



Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería
y Fisioterapia

Universidad de La Laguna

Curso académico 2014/2015

Depresión y ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados.

PLANTA DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL INFANTA CRISTINA. BADAJOZ

TRABAJO FIN DE GRADO.

Proyecto de investigación

Autor: Letiné Bagué Madrigal

Tutor: Álvaro Bermejo Hernández.



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Proyecto de investigación: Depresión y ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados.

Autor: Letiné Bagué Madrigal

Titulación: Grado de Enfermería. Sede la Palma
Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería
Universidad de La Laguna

Tutor: Álvaro Bermejo Hernández.

Fecha: 1 de junio de 2015



ULL

Universidad
de La Laguna

Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería y Fisioterapia

**AUTORIZACIÓN DEL TUTOR PARA LA PRESENTACIÓN
DEL TRABAJO FIN DE GRADO**

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

**Depresión y ansiedad en pacientes
oncológicos hospitalizados.**

Autor/a: Letiné Bagué Madrigal

Tutor/a: Álvaro Bermejo Hernández

Vº. Bº del Tutor/a:

La Laguna a 1 de Junio 2015



ÍNDICE

1. Resumen.....	1
2. Abstract.....	2
3. Justificación del estudio.	3 - 4
4. Objetivos.....	4
4.1 <i>Objetivo general.</i>	
4.2 <i>Objetivo específico.</i>	
5. Hipótesis.....	4
6. Marco teórico.....	5 - 12
6.1 <i>Depresión.</i>	
6.2 <i>Ansiedad.</i>	
6.3 <i>El cáncer y los trastornos emocionales.</i>	
7. Metodología	13-16
7.1 <i>Diseño.</i>	
7.2 <i>Población y muestra.</i>	
7.3 <i>Criterios de inclusión/exclusión.</i>	
7.4 <i>Variables.</i>	
7.5 <i>Instrumentos de medida.</i>	
7.6 <i>Recogida de la información.</i>	
7.7 <i>Análisis de datos.</i>	
8. Consideraciones éticas	19
9. Plan de trabajo.....	20 - 21
9.1 <i>Presupuesto</i>	
10. Bibliografía.....	22 - 23
11. Anexo	24 - 29
11.1 <i>Anexo 1: Datos de la Historia clínica.</i>	
11.2 <i>Anexo 2: Datos sociodemográficos.</i>	
11.3 <i>Anexo 3: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Zigmond y Snaith, 1983.</i>	
11.4 <i>Anexo 4: Carta de solicitud de autorización.</i>	
11.5 <i>Anexo 5: Consentimiento informado.</i>	



1. RESUMEN

El cáncer es una enfermedad que afecta a miles de personas en todo el mundo. El paciente oncológico presenta afectación del estado emocional y este estado incrementa con la hospitalización. Para la elaboración de dicho estudio se realizó una búsqueda bibliográfica en: Scielo, PUBMED, Dialnet, Medline, Cuiden, Google Académico, Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional de Estadística y Sociedad Española de Oncología Médica. El objetivo de esta investigación es determinar el nivel de ansiedad y depresión de los pacientes; con el fin de desarrollar unos cuidados de calidad específicos, basados en el cuidado integral y apoyo psicológico. La hipótesis de mi estudio plantea que los pacientes que se encuentran hospitalizados presentan trastornos emocionales, lo que les supone angustia, escasas estrategias de afrontamiento y un estado emocional y cognitivo deficientes. Se llevará a cabo un estudio descriptivo, de prevalencia transversal y cuantitativo, de gran interés para el cuidado de pacientes crónicos. Se desarrollará en enero, febrero y marzo de 2016. La población está compuesta por pacientes oncológicos hospitalizados en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz. La muestra incluye 24 pacientes de 21 a 83 años, que se encuentran en el estadio I de la enfermedad. Para determinar la prevalencia de estos trastornos de ansiedad, se utilizarán los cuestionarios: Variables de la historia clínica, Datos sociodemográficos y La Escala de ansiedad y depresión hospitalaria, esta última se emplea como instrumento de screening para la detección de problemas emocionales, en contextos hospitalarios y asistenciales.

Palabras claves: ansiedad, depresión, cáncer, oncología, trastorno emocional.



2. ABSTRACT

Cancer is a serious disease that affects thousands of people all around the world. The oncology patient presents a noticeable affected emotional state. Such a state worsens with the hospitalization. Reference list: Scielo, PUBMED, Dialnet, Medline, Cuiden, Google Académico, Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, Organización Mundial de la Salud, Instituto Nacional de Estadística y Sociedad Española de Oncología Médica. The objective of this research is to determine the anxiety and depression levels in patients in order to develop specific high quality cares based on comprehensive care and psychological support. My thesis sets out the fact that patients in hospital show emotional disorder which involved depression, lack of strategies to cope with it and an emotional and cognitive state that is deficient. It will be held a descriptive, cross sectional and quantitative analysis of great interest and importance for the care of chronic patients. It is going to be developed during the months of January, February and March of 2016. The population will consist of oncology patients in Hospital Infanta Cristina in Badajoz. The sample will include 24 patients aged 21-83 years old who are in the first stage of the disease. In order to determine the prevalence of anxiety problems, questionnaires will be used: variables of medical history, sociodemographic data, anxiety and hospital depression scale. The last one mentioned as instrument of screening for detection of emotional problems in hospital and aid contexts.

Keywords: anxiety, depression, cancer, oncology, emotional disorder.



3. JUSTIFICACIÓN.

El diagnóstico del cáncer o la sospecha de padecerlo provoca en el individuo y sus familiares una serie de respuestas emocionales; desesperanza, vulnerabilidad y amenaza a la vida; emociones tan intensas como las que conforman un duelo. En España, la prevalencia del cáncer es cada vez más alta; actualmente existe un 25,1% de padecerlo antes de los 75 años. Múltiples estudios muestran la incidencia y mortalidad de la oncología, pero pocos de ellos manifiestan los diferentes cambios físicos y emocionales que trae consigo el padecimiento de esta enfermedad, y como afecta esto a la calidad de vida del paciente. Tampoco he encontrado ninguna investigación que incluya pacientes oncológicos en un rango de edad tan amplio, con importantes patologías previas y diferente nivel socio-cultural^{1,2}.

La oncología es uno de las patologías que requiere más esfuerzo por parte del personal de enfermería, ya que en ella el paciente no sólo requiere cuidados físicos. Este tipo de enfermos demanda más afecto y comunicación empática, es por ello que los profesionales de la salud debemos tener los conocimientos adecuados para afrontar los problemas, y poder ofrecer al paciente unos cuidados de calidad individualizados, de acuerdo a sus necesidades. En la actualidad, el tratamiento del paciente con cáncer incluye tanto cuidados médicos como la atención a determinadas áreas de impacto social o psicológico^{2,3}.

Desde el punto de vista de enfermería, nos corresponde verificar como afecta esto al desarrollo de la enfermedad y al bienestar general del paciente en esta etapa. Indagaremos principalmente en reacciones sintomáticas de ansiedad y depresión; para una detección y tratamiento tempranos, así evitaremos posibles complicaciones futuras. Por otro lado, el padecer estos trastornos emocionales puede afectar a la evolución de la enfermedad, tratamiento y pronóstico, puesto que tiene como consecuencia un menor nivel de adherencia terapéutica y calidad de vida.

Los estados de depresión y ansiedad que pueden aparecer en el paciente oncológico en estadio I de la enfermedad, puede constituir un problema en el afrontamiento de la enfermedad y en la tolerancia a los efectos secundarios del tratamiento. La ansiedad y la depresión son dos formas de reaccionar ante eventos externos o internos. Si identificamos un suceso como nocivo, se activará nuestro sistema de alerta mediante la ansiedad; si por el contrario, lo identificamos como una pérdida, se activará nuestro sistema de conservación de energía mediante la depresión. Debemos destacar que todos abordamos las enfermedades de forma individual, de acuerdo a la personalidad, estilos de afrontamiento, apoyo social y afecto revivido. El tipo de



afrentamiento que adopte el paciente ante la enfermedad y su tratamiento, puede conllevar a una mayor disfuncionalidad ^{3, 4}.

Los estudios actuales sostienen la importancia de la depresión y ansiedad en la respuesta terapéutica de los enfermos oncológicos; sin embargo, la gran mayoría de los pacientes que sufren estos trastornos, no son correctamente identificados ni reciben siempre el tratamiento adecuado. Este estudio nos permitirá identificar las características emocionales del paciente ante la enfermedad ^{5, 6}.

Se ha optado por este tema para realizar el proyecto, con el fin de determinar la ansiedad y depresión que presentan los pacientes de la muestra, realizar una correcta identificación de sus trastornos emocionales y proporcionar un tratamiento adecuado. Si no se trata, la depresión y ansiedad conducen al sufrimiento del paciente y a un incremento de la mortalidad y morbilidad. Creando un clima de apoyo, remediando el evento estresante e informando al paciente sobre su enfermedad, lograremos un tratamiento multidisciplinario, que involucre todos los aspectos del paciente.

Identificar los trastornos emocionales del paciente y valorar el grado en que se presentan será el objeto de estudio; para ello tendremos en cuenta los aspectos físicos, funcionales, psicológicos, sociales y familiares del cáncer. Aunque en el campo del cáncer es donde mayor aplicación tiene este estudio, también es de gran interés para los sanitarios que trabajan con pacientes crónicos, porque en su cuidado no sólo interviene la patología, sino también cuestiones psicológicas.



4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

- Identificar si los pacientes hospitalizados en la planta de oncología del Hospital Infanta Cristina en Badajoz presentan depresión o ansiedad.

4.2 Objetivos específicos

- Seleccionar aquellos pacientes oncológicos que se encuentran en estadio I de la enfermedad.
- Valorar las causas de estos trastornos y como perturba ello al estado psicológico y emocional del paciente.
- Evaluar si estos pacientes tienen unas estrategias de afrontamiento adecuadas y como afecta su falta en su calidad de vida.

5. HIPÓTESIS

La hipótesis planteada en este proyecto es: los pacientes que se encuentran hospitalizados en la planta de oncología del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, presentan síntomas de ansiedad y depresión. Esto les supone angustia, escasas estrategias de afrontamiento ante su estado de salud actual y un estado emocional y cognitivo deficientes.



6. MARCO TEÓRICO

6.1 Depresión

La Organización Mundial de la Salud define la depresión como un trastorno mental frecuente, que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Puede llegar a hacerse crónico o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo y la capacidad de afrontar la vida diaria. Es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma importante a la tasa mundial de morbilidad. Hasta un 10-15% de las depresiones mayores pueden llegar a la muerte por suicidio ^{3,4}.

La depresión clínica se define como un síndrome compuesto principalmente por síntomas afectivos; tristeza patológica, trastorno del sueño o del apetito, abatimiento, sentimientos de culpa, falta de autoestima, irritabilidad, sentimientos de incomodidad e impotencia frente a las demandas de la vida, alteraciones en el apetito y peso, menor capacidad de concentración y pensamientos suicidas. También puede incluir trastornos cognitivos o síntomas somáticos en mayor o menor grado. Este trastorno constituye una de las patologías más frecuentes en los pacientes oncológicos ^{5,6}.

Un episodio depresivo breve requiere de la presencia de disforia o anhedonia por varios días cada mes en el curso de un año. La depresión menor en comparación requiere de la presencia de 2 a 4 síntomas de gran duración y severidad. Finalmente la depresión mayor se caracteriza por dos semanas de síntomas depresivos clínicamente significativos junto a varios síntomas leves (pérdida de peso y apetito, hipersomnia, etc). Es importante establecer estos criterios diagnósticos para poder identificar la severidad en el estado emocional de cada paciente ⁷.

En los diversos estudios sobre la depresión, la edad media de comienzo es muy similar en ambos sexos, se sitúa entre los 25 y 34 años. La tasa de incidencia se encuentra entre 500-1000 nuevos casos de pacientes que presentan depresión por cada 100.000 habitantes y año. Una de cada cinco personas sufre algún episodio depresivo a lo largo de su vida. La OMS ha estimado que la prevalencia de depresión en la población general oscila entre el 3 y el 5%, y cuando se incluye la ansiedad el porcentaje sube hasta el 8% ⁴.

Este trastorno es casi constante en la vida del paciente con cáncer, principalmente en el periodo de tratamiento, ya que es el momento de más inseguridad sobre el futuro. Un estudio realizado por Osmánska, Borkowska y Makarewicz en 2010 sobre el paciente con cáncer testicular, identificó mediante la utilización de la escala HADS de depresión y ansiedad que un 40% de la muestra estaba en tratamiento por ansiedad y en relación a la depresión 14,6%. Se ha demostrado que más del 10% de la población general presenta variaciones emocionales durante el año, la depresión



estacional es más común en el invierno y principalmente en hombres mayores que mujeres^{6,7, 8, 9, 10}.

Entre los factores predisponentes para este trastorno en pacientes con cáncer se encuentra; trastornos emocionales previos, dolor en el trascurso de la enfermedad, cáncer en una etapa avanzada, problemas familiares, tratamientos, antecedentes de depresión familiar, estrés severo. La OMS en 2001 advierte que estudios anteriores demuestra que trastornos como la ansiedad y la depresión pueden deberse al fracaso de la persona al intentar enfrentarse a los problemas de la vida diaria; alrededor del 18% de pacientes depresivos cometen suicidio⁷.

- **Depresión y suicidio.**

Ya en 1995 Lynch plantea que la depresión es una enfermedad que puede llegar a incapacitar a la persona, y afecta entre el 15 y el 25% de los pacientes con cáncer. En el año 2002 Rundel y Wise informan que la depresión se asocia a la mayor parte de los suicidios, el 94% de los pacientes de su estudio presentaban trastornos psiquiátricos y el 47% parecían una depresión mayor. Por lo que mantengo que la depresión y el suicidio parecen tener una relación estrecha; y nuestros pacientes se encuentran en riesgo ya que su patología puede agravar estos síntomas. Un estudio realizado en 2002 por Tatsuo tienen como conclusión; la detección temprana y tratamiento de la depresión, unido a unos cuidados apropiados, puede prevenir el mal estado emocional del paciente y el riesgo suicida.

La incidencia del suicidios dentro de este trastorno, es el doble en pacientes oncológicos que en la población general. La depresión es una enfermedad que presentan frecuentemente estos pacientes, y a su vez constituye uno de los principales factores de riesgo suicida. Es por ello que cada paciente con cáncer debe ser evaluado y atendido de forma exhaustiva, y tratar de forma correcta la patología subyacente, con el fin de reducir las ideas suicidas. En los enfermos, el deseo de muerte ha sido asociado a depresión mayor, por lo que es importante brindar apoyo social, y desarrollar unas intervenciones específicas^{7, 11}.



6.2 Ansiedad

La ansiedad es un estado de inquietud y angustia, que se manifiesta mediante síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Pueden ser respuestas normales o exageradas, producidas por situaciones de la vida diaria, por enfermedades médicas o psiquiátricas. Este proceso psicológico es una fase emocional normal, lo inadecuado sería que se manifestase de forma exagerada, produciendo un trastorno de la ansiedad. Este hecho genera malestar en el individuo y lo anula, incluso para realizar sus actividades diarias; lo que reduce la calidad de vida subjetiva. Genera una conducta de escape, evitación o lucha contra los elementos amenazantes ¹².

Es una de las emociones más comunes que se manifiestan en el ser humano; aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro extremo o interno. También llega a ser provocado por miedos irracionales, fobias, tristeza o incluso felicidad. Este es un trastorno transitorio y variable en cuanto a intensidad y duración, porque depende de cómo percibe el sujeto a la amenaza. Los síntomas más frecuentes son el Trastorno de Ansiedad Generalizado y el Trastorno de Pánico. La ansiedad incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales sobre la adaptación por el miedo y aprensión, es considerada patológica ^{11, 13}.

Actualmente, la prevalencia de trastorno de ansiedad generalizada está en torno al 8%. Además del bajo nivel educativo, otra variable sociodemográfica asociada a la ansiedad fue el número de hijos pequeños en el hogar, desempleo, el hecho de padecer enfermedad física y el miedo a la recaída. Debemos destacar que este trastorno se manifiesta y se vuelve crónico, dos veces más en mujeres que en hombres, y presenta una edad de inicio entre los 20 y los 40 años ^{4, 12}.



6.3 El cáncer y los trastornos emocionales

El Corpus Hippocraticum es una colección de obras atribuidas a Hipócrates, donde se menciona por primera vez el término cáncer, para referirse a lesiones crónicas que se desarrollan progresivamente y sin control. Posteriormente Galeno en el año 140 d.C cita por primera vez la palabra tumor. La historia de los tratamientos del cáncer es muy amplia; durante los años se ha ido generando una amplia oferta de curaciones extraordinarias, hasta llegar a las increíbles técnicas que existen hoy en día ¹⁴.

Debido al aumento en el número de muertos por cáncer durante el cambio de siglo, comenzó a aumentar la literatura sobre la expansión de esta enfermedad en la población. Fue el médico George Meyer quien en 1904, tras convertirse en redactor jefe de la revista *Zeitschrift für Krebsforschung*, comenzó a transmitir las primeras publicaciones en el campo de la investigación sobre el cáncer. Dos años atrás, los neurólogos Ernst von Leyden y el profesor Martin Kirchner ya habían iniciado las estadísticas sobre los pacientes oncológicos en tratamiento de Alemania. No fue hasta el año 1924 cuando en España se publican términos estadísticos sobre el cáncer en el país ¹⁵.

El termino cáncer designa a un grupo de enfermedades con características biológicas comunes: crecimiento invasivo y proliferación rápida de células, que pueden afectar a cualquier órgano, y se extiende hacia otras áreas del cuerpo generando metástasis. Si no se realiza un diagnóstico temprano, esta patología puede amenazar la vida de la persona. Uno de cada tres hombres y una de cada cuatro mujeres será diagnosticada de cáncer a lo largo de su vida. Los factores de riesgo ante una enfermedad oncológica, se encuentran determinados por el consumo de tabaco, inactividad física y la obesidad; y se manifiestan de igual forma en ambos sexos ^{11, 12}.

El cáncer es la segunda causa de muertes en los países desarrollados, incluido España y constituye un problema de salud de indudable importancia a nivel mundial, debido a su prevalencia y mortalidad. A pesar del aumento de número de casos, debo señalar el descenso en la mortalidad, debido a los grandes avances científicos en cuanto a diagnóstico precoz y tratamientos ^{16, 17}.

Según la Organización Mundial de la Salud, los perfiles oncológicos de España realizado en 2014 indican que los hombres son los más afectados por esta enfermedad 69.000 muertos al año, respecto a los 42.600 en mujeres. La mayor incidencia en hombres es el cáncer de próstata y pulmón respectivamente, mientras que en mujeres destaca el cáncer de mama. La mortalidad en el paciente oncológico masculino, el 55% de las veces afecta a tráquea, bronquio, pulmones, colorrectal y próstata. En el sexo femenino destacan el colorrectal y el cáncer de mama, un 33% de las veces. Esto puede



variar de acuerdo al lugar de origen, estilo de vida, la cultura y el nivel socioeconómico, etc.

Estudios anteriores mostraron que en España, en el año 2011 la mortalidad del cáncer era del 27% respecto al total de defunciones de la población general, siendo el doble en hombres que en mujeres. Más del 70% de todas las muertes por cáncer en el mundo se producen en países de ingresos bajos y medios, porque no tienen medios para la prevención, diagnóstico y tratamiento adecuados. Se prevé un aumento de las muertes por esta enfermedad, hasta aproximadamente 9 millones en 2015 y 11,4 millones en 2030 ^{16, 17}.

Según la Sociedad Americana de Cáncer (American Cancer Society, 2013), entre el 25-35% de pacientes con cáncer presentan problemas emocionales, porcentaje que en el caso de hospitalización o estar recibiendo quimioterapia puede elevarse al 50% según los diferentes estudios realizados. Los desajustes emocionales en el paciente oncológico suelen iniciarse con la sospecha del diagnóstico de cáncer e irán agravándose durante el proceso de enfermedad ^{11, 18}.

Según el Instituto Nacional del Cáncer en 2010; los síntomas de culpabilidad, inutilidad, desesperación, pensamientos suicidas y la pérdida del placer y actividades de ocio, son los síntomas más fiables y frecuentes a la hora de diagnosticar un problema emocional en personas con cáncer. El tipo de depresión más común en el paciente oncológico es la depresión reactiva; se caracteriza por continuos cambios de humor y la incapacidad para desarrollar las tareas cotidianas, que se prolongan y duran mucho más tiempo que las reacciones normales de tristeza.

En casi todos los tipos de cánceres, el proceso de enfermedad representa un gran cambio en la fisonomía de la persona afectada. Ya sea por el tumor, los tratamientos empleados o los procesos quirúrgicos, la funcionalidad y estética de la persona se ven afectados porque daña las zonas más visibles del organismo. Reacciones de ansiedad, depresión, miedo al rechazo, miedo a la muerte y a la enfermedad, inseguridad; hacen que aumente el estigma social y en muchos casos el paciente se siente avergonzado por padecer la enfermedad ^{7, 11, 18, 19}.

Cabe destacar que no todas las personas con cáncer sufren trastornos emocionales, tampoco son situaciones normales en los enfermos. Los pacientes oncológicos en tratamiento sufren mucho por el proceso que están viviendo, pero algunos solo están tristes, por lo que debemos distinguir entre los índices normales de tristeza y depresión o ansiedad. Una parte importante en el cuidado de estos pacientes es verificar cuando necesitan tratamiento antidepresivo, es por ello que se planea este estudio ⁷.



Las diferentes investigaciones sobre la depresión y ansiedad en el paciente oncológico, han tenido dificultades a la hora de establecer un criterio diagnóstico de estas patologías. Estas trabas se presentan porque no existe un límite entre la tristeza y cansancio que provoca el cáncer y los síntomas de una depresión patológica debido a la enfermedad. Es difícil separar los síntomas depresivos o ansiosos de los efectos secundarios de los medicamentos, o los propios síntomas de la enfermedad; sobre todo en pacientes que están en tratamiento ^{7, 20}.

Muchos autores han desarrollado la relación que existe entre el bienestar psicológico del paciente, y sus mayores expectativas y calidad de vida en esta etapa. Los estudios cuantitativos sobre el tema tienen resultados concretos; un paciente sin trastornos psicológicos, un nivel cultural alto y apoyo familiar, tendrá mejores herramientas para afrontar todo lo que conlleva padecer un cáncer. Autores como Meyerowitz, 1981; Barreto, Capafons e Ibáñez, 1987 piensan que la ansiedad y la depresión que viven los pacientes durante el proceso oncológico, no debe considerarse una reacción patológica, sino otro síntoma dentro del proceso oncológico. ^{4, 20}.

Por otro lado está, una investigación llamada "Reconocimiento oncológico de la depresión en el paciente con cáncer" realizada por Passik, Dugan, McDonald, Rosenfeld en 1995 concluye que en ocasiones los síntomas depresivos pueden pasar de ser percibidos por pacientes y sanitarios. Tenía como objetivo identificar el grado de conocimiento médico sobre los diferentes síntomas depresivos y las actitudes de diagnóstico ante la depresión y ansiedad. En el ámbito sanitario existe necesidad de instrumentos validados o estudios actuales con el fin de realizar una mejor evaluación al paciente oncológico deprimido⁷.

Bukber, Penman y Holland en el año 1999 desarrollaron un estudio sobre la calidad emocional del paciente oncológico hospitalizado. Se identificó que el 42% de los pacientes presentan criterios de depresión mayor y el 14% de la muestra no presentó ningún síntoma depresivo. A estos pacientes también se les asoció a su estado emocional las incapacidades físicas graves, eventos negativos de la vida, bajo apoyo social y familiar.

Un estudio realizado en el año 2000 por Perol, Lopez-Roig, Rodriguez-Martin, Pastor, Mora, sobre el estado emocional del paciente y su calidad de vida; informa sobre mi hipótesis de estudio. La condición física del paciente y el impacto económico y social, se ven asociados con los niveles de depresión y ansiedad, y su calidad de vida. Existe un aumento de la depresión en esta etapa, y conforme finaliza el periodo de tratamiento va disminuyendo la ansiedad. La condición física que se presenta tiene un peso importante en la percepción que tiene el individuo y esto se relaciona con sus emociones ^{4, 20}.



Los investigadores Berard, Boermeester y Viljo realizaron un estudio en 2001 empleando la escala HADS de depresión y ansiedad. Concluyeron que de trastornos emocionales captados, sólo el 14% de los casos había sido diagnosticado y tratado por los profesionales de salud. Finalmente esta investigación muestra la necesidad de detectar y tratar los trastornos emocionales, mediante la implementación de tratamientos individualizados ⁷.

El presente estudio se enfoca específicamente en los cánceres presentes en la muestra; cáncer de mama, tráquea, bronquios, pulmón, próstata, colono-rectal, vejiga, estómago, páncreas y linfomas. Estos son también los tipos de cáncer de mayor incidencia en la población española. El cáncer de mama es el más frecuente en mujeres y consiste en un crecimiento anormal y desordenado. Los factores de riesgo asociados a este tipo de cáncer son: genéticos, hormonales, antecedentes de neoplasia, poca actividad diaria y dieta inadecuada. Por su parte el cáncer de pulmón y tráquea son de alta incidencia en hombres de todo el mundo. Sus factores de riesgo son el tabaco, la edad, factores genéticos, enfermedades pulmonares y ocupaciones laborales tóxicas.

La ansiedad y la depresión en pacientes oncológicos se relacionan con peores resultados clínicos y patológicos. Este vínculo existente entre el estado físico y emocional del paciente oncológico ha sido tema de múltiples estudios, tanto transversales como longitudinales y en los diferentes estadios de la enfermedad. Algunas de las causas médicas de depresión y ansiedad en los pacientes oncológicos son: dolor mal controlado, anemia o déficit de vitamina B12, fiebre, niveles anormales de hormona tiroidea, esteroides en sangre o niveles anormales de sodio, potasio y calcio ⁷.



7. METODOLOGÍA

7.1 Diseño

Se realizará un estudio descriptivo, de prevalencia transversal y cuantitativo, con el fin de identificar si los pacientes oncológicos hospitalizados en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz, presentan depresión o ansiedad.

- Descriptivo porque se desea recolectar información sin manipular el entorno, con el fin de determinar el nivel de depresión y ansiedad reales del paciente.
- De prevalencia trasversal porque se observa y evalúa el estado de los pacientes en el momento concreto en que se pasa el cuestionario.
- Cuantitativo porque se centra en la recolección, clasificación y análisis de los datos obtenidos de forma objetiva; con el fin de responder las preguntas planteadas en la investigación.

Dicho estudio se llevará a cabo durante los meses de enero, febrero y marzo de 2016; en el último mes se analizarán los datos obtenidos, se procederá a la elaboración del informe final y conclusiones del proyecto.

Los cuestionarios se pasarán de forma individual en las habitaciones, no sin antes tener el consentimiento informado de cada participante, la autorización del director del hospital y supervisor de la planta de oncología. Serán preguntas sencillas y alentadoras con el fin de motivar al entrevistado y que rellene la encuesta completamente.



7.2 Población y muestra

La población de estudio estará compuesta por personas que han sido diagnosticados de cáncer y se encuentran hospitalizados en la planta de oncología del Hospital Infanta Cristina en Badajoz. La participación de los sujetos será anónima y voluntaria, quedando todo esto registrado en el consentimiento informado. También se solicitará la autorización por escrito del director del Hospital y el supervisor de la planta.

Se llevará a cabo una entrevista a los pacientes hospitalizados en dicha planta del hospital; con un rango de edad entre 15 y 83 años. Encontraremos pacientes con diversas patologías previas e incapacidades mentales o físicas, diferentes estadios de y localidad del cáncer y no todos estarán ingresados para recibir tratamiento de quimioterapia o radioterapia.

Se realizará un muestreo con los pacientes que se encuentren dentro de los criterios de inclusión, excluyendo aquellos que muestren alguna dolencia importante que pueda repercutir de forma en su estado de salud, los que se encuentren bajo los efectos de sustancias psicoactivas, o aquellos que según criterios médicos no deban participar en el estudio. También serán eliminados aquellos que presenten trastornos emocionales previos, puesto que esto podría afectar a los datos finales de la investigación.

Ámbito de estudio:

El Hospital Infanta Cristina junto al Hospital Perpetuo Socorro y el Hospital Materno Infantil, conforman el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Esta zona tiene un carácter urbano y cuenta con el mayor número de recursos sanitarios de su comunidad autónoma, Extremadura. Es el área de salud con mayor población de la comunidad y cuenta con 175.936 habitantes, incluyendo los extranjeros (año 2014).



7.3 Criterios de inclusión/exclusión

Criterios de inclusión

Pacientes diagnosticados de cáncer, en estadio I de la enfermedad, que se encuentran hospitalizados en la planta de oncología del Hospital Infanta Cristina de Badajoz. Deben haber mostrado interés en participar en el estudio y firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes que se encuentren en estadios superiores del cáncer, aquellos que decidan no participar o cumplimenten la encuesta menos del 70%. Personas que estén incapacitados física o mentalmente, también aquellos que previamente presenten una patología mental.

Pacientes que muestren alguna dolencia importante que pueda repercutir de forma en su estado de salud. Finalmente, los pacientes que se encuentren bajo los efectos de sustancias psicoactivas, o aquellos que según criterios médicos no deban participar en el estudio.

7.4 Variables

Variables dependientes:

Depresión y ansiedad.

Variables independientes:

Sexo, edad, lugar de nacimiento, domicilio actual, situación laboral, profesión, estado civil, nivel escolar, número de hijos y hermanos, estado emocional, actividades de ocio que realiza, preocupaciones que tiene el paciente, interés por su estado personal, perspectivas de futuro, actitud ante la enfermedad, tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad, calidad de vida.



7.5 Instrumentos de medida

Para llevar a cabo este estudio se utilizarán una serie de cuestionarios:

7.5.1 Datos de la historia clínica.

Este cuestionario lo realiza el encuestador, según los datos presentes en la historia clínica de cada paciente. Se realiza con el fin de excluir a los pacientes que no podamos incorporar en el estudio, y para detectar patologías previas que puedan afectar a las conclusiones de este trabajo. Está compuesto de los siguientes ítems:

Tipo de cáncer: refleja las diferentes patologías oncológicas recogidas en nuestra muestra.

Estadio del cáncer: nos informa sobre la ubicación del cáncer, si se ha diseminado y si está afectando otras partes del cuerpo. El sistema utilizado para describir el estadio es TNM, propuesto por la Unión Internacional contra el cáncer (U.I.C.C., 1987).

¿Qué tamaño tiene el tumor primario y dónde está ubicado? (**Tumor, T**)

¿El tumor se ha diseminado a los ganglios linfáticos? (**Ganglio/Nódulo, N**)

¿El cáncer ha hecho metástasis hacia otras partes del cuerpo? (**Metástasis, M**)

Los estadios van de I a IV, siendo este último el que indica mayor severidad de la enfermedad, es por ello que únicamente trabajaremos con pacientes de estadio I de la enfermedad.

Tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico:

Tipos de tratamientos que está recibiendo el paciente actualmente: indica si es quimioterapia, radioterapia u otros.

Tiempo de ingreso actual: recoge el tiempo en días que lleva el paciente ingresado.

Pronóstico: posibilidad de curación o supervivencia del paciente ante la enfermedad.

Respuesta al tratamiento actual: indica si ha habido mejoría en el estado de salud del paciente, desde que recibe el tratamiento actual.

Patologías subyacentes previas: informa al encuestador sobre el estado de salud del paciente antes del diagnóstico del cáncer, haciendo hincapié en las patologías mentales. (Anexo 1)



7.5.2 Datos sociodemográficos. Es un cuestionario autoaplicable donde el paciente indica sus características sociodemográficas; edad, sexo, lugar de nacimiento, domicilio actual, profesión, situación laboral, profesión, estado civil, nivel escolar, número de hijos, número de hermanos, religión que practica, número de visitas que recibe al día.(Anexo 2)

7.5.3 Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). Fue diseñada y validada por Zigmond y Snaith en 1983 como instrumento de screening para la detección de problemas emocionales, en contextos hospitalarios y asistenciales. La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Caro e Ibáñez en 1992, y posteriormente por Torres y Compañ en 2006.

Es un cuestionario autoaplicado que cuenta con 14 ítems divididos en dos subescalas: ansiedad y depresión. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala Likert de 4 puntos (rango 0-3), con diferentes formulaciones de respuesta. Aunque las preguntas están planteadas en presente, el marco temporal se refiere a la semana previa. He empleado esta escala en mi proyecto porque se adecua a lo que deseo medir.

Esta es una escala sencilla y de fácil aplicación (duración aproximada de 5 minutos), muy útil para este tipo de pacientes; porque valora en periodos de tiempo breves el grado en que la enfermedad está afectando al estado emocional del enfermo. En cada subescala se mide una serie de factores, y de acuerdo a la puntuación obtenida se valora el nivel del problema; 0 – 7 indica ausencia de caso clínico (normal), 8 – 10 indica un caso dudoso y 11 – 21 indica que existe un problema clínico. El rango de puntuación es de 0 -21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global. (Anexo 3)



7.6 Recogida de información

Para poder desarrollar el estudio se necesitarán una serie de permisos; autorización del Comité Ético de Investigación Clínica Autonómico de Extremadura, el director del Hospital Infanta Cristina y la supervisora de la planta de oncología de dicho centro.

Posteriormente se entrevistará a cada paciente, de forma individual para verificar si presentan características de inclusión. De estos pacientes, los que finalmente decidan participar, firmarán su consentimiento informado y rellenarán los cuestionarios; pasando a formar parte de la población de estudio. El encuestador permanecerá junto al paciente mientras completa el cuestionario, para solucionarle posibles dudas.

Para llevar a cabo el proyecto y obtener las encuestas se planificó un cronograma, donde la recogida de información se desarrollaba entre el mes de febrero y marzo. La toma de datos por cada paciente será de 15 minutos aproximadamente, incluyendo “variables de la historia clínica” que debe rellenar el encuestador. Los datos derivados de esta investigación se utilizaron con fines exclusivamente científicos, bajo la **15/1999 Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal del 13 de diciembre**.

7.7 Análisis de datos

Los datos obtenidos en las encuestas se informatizarán utilizando el programa Microsoft Access. Posteriormente esta información se analizará y clasificará empleando el programa SPSS Statistics 17.0.1.

Se realizarán estadísticos descriptivos y tablas informativas con cada una de las variables, haciendo hincapié en las variables dependientes a estudiar (depresión y ansiedad). Para determinar la relación entre la presencia de depresión y ansiedad, y las diferentes variables de la historia clínica se utilizará la prueba Chi cuadrado.



8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio es de *riesgo mínimo*, puesto que el daño o molestia en el proceso de investigación no es mayor a lo que se presenta en la vida diaria. Se realizará siguiendo con cautela las leyes generales de salud de España y las normas de buena práctica clínica que indican la declaración de Helsinki.

Mantendremos la confidencialidad de los datos según la *Ley de Protección de datos de carácter personal RD 15/1999*, y se adaptará a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente aquellos que puedan contribuir a solucionar problemas de salud.

Antes de contactar con los pacientes se pedirá la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica Autonómico de Extremadura, el director del Hospital Infanta Cristina y la supervisora de la planta de oncología de dicho centro. (Anexo 4)

Todos los interesados serán informados sobre las características y fines del estudio, y su derecho a decidir libremente su participación anónima; posteriormente se les entregará el consentimiento informado. (Anexo 5)



9. PLAN DE TRABAJO

CRONOGRAMA												
ACTIVIDADES	TIEMPO											
	ENERO			FEBRERO				MARZO				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Determinar el objetivo de estudio												
2. Búsqueda de palabras claves												
3. Selección bibliográfica												
4. Propuesta del problema												
5. Planificación del trabajo												
6. Observaciones												
7. Diseño del proyecto												
8. Recogida de datos/trabajo de campo												
9. Tratamiento de información												
10. Análisis e interpretación												
11. Redacción y presentación del trabajo												
12. Difusión del proyecto												
SEMANAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12



9.1 Recursos necesarios. Presupuesto.

CONCEPTO	Importe/mes	Subtotal €
RECURSOS HUMANOS		
Investigador principal	400€/mes	1200€
Encuestador	200€/mes	600€
Psicólogo (interviene en las encuestas e interpreta los cuestionarios)	300€/mes	900€
Experto en estadística (1 mes)	350€/mes	350€
Programador (2 meses)	250€/mes	500€
TOTAL		3550€
RECURSOS MATERIALES		
<i>Material de papelería:</i> bolígrafos, grapas, folios, cartuchos de tinta, fotocopia, etc.	–	500€
Bibliografía	–	100€
<i>Material reutilizable:</i>		
Impresora multifunción	–	120€
Ordenador	–	700€
Grapadora	–	10€
Calculadora	–	15€
USB	–	17€
TOTAL		1462€
OTROS GASTOS		
Llamadas telefónicas	21€/mes	63€
Viajes (3)	35€/viaje	105€
Alojamiento y comidas	150€/mes	450€
Desplazamientos (6)	8€/desplazamiento	48€
TOTAL		666€
IMPORTE TOTAL FINAL		5678€



10. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray. (2012). *Cancer Incidence and Mortality Worldwide*.
- 2) López, A. B. (2014). *Calidad de vida en el paciente oncológico*.
- 3) Carulla, J., Jara, C., Sanz, J., Martínez, C., Ledesma, F., & Zubillaga, E. (2013). *Dolor como factor predictor de depresión en el paciente oncológico: estudio de casos y controles*. Estudio D-PRESS. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 113-121.
- 4) Gonçalves Estella, F., González Rodríguez, V. M., & Vázquez Castro, J. (2003). *Guía de la buena práctica clínica en depresión y ansiedad*. Madrid: IM&C, SA.
- 5) Williams JW, Hitchcock Noël P, Cordes JA, et al. (2002). *Is this patient clinically depressed?* JAMA. 287:1160-70
- 6) Singer S, Kuhnt S, Gotze H, Hauss J, Hinz A, Liebmann A, Krauß O, Lehmann A, Schwarz R. (2009). *Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care*.
- 7) González, J. E. (2008). *Niveles de depresión, riesgo suicida y factores psicosociales de riesgo suicida en pacientes adultos con cáncer*.
- 8) Jadoon NA, Munir W, Shahzad MA, Choudhry ZS. (2010). *Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study*.
- 9) Kleiboer A, Bennett F, Hodges L, Walker J, Thekkumpurath P, Sharpe M. (2011). *The problems reported by cancer patients with major depression*; 20:62–8.
- 10) Osman´ska M, Borkowska A, Makarewicz R. (2010) *Evaluation of quality of life, anxiety and depression in testicular cancer patients during chemotherapy and after anticancer treatment*; 44(4):543- 56.
- 11) Costa Zaguire, M. (2015). *La Asociación Española Contra el Cáncer y el papel del Psico-oncólogo*.
- 12) Armijos Bustamante, J.E., Váscenez Valarezo, K.L. (2013). *Trastorno de ansiedad en las mujeres con cáncer de mama y cérvix entre las edades de 30 a 50 años, que se atienden en el hospital oncológico Dr. Wilson Franco Cruz en el año 2011-2012*.
- 13) Maté J, Hollenstein M, Gil F. (2004) *Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico*; 1(2-3):211-30.
- 14) Hipócrates. (1988) *Sobre las enfermedades de las mujeres*. Tratados Hipocráticos Vol IV. Madrid: Ed. Gredos.
- 15) Barreiro, E. W. (2013). *Registros de cáncer en España: una perspectiva histórica*. Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas, 36(78), 427-456.



- 16) Organización Mundial de la Salud (2014). Perfiles oncológicos de los países.
- 17) Organización Mundial de la Salud (2011). Enfermedades no trasmisibles. Perfiles de países.
- 18) Gómez, M. M. N., Gutiérrez, R. M. V., Castellanos, S. A. O., Vergara, M. P., & Pradilla, Y. K. R. (2010). *Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes*.
- 19) Salaverry, O. (2013). *La etimología del cáncer y su curioso curso histórico*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 30(1), 137-141.
- 20) Rodríguez, C. F., Sánchez, C. P., Fernández, E. V., Vázquez, I. A., Martínez, R. F., & Fernández, I. P. (2011). *Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia*, 23(3), 374-381.



11. ANEXO

11.1 Anexo 1. Datos de la Historia Clínica. (Cuestionario a rellenar por el encuestador).

Diagnóstico. Tipo de cáncer:

Estadío del cáncer:

Patologías subyacentes previas (importante las patologías mentales):

Tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico:

Tipos de tratamientos que está recibiendo el paciente actualmente:

Tiempo de ingreso actual:

Tratamiento que recibe:

Respuesta al tratamiento actual:

Pronóstico:

11.2 Anexo 2. Cuestionario inicial.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS				
Edad: años				
Sexo		Masculino ()		Femenino ()
Lugar de nacimiento:				
Domicilio actual:				
Situación laboral:		Activo ()	Parado ()	Jubilado () Otros.....
Profesión:				
Estado civil		Soltero ()		Casado () Divorciado ()
Nivel escolar		Primaria ()	Secundaria ()	Graduado () Doctorado ()
Número de hijos				
Número de hermanos				
¿Practica alguna religión?		Si () ¿Cuál?		No ()
¿Qué hace en su tiempo libre?				
Nº de visitas que recibe al día		0 ()	1 o 2 ()	3 o 4 () +5 ()
¿Ha perdido peso últimamente?		Si () ¿Cuánto?		No ()
¿Tiene buena relación familiar?		Si ()		No ()
Autodescripción:				



11.3 Anexo 3

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

La versión original es de Zigmond y Snaith, 1983.

Traducida y adaptada al castellano por Caro e Ibáñez en 1992, y posteriormente por Torres y Compañ en 2006.

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde de prisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.

1. Me siento tenso o nervioso.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

- Como siempre
- No lo bastante
- Sólo un poco
- Nada

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

- Definitivamente y es muy fuerte
- Sí, pero no es muy fuerte
- Un poco, pero no me preocupa
- Nada

4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.

- Al igual que siempre lo hice
- No tanto ahora
- Casi nunca
- Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.

- La mayoría de las veces
- Con bastante frecuencia



<p><input type="radio"/> A veces, aunque no muy a menudo</p> <p><input type="radio"/> Sólo en ocasiones</p>
<p>6. Me siento alegre.</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p> <p><input type="radio"/> No muy a menudo</p> <p><input type="radio"/> A veces</p> <p><input type="radio"/> Casi siempre</p>
<p>7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.</p> <p><input type="radio"/> Siempre</p> <p><input type="radio"/> Por lo general</p> <p><input type="radio"/> No muy a menudo</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p>
<p>8. Me siento como si cada día estuviera más lento.</p> <p><input type="radio"/> Por lo general, en todo momento</p> <p><input type="radio"/> Muy a menudo</p> <p><input type="radio"/> A veces</p> <p><input type="radio"/> Nunca</p>
<p>9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.</p> <p><input type="radio"/> El Nunca</p> <p><input type="radio"/> En ciertas ocasiones</p> <p><input type="radio"/> Con bastante frecuencia</p> <p><input type="radio"/> Muy a menudo</p>
<p>10. He perdido interés en mi aspecto personal.</p> <p><input type="radio"/> Totalmente</p> <p><input type="radio"/> No me preocupo tanto como debiera</p> <p><input type="radio"/> Podría tener un poco más de cuidado</p> <p><input type="radio"/> Me preocupo al igual que siempre</p>
<p>11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.</p> <p><input type="radio"/> Mucho</p> <p><input type="radio"/> Bastante</p> <p><input type="radio"/> No mucho</p> <p><input type="radio"/> Nada</p>



12. Me siento optimista respecto al futuro.
- Igual que siempre
 - Menos de lo que acostumbraba
 - Mucho menos de lo que acostumbraba
 - Nada

13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
- Muy frecuentemente
 - Bastante a menudo
 - No muy a menudo
 - Rara vez

14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.
- A menudo
 - A veces
 - No muy a menudo
 - Rara vez

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Fuente: CASTRESANA, C. D. L. C., Pérez, A. G. E., & de Rivera, J. G. (1995). "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. In *Anales de psiquiatría* (Vol. 11, No. 4, pp. 126-130).



11.4 Anexo 4. Autorización

CARTA DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

21 de Diciembre de 2015

Alumna: Letiné Bagué Madrigal

Grado de Enfermería

Universidad de La Laguna

Facultad de Ciencias de la Salud, sección Enfermería y Fisioterapia. Sede La Palma

Estimado **Dr. Joaquín Carazo Morugán**, director de salud del Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

Me pongo en contacto con usted, para informarle deseo llevar a cabo una investigación en la 8º Planta de dicho hospital (zona de oncología) y me gustaría contar con su autorización. El objetivo del estudio será identificar si los pacientes oncológicos hospitalizados en esta planta presentan depresión y ansiedad.

Solicitamos su autorización para llevar a cabo esta investigación y que el hospital nos preste toda la información necesaria para su desarrollo. Dicha investigación se llevará a cabo a partir del mes de enero de 2016 y tendrá una duración de 3 meses, dos de los cuales serán para encuestar a los pacientes. Para esta actividad contaremos con la colaboración de un psicólogo, con el fin de evitar cualquier daño emocional que pueda provocar la entrevista.

Esta investigación será de gran utilidad para desarrollar nuevas técnicas de ayudas, totalmente ajustadas a las necesidades de estos pacientes. No solo se podrán poner en práctica con estos pacientes de la muestra, sino también en pacientes con enfermedades crónicas que requieren largos periodos de hospitalización. Los pacientes, la institución de vuestro hospital y los sanitarios de dicha planta serán los primeros en conocer los resultados y conclusiones de la investigación.

Reciba un cordial saludo.

Letiné Bagué Madrigal

Estudiante de Enfermería de la Universidad de La Laguna.



11.5 Anexo 5



Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería
y Fisioterapia

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Título del proyecto: Depresión y ansiedad en pacientes oncológicos hospitalizados.

Investigador principal: Letiné Bagué Madrigal

Grado de Enfermería

Universidad de La Laguna

Facultad de Ciencias de la Salud, sección Enfermería y Fisioterapia. Sede La Palma

Agradecer de antemano su participación en el presente estudio.

Será una investigación totalmente anónima y confidencial, como indica la **15/1999 Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, del 13 de diciembre**. Dicho estudio se realiza con el fin de proporcionar a cada paciente unos cuidados de calidad, adecuados a sus necesidades de los pacientes oncológicos hospitalizados.

Mi nombre es Letiné Bagué Madrigal, alumna de Enfermería en la Universidad de La Laguna, Sede La Palma. Les invito a participar en la investigación que estoy llevando a cabo, con el fin de determinar si los pacientes hospitalizados en la planta de oncología del Hospital Infanta Cristina de Badajoz, presentan depresión y ansiedad.

Le daré toda la información necesaria sobre la investigación, luego usted puede sentirse libre de decidir si desea o no participar. Puede tomarse el tiempo que usted quiera para decidir y si lo desea puede informarse sobre el tema con alguien que se sienta más cómodo. Si después de haber firmado los documentos, usted desea no participar, estará en todo su derecho de no hacerlo.

Su colaboración en el estudio es muy importante; por lo que el encuestador acudirá a su habitación del hospital, así usted no deberá desplazarse. Con la ayuda de un encuestador y psicólogo que responderán a sus cuestiones; usted deberá completar un cuestionario inicial con sus datos personales y posteriormente la **Escala de ansiedad y**



depresión hospitalaria. Este es un test de 14 preguntas referentes a sus pensamientos y sentimientos en la última semana. El tiempo estimado de la entrevista completa es de aproximadamente treinta minutos.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. Se publicaran los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

1. Declaro que he leído y se me ha comunicado de forma oral la información sobre el estudio citado y acepto participar en él.

2. Se me ha entregado una copia del Consentimiento informado fechado y firmado. Se me han explicado las características y el objetivo del estudio y los posibles beneficios y riesgos del mismo.

3. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

4. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.

5. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi tratamiento médico futuro.

DOY NO DOY

Mi consentimiento para la participación en el estudio propuesto.

En Badajoz a..... de..... de 2016.

Firma del participante:

Firma del Investigador:



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi familia, especialmente a mis padres, por su apoyo incondicional. A todos los profesionales de la salud y educadores, que durante esta etapa de mi vida me han ayudado a formarme como enfermera. Y finalmente a los que de una forma u otra me han brindado su ayuda, su tiempo y sus conocimientos.