de autoevaluación CES-D. La CES-D-versión en español ha sido validada en Lima en pacientes de hospital general, teniendo adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach=0,932), buena correlación con la Escala de impresión clínica global (CGI) ($Rho=0,513$, $p<0,001$) y con la Escala de depresión de Zung (EDZ) ($Rho=0,526$, $p<0,001$), y validez discriminativa. Según el trabajo de validación realizado en Lima, con un punto de corte (PC) de 23,5 la CES-D tiene una sensibilidad de 91,4% y una especificidad de 96,7%.³³

Según un estudio de validación realizado en España en pacientes con trastornos afectivos, con un PC mayor de 15,5 para definir la presencia de síntomas depresivos, la CES-D tuvo

una sensibilidad de 95% y una especificidad de 91%.³⁴ La escala consta de 20 ítems, que inquieren acerca de la cantidad de días, durante la semana previa, en que se presentó el síntoma, siendo los puntajes: 0 = ningún día o menos de un día; 1 = de uno a dos días; 2 = de tres a cuatro días y 3 = de cinco a siete días.³⁵

FACTORES QUE INTERACTÚAN EN LA GÉNESIS DE UN TRASTORNO DEPRESIVO

En cuanto al diagnóstico de trastornos depresivos en pacientes con enfermedades médicas, este resulta difícil por varios motivos. Muchos síntomas de la enfermedad médica son similares a los que encontramos en la depresión, por ejemplo la fatiga, hiporexia, pérdida de peso, etc. Pacientes con enfermedad médica avanzada pueden manifestar ideas de muerte y deseos de morir en ausencia de un estado de ánimo depresivo. Jones y cols encontraron que el 4% de pacientes hospitalizados con cáncer en la última semana de vida presentaban una forma sutil de ideas suicidas³⁶, por otro lado Breitbart y cols encontraron que el 17% de pacientes con cáncer en la última semana de vida presentaban una forma sutil de ideas suicidas, un deseo de acelerar la muerte. Este deseo puede asociarse con síntomas depresivos como también con dolor permanente y desesperanza.³⁷ Estos datos sugieren que la pérdida del deseo de vivir en pacientes con enfermedad médica avanzada puede ser un signo menos contundente de trastorno depresivo que en pacientes sin enfermedades médicas. El sufrimiento y la incapacidad física pueden disminuir la capacidad de disfrutar de varias actividades sin que necesariamente exista una depresión. Pero un estado de ánimo depresivo o abandono de actividades sociales o físicas desproporcionadas al aumento de la incapacidad física, aumentan la probabilidad de que exista una depresión.⁴ También es importante tomar en cuenta que en pacientes con enfermedades médicas los síntomas depresivos pueden manifestarse atípicamente o estar

enmascarados, por ejemplo por un aumento de síntomas somáticos o el incumplimiento o rechazo de tratamiento médico.³⁸ El comienzo de una enfermedad médica grave puede dar un sentimiento profundo de pérdida, similar al ocasionado por la muerte de una persona cercana y el duelo. Es difícil establecer la frontera entre las reacciones de duelo normales y la depresión clínica.

Para evitar se confundan los efectos de los síntomas médicos con un trastorno depresivo mayor, el DSM-IV-TR sugiere un enfoque exclusivo y etiológico que especifica que los síntomas que el médico considere etiológicamente relacionados con la enfermedad médica deben excluirse de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor.

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

El reporte del Global Burden of Disease Study 2004 colocó a la depresión unipolar como la tercera causa de incapacidad en orden de frecuencia en el mundo, siendo la primera en países de medianos y altos ingresos y la décimo octava en países de bajos ingresos. Se estima que para el año 2030 la depresión unipolar ocuparía la primera causa de incapacidad en el mundo.³⁹ La depresión tiene un impacto económico importante debido tanto a la incapacidad laboral como al aumento del gasto médico en asistencia primaria y hospitalaria⁴⁰, ésta aumenta de manera importante la alteración funcional de la enfermedad médica y debe ser tratada, reduciendo así la incapacidad y el costo de los servicios de salud.

Por otro lado el trastorno depresivo se ha asociado con la mortalidad como consecuencia de otros trastornos médicos.⁴¹ Esta mortalidad se ha relacionado con la triada de trastorno depresivo mayor en curso, antecedentes de depresión y gravedad de la enfermedad médica, persistiendo incluso luego de controlarse la contribución de factores como hábito de fumar, el estado de salud física y el consumo de alcohol.⁴²

La depresión puede asociarse a conductas perjudiciales para la salud, como fumar cigarrillos, comer excesivamente o hacer poca actividad física. Factores que así como aumentan el riesgo de depresión, contribuyen también a empeorar la salud en los pacientes deprimidos.

DEPRESIÓN Y CÁNCER

El cáncer es un problema de salud pública importante a nivel mundial. En 2004 se diagnosticaron más de 1.4 millones de nuevos casos de cáncer y fallecieron más de medio millón de personas de cáncer en Estados Unidos.⁴³

Diversos estudios sugieren que la depresión en pacientes con cáncer es un factor pronóstico de mortalidad, se asocia a menor cumplimiento terapéutico, aumento de la duración de la estancia hospitalaria, una peor calidad de vida y una reducción de la capacidad de enfrentarse al dolor y a otros síntomas físicos.⁴

Una vasta cantidad de trabajos han analizado el grado de expresividad emocional de los pacientes con cáncer y su posible efecto sobre el pronóstico. Las descripciones iniciales de casos revelaron una supervivencia más corta en los pacientes con una actitud depresiva, resignada, en comparación con los pacientes capaces de expresar emociones más negativas, como la rabia. Otros estudios clínicos y epidemiológicos no han apoyado la existencia de este tipo de influencia.⁴

La severidad de la enfermedad, manifestada como dolor importante, deterioro de la capacidad funcional, la necesidad de continuar tratamiento, está asociada a mayor riesgo de comorbilidad con depresión. Estaría aún por definirse la posibilidad de que gran porcentaje de los casos de depresión asociada a cáncer sea ocasionada por efectos fisiopatológicos del tumor, como por ejemplo síndromes paraneoplásicos asociados a cáncer de mama,

testículo, pulmón, o por efectos farmacológicos, o por factores aún no definidos. El cáncer, independientemente de su localización, está asociado a porcentajes de depresión más altos que la población general.⁴⁴

Algunos estudios han encontrado una mayor frecuencia de psicoestresores antes de la aparición de cáncer de cuello uterino, páncreas, estómago, pulmón, colorrectal o de mama. Otros estudios más bien no han logrado asociar psicoestresores y la aparición, recidiva o progresión del cáncer.⁴

DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

El cáncer de pulmón es la causa más frecuente de muerte por cáncer a nivel mundial.⁴⁶ El cáncer de pulmón es uno de los tumores sólidos más frecuentes en el mundo; representa el 22% de todos los cánceres del hombre y el 8% de todos los cánceres de la mujer, aunque esta frecuencia, en ella, se está incrementando trágicamente debido al aumento del consumo de cigarrillo. Estos cambios sociales que la mujer ha tenido en las últimas décadas, han provocado que la relación hombre/mujer variara de 10:1 en los últimos 60 años a 1,3:1 en la actualidad. La máxima pendiente la encontramos en el grupo de edad de 55-74 años en los hombres y en el grupo de 45-55 años en mujeres.⁴⁶ Una revisión de la calidad de vida de pacientes con cáncer pulmonar de 1970 a 1995 mostró que el 80% de ellos moría en el primer año después del diagnóstico de la enfermedad ya que en muchos casos éste era tardío.⁴⁷

En el cáncer pulmonar existe un riesgo importante de metástasis cerebrales, observándose algunos déficits cognoscitivos en personas que sobrevivieron a largo plazo de cáncer pulmonar de células pequeñas, habiendo o no recibido radioterapia. Los síntomas depresivos y la dificultad para concentrarse son más comunes en el momento del

diagnóstico de cáncer pulmonar de células pequeñas que en el de células no pequeñas, el primero se asocia más a síndromes paraneoplásicos que cualquier otro tumor.

El tabaquismo es la principal causa de cáncer de pulmón. Se calcula que en el 2004 se diagnosticaron 173.000 casos nuevos de cáncer pulmonar en Estados Unidos, con 160.000 muertes, a pesar de las altas cifras de esta causa de cáncer muchos fumadores con cáncer experimentan culpa, pero muchos igual siguen fumando. El mantener el hábito se asocia a disminución de la supervivencia, al desarrollo de un segundo cáncer primario y a un aumento de riesgo de que se desarrollen o exacerben otras enfermedades.⁴³

En los últimos años se ha reportado una fuerte asociación entre el tabaquismo y la depresión. Se sabe que las personas con historia de depresión son más susceptibles a fumar, y que los síntomas depresivos que se manifiestan durante la abstinencia son reversibles con la reintroducción del cigarro, por ello, con el objetivo de determinar la probabilidad de ocurrencia de un trastorno de dependencia de sustancias cuando coexisten trastornos del afecto, se encontró que dichos trastornos ocurren antes del abuso o dependencia de sustancias en 47% para los hombres y en 26% para las mujeres. En concordancia con lo anterior, se ha reportado que los fumadores actuales que consumen más de una cajetilla por día, tienen tres veces más probabilidad de presentar depresión que los no fumadores.²⁷

La prevalencia de depresión en pacientes con cáncer es variable, del 1.5% al 50%.⁴⁸ La heterogeneidad del cáncer y el índice más elevado de depresión asociada con algunos tipos de cáncer, son motivos de la variabilidad. Los más asociados son el cáncer pulmonar, pancreático, cerebral y orofaríngeo.⁴⁹ La prevalencia tiende a ser mayor en pacientes con enfermedad avanzada, que están hospitalizados o que presentan peor estado funcional.⁵⁰

2.4 HIPOTESIS

Hipótesis de la investigación:

Existe relación entre la sintomatología depresiva y las características oncológicas de los pacientes adultos con diagnóstico de cáncer pulmonar hospitalizados en el servicio de Oncología médica del HNERM, durante el período de Enero a Junio del año 2012.

Hipótesis estadística:

H_0 : No existe relación entre la sintomatología depresiva y las características oncológicas de los pacientes adultos con diagnóstico de cáncer pulmonar hospitalizados en el servicio de Oncología médica del HNERM, durante el período de Enero a Junio del año 2012.

H_a : Existe alguna relación entre la sintomatología depresiva y las características oncológicas de los pacientes adultos con diagnóstico de cáncer pulmonar hospitalizados en el servicio de Oncología médica del HNERM, durante el período de Enero a Junio del año 2012.

2.5 OBJETIVOS

2.5.1 Objetivo General:

- Determinar la incidencia de la sintomatología depresiva relacionada con las características oncológicas de los pacientes adultos con diagnóstico de cáncer pulmonar hospitalizados en el Servicio de Oncología médica del HNERM, durante el período Enero a Junio del año 2012.

2.5.2 Objetivos Específicos:

- Determinar la frecuencia de sintomatología depresiva en pacientes con cáncer pulmonar.
- Comparar las características socio demográficas de los pacientes con cáncer pulmonar que presentaron o no sintomatología depresiva.
- Describir la frecuencia de sintomatología depresiva según tipo histológico y estadio clínico de los pacientes con cáncer pulmonar.
- Estimar el tiempo promedio transcurrido entre la fecha de diagnóstico oncológico y la detección de los síntomas depresivos.
- Relacionar la sintomatología depresiva con el tipo histológico, estadio clínico, antecedente familiar, presencia de comorbilidad y tiempo de detección del cáncer pulmonar.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio Observacional

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Analítico – comparativo, prospectivo, transversal.

3.3 UNIVERSO Y POBLACIÓN A ESTUDIAR

Pacientes con diagnóstico de Cáncer pulmonar, hospitalizados en el servicio de Oncología médica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

POBLACIÓN A ESTUDIAR

Pacientes adultos con diagnóstico de Cáncer pulmonar, hospitalizados en el servicio de Oncología médica del HNERM, durante el período de Enero a Junio del año 2012.

3.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

- **Unidad de análisis:** Paciente con diagnóstico de cáncer pulmonar hospitalizado en el Servicio de Oncología Médica en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el periodo Enero – Junio 2012.
- **Tipo de muestreo:** No se aplicó técnica de muestreo, puesto que se recopilaban los datos de las historias clínicas de todos los casos de cáncer pulmonar presentados desde el 1 de Enero hasta el 30 de Junio del año 2012.
- **Tamaño de la muestra:** El tamaño de la muestra estuvo constituida por todos los pacientes adultos con diagnóstico de cáncer pulmonar hospitalizados en el servicio de Oncología médica del HNERM durante el período de Enero a Junio del año 2012, que cumplieron con los criterios de inclusión. Ésta consta de 22 pacientes.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes alfabetos, que comprendan el español y estén en capacidad física de responder la escala de autoevaluación CES-D.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar hospitalizados en el servicio de Oncología médica del HNERM durante el periodo de Enero a Junio del año 2012.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de trastorno psiquiátrico actual o previo y/o que reciban o hayan recibido tratamiento psiquiátrico.

3.7 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Sintomatología depresiva
- Antecedente de tabaquismo
- Tiempo transcurrido desde la fecha en que se realizó el diagnóstico oncológico y la detección de síntomas depresivos
- Estadio clínico del cáncer pulmonar
- Tipo histológico del cáncer pulmonar

- Comorbilidad
- Antecedente familiar de trastornos afectivos depresivos

3.8 TAREAS ESPECÍFICAS PARA EL LOGRO DE RESULTADOS; RECOLECCIÓN DE DATOS U OTROS

Se seleccionaron las Historias Clínicas a ser estudiadas, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, recolectando los datos mediante el llenado de una Ficha de Recolección de datos que consta de 14 ítems (codificación, fecha, edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, fecha de ingreso al servicio, fecha de diagnóstico oncológico, tipo histológico, estadio clínico, antecedente de tabaquismo, antecedente familiar de trastornos afectivos y comorbilidad), además de la aplicación de una Prueba Psicométrica (CES-D) que consta de 20 preguntas que se le realizaron a los pacientes considerados para la presente investigación.

Se recolectó la información utilizando los días necesarios para poder entrevistar a todos los pacientes considerados como población de estudio,

mientras se encontraban atendiendo en el Servicio de Oncología. Se procedió a solicitar la autorización de la población de estudio mediante un consentimiento informado, luego se realizó el llenado del cuestionario en cada unidad de la población en estudio haciendo hincapié en el llenado completo del cuestionario.

Para fines de investigación, un puntaje de 16 a más (en la Prueba CES-D) se definió como indicador de niveles altos de sintomatología depresiva.

3.9 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

La información recogida se registrará una base de datos Excel y será analizada mediante el programa SPSS V20.0 para Windows.

Para las variables cuantitativas se utilizarán medidas de dispersión y tendencia central.

Para las variables cualitativas se utilizaran medidas de frecuencias absolutas y relativas.

Se registrarán los resultados en tablas y gráficos.

4. RESULTADOS

De los resultados obtenidos se busca determinar si existe sintomatología depresiva en pacientes adultos con diagnóstico de cáncer, específicamente de tipo pulmonar, hospitalizados en el Servicio de Oncología Médica en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Para ello se trabajó con 22 pacientes durante el periodo de Enero hasta Junio del año 2012, recabándose información detallada acerca de diversos factores, características clínicas y oncológicas propias de los pacientes. A continuación se describirán detalles encontrados en la investigación.

Tabla N°1: Sintomatología Depresiva en pacientes con cáncer de pulmón hospitalizados en el Servicio de Oncología Médica en el HNERM. Enero-Junio 2012.

Sintomatología Depresiva.	N	%
Sí	15	68.2%
No	7	31.8%
Total	22	100%

Al total de pacientes hospitalizados en el servicio de Oncología Médica con diagnóstico de cáncer pulmonar se les realizó una prueba Psicométrica de CES-D con el objetivo de identificar sintomatología depresiva, encontrando que el 68.2% de los pacientes evaluados presentaron sintomatología depresiva y el 31.8% de pacientes no presentaron sintomatología depresiva. (Ver Tabla N°1 y Gráfico N°1)

Gráfico N°1: Sintomatología Depresiva en pacientes con cáncer de pulmón hospitalizados en el Servicio de Oncología Médica en el HNERM. Enero-Junio 2012.

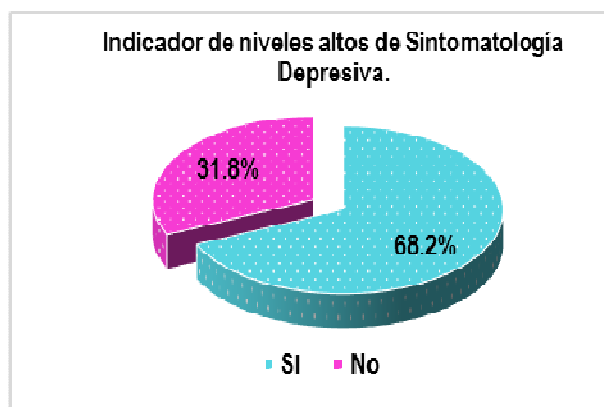


Tabla N°2: Comparativo del sexo en los pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar con y sin sintomatología depresiva hospitalizados en el Servicio de Oncología Médica.

Características generales.	Sintomatología Depresiva.				p(*)
	Con		Sin		
Sexo.	N	%	N	%	p
Masculino	8	53.3%	7	46.7%	0.029
Femenino	7	100.0%	-	-	

Existe mayor porcentaje de casos con síntomas depresivos en mujeres (100%), comparado con los varones (53.3%); es decir la mayor sintomatología depresiva está relacionada con el sexo femenino (p=0.029). (Ver Tabla N°2)

Tabla N°3: Comparativo de las Características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar con y sin sintomatología depresiva hospitalizados en el Servicio de Oncología Médica.

Características generales.	Sintomatología Depresiva.				p(*)
	Con		Sin		
	Promedio ± DS (Mín. - Máx.)	Promedio ± DS (Mín. - Máx.)	Promedio ± DS (Mín. - Máx.)	Promedio ± DS (Mín. - Máx.)	
Edad.	61.5 ± 15.6 (31 - 81)		57.0 ± 16.5 (31 - 72)		0.540
Estado civil.					
Soltero	2	13.30%	1	14.30%	0.469
Casado	8	53.30%	4	57.10%	
Divorciado	2	13.30%	1	14.30%	
Viudo	3	20%	-	-	
Conviviente	-	-	1	14.30%	
Grado de instrucción.					
Primaria	2	13.30%	-	-	0.188
Secundaria	8	53.30%	7	100%	
Superior	3	20%	-	-	
Universitaria	2	13.30%	-	-	
Ocupación.					
Trabajador dependiente	5	33.30%	3	42.90%	0.265
Jubilado	5	33.30%	1	14.30%	
Ama de casa	3	20%	-	-	
Trabajador independiente	1	6.70%	2	28.60%	
Sin ocupación	1	6.70%	-	-	
Estudiante	-	-	1	14.30%	
Total	15	100%	7	100%	

La edad promedio de los pacientes hospitalizados con sintomatología depresiva (61.5 ± 15.6 años), es similar al promedio de edad de los pacientes hospitalizados sin sintomatología depresiva (57.0 ± 16.5 años) ($p=0.540$).

Respecto al estado civil, no se relaciona con la sintomatología depresiva ($p=0.469$), encontrándose porcentajes similares de casados en ambos grupos de estudio (53.3% y 57.1%). Asimismo se encontró que el grado de instrucción tampoco se relaciona con la sintomatología depresiva ($p=0.188$), habiendo cursado la escuela secundaria el 53.3% y el 100% de pacientes de ambos grupos de estudio. De igual manera se encontró que no existe relación entre la ocupación y la depresión ($p=0.265$), siendo el 33.3% de pacientes con depresión trabajadores dependientes y jubilados, y el 42.9% de los pacientes sin depresión. (Ver Tabla N°3)

Tabla N°4: Tiempo transcurrido desde el diagnóstico oncológico al momento de ingreso al estudio en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar hospitalizados en el Servicio de Oncología Médica en el HNERM. Enero-Junio 2012.

Tiempo transcurrido.	Sintomatología Depresiva.				p
	Con		Sin		
	N	%	N	%	
Menos 3 meses	4	26.7%	2	28.6%	0.300
3 - 6 meses	3	20.0%	4	57.1%	
6 - 1 año	2	13.3%	1	14.3%	
1 - 2 años	2	13.3%	-	-	
2 - 5 años	4	26.7%	-	-	
Total	15	100%	7	100%	

No existe relación entre la sintomatología depresiva con el tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico oncológico al momento del ingreso al estudio ($p=0.300$); es decir por ejemplo, en los pacientes que confirmaron su diagnóstico de cáncer pulmonar en un lapso de tiempo menor de 3 meses, el 26.7% tuvo sintomatología depresiva y el 28.6% no la tuvo (porcentaje similar), lo mismo podemos mencionar en el tiempo transcurrido entre

6 meses a 1 año. Por otro lado, se observa que existe menor porcentaje de pacientes con cáncer pulmonar y sintomatología depresiva (20%) en el tiempo transcurrido de 3 a 6 meses comparado con el 57.1% de pacientes sin sintomatología depresiva. Finalmente pasado el año, en todos los casos existe mayor frecuencia de sintomatología depresiva (1-2 años 13% Vs. 0%, y 2-5 años 26.7% Vs. 0%)

Gráfico N°2: Tiempo transcurrido desde el diagnóstico oncológico al momento de ingreso al estudio en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar hospitalizados en el Servicio de Oncología Médica en el HNERM. Enero-Junio 2012.

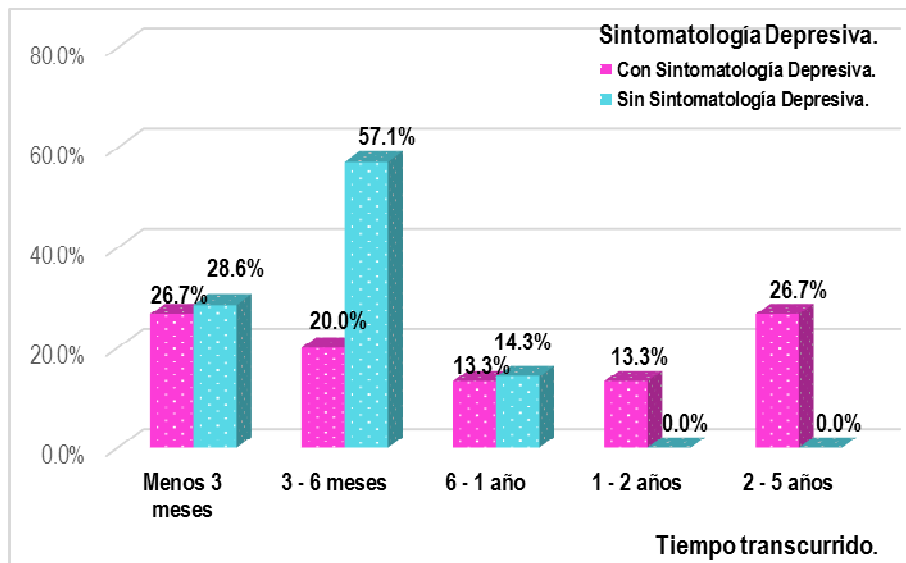


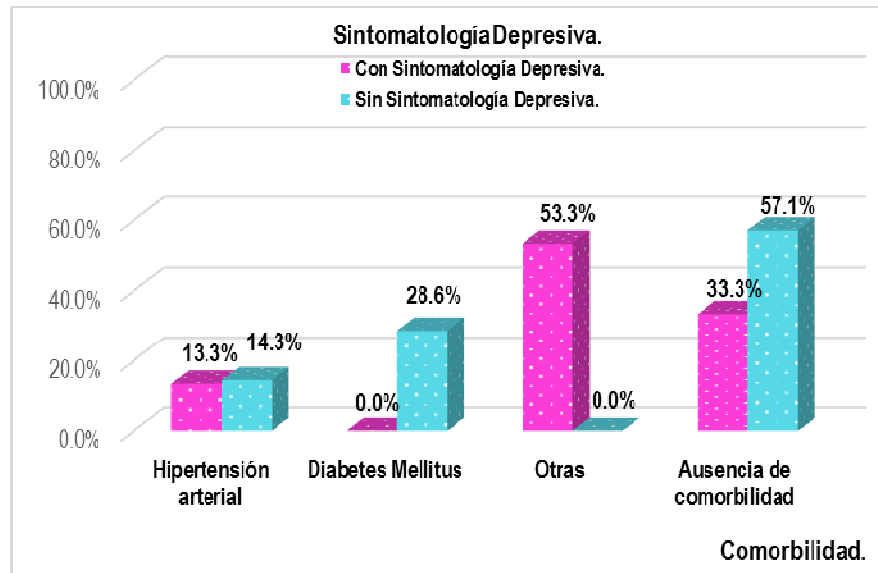
Tabla N°5: Comparativo del tipo histológico, estadio clínico, antecedentes de tabaquismo, antecedentes familiares de trastornos afectivos y comorbilidad de los pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar con y sin sintomatología depresiva.

Características a evaluar.	Sintomatología Depresiva.				p
	Con		Sin		
	N	%	N	%	
Tipo histológico.					
Células pequeñas	14	93.3%	6	85.7%	0.267
Células no pequeñas	-	-	1	14.3%	
No especificado	1	6.7%	-	-	
Estadio clínico.					
EC I	2	13.0%	2	29.0%	0.351
EC II	-	-	1	14.0%	
EC III	6	40.0%	1	14.0%	
EC IV	7	47.0%	3	43.0%	
Antecedente de Tabaquismo.					
Si	5	33.3%	2	28.6%	0.823
No	10	66.7%	5	71.4%	
Antecedente familiar de trastornos afectivos.					
Si	11	73.3%	6	85.7%	0.519
No	4	26.7%	1	14.3%	
Comorbilidad.					
Hipertensión arterial	2	13.3%	1	14.3%	0.034
Diabetes Mellitus	-	-	2	28.6%	
Otras (*)	8	53.3%	-	-	
Ausencia de comorbilidad	5	33.3%	4	57.1%	

(*)=Dislipidemias, antecedentes de neuralgia y enfermedades crónicas

De la Tabla N°5 podemos concluir que existe relación entre alguna comorbilidad (*) en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar y la sintomatología depresiva ($p=0.034$). Es decir el 53% (8 casos) de pacientes con cáncer pulmonar y sintomatología depresiva presentaron dislipidemias, antecedentes de neuralgia y enfermedades crónicas. El porcentaje de hipertensión arterial es similar entre los que tuvieron sintomatología depresiva (13.3%) y los que no la tuvieron (14.3%) y en el caso de Diabetes mellitus sólo se presentó en el 28.6% (2 casos) de los pacientes sin sintomatología depresiva (Ver Tabla N°5 y Gráficos N°3).

Gráfico N°3: Comparativo de comorbilidad de los pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar con y sin sintomatología depresiva hospitalizados en el Servicio de Oncología Médica.



Por otro lado, observamos que no existe relación entre la sintomatología depresiva con el tipo histológico de cáncer pulmonar ($p=0.27$), tampoco con el estadio clínico ($p=0.35$), ni con los antecedentes de tabaquismo ($p=0.82$), ni con los antecedentes familiares de trastornos afectivos ($p=0.52$). Es decir, para todas estas variables los porcentajes del grupo de pacientes que presentaron sintomatología depresiva son similares a los porcentajes del grupo de pacientes que no presentaron sintomatología depresiva (Ver Tabla N°5 y Gráficos N° 4 y 5).

Gráfico N°4: Comparativo de antecedentes de tabaquismo de los pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar con y sin sintomatología depresiva hospitalizados en el Servicio de Oncología Médica.

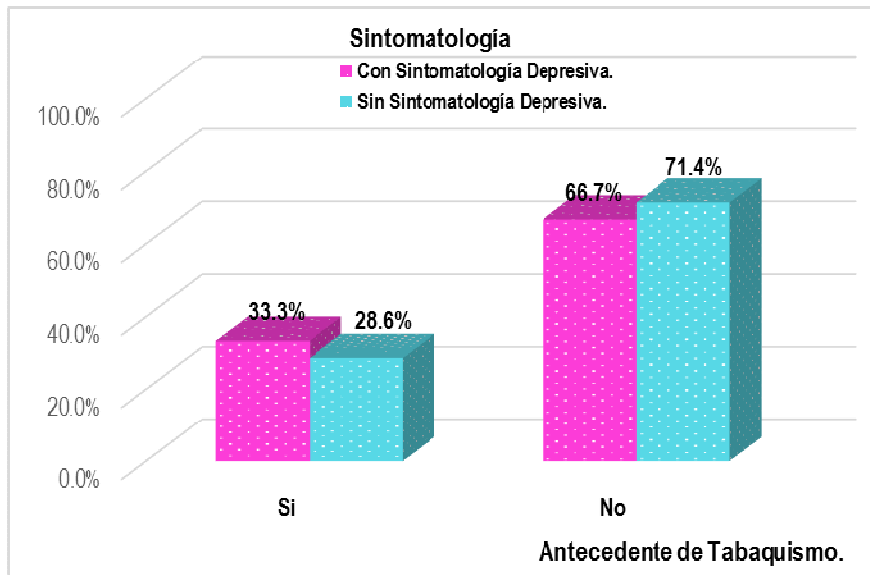
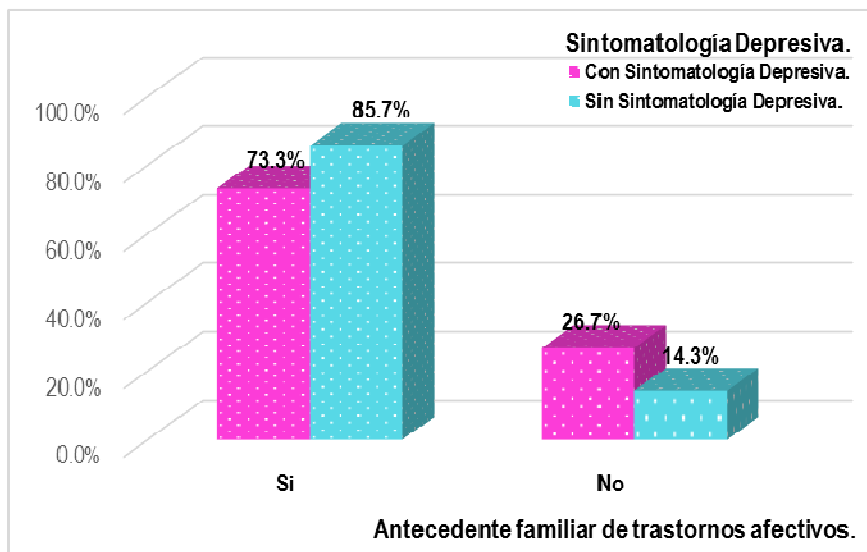


Gráfico N°5: Comparativo de antecedentes de trastornos afectivos y comorbilidad de los pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar con y sin sintomatología depresiva hospitalizados en el Servicio de Oncología Médica.



5. DISCUSIÓN

La depresión es considerada de difícil estudio, ya sea porque los síntomas pueden ocurrir en un espectro que va desde sentimientos de tristeza hasta trastornos afectivos mayores, o porque el cambio en el ánimo es difícil de evaluar en pacientes que están enfrentándose recurrentemente con hechos que amenazan su vida.

Derogatis encontró que aproximadamente el 50% de pacientes con cáncer pulmonar experimentaban algún tipo de patología psiquiátrica y que las más comunes eran los trastornos de adaptación y la depresión mayor¹², además Kramer reportó que el 37% de pacientes con cáncer pulmonar inoperable tenían depresión¹⁹, coincidiendo con el estudio de Cataldo quien encontró que hubo fuertes relaciones positivas entre depresión ($r = 0,559$, $p < 0,001$) y el cáncer de pulmón.²⁴ Aukst encontró que el 55,6% de los pacientes cumplieron con los criterios de corte para la depresión en la escala CES- D 50.²⁵ De acuerdo a los estudios antes mencionados, se evidencia un porcentaje considerable de asociación entre la depresión y cáncer pulmonar, al igual que los resultados de la presente investigación donde se encontró que el 68.2% de los pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar presentaron depresión.

La sintomatología depresiva depende del tipo histológico del cáncer pulmonar, siendo más común, persistente y prevalente en pacientes con limitación funcional; se ha observado en el estudio de Hopwood que la depresión fue más prevalente en pacientes de cáncer con células pequeñas (25%) que en el cáncer con células no-pequeñas (9%)¹⁶; sin embargo, se encontraron otros estudios en los que se relaciona el tipo histológico de cáncer con células no pequeñas y depresión, como por ejemplo el estudio de Wu donde el 76,3% de los pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón de células no pequeñas mostraron síntomas de depresión²⁶, asimismo Akechi menciona que la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer pulmonar de células no pequeñas, en el momento inicial predecían el malestar

psicológico posterior¹⁷, finalmente es importante tener en cuenta la conclusión de Uchitomi quien constató en su estudio que la prevalencia de depresión durante el año siguiente a la resección curativa en pacientes con cáncer de células no pequeñas, no disminuía con el tiempo, lo cual sugiere que es necesario continuar con apoyo psicológico incluso después de la cirugía curativa.¹ De los resultados obtenidos en este estudio se observó que la depresión fue más prevalente en pacientes con cáncer a células pequeñas (87.5%).

Según la OMS, el envejecimiento es un factor fundamental en la aparición del cáncer, debido a que se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer, y los mecanismos de reparación celular tienden a perder eficacia con el transcurso de los años.⁵² En el estudio de Cataldo la edad media de los pacientes con cáncer de pulmón y depresión era 57 años²⁴, similar a la edad promedio de los pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar y depresión incluidos en nuestro estudio que fue 61.5 ± 15.6 años.

Los trastornos depresivos son muy frecuentes en la población general pero pueden haber grandes diferencias dependiendo del tipo de cáncer y sexo, así existe mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino en relación a cáncer pulmonar, como lo observó Cataldo en el cual, el 74% de los pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón y depresión eran mujeres²⁴, al igual que en el estudio de Arrieta, donde existe mayor asociación entre depresión, cáncer y sexo femenino ($p=0,034$)²⁷; resultados similares a lo encontrado en la presente investigación, existiendo un mayor porcentaje de casos con depresión en mujeres (100%) comparado con los varones (53.3%) existiendo diferencias significativas entre estos resultados ($p=0.029$).

Es de conocimiento general que las personas con historia de depresión son más susceptibles a fumar, incrementando las cifras que reportan una fuerte asociación entre tabaquismo y depresión, asociación que tiene base en el estudio de Cataldo donde se encontró que el 79% los pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón y depresión eran

actuales o ex fumadores.²⁴ En nuestro estudio, no se encontró asociación entre tabaquismo y depresión ($p=0.823$) donde sólo el 33.3% de pacientes con cáncer de pulmón y en estado depresivo tuvieron antecedente de tabaquismo, lo que podría deberse al limitado número de participantes incluidos en la población de estudio.

Teniendo en cuenta que el estadio clínico describe cuán lejos se ha propagado la enfermedad ²⁷, Arrieta realizó un estudio en pacientes con estadio IIIB o IV NSCLC donde el 32,9% tenía depresión y el 34,1% ansiedad. En nuestro estudio se encontró que el 40% de los pacientes con sintomatología depresiva se encontraron en el estadio clínico III y el 47% en estadio clínico IV.

6. CONCLUSIONES

1. En nuestro estudio encontramos que el 68.2% de los pacientes con cáncer pulmonar presentaron síntomas depresivos.
2. El 100% de mujeres y el 53.3% de varones con cáncer pulmonar presentaron síntomas depresivos.
3. Los pacientes con comorbilidades presentaron síntomas depresivos en mayor porcentaje.

4. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar el estudio con una mayor muestra para profundizar el análisis de relación entre las variables de estudio.
2. Realizar un estudio similar pero utilizando un grupo control sería enriquecedor.
3. Si pudiéramos generalizar nuestros resultados, sería conveniente sugerir que todo paciente con cáncer pulmonar debería ser evaluado psiquiátricamente en especial para detectar y tratar algún trastorno depresivo u algún otro trastorno psiquiátrico, de ser este el caso.

4. BIBLIOGRAFIA

1. Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, Nishiwaki Y, Akechi T, Okamura, H. Depression and psychological distress in patients during the years after curative resection of non-small-cell lung cancer. *J clin Oncol* 2003;21:69-77.
2. Massie, M. J. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;32:57-71.
3. Massie, J. M. & Popkin, M. K. Depressive disorders. En: J. (Ed.). *Psycho-oncology* (1998, 518-540). New York: Oxford University Press 1998.
4. Levenson, J. *Tratado de medicina psicosomática*. Barcelona (España): Grupo Ars XXI de comunicación, S.L; 2006.
5. Greenberg DB. Barriers To the treatment of depresión in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;32:127-135.
6. Pirl, W. F. Evidence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;32, 32-39.
7. Massie MJ, Trask PC. Assessment of depression in cancer patient. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004;32: 80-92.
8. Charlson, M. & Peterson, J. C. Medical Comorbidity and Late Life Depression: What is known and What are the Unmet Needs?. *Biol. Psychiatry*, 2002; 52, 226-235.
9. Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells JE, Wittchen HU. Sex differences in rates of depression. Cross-national perspectives. *J Affect Disord* 1993;29:77-84.
10. Nemmeroff, C. Recent Findings in the Pathophysiology of Depression. *Focus*, 2008;6:1:3-14.
11. Mathers CD, Bernard C, Iburg KM, Inoue M, Fat DM, Shibuya K, et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Geneva: WHO; 2004.

12. Derogatis, L. R., Morrow, G. R. & Fetting, J. The prevalence of Psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of American Medical Association*, 1983; 249, 751-757.
13. Bukberg J, Penman D, Holland JC. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984; 46: 199–212.
14. Plumb M, Holland JC. Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. 1. Self-reported depressive symptoms. *Psychosom Med* 1977; 39: 264–76.
15. Montazeri A, Milroy R, Hole D, McEwen J, Gillis C. Anxiety and depression in patients with lung cancer before and after diagnosis: findings from a population in Glasgow, Scotland. *J Epidemiol Community Health* 1998; 52: 203–4.
16. Hopwood P, Stephens RJ. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality-of-life data. *J Clin Oncol* 2000;18: 893–903.
17. Akechi T, Okuyama T, Imoyo S, Yamawaki S, Uchitomi Y. Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Res Treat* 2001;65: 195–202.
18. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, et al. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma: a longitudinal study. *Cancer* 2001; 92: 2609-2622.
19. Kramer JA. Use of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in the assessment of depression in patients with inoperable lung cancer. *Palliat Med* 1999;13:353–4.
20. Buccheri G. Depressive reactions to lung cancer are common and often followed by a poor outcome. *Eur Respir J* 1998; 11: 173–8.

21. Berard RMF, Boermeester F, Viljoen G. Depressive disorders in an out-patient oncology setting: prevalence, assessment and management. *Psychooncology* 1998; 7:112–20.
22. Pascoe S, Edelman S, Kidman A. Prevalence of psychological distress and use of support services by cancer patients at Sydney hospitals. *Aust N Z J Psychiatry* 2000; 34:785–91.
23. Valle R, Zúñiga M, Tuzet C, Martínez C, De la Jara J, Aliaga R, et al. Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. *An Fac Med Lima* 2006; 67(4):327-32.
24. Cataldo JK, Brodsky JL. Lung cancer stigma, anxiety, depression and symptom severity. *Oncology*, 2013; 85(1); pp: 33-40.
25. Aukst Margetić B, Kukulj S, Santić Z, Jakšić N, Jakovljević M. Predicting depression with temperament and character in lung cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013 Jun 4. doi: 10.1111/ecc.12080. Source
26. Wu X; Su D; Li H; Wang W; Wu W; Yang Y; Yu F; Zhang J. Relationship between the depression status of patients with resectable non-small cell lung cancer and their family members in China. *Eur J Oncol Nurs*. 2013 Jul 11. PII: S1462-3889(13)00069-0. doi: 10.1016/j.ejon.2013.06.003.
27. Arrieta O; Angulo L; Núñez-Valencia C; Dorantes-Gallareta Y; Macedo E; Martínez-López D; Alvarado S; Corona-Cruz J; Oñate-Ocaña L. Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Ann Surg Oncol*. 2013 Jun;20(6):1941-8.
28. Moreno A; Medina-Mora M. Tabaquismo y Depresión. *Rev Salud Ment*, 2008; 31(5); pp: 409 - 415. Disponible en:

<http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000500009&lng=es&nrm=iso>.

29. Josue L et al. Factores psicosociales de la depresión. *Rev Cub Med Mil*, 2006; 35(3)
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000300009&lng=es&nrm=iso>.
30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington (DC); 2000.
31. Burvill PW. Recent progress in the epidemiology of major depresión. *Epidemiol Rev* 1995; 17:21-31.
32. Cavanaugh S, Clark DC, Gibbons RD. Diagnosing depresión in the hospitalizad medically ill. *Psychosomatics* 1983; 24; pp: 809-815.
33. Ruiz-Grosso PJM, Vega-Dienstmaier JM, Loret de Mola C, Arévalo-Flores JM, Zapata-Vega MI. Validación de la Escala para Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en un hospital nacional en Lima, Perú. Lima: XX Congreso Peruano de Psiquiatría. Lima; 2008.
34. Soler J, Pérez-Sola V, Puigdemont D, Pérez-Blanco J, Figueres M, Alvarez E. Validation study of the Center for Epidemiological Studies-Depression of a Spanish population of patients with affective disorders. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1997; 25(4):243-9.
35. Castillo M, Prado Ch, Vega J. Prevalencia de depresión en estudiantes del quinto año de medicina de una universidad privada de Lima. *Rev Neuropsiquiatr* 2010;73:9-14.
36. Jones JM, Huggins MA, Rydall AC et al. Symptomatic distress hopelessness and the Desire for hastened death in hospitalizad cancer patients. *J Psychosom Res* 2003;55:411-418.

37. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H et al. Depression, hopelessness and Desire for hastended death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000; 284; pp: 2907-2911.
38. Starace F, Ammassari A, Trotta MP et al. Depression is a risk factor for suboptimal adherente to highly active antirretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 31 (supl 3) 2002; pp: 136-139.
39. WHO. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2004.
40. Druss BG, Rosenheck RA, Sledge WH. Health and disability costs of depressive illness in a major U.S Corporation. *Am J Psychiatry* 157:1274-1278, 2000.
41. Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depresión to cardiovascular disease: epidemiology, biology and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55; pp: 580-592.
42. Schulz R, Beach S, Ives D et al. Association between depresión and mortality in older adults: the cardiovascular health study. *Arch Intern Med* 2000; 160:1761-1768.
43. Jemal A, Tiwar RC, Murrat T, et al. Cancer statistics, 2004. *CA Cancer J Clin* 2004; 54:8-29.
44. Newport DJ, Nemeroff CB. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. *J Psychosom Res* 1998;45:215–37.
45. Lancet 1997;349:1269-76 Jemal A, Tiwar RC, Murrat T, et al. Cancer statistics, 2004. *CA Cancer J Clin* 2004; 54:8-29.
46. Castillo M; Mesch G; Ignacio E; Blanco N. Neoplasia Pulmonar: Revisión de datos clínicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista de Posgrado de la Sexta Cátedra de Medicina*, Octubre 2005; 1 (150) pp: 17-21.

47. Montazeri A, Gillis CR, Mc Ewen J. Quality of life in patients with lung cancer: a review of literature from 1970 to 1995. *Chest* 1998; 113: 467-481.
48. Raison CI, Miller AH: depresión in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry* 2003; 54:283-294.
49. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:89–99.
50. Ciaramella A, Poli P. Assessment of depresión among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology*. 2001; 10:156-165.
51. González H; Figueres J. Tratamientos locales en las terapias oncológicas. *Rev Cirugía Oncológica Hepatobiliar y Pancreática*. 2009; 1(743); pp: 35 – 37.
52. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer. Nota descriptiva N°297. Publicado en febrero del 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.

5. GLOSARIO

- **CÁNCER PULMONAR:** Diagnóstico realizado y confirmado por especialista en Oncología médica del HNERM y registrado en la historia clínica del paciente.
- **CES-D:** Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos. Escala psicométrica de autoaplicación que consta de 20 ítems.
- **IRRESECABLE:** afectación de más del 70% del hígado o de más de 6 segmentos. Estos casos pueden ser rescatados con quimioterapia neoadyuvante. El pronóstico puede ser mejorado si la cirugía de resección radical (cirugía de rescate) es llevada a cabo siguiendo a la respuesta a la quimioterapia ⁵³.

6. ANEXOS

INDICE

I.	FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	51
II.	CONSENTIMIENTO INFORMADO	53
III.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	54

I. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Codificación numérica: _____
2. Fecha (dd/mm/aa): __/__/__
3. Edad(en años): _____
4. Sexo (femenino o masculino): _____
5. Estado Civil (soltero, casado, separado, divorciado, viudo, conviviente): _____
6. Grado de Instrucción (Primaria completa / incompleta, Secundaria completa / incompleta, Superior Técnico, Superior Universitaria): _____
7. Ocupación: _____
8. Fecha de Ingreso al Servicio: __/__/__
9. Fecha de Diagnóstico Oncológico: __/__/__
10. Tipo histológico:
 - Células pequeñas (carcinoma de células escamosas de pulmón, adenocarcinoma, carcinoma pulmonar de células grandes): _____
 - Células no pequeñas: _____
 - Carcinoide: _____
 - Sarcoma: _____
 - No especificado: _____
11. Estadío Clínico: _____
12. Antecedente de Tabaquismo (paquete/año):

13. Antecedente familiar de trastornos afectivos depresivos:

14. Comorbilidad:

Codificación numérica: _____

Prueba psicométrica CES-D
(Responder según lo ocurrido en la última semana):

CES-D	Rara vez o nunca	Algo o poco	A veces o bastante	Mucho o siempre
	Menos de 1 día	Entre 1- 2 días	Entre 3-4 días	Entre 5-7 días
1. Me he enfadado por cosas que habitualmente no me molestan				
2. No he sentido ganas de comer, mi apetito era malo				
3. He sentido que no me podía liberar de la tristeza ni con la ayuda de familiares o amigos				
4. Sentía que era tan bueno como cualquier persona				
5. Me ha costado trabajo concentrarme en lo que hacía				
6. Me he sentido pesimista				
7. Me ha costado un esfuerzo hacer cualquier cosa				
8. Me he sentido ilusionado por mi destino				
9. He pensado que mi vida es un fracaso				
10. Me he sentido asustado				
11. Mi sueño ha sido inquieto				
12. Estuve contento				
13. Hablaba menos de lo habitual				
14. Me he sentido muy solo				
15. La gente era poco amistosa				
16. He disfrutado de la vida				
17. He llorado a ratos				
18. Me he sentido triste				
19. He sentido que la gente me tenía antipatía				
20. No me podía poner en marcha				
TOTAL :				

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Síntomatología depresiva en pacientes adultos con diagnóstico de Cáncer Pulmonar, hospitalizados en el Servicio de Oncología médica del HNERM, durante el período de Enero a Junio del año 2012”

Autor: Fiorella Rusca Jordán

Institución y entidades con las que se coordina la investigación:

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

Propósito: Determinar la incidencia de síntomas depresivos en pacientes adultos con diagnóstico de cáncer pulmonar.

Estimado Sr:

Usted ha sido invitado a participar en esta investigación en la cual nos interesa determinar la incidencia de síntomas depresivos en pacientes adultos con diagnóstico de cáncer pulmonar hospitalizados en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Si acepta participar en la siguiente investigación, se le tomará un cuestionario con preguntas abiertas sobre el tema mencionado, el proceso durara aproximadamente 10 minutos. Si Usted tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación por favor consulte con la persona encargada del estudio, la Dra. Fiorella Rusca Jordán.

Si ha leído el documento sírvase a firmar lo siguiente:

Expreso mi consentimiento para participar de este estudio dado que he recibido toda la información necesaria de lo que incluirá el mismo y que tuve la oportunidad de formular todas las preguntas necesarias para mi entendimiento, las cuales fueron respondidas con claridad y profundidad, donde además se me explicó que el estudio a realizar no implica ningún tipo de riesgo.

Dejo constancia que mi participación es voluntaria y que puedo dejar de participar en el momento que yo lo decida.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA

FECHA

III. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	CRITERIO DE MEDICIÓN
EDAD	Tiempo transcurrido desde el evento de nacimiento de la persona hasta el momento de su constatación	Cuantitativa continua	Años de vida cumplidos
SEXO	Género del paciente, condición que distingue al varón de la mujer	Cualitativa nominal	- Masculino - Femenino
ESTADO CIVIL	Tipo de relación legal que establece una persona con su pareja	Cualitativa nominal	- Soltero - Casado - Separado - Divorciado - Viudo - Conviviente
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Nivel de educación de la persona	Cualitativa nominal	-Primaria completa -Primaria incompleta -Secundaria completa -Secundaria incompleta -Superior Técnico -Superior Universitario
OCUPACIÓN	Actividad remunerada o no remunerada a la cual se dedica la persona	Cualitativa nominal	-Estudiante -Ama de casa -Trabajador dependiente -Trabajador independiente -Jubilado
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	Presencia definida por un puntaje mayor a 15.5 en la CES-D.	Cualitativa nominal	-Ausencia -Presencia
ANTECEDENTE DE TABAQUISMO	Consumo de tabaco en cantidad de cigarrillos y años de consumo. Se multiplica el número de cigarrillos consumidos al día por	Cuantitativa continua	Índice paquete/año

	el fumador por el número de años que lleva consumiendo esa cantidad de tabaco, y su resultado se divide por 20		
TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA FECHA EN QUE SE REALIZÓ DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO	Tiempo en meses o años desde que se realizó el diagnóstico de cáncer pulmonar hasta el momento del ingreso al estudio	Cuantitativa continua	-Menos de 3 meses -Entre 3 y 6 meses -Entre 6 meses y 1 año -Entre 1 y 2 años -Entre 2 y 5 años -Más de 5 años
ESTADIO CLÍNICO	Descripción de la extensión del cáncer. Consenso internacional.	Cualitativa nominal	-Estadio IA -Estadio IB -Estadio II -Estadio IIIA -Estadio IIIB -Estadio IV
TIPO HISTOLÓGICO	Definido por el tamaño y apariencia de las células malignas vistas histopatológicamente	Cualitativa nominal	-Células no pequeñas -Células pequeñas -Carcinoide -No especificado -Sarcoma
COMORBILIDAD	Enfermedad crónica concomitante al momento del ingreso al estudio	Cualitativa nominal	-Ausencia de comorbilidad -Hipertensión arterial -Diabetes Mellitus -Asma bronquial -Otras
ANTECEDENTE FAMILIAR DE TRASTORNOS AFECTIVOS DEPRESIVOS	Trastorno afectivo depresivo, descrito en el DSM-IV, diagnosticado por un psiquiatra	Cualitativa nominal	-Ausencia -Presencia