



**INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN**



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO
CHÁVEZ"
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON
ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN EL HGZ NO.4**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

Presenta:

Dra. Bertha Yeraldin Espinoza Flores

Asesor de tesis:

M. E. José Jorge Torrijos Zavala

Co-asesor de tesis:

Dr. Sergio Alejandro Arreola Valdez
Oncólogo Médico

Numero de registro ante el Comité de Ética e Investigación: **R-2023-1603-019**

ZAMORA, MICHOACÁN FEBRERO DEL 2026



Dr. Edgar Josué Palomares Vallejo

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinadora Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dr. Eduardo Vega Espinosa

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 82

Dr. Andrés Eusebio Olalde Gil

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dr. José Jorge Torrijos Zavala

Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ"

Dr. Víctor Hugo Mercado Gómez

Director de la facultad

Dr. José Luis Martínez Toledo

Jefe de Subdivisión de Medicina Familiar de la UMSNH, división de Estudios de Posgrado

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador del Programa de Especialidad en Medicina Familiar

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTORES:

Nombre: Dra. Bertha Yeraldin Espinoza
Flores

Matrícula: 96171173

Cargo: Residente de segundo año de
Medicina Familiar

Adscripción: Unidad de Medicina
Familiar No. 82

Teléfono:

Correo Electrónico:

Departamento Coordinación de
Enseñanza e Investigación de Salud

ASESOR

Nombre: M.E. José Jorge Torrijos Zavala

Matrícula: 99319297

Cargo: Profesor titular de la especialidad
de Medicina Familiar

Adscripción: Profesor Titular de la
Residencia de Medicina Familiar UMF
82.

Teléfono

Correo Electrónico:

Departamento Coordinación de
Enseñanza e Investigación de Salud

CO-ASESOR

Nombre: Sergio Alejandro Arreola
Valdez

Matrícula: 97171774

Cargo: Medico no familiar especialista en
Oncología Médica

Adscripción: Hospital General de Zona
No. 4

Teléfono

Correo Electrónico:

Departamento de Oncología en el
Hospital General de Zona No. 4

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al **Instituto Mexicano del Seguro Social** y a la **Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo** por su apoyo invaluable en mi formación académica, así mismo doy las gracias a mis asesores el **Dr. José Jorge Torrijos Zavala** y a el **Dr. Sergio Alejandro Arreola Valdez** oncólogo médico del HGZ No.4 por su apoyo incondicional para la realización de este proyecto, fueron una pieza fundamental.

También le doy las gracias a la **enfermera Yael Rivera** por brindarme todo su apoyo al momento de la realización de las encuestas, y a cada uno de los participantes del estudio, por brindarme su confianza, he inspirarme por su gran fortaleza y resiliencia.

DEDICATORIA

A mi mama Angelica Susana Espinoza Flores por siempre ser mi ejemplo, mi fortaleza y mi motor, por siempre enseñarme que todo lo que me proponga lo puedo lograr. Gracias por siempre estar cuando te necesito y enseñarme a ser una mujer fuerte, valiente, diciplinada.

En honor a mis abuelitos Bertha Elisa Flores Valadez y José María Espinoza Ruiz, mis fuentes de sabiduría e inspiración, a pesar de que ya no estén conmigo siguen siendo mi guía en cada momento.

A mi familia, amigos y a mi novio por siempre apoyarme, por crecer conmigo en cada etapa, por impulsarme siempre a dar la mejor versión de mí, por enseñarme que todo lo que me propongo lo puedo lograr e inspirarme con cada uno de sus logros.

INDICE

I.- RESUMEN	1
II.- ABSTRACT.....	2
III.- ABREVIATURAS	3
IV.- GLOSARIO:	4
V.- RELACION TABLAS Y FIGURAS.....	6
VI.- INTRODUCCION	8
VII.- MARCO TEÓRICO	9
7.1 Antecedentes.....	9
7.2 Epidemiología.....	10
7.3 Cáncer	10
7.4 Ansiedad y Depresión.....	11
7. 5. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).....	14
VIII.- JUSTIFICACIÓN	15
IX.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
X.- OBJETIVOS.....	17
XI.- HIPÓTESIS	17
XII.- MATERIAL Y METODOS.....	17
XIII.- ASPECTOS ETICOS	31
XIV.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	32
XV.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	34
XVI. RESULTADOS.....	35
XVII. DISCUSION	50
XVIII. CONCLUSIONES.....	52
XIX.- RECOMENDACIONES	53
XX.- BIBLIOGRAFÍA	54
XXI.- ANEXOS.....	57

I.- RESUMEN

Prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con Enfermedad Oncológica en el HGZ No. 4

2.1 Antecedentes: El cáncer y la depresión en la actualidad por si solas representan un problema mundial en la salud pública, en la última década se ha observado un incremento en ambas enfermedades. La incidencia de ambas enfermedades en una sola persona puede desencadenar una combinación letal, generando un alto impacto a nivel social y los costos sanitarios de salud.

2.2 Objetivo: Analizar la prevalencia de depresión y ansiedad en el paciente con enfermedad Oncológica en el HGZ No 4.

2.3 Material y métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal, prospectivo en pacientes con enfermedad Oncológica independientemente del tipo de tratamiento en el servicio de Oncología del Hospital de General de Zona No. 4, de Zamora, Michoacán, se aplicó un cuestionario de datos personales y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), se utilizó estadística descriptiva.

2.4 Recursos e Infraestructura: Se contó con un consultorio en el HGZ No.4 de Zamora Michoacán, donde se realizaron los cuestionarios.

2.5 Experiencia del grupo: Se contó con investigadores de experiencia en asesoría de tesis, se encargaron de la revisión, asesoramiento y corrección del presente estudio.

2.6 Tiempo para desarrollarse: Se recabaron las variables de julio del 2023 a enero del 2024.

2.6 Palabras clave: Depresión, ansiedad, cáncer, prevalencia, Escala HADS.

II.- ABSTRACT

Prevalence of depression and anxiety in patients with Oncological Disease in HGZ No.

4

2.1 Background: Cancer and depression alone currently represent a global public health problem; in the last decade an increase in both diseases has been observed. The incidence of both diseases in a single person can trigger a lethal combination, generating a high social impact and health costs.

2.2 Objective: To analyze the prevalence of depression and anxiety in patients with Oncological disease in HGZ No 4.

2.3 Material and methods: A prospective, cross-sectional observational study was carried out in patients with oncological disease regardless of the type of treatment in the Oncology service of the General Hospital of Zone No. 4, Zamora, Michoacán, a questionnaire was applied. personal data and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), descriptive statistics were used.

2.4 Resources and Infrastructure: There was an office at HGZ No.4 in Zamora Michoacán, where the questionnaires were carried out.

2.5 Group experience: There were researchers with experience in thesis advice, they were in charge of the review, advice and correction of this study.

2.6 Time to develop: The variables were collected from July 2023 to January 2024.

2.6 Keywords: Depression, anxiety, cancer, prevalence, HADS Scale.

III.- ABREVIATURAS

Ca: Cáncer

Cacu: Cáncer cervicouterino

CCEIS: Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud

Dr.: Doctor

Dra.: Doctora

Escala HADS: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión.

HGZ no. 4: Hospital General de Zona No. 4

INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática

ISRN: Inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina

ISRS: Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina

NC: Nivel de confianza

NCI: Instituto Nacional del Cáncer

OMS: Organización Mundial de la Salud

TA: Trastorno de ansiedad

TNM: Tumor, ganglio linfático y metástasis

IV.- GLOSARIO:

Adherencia: Unión física, pegadura de las cosas.

Ansiedad: Preocupación y miedo intensos, excesivos y continuos ante situaciones cotidianas.

Antidepresivos: Medicamentos que se usan para tratar la depresión y otros trastornos de salud mental.

Antineoplásicos: Medicamentos que se utilizan para tratar el cáncer.

Cáncer: Enfermedad que se caracteriza por la multiplicación descontrolada de células anormales, que invaden los tejidos cercanos y pueden propagarse a otras partes del cuerpo.

Cirugía: Especialidad médica que tiene por objeto curar operando la parte dañada del cuerpo.

Defunciones: Muerte de una persona.

Depresión: Trastorno mental que se caracteriza por un estado de ánimo deprimido y una pérdida de interés en las actividades cotidianas que normalmente se disfrutan.

Diagnostico: Proceso de identificar una enfermedad, lesión o afección a partir de sus signos y síntomas.

Enfermedad oncológica: Grupo de enfermedades que se caracterizan por la multiplicación descontrolada de células anormales en el cuerpo. También se les conoce como neoplasias o tumores malignos.

Exclusión: Acción de sacar a alguien o algo de un lugar, o de prescindir de ello.

Ganglios linfáticos: Estructuras pequeñas que forman parte del sistema inmunitario y que filtran el líquido linfático.

Hipersomnio: Trastorno del sueño que se caracteriza por una somnolencia excesiva durante el día.

Insomnio: Trastorno del sueño que dificulta conciliarlo, permanecer dormido o despertar demasiado temprano.

Metástasis: Propagación de un foco canceroso en un órgano distinto de aquel en que se inició.

Oncólogo: Médico que se especializa en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Quimioterapia: Tratamiento que utiliza medicamentos para destruir las células cancerosas.

Radioterapia: Tratamiento contra el cáncer que utiliza radiación ionizante para destruir las células cancerosas.

Tumor: Masa de células transformadas, con crecimiento y multiplicación anormales.

V.- RELACIÓN TABLAS Y FIGURAS

Tabla I. Variables Sociodemográficas	35
Tabla II. Tipos de Cáncer	36
Tabla III. Estadificación del Tumor	37
Tabla IV. Tratamiento	37
Tabla V. Estadísticos	38
Tabla VI. Escala HADS – Resultados de la escala para ansiedad	38
Tabla VII. Tabla cruzada para observar la relación de Ansiedad y el tipo de cáncer	39
Tabla VIII. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de ansiedad y tipo de Cáncer	39
Tabla IX. Tabla cruzada para ver la relación de Ansiedad y estadificación	40
Tabla X. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de ansiedad y estadificación	40
Tabla XI. Tabla cruzada de relación de Ansiedad y edad de encuestados.	41
Tabla XII. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de ansiedad y edad de los encuestados	41
Tabla XIII. Tabla relación Ansiedad y sexo	42
Tabla XIV. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de ansiedad y sexo de los encuestados	42
Tabla XV. Estadística de Depresión	43
Tabla XVI. “Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión” – Resultados de la escala para Depresión	43
Tabla XVII. Tabla cruzada relación de depresión y tipo de cáncer	44
Tabla XVIII. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de Depresión y tipo de Cáncer	44
Tabla XIX. Tabla cruzada relación de depresión y estadificación del tumor	45
Tabla XX. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de Depresión y estadificación	46
Tabla XXI. Tabla relación Depresión y edad de los encuestados	46
Tabla XXII. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de depresión y edad de los	47

encuestados	
Tabla XXIII. Tabla cruzada relación depresión y sexo de los encuestados.	47
Tabla XXIV. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de depresión y sexo de los encuestados	48
Tabla XXV. Estadística de fiabilidad del HADS	48
Tabla XXVI. Alfa de Cronbach por preguntas del cuestionario	49

VI.- INTRODUCCIÓN

El cáncer en la actualidad por sí solo representa un problema en la salud pública a nivel mundial, en la última década ha habido un aumento en su incidencia, representando un alto costo a nivel sanitario. En el año 2020 fue la principal causa de muerte en el mundo, según la OMS con 10 millones de defunciones. En la última década la incidencia de enfermedad oncológica y trastorno depresivo ha ido en aumento no solo a nivel mundial si no también en nuestro país. ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽¹²⁾

El NCI dice que la depresión afecta del 15% al 25% de la población que sufre enfermedad oncológica, otras literaturas mencionan que la relación de ansiedad y depresión en este tipo de padecimientos es de entre 10% y 55%. Estos padecimientos por si solos generan un alto impacto en la sociedad desde el punto de vista social, familiar y económico, por lo que la incidencia de ambas enfermedades en una sola persona puede desencadenar una combinación letal. Repercutiendo en la calidad de vida de la persona que lo padezca, por tal motivo es de suma importancia la detección oportuna de ansiedad y depresión, con el de disminuir su impacto negativo. ^{(2) (3)(6)}

El objetivo principal de este estudio fue determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el paciente con enfermedad oncológica en el HGZ No.4. La población encuestada estuvo conformada por un total de 122 participantes, donde analizamos algunas variables sociodemográficas tales como sexo, edad, estado civil y grado académico. El instrumento de evaluación utilizado fue la escala HASD, el cual cuenta con un Alfa de Cronbach de 0.860.

VII.- MARCO TEÓRICO

7.1 Antecedentes

El cáncer y la depresión en la actualidad por si solas representan un problema mundial en la salud pública, en la última década se ha observado un incremento en ambas enfermedades. El cáncer es situado como la principal causa de defunciones a nivel mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se piensa que la enfermedad mental del siglo es la depresión, por lo que la incidencia de ambas enfermedades en una sola persona puede desencadenar una combinación letal, generando un alto impacto a nivel social y los costos sanitarios de salud. Existe una gran posibilidad que la persona diagnosticada con cáncer genere en algún momento síntomas depresivos o presencia de trastorno de ansiedad. ⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾

Es importante la detección de trastornos depresivos y ansiosos en paciente con enfermedad oncológica, con el objetivo de disminuir el efecto negativo de esta combinación. Se debe realizar un trabajo multidisciplinario para el tratamiento de estos pacientes. A pesar de que existen diversas investigaciones, aun hace falta investigar más sobre la afección desde un punto de vista integral y no solo psicológico. ⁽²⁾

El padecer una enfermedad oncológica puede llegar a disminuir la calidad de vida de la persona que lo padece, presenta limitaciones y síntomas que en muchas ocasiones se acompañan de problemas emocionales. La literatura nos menciona que existe una elevada incidencia en presentar ansiedad y depresión al padecer esta enfermedad, nos menciona que oscila entre el 10% y 55%. Así mismo, esto se puede asociar a mayor fracaso en la adherencia al tratamiento, falta de adaptación al proceso de enfermedad, menor esperanza de vida, aumento de la sintomatología física. Por otro lado, la literatura también nos menciona que el tratamiento médico, como radioterapia, quimioterapia y cirugía tienen

mucha repercusión en el estado de ánimo y calidad de vida de los pacientes, por los efectos secundarios de estos tratamientos. ⁽³⁾

7.2 Epidemiología

La Organización mundial de la salud a través de su portal de internet nos informa que en el año 2020 el cáncer fue la principal causa de muerte en el mundo, se atribuyen a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones. ⁽¹⁾

En México el INEGI nos informa que en el año 2020 se registraron 90,603 defunciones a consecuencias de tumores malignos, representando el 8 % del total de defunciones, nos menciona que en la última década se ha visto un incremento, se realiza una comparativa del año 2010 donde se registraron 6.18 defunciones por cada 10 mil personas y el año 2020 donde se observa un incremento del 7.17 por cada 10 mil. Los estados con mayor tasa de defunciones por tumores malignos en el año 2020 son: la Ciudad de México, Sonora, Chihuahua, Morelos, Veracruz y Colima. ⁽⁴⁾

7.3 Cáncer

7.3.1 Definición de Cáncer

La Organización Mundial de la Salud define el cáncer como *“una alteración caracterizada por el crecimiento tisular patológico, el cual tiene su origen en una proliferación persistente y prolongada de células anormales que desemboca en una patología, determinada ésta por la invasión y destrucción de los tejidos del cuerpo.”* ⁽²⁾

En el año 2017 la Organización Mundial de la Salud afirma que *“una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y que pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o*

propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina “metástasis”. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer”. ⁽²⁾⁽⁴⁾

7.4 Ansiedad y Depresión

7.4.1 Definición de Ansiedad

EL Instituto Nacional de Cáncer a través de su portal de internet nos define la Ansiedad como un trastorno mental que incluye síntomas como preocupación, miedo excesivo, temor o aprensión. En pacientes con diagnóstico de cáncer menciona que la ansiedad puede ser adaptativa, como respuesta a factores de mucho estrés. ⁽⁵⁾

7.4.2 Definición de Depresión

“La depresión es un síndrome clínico, generalmente clasificado como un trastorno mental; específicamente en los manuales de diagnóstico, se la clasifica como un trastorno del humor o del afecto”. ⁽⁶⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos menciona que la depresión *“se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras. Además, puede alterar el sueño y el apetito, y es frecuente que concurra con cansancio y falta de concentración”.* Es una afección a nivel mundial, se estima que el 5% de la población padece este trastorno. Además de ser una causa de incapacidad, ya que afecta la vida de la persona que la padece de una manera significativa disminuyendo la calidad de vida este y evitando que la persona pueda vivir de manera gratificante. ⁽⁷⁾

7.4.2.1. Características clínicas

Cuando se da un diagnóstico de cáncer existen sentimientos naturales de tristeza, por lo que es importante no confundir estos sentimientos con un trastorno depresivo. Es importante delimitar las características de la depresión, teniendo en cuenta que la depresión es un síndrome el cual está compuesto por síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y somáticos.⁽⁶⁾

- Síntomas afectivos: puede presentarse tristeza, infelicidad, inutilidad, falta de interés, incapacidad para disfrutar de actividades que antes disfrutabas, sentimiento de culpa, ansiedad, dificultad para expresar emociones, etc. El paciente oncológico suele sufrir estos síntomas y pasar desapercibidos porque son considerados normales; es importante vigilar su persistencia en estos pacientes por que pueden dar el inicio de una depresión clínica.⁽⁶⁾
- Síntomas cognitivos: el paciente tendrá problemas para memoria, concentración, incapacidad para tomar decisiones, pérdida de la autocrítica y de la realidad, aquí el paciente puede iniciar a tener ideas suicidas, pensamientos de muerte.⁽⁶⁾
- Síntomas conductuales: conductas autodestructivas, disminución de la energía, hiperactividad.⁽⁶⁾
- Síntomas somáticos: alteraciones en el apetito, peso (principalmente la pérdida de peso) y sueño (insomnio o hipersomnio), cansancio. En el paciente oncológico estos síntomas no solo se pueden deber a un trastorno depresivo sino también a la enfermedad como tal, por tal motivo la escala HAD omite estos síntomas.⁽⁶⁾⁽⁸⁾

7.4.2.2 Detección

La detección se realizará por medio de la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión conocida por sus siglas en inglés como HAD, esta escala fue validada en la población oncológica mexicana en 2015 por Galindo, la cual consta de 12 reactivos, la cual cuenta con un alfa de Cronbach=0.86. ⁽⁹⁾

7.4.2.3 Tratamiento

El tratamiento es multidisciplinario no solo es obligación del oncólogo, si no de un conjunto de profesionales donde se encuentra psicólogo, médico familiar, psiquiatra, enfermeras, trabajadoras sociales, con el fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes. ⁽⁶⁾

7.4.2.3.1 Psicofarmacología

El tratamiento farmacológico de elección en los pacientes oncológicos con depresión son los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) e inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina (ISRN). Es importante tener cautela con las interacciones farmacológicas en los pacientes sometidos a quimioterapias. Algunos medicamentos antidepresivos inhiben la transformación de medicamentos antineoplásicos, lo que disminuye la eficacia o genera mayor efecto tóxico; la paroxetina, fluoxetina, sertralina y fluvoxamina son antidepresivos con mayor uso en la consulta para el tratamiento de depresión, pero no se recomienda su utilización en pacientes oncológico con depresión. ⁽⁶⁾

7.4.2.3.2 Psicoterapia

El tratamiento psicológico se puede ofrecer en tres esferas de atención, donde abarca la atención psicoterapéutica individual del paciente, tratamiento grupal y el tratamiento de terapia familiar o de pareja. En la terapia individual se realizan intervenciones en atención mental consiente (mindfulness), relajación e imaginación. ⁽⁶⁾

7. 5. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)

La Escala de Ansiedad y Depresión (HAD), creada por Zigmond y Snaith en el año de 1983, consta de 14 ítems, 7 referidos a ansiedad y 7 a depresión, la cual nos permite la detección de trastornos de ansiedad y depresión en un centro de atención primaria o en un centro hospitalario no psiquiátrico. El contenido de esta escala este aludido a aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾

Es un instrumento que ha sido utilizada en distintas poblaciones y culturas, la cual examina dimensiones cognitivas y afectivas, excluyendo síntomas somáticos como pérdida de peso, pérdida de apetito, insomnio, fatiga, etc. Durante su utilización ha sido adaptando y validado, y siempre ha mostrado una sensibilidad y especificidad adecuada en la exclusión de ansiedad y depresión. ⁽⁸⁾

En una revisión de 747 estudios para observar la validez de la HADS en diferentes patologías crónicas degenerativas, donde nos mencionan que es un instrumento con una adecuada estructura factorial, con un alfa de Cronbach de 0.80 en relación de sensibilidad y especificidad. Así mismo ha demostrado ser un instrumento adecuado para evaluar ansiedad y depresión en población oncológica, al darnos sensibilidad entre 0.74 y 0.84 y una especificidad de 0.78 a 0.80. En México la escala de HADS fue validada en la población oncológica en 2015 por Galindo, la cual cuenta con un alfa de Cronbach=0.86. ⁽⁸⁾⁽⁹⁾

VIII.- JUSTIFICACIÓN

En la última década la incidencia de enfermedad oncológica y trastorno depresivo ha ido en aumento no solo a nivel mundial si no también en nuestro país. La Organización Mundial de la Salud (OMS), nos informa que el cáncer es la principal causa de defunciones a nivel mundial, en México a través del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) nos menciona que en el año 2020 se presentaron 90,603 defunciones a consecuencias de tumores malignos, representando el 8 % del total de defunciones. El Instituto Nacional de Salud Pública a través de su portal de internet nos informa que los trastornos mentales se encuentran en las diez enfermedades más discapacitantes en México, que en el año 2001 y 2022 el 9.2% de la población curso con un trastorno depresivo. ⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽¹²⁾

Los padecimientos antes mencionados por sí solo generan un alto impacto en la sociedad desde el punto de vista social, familiar y económico, por lo que la incidencia de ambas enfermedades en una sola persona puede desencadenar una combinación letal, generando un alto impacto a nivel social y los costos sanitarios de salud. Además de repercutir en la calidad de vida del paciente y su familia. Por lo tanto, la necesidad de la detección de trastorno depresivo y trastorno de ansiedad en el paciente oncológico es de suma importancia con el fin de disminuir el impacto negativo de esta combinación. ⁽²⁾

La investigación planteada resulta conveniente para la obtención de información, con el fin de investigar la incidencia de depresión y ansiedad en los pacientes oncológicos en el HGZ No. 4, con el fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes y sus familias. Ya que la detección oportuna nos permitirá ofrecer al paciente un tratamiento multidisciplinario donde se involucre no solo el médico oncólogo si no enfermeras, trabajadoras sociales, nutrición, psicología, psiquiatría y principalmente el médico familiar, que es el responsable no solo del paciente si no de la familia del paciente.

IX.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer en la actualidad representa un problema mundial en la salud pública, en la última década se ha visto un aumento en su incidencia, prevalencia, mortalidad, generando un alto impacto a nivel social y los costos sanitarios en los sistemas de salud. La Organización mundial de la salud a través de su portal de internet nos informa que en 2020 el cáncer fue la principal causa de muerte en el mundo, se atribuyen a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones.⁽¹⁾

México en el año 2020 a través del INEGI nos informa que se registraron 1,086,743 defunciones, de los cuales los tumores malignos representan el 8% (90,603). “ La tasa de defunciones por tumores malignos aumentó en la última década, al pasar de 6.18 defunciones por cada 10 mil personas en 2010 a 7.17 por cada 10 mil en 2020.”⁽⁴⁾

El National Cancer Institute (NCI) nos informa que la depresión puede afectar un porcentaje del 15% al 25% de la población que padece esta enfermedad. Otras literaturas nos mencionan la relación del cáncer con ansiedad y depresión en un porcentaje de la población de entre un 10% y 55%. Además, nos menciona que esta relación nos genera mal pronóstico e incluso menor expectativa de vida, a consecuencia de presentar mayor sintomatología (malestar físico y emocional), mal adherencia al tratamiento, una mala adaptación a la enfermedad.⁽³⁾⁽⁶⁾

En la actualidad recibir un diagnóstico de cáncer aún se cree que es sinónimo de muerte a pesar de la múltiple información existente al respecto, implica un reto para el profesional de la salud y para el paciente. El diagnóstico de depresión y ansiedad juega un papel muy importante para mejorar el pronóstico y calidad de vida, ya que una de las principales causas de mal adherencia al tratamiento. Por lo anterior, nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad oncológica en el HGZ No 4?

X.- OBJETIVOS

Objetivo general:

- Analizar la prevalencia de depresión y ansiedad en el paciente con enfermedad Oncológica en el HGZ No 4.

Objetivos específicos:

- Medir el grado de depresión y ansiedad en el paciente oncológico.
- Categorizar el grado de depresión y ansiedad en el paciente oncológico.
- Categorizar que tipo de cáncer cuenta con mayor prevalencia de depresión y ansiedad.
- Categorizaciones sociodemográficas de los participantes.

XI.- HIPÓTESIS

Existe un 50% de prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica.

XII.- MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Método del diseño:

Intervención: Observacional descriptivo

Temporalidad: Prospectivo

Número de mediciones: Transversal

Debido a que en este estudio evaluó la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad oncológica en cualquier estadio y tratamiento, se aplicó la escala HADS en el momento que acudieron a consulta o tratamiento oncológico (curativo o paliativo) o periodo de seguimiento de máximo seis meses en el Hospital General de Zona No.4. Es decir, se obtuvo 1 sola medición, por lo tanto, fue Transversal, fue prospectivo ya que se siguió al paciente hacia adelante y observacional ya que no se manipulo o intervino en las secuelas.

Sede del estudio: Hospital General de Zona No. 4

a) Población de estudio: Pacientes con enfermedad oncológica, Derechohabientes del IMSS, en tratamiento y control de su padecimiento en el Hospital General de Zona No.4 Zamora, Michoacán.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

1. Pacientes en tratamiento oncológico.
2. Mayores de 18 años.
3. Ambos sexos.
4. Pacientes que acepten participar y firmar el consentimiento para la realización del estudio.

Criterios de Exclusión:

1. Pacientes que presenten cuadros psiquiátricos severos.

Criterios de Eliminación:

1. Paciente que decida retirarse del estudio.
2. Pacientes que contesten menos del 80 por ciento del cuestionario y escala de evaluación.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Selección de la muestra y procedimiento

Se tiene un registro en el servicio de oncología de 180 pacientes recibiendo tratamiento en quimioterapia por lo cual se obtiene una muestra de 122 pacientes con la formula finita.

CALCULO TAMAÑO DE MUESTRA FINITA

Parametro	Insertar Valor
N	180
Z	1.960
P	50.00%
Q	50.00%
e	5.00%

Tamaño de muestra

"n" =

122.79

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2}$$

n = Tamaño de muestra buscado

Z = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)

e = Erro de estimación máximo aceptado

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

q = (1 - **p**) = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

Nivel de confianza	Z _{alfa}
99.7%	3
99%	2,58
98%	2,33
96%	2,05
95%	1,96
90%	1,645
80%	1,28
50%	0,674

Se seleccionaron 122 pacientes del departamento de oncología, de forma aleatoria y por conveniencia.

VARIABLES

Prevalencia de Depresión y Ansiedad en pacientes con enfermedad oncológica en el HGZ no.4

Variable Dependiente: Depresión y ansiedad

Variable Independiente: Enfermedad Oncológica.

Variables de control:

- Sexo
- Edad
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación
- Tipo de Cáncer
- Tratamiento
- Estadificación del cáncer

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Unidad de medición
Depresión	Dependiente	<i>“Es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la</i>	Se evaluó con la escala HADS (Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión)	Cuantitativa	Sumar el resultado de las respuestas 7 preguntas impares (0-

		<i>presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutaban, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más.”</i> (13)			21), puntuación de 0 a 3. Inferior o igual a 7= no caso 8-10= caso dudoso Igual o superior a 11= caso
Ansiedad	Dependiente	<i>“Los Trastornos de Ansiedad (TA) son caracterizados por miedos y preocupaciones</i>	Se evaluó con la escala HADS (Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión)	Cuantitativa	Sumar el resultado de las respuestas 7 preguntas impares (0-21), puntuación de

		<i>excesivas a lo largo de la vida, estas emociones emergen en situación que no representan un peligro real para él o la paciente.”</i> (14)			0 a 3. Inferior o igual a 7= no caso 8-10= caso dudoso Igual o superior a 11= caso
Cáncer (enfermedad oncológica)	Independiente	<i>“Una alteración caracterizada por el crecimiento tisular patológico, el cual tiene su origen en una proliferación persistente y prolongada</i>	Diagnostico por el servicio de oncología	Cualitativa	Con cáncer Sin cáncer

		<i>de células anormales que desemboca en una patología, determinada ésta por la invasión y destrucción de los tejidos del cuerpo</i> ⁽²⁾			
--	--	---	--	--	--

VARIABLES DE CONTROL

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Unidad de medición
Sexo	Control	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. (15)	Identificación de hombres y mujeres	Cualitativa	Hombres Mujeres
Edad	Control	Tiempo que ha vivido una persona	Cuestionario de datos personales, de	Cuantitativa	Años y rangos de edad:

		o ciertos animales o vegetales. (15)	acuerdo con el número de años vividos.		Grupo 1: 18 años a 38 años Grupo 2: 39 años 59 años Grupo 3: 60 años y más
Estado civil	Control	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. "estado civil: soltero" ⁽¹⁶⁾	Se obtuvo por medio de cuestionario de datos personales, identificando el estado civil de la persona en cuestión legal.	Cualitativa	Se dividirá de acuerdo con el estado civil en: Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
Escolaridad	Control	Período de	Se obtuvo por	Cualitativa	Primaria

		tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender. ⁽¹⁶⁾	medio de cuestionario de datos personales.		Completa o incompleta Secundaria Completa o incompleta Preparatoria Completa o incompleta Licenciatura Completa o incompleta Analfabeta Saber leer o escribir
Ocupación	Control	<i>“Se define la ocupación como la clase o tipo de trabajo desarrollado, con especificación del puesto de</i>	Cuestionario de datos personales	Cualitativa	Ama de casa Empleado Comerciante Profesionista Estudiante Jubilado

		<i>trabajo desempeñad o.” (17)</i>			
Tipo de cáncer	Control	Tejido u órgano en el que se ha originad.	Cuestionario de datos personales.	Cualitativa	Ca de mama Ca cervicouter ino Ca de colon Ca de próstata Ca de pulmón Otros
Tratamiento	Control	Conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad.	Cuestionario de datos personales	Cualitativa	Quimiotera pia Radioterap ia Cirugía Combinad o
Estadificació n	Control	Es el proceso de descubrir cuánto cáncer hay en el cuerpo de una	Expediente o cuestionario personales.	Cualitativa	Clasificaci ón TNM Tumor primario (N): TX: no es posible

		persona y cuánto se ha propagado.			medir el tumor primario. T0: No es posible encontrar el tumor primario. T1, T2, T3, T4: la T indica el tamaño o la extensión del tumor. Ganglios linfáticos regionales (N) NX: no es posible medir el cáncer en los ganglios linfáticos cercanos. N0: no hay cáncer en
--	--	---	--	--	--

					los ganglios linfáticos ceranos. N1, N2, N3: indican el número y la ubicación de los ganglios linfáticos cancerosos . Mientras más alto es el número que sigue a la N, más alta es la cantidad de ganglios linfáticos cancerosos . Metástasis distante (M): MX: no es
--	--	--	--	--	---

					posible medir la metástasis. M0: el cáncer no se diseminó a otras partes del cuerpo. M1: el cáncer se diseminó a otras partes del cuerpo.
--	--	--	--	--	--

DESCRIPCIÓN OPERATIVA

Este proyecto fue revisado y autorizado por parte de los Comités de Ética en Investigación en Salud y el Comité Local de Investigación en Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que se realizó este estudio de investigación.

Se realizó una búsqueda de pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión, en el servicio de Oncología médica del Hospital General de Zona No. 4, los integrantes que participaron en el estudio firmaron un consentimiento informado.

Posterior a la firma de consentimiento informado se dio información clara y precisa al participante sobre el objetivo del estudio, así mismo se le informó en que consistía su participación.

Se cito a los participantes en una sola ocasión, los martes (turno matutino y vespertino), los cuales fueron llevas a uno de los consultorios del HGZ No. 4, donde se les proporciono un cuestionario, en el cual se le solicito que proporcionaran datos personales como: nombre completo, número de seguridad social, número telefónico, sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación.

Posterior se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), la cual consta de 14 ítems, 7 referidos a ansiedad y 7 a depresión, las opciones de respuestas en esta escala son tipo Likert (3. Casi todo el día /2. Gran parte del día/ 1. De vez en cuando /0. Nunca) y que le llevo al participante contestar menos de 10 minutos aproximadamente, este instrumento tiene una sensibilidad entre 0.74 y 0.84 y una especificidad de 0.78 a 0.80.⁽⁸⁾⁽⁹⁾

Todos los datos obtenidos se registraron en una base de datos que nos ayudó a realizar un análisis estadístico e interpretación de estos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estadística Descriptiva: Incluyendo estadígrafos (rango, mínimo, máximo) así como medidas de tendencia central, (media, mediana y moda) y medidas de dispersión, (desviación estándar, varianza y coeficiente de variación), para las variables cuantitativas.

Así como el uso del chi cuadrado para asociación de variables cualitativas.

Para las variables cualitativas se usaron frecuencias.

El programa estadístico fue el SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) versión 25.

XIII.- ASPECTOS ETICOS

Este protocolo estuvo apegado y cumplió con los principios y normas éticas que han sido propuestas en la declaración de Helsinki de 1975, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y las normas y códigos Internacionales vigentes. Tratando en todo instante el cuidado del paciente en cuanto seguridad y bienestar, acatando en todo momento los principios del Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

Basándose en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, título segundo “De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”, Capítulo I Disposiciones Comunes, se guiará la realización de este protocolo cumpliendo en todo momento los siguientes puntos:

- Artículo 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.
- Artículo 14.- La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases: se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen, contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal.
- Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.
- Artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

El riesgo de la investigación de este estudio de acuerdo con el reglamento se clasifico en **Categoría II. Investigación con riesgo mínimo:** Son estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto.

XIV.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Recursos Humanos

Personal	Formación académica	Función
M. E. Jorge Torrijos Zavala	Médico familiar, Maestro en Educación, Diplomado en Investigación clínica, Diplomado en formación docente básica.	Asesor metodológico y apoyo intelectual
Dr. Sergio Alejandro Arreola Valdez	Médico no Familiar con Especialidad en Oncología Médica	Asesor y apoyo intelectual
Dra. Bertha Yeraldin Espinoza Flores	Médico Residente de Medicina Familiar	Redacción del anteproyecto, Reclutamiento de pacientes y análisis de resultados

Recursos Físicos

Para la realización de este estudio fue necesario un consultorio en el Hospital General de Zona No. 4 donde se llevaron a cabo la realización del cuestionario de datos personales y la aplicación de la escala HADS.

Recursos Materiales: se requirieron los siguientes artículos mencionados a continuación:

- Hojas blancas
- Bolígrafos y lápices
- Gomas de borrador
- Equipo de cómputo e impresión
- Formato de recolección de datos

Recursos Financieros: Los gastos que genero la investigación fueron cubiertos por el médico residente responsable de la investigación.

Factibilidad: Fue un estudio factible, debido a que el Hospital General de Zona No.4, atiende a pacientes con enfermedad oncológica y cuenta con el servicio de Oncología.

XV.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Mar. a jul 2023	Ag. a oct. 2023	Nov. 2023 a abr. 2024	May. a oct. 2024	Nov. 2024 a abr. 2025	May. a oct. 2025	Nov. 2025 a feb. 2026
Diseño del protocolo de investigación							
Evaluación por el CCEIS							
Reclutamiento de pacientes							
Aplicación de Instrumentos							
Análisis de Resultados							
Redacción de Resultados							
Redacción de Discusión y Conclusiones							
Redacción de Tesis Terminada							
Manuscrito Publicación							
Difusión Foro							
Examen de Grado							

XVI. RESULTADOS

Se realizó este estudio con el fin de determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el paciente con enfermedad oncológica. La población encuestada estuvo conformada por un total de 122 participantes, donde analizamos algunas variables sociodemográficas tales como sexo, edad, estado civil y grado académico. (Tabla 1)

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS			
		N=122	PORCENTAJE (100%)
Sexo			
	Femenino	90	73.8
	Masculino	32	26.2
Estado Civil			
	Soltero	16	13.1
	Casado	76	62.3
	Unión libre	2	1.6
	Divorciado	11	9.0
	Viudo	17	13.9
Edad			
	Grupo 1 18 a 38 años	16	13.1
	Grupo 2 39 a 59 años	57	46.7
	Grupo 3 60 años o mas	49	40.2
Escolaridad			
	Primaria completa o incompleta	45	36.9

	Secundaria completa o incompleta	29	23.8
	Preparatoria completa o incompleta	18	14.8
	Licenciatura completa o incompleta	24	19.7
	Analfabeta	4	3.3
	Saber leer o escribir	2	1.6
Ocupación			
	Ama de casa	56	45.9
	Empleado	33	27.0
	Comerciante	6	4.9
	Profesionista	11	9.0
	Jubilado	16	13.1

TABLA I. Variables Sociodemográficas.

Otras variables que se tomaron en cuenta en este estudio fue el tipo de cáncer, estadificación y tratamiento de los participantes, donde observamos que el Cáncer de mama fue el más común con un 41% (N=50), seguido por otros tipos de cáncer con un 33.6% (N=41). (Tabla 2)

TIPO DE CÁNCER		
	N=122	PORCENTAJE (100%)
Ca De Mama	50	41.0
Ca Cervicouterino	14	11.5
Ca De Colon	6	4.9
Ca De Próstata	9	7.4
Ca De Pulmón	2	1.6
Otro Cáncer	41	33.6

TABLA II. Tipos de Cáncer

Por medio de un análisis de frecuencia nos percatamos que muchos de estos pacientes desconocen la estadificación o etapa en la que se encuentra su enfermedad con un porcentaje del 42.6% (N=52). Y se observó que el tratamiento que más recibieron los participantes fue tratamiento combinado con un 60.7% (N=74), seguido por quimioterapia. (Ver tabla 3 y 4)

ESTADIFICACIÓN DEL TUMOR		
	N=122	PORCENTAJE (100%)
Etapa I	7	5.7
Etapa II	10	8.2
Etapa III	18	14.8
Etapa IV (Metástasis)	35	28.7
Desconoce	52	42.6

TABLA III. Estadificación del Tumor

TRATAMIENTO RECIBIDO POR LOS PARTICIPANTES		
	N=122	PORCENTAJE (100%)
Quimioterapia	40	32.8
Radioterapia	2	1.6
Cirugía	6	4.9
Combinado	74	60.7

TABLA IV. Tratamiento

En relación con las variables principales del estudio, se analizaron por medio de la “Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión”. Se observó que de los pacientes encuestados solo el 11.5% (N= 14) presentaba ansiedad, 19.7% (N=24) eran casos probables de ansiedad y

68.9% (N=84) no presentaban esta enfermedad. Se percibió que el grupo más afectado por esta patología fueron mujeres con diagnóstico de cáncer de mama (N=7), seguido por los encuestados con otros tipos de cáncer (N=4), estos resultados no muestran significancia estadística ($p=.714$). (Ver tabla 5, 6 y 7)

Estadísticos		
ANSIEDAD		
N	Válidos	122
	Perdidos	0
Media		1.43
Mediana		1.00
Moda		1

Tabla V. Estadísticos.

RESULTADOS DE ESCALA HADS - ANSIEDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normal (0 a 7 puntos)	84	68.9	68.9	68.9
	Caso probable (8 a 10 puntos)	24	19.7	19.7	88.5
	Caso (11 a 21 puntos)	14	11.5	11.5	100.0
	Total	122	100.0	100.0	

Tabla VI. “Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión”- Resultados de la escala para Ansiedad

Tabla cruzada ANSIEDAD*TIPO DE CÁNCER							
	TIPO DE CANCER						Total
	Ca Mama	CaCu	Ca Colon	Ca Próstata	Ca Pulmón	Otros cánceres	
AnsiedadNormal (0 a 7 puntos)	31	9	4	9	1	30	84
Caso probable (8 a 10 puntos)	12	3	1	0	1	7	24
Caso (11 a 21 7 puntos)	7	2	1	0	0	4	14
Total	50	14	6	9	2	41	122

TABLA VII. Tabla cruzada para observar la relación de Ansiedad y el tipo de cáncer.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.125 ^a	10	.714
Razón de verosimilitud	9.679	10	.469
Asociación lineal por lineal	1.604	1	.205
N de casos válidos	122		
a. 11 casillas (61.1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .23.			

TABLA VIII. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de ansiedad y tipo de Cáncer.

Al realizar el análisis por medio de tablas cruzados en relación de ansiedad con respecto a la etapa que se encuentra el paciente, nos arrojaron resultados que no fueron significativos ($p=.686$) pero resultan ser interesantes ya que podemos observar en que etapa de

estadificación los pacientes tiende a presentar ansiedad, donde examinamos que el grupo que tiende a presentar un porcentaje mayor de ansiedad son pacientes que desconocen la estadificación de su enfermedad (N=5) y los pacientes en etapa IV (metástasis) (N=5). (Tabla 9 y 10)

TABLA CRUZADA ANSIEDAD*ESTADIFICACIÓN DEL TUMOR							
		Estadificación del tumor					Total
		Etap I	Etap II	Etap III	Etap IV (metástasis)	Desconoce	
Ansiedad	Normal (0 a 7 puntos)	5	7	14	24	34	84
	Caso probable (8 a 10 puntos)	1	3	1	6	13	24
	Caso (11 a 21 puntos)	1	0	3	5	5	14
Total		7	10	18	35	52	122

TABLA IX. Tabla cruzada para ver la relación de Ansiedad y estadificación.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.657 ^a	8	.686
Razón de verosimilitud	7.344	8	.500
Asociación lineal por lineal	.192	1	.661
N de casos válidos	122		
a. 8 casillas (53.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .80.			

TABLA X. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de ansiedad y estadificación.

Por otra parte, se observó que las edades con mayor afectación de esta patología se encontraban en el grupo 2 en el cual se encuentran edades de 39 a 59 años (N=11), seguido por el grupo 3 de edades de 60 años y más. Siendo los resultados estadísticamente significativos ($p=.045$). (Tabla 11 y 12)

TABLA CRUZADA ANSIEDAD - EDAD					
		EDAD DEL ENCUESTADO			Total
		Grupo 1: 18 a 38 años	Grupo 2: 39 a 59 años	Grupo 3: 60 años o mas	
Ansiedad	Normal (0 a 7 puntos)	12	32	40	84
	Caso probable (8 a 10 puntos)	3	14	7	24
	Caso (11 a 21 puntos)	1	11	2	14
Total		16	57	49	122

TABLA XI. Tabla cruzada de relación de Ansiedad y edad de encuestados.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9.765 ^a	4	.045
Razón de verosimilitud	10.144	4	.038
Asociación lineal por lineal	2.427	1	.119
N de casos válidos	122		
a. 2 casillas (22.2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.84.			

TABLA XII. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de ansiedad y edad de los encuestados.

Otro resultado importante que se analizo fue que el mayor predominio de ansiedad se registró en el sexo femenino (N=13), siendo este resultado estadísticamente significativo para el grupo que presento ansiedad ($p=.028$). (Ver tabla 13 y 14)

Tabla cruzada Relación Ansiedad y Sexo.				
		SEXO		Total
		Femenino	Masculino	
Ansiedad	Normal (0 a 7 puntos)	56	28	84
	Caso probable (8 a 10 puntos)	21	3	24
	Caso (11 a 21 puntos)	13	1	14
Total		90	32	122

TABLA XIII. Tabla relación Ansiedad y sexo.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.165 ^a	2	.028
Razón de verosimilitud	8.184	2	.017
Asociación lineal por lineal	6.615	1	.010
N de casos válidos	122		
a. 1 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.67.			

TABLA XIV. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de ansiedad y sexo de los encuestados.

En caso de la otra variable principal que es la depresión se obtuvieron los siguientes resultados, donde observamos que solo el 11.5% (N=14) de los encuestados eran caso de depresión, 18% (N=22) eran un caso probable y que el resto de los participantes se encontraban sin esta enfermedad. (Tabla 15 y 16)

Estadísticos DEPRESIÓN		
N	Válidos	122
	Perdidos	0
Media		1.41
Mediana		1.00
Moda		1

TABLA XV. Estadística de Depresión

RESULTADOS DE LA ESCALA HADS DE DEPRESIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Normal (0 a 7 puntos)	86	70.5	70.5	70.5
	Caso probable (8 a 10 puntos)	22	18.0	18.0	88.5
	Caso (11 a 21 puntos)	14	11.5	11.5	100.0
	Total	122	100.0	100.0	

TABLA XVI. “Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión” – Resultados de la escala para Depresión.

Igualmente, se observó que estadísticamente no es significativo los resultados de la relación de depresión con el tipo de cáncer ($p=.403$), donde el cáncer de mama ($N=5$) en conjunto con otros tipos de cáncer ($N=5$), ocupan el primer lugar con más casos de depresión, mientras que otros tipos de cáncer presenta la mayor incidencia en casos probables. (Tabla 17 y 18)

Tabla cruzada DEPRESIÓN*TIPO DE CÁNCER							
	TIPO DE CANCER						Total
	Ca Mama	CaCu	Ca Colon	Ca Próstata	Ca Pulmón	Otros cánceres	
Normal (0 a 7 puntos)	39	7	3	7	1	29	86
Caso probable Depresión(8 a 10 puntos)	6	5	1	2	1	7	22
Caso (11 a 21 puntos)	5	2	2	0	0	5	14
Total	50	14	6	9	2	41	122

TABLA XVII. Tabla cruzada relación de depresión y tipo de cáncer.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10.433 ^a	10	.403
Razón de verosimilitud	10.184	10	.424
Asociación lineal por lineal	.088	1	.767

N de casos válidos	122		
a. 11 casillas (61.1%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .23.			

TABLA XVIII. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de Depresión y tipo de Cáncer.

Al analizar la incidencia de depresión en pacientes de acuerdo con la etapa o estadificación, se observó que los pacientes con mayor incidencia de la enfermedad fueron pacientes que desconocen (N=7) la etapa en la que se encuentra, seguido de paciente con metástasis (N=3), esto no presento una significancia estadística ($p=.818$). (Tabla 19 y 20)

Tabla cruzada DEPRESIÓN *ESTADIFICACIÓN DEL TUMOR							
		Estadificación del tumor					Total
		Etapa I	Etapa II	Etapa III	Etapa IV (metástasis)	Desconoce	
Depresión	Normal (0 a 7 puntos)	6	7	14	23	36	86
	Caso probable (8 a 10 puntos)	1	1	2	9	9	22
	Caso (11 a 21 puntos)	0	2	2	3	7	14
Total		7	10	18	35	52	122

TABLA XIX. Tabla cruzada relación de depresión y estadificación del tumor.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.417 ^a	8	.818
Razón de verosimilitud	5.118	8	.745
Asociación lineal por lineal	.575	1	.448
N de casos válidos	122		
a. 8 casillas (53.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .80.			

TABLA XX. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de Depresión y estadificación.

En cuanto a la edad de los participantes, no fue estadísticamente significativos ($p=.219$) pese a los resultados obtenidos, en donde podemos observar que la Depresión afecta de igual manera al grupo 2 que corresponde a las edades de 39 a 59 años ($N=9$), seguido por el grupo 3 de edades de 60 años y más. (Tabla 21 y 22)

Tabla cruzada relación Depresión y edad.					
		Edad del encuestado			Total
		Grupo 1: 18 a 38 años	Grupo 2: 39 a 59 años	Grupo 3: 60 años o mas	
Depresión	Normal (0 a 7 puntos)	13	35	38	86
	Caso probable (8 a 10 puntos)	3	13	6	22
	Caso (11 a 21 puntos)	0	9	5	14
Total		16	57	49	122

TABLA XXI. Tabla relación Depresión y edad de los encuestados.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5.742 ^a	4	.219
Razón de verosimilitud	7.550	4	.110
Asociación lineal por lineal	.010	1	.919
N de casos válidos	122		
a. 2 casillas (22.2%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.84.			

TABLA XXII. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de depresión y edad de los encuestados.

En la relación que se observó por medio del análisis de tablas cruzados, no hubo ningún cambio con respecto a la afectación sexo de los encuestados, siendo el sexo femenino el que se ve más afectado tanto en depresión como en ansiedad. Sin embargo, estos resultados no fueron significativos ($p=.465$). (Tabla 23 y 24)

Tabla cruzada relación depresión- sexo				
		Sexo del encuestado		Total
		Femenino	Masculino	
Depresión	Normal (0 a 7 puntos)	61	25	86
	Caso probable (8 a 10 puntos)	17	5	22
	Caso (11 a 21 puntos)	12	2	14
Total		90	32	122

TABLA XXIII. Tabla cruzada relación depresión y sexo de los encuestados.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.530 ^a	2	.465
Razón de verosimilitud	1.665	2	.435
Asociación lineal por lineal	1.509	1	.219
N de casos válidos	122		
a. 1 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.67.			

TABLA XXIV. Prueba de Chi-cuadrada para la relación de depresión y sexo de los encuestados.

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

El instrumento que se utilizó para determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el paciente con enfermedad oncológica fue la “Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión”, la cual tiene una alfa de Cronbach de 0.860. (Tabla 25 y 26)

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
.860	.862	14

Tabla XXV. Estadística de fiabilidad del HADS.

Estadísticas de elemento			
	Media	Desv. Desviación	N
A1	.82	.918	122
D1	1.16	1.039	122
A2	.44	.693	122
D2	1.07	.883	122
A3	1.22	.886	122
D3	.84	.875	122
A4	1.21	.981	122
D4	.60	.757	122
A5	.66	.959	122
D5	.54	.835	122
A6	.65	.842	122
D6	.64	.963	122
A7	1.13	.862	122
D7	.35	.771	122

TABLA XXVI. Alfa de Cronbach por preguntas del cuestionario.

XVII. DISCUSIÓN

La presente investigación tubo el objetivo principal de detectar la presencia de depresión y ansiedad en el paciente con enfermedad oncológica. La literatura nos menciona que el simple diagnóstico de cáncer puede ya tener repercusiones en el estado emocional del paciente, independientemente del tratamiento, del tipo de tumor o la etapa en la que encuentra.⁽³⁾

Los hallazgos encontrados en esta investigación fue que la prevalencia de ansiedad y depresión fue muy similar para ambas patologías, con un porcentaje del 11.5% (N=14) para ansiedad y 11.5% (N=14) para depresión. Estos resultados apoyan la literatura antes ya revisada, donde nos mencionan que la incidencia de ansiedad y depresión oscila entre un 10% y 55%.⁽³⁾

En un estudio hecho por Villoria E, Lara L, Salcedo R. (2021) nos menciona sobre las variables sociodemográficas, donde menciona que las mujeres son susceptibles en presentar sintomatología depresiva a diferencia de los hombres, y que se podía estar reflejando lo que pasa en la población general. También nos menciona que otro factor que podría interferir es que la depresión se encuentra infradiagnosticada en hombre, no porque las mujeres presenten mayor sintomatología si no porque al hombre se le dificultad expresar sus sentimientos y es diferente la forma de afrontar su enfermedad, lo que dificultad la identificación de síntomas depresivos.⁽³⁾ Esto podría justificar los resultados obtenidos en este estudio de investigación donde el género femenino es el que más se ve afectado por depresión. A pesar de que nuestros resultados no fueron estadísticamente significativos($p=.465$).

También se observó que la ansiedad al igual que la depresión afectaron más al género femenino. Esto indica que las mujeres son más susceptibles a estresarse y deprimirse a diferencia de los hombres, por diferentes factores biológicos, psicológicos, familiares, socioculturales, tal como lo mencionan los estudios de Segura y Pérez (2016), Aguilar-

Martin (2014) y Rivera-Ledezma et al. (2013).⁽⁹⁾ Pero a pesar de que los resultados no fueron significativos para depresión, en el caso de ansiedad si hubo significancia estadística ($p=.028$).

Con respecto a la variable sociodemográfica de la edad de los participantes, no hay una información clara que pueda indicar que exista relevancia. Pero si estudios que nos mencionan que a mayor edad es menos la ansiedad, a diferencia de la depresión donde nos mencionan que a mayor edad hay más depresión. Y también se menciona que las personas con menor edad son más propensas a desarrollar ansiedad por incertidumbre que presenta tener una enfermedad como el cáncer, ya que esta amenaza su proyecto de vida.⁽³⁾ En los participantes de nuestro estudio el grupo que presento mayor incidencia de ansiedad y depresión fue el grupo 2, conformado por edades de entre 39 y 59 años, donde se podría apoyar la literatura con respecto a que las personas con una menor edad presentan más ansiedad que los adultos mayores, pero encontrando diferencias respecto a la Depresión. A pesar de las diferencias de los resultados obtenidos en esta investigación, estos resultados no tuvieron ninguna significancia estadística reforzando la información ya conocida por literaturas anteriores.

En literatura revisada menciona que tipo de cáncer y etapa en el que este se encuentre, puede presentar deterioro emocional. Y que las etapas de mayor incertidumbre pueden ser etapas tempranas.⁽³⁾ Los resultados de nuestro estudio contradicen lo antes mencionan, ya que los participantes que se encontraban en etapa IV (metástasis) y los que desconocen la etapa en la que se encuentra fueron los que presentaron ansiedad. Con respecto a depresión el grupo más afectado fue el que desconocía la estadificación de su enfermedad. Es importante mencionar que estos resultados no tuvieron significancia estadística tanto en ansiedad ($p=.686$) como depresión ($p=.818$).

Pese lo antes mencionado, este estudio puede presentar varias limitaciones que se deben tomar en cuenta. Ya que al tener una sola medición no se puede valorar al paciente de una forma integral y observar la evolución que este va teniendo desde el inicio al fin de su

padecimiento. Sería conveniente que en un futuro se pueda volver a realizar este estudio, pero considerando más mediciones para determinar el grado de depresión y ansiedad, conforme el paciente va evolucionando y utilizar más instrumentos de medición.

XVIII. CONCLUSIONES

En conclusión, el cáncer por sí solo representa un problema de salud pública, el diagnóstico de esta enfermedad puede tener repercusiones en el estado anímico del paciente. Y presenta un reto para el profesionalista del área de la salud el diagnóstico de ansiedad y depresión en este tipo de pacientes. El fin de este estudio fue determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en el paciente oncológico, donde observamos por medio de los resultados que, si existe ansiedad y depresión en estos pacientes, sin embargo, es en un menor porcentaje al que mencionamos en nuestra hipótesis. Los resultados obtenidos permiten comprender qué tipo de cáncer presenta mayor prevalencia de ansiedad y depresión, al igual que la etapa del cáncer que presenta mayor incidencia de estas patologías. Se pudo organizar las variantes sociodemográficas, siendo las variables de edad y sexo las más relevantes, a pesar de no presentar una significancia estadística.

XIX.- RECOMENDACIONES

Sería recomendable replicar este estudio, pero de manera longitudinal donde se lleven mediciones en diferentes momentos. Desde el diagnóstico, la etapa en la que se encuentra, el tratamiento otorgado, la remisión o recaídas de la enfermedad oncológica, con el fin de valorar el estado de salud mental del participante en cada una de las etapas en la que se encuentra viviendo, con el fin de determinar en qué etapa puede haber mayor incidencia de ansiedad y depresión.

Sugiero en futuros estudios relacionados con este tema, examinar y agregar nuevas variables tales como nivel socioeconómico, grados de estudio, estadio, conocimiento de la enfermedad. Realizar una relación de estas variables. Ya que en este estudio hubo una mayor prevalencia de ansiedad en pacientes que desconocen el estadio de su enfermedad.

Por último, me gustaría sugerir la aplicación de instrumentos de evaluación de ansiedad y depresión periódicamente en pacientes con enfermedad oncológica, con el fin determinar su estado de salud mental y lograr que estos pacientes reciban la atención pertinente, para lograr dar una atención integral.

XX.- BIBLIOGRAFÍA

1. Cáncer [Internet]. Who.int. [citado el 8 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Diaz RF, Garza A, Olivas EK, Montes JG, Fernández GS. Cáncer y depresión: una revisión. Psic y Sal [Internet]. 2018 [cited 2023 May 6];29(1):115–24. Available from: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2573>
3. Villoria E, Lara L, Salcedo R. Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas. Rev Med Chil [Internet]. 2021 [cited 2023 May 6];149(5):708–15. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872021000500708&script=sci_arttext
4. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 74/22 2 DE FEBRERO DE 2022 PÁGINA 1/5 [Internet]. Org.mx. [citado el 7 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_CANCER_22.pdf
5. Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento (PDQ®)–Versión para profesionales de salud [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2023 [cited 2023 May 6]. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/ansiedad-sufrimiento-pro-pdq>
6. Pousa V, Miguelez A, Hernández M, González MÁ, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. Rev Colomb Cancerol [Internet]. 2015 [citado el 7 de abril de 2023];19(3):166–72. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-depresion-cancer-una-revision-orientada-S0123901515000438>
7. Depresión [Internet]. Who.int. [cited 2023 May 6]. Available from: <https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression>
8. Galindo O, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México., Servicio de Psico-oncología, Instituto Nacional de Cancerología., Benjet C, Juárez

- García F, Rojas E, et al. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Ment (Mex)* [Internet]. 2015;38(4):253–8. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n4/0185-3325-sm-38-04-00253.pdf>
9. Yera K. Ansiedad, depresión, distrés y calidad de vida en pacientes con cáncer antes y durante la pandemia por COVID-19. Tesis maestría. Morelia Michoacán, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; 2021.
 10. Rico JL, Restrepo M. Adaptación y Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) En Una Muestra De Pacientes [Internet]. Edu.co. [cited 2023 May 6]. Available from: https://www.humanas.unal.edu.co/lab_psicometria/application/files/4616/0463/3537/Vol_3_Articulo_4_Validacin_del_HAD_73-86_2.pdf
 11. Valderrama MC, Sánchez R. Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl)* [Internet]. 2018 [cited 2023 May 6];47(4):211–20. Available from: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74502018000400211&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 12. Síntomas depresivos y atención a la depresión [Internet]. Insp.mx. [cited 2023 May 9]. Available from: <https://www.insp.mx/avisos/sintomas-depresivos-y-atencion-a-la-depresion>
 13. Mitchell C. OPS/OMS | [Internet]. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 2017 [citado el 18 de junio de 2023]. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
 14. Chacón E, Xatruch D, Fernández M, Murillo R. GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD [Internet]. *Revista Cúpula* 2021; 35 (1): 23-36. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

15. Rae.es. [citado el 29 de julio de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
16. Oxford Languages y Google - Español [Internet]. Oup.com. 2020 [citado el 29 de julio de 2023]. Disponible en: <https://languages.oup.com/google-dictionary-es/>
17. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Ine.es. [citado el 18 de junio de 2023]. Disponible en:
<https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4614&op=30451&p=2&n=20>

XXI.- ANEXOS

ANEXO 1. DICTAMEN DE APROBACIÓN ANTE COMITÉ DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1603.
H GRAL ZONA NUM 8

Registro COFEPRIS 17 CT 16 102 028
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 16 CEI 001 2017033

FECHA Jueves, 12 de octubre de 2023

Doctor (a) JOSE JORGE TORRIJOS ZAVALA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN EL HGZ NO.4** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A**
P R O B A D O:

Número de Registro Institucional

R-2023-1603-019

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Samuel Sanchez Moreno

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1603

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituto Mexicano Del Seguro Social
OOAD Michoacán
Hospital General de Zona No.4



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Zamora, Michoacán, a _____ de _____ del _____

Usted ha sido invitado a participar en el estudio de investigación titulado: **Prevalencia de Depresión y ansiedad en pacientes con Enfermedad oncológica en el HGZ no.4.** Registrado ante el Comité de Investigación y ante el Comité de Ética en Investigación 160385 el Hospital General de Zona # 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El siguiente documento le proporciona información detallada. Por favor léalo atentamente.

Justificación y Objetivo:

Pacientes que llegan a tener cáncer pueden tener miedo y preocupación, esto les puede ocasionar enfermedades como **Ansiedad y Depresión**, por lo que nosotros la queremos invitar a participar en el estudio para ver si estas enfermedades se están presentando en el servicio de Oncología de este hospital.

El **objetivo del estudio** es analizar la prevalencia de depresión y ansiedad en el paciente con enfermedad Oncológica en el HGZ No 4.

En otras palabras, nuestro objetivo es conocer la cantidad de personas que tienen depresión y ansiedad.

Procedimientos:

Si usted acepta participar, se le realizarán un cuestionario de datos personales y se le aplicará la Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), la cual consta de 14 preguntas con opción de respuestas múltiples, también se le solicitará llenar un cuestionario de datos personales.

Riesgos y molestias:

Los posibles riesgos y molestias derivados de su participación en el estudio son: 1) Pérdida de 15 minutos de su tiempo al contestar la encuesta.

Beneficios

La información obtenida de este estudio ayudará a darnos cuenta si existen estas enfermedades en nuestro hospital, en caso de que usted las presentara se podría enviar al servicio de Psiquiatría.

Información de resultados y alternativas del tratamiento

La Dra. Bertha Yeraldin Espinoza Flores se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que pudiera tener acerca de los procedimientos. Así como darle información sobre cualquier resultado o procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para su estado de salud en caso de requerirlo.

Participación o retiro

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Es decir que, si usted no desea participar en el estudio, su decisión, no afectará su relación con el IMSS ni su

derecho a obtener los servicios de salud u otros servicios que ya recibe. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, **usted puede abandonar el estudio en cualquier momento**. El abandonar el estudio en el momento que quiera no modificará de ninguna manera los beneficios que usted tiene como derechohabiente. Para los fines de esta investigación, sólo utilizaremos la información que usted nos brindó desde el momento en que aceptó participar hasta el momento en el cual nos haga saber que ya no desea participar.

Privacidad y confidencialidad

La información que proporcione y que pudiera ser utilizada para identificarlo (como su nombre, teléfono y dirección) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que sus respuestas a los cuestionarios y los resultados de sus pruebas clínicas, para garantizar su privacidad.

Nadie tendrá acceso a la información que usted nos proporcione durante el estudio. NO se dará información que pudiera revelar su identidad, siempre su identidad será protegida y ocultada, le asignaremos un número para identificar sus datos y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestra base de datos.

Personal de contacto en caso de dudas o aclaraciones

En caso de Dudas sobre el protocolo de investigación podrá dirigirse con:

- M.E José Jorge Torrijos Zavala, **Investigador Responsable** adscrito a Unidad Médica Familiar No. 82 Zamora, al teléfono (351)-135-8321 o al correo: mftorrijos39@gmail.com; Dr. Sergio Alejandro Arreola Valdez, **Co asesor Responsable** adscrito HGZ No. 4 Zamora, al teléfono (351)-123-2179 o a el correo arreola@oncologia.org.mx o con los **Colaboradores**: Dra. Bertha Yeraldin Espinoza Flores, Médico Residente de Medicina Familiar adscrito a la UMF 82 Zamora, al teléfono (351)-122-12-77 o al correo yeraldinnsinoza@gmail.com

- Dr. Eduardo Alberto Ung Medina, Secretario del Comité de Ética en Investigación en Salud 16038, con sede en la UMF 81, Domicilio en calle Tacámbaro 501, Colonia Valle Dorado, cp. 60130 Uruapan, Michoacán.

Declaración del consentimiento informado

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción y se me ha dado una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y firma del aceptante.
estudio

Nombre y firma del responsable del

Nombre y firma del testigo 1

Nombre y firma del testigo 2

ANEXO 3. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS GENERALES

Datos generales.				
Nombre completo				
Número de seguridad social				
Número telefónico				
Sexo (M/F).				
Edad				
Estado civil				
Soltero(a)	Casado(a)	Unión libre	Divorciado(a)	Viudo(a)
Escolaridad				
Ocupación				
Tipo de Cáncer				
Estadificación (estadio en el que se encuentra su cáncer)				
Tratamiento				

ANEXO 4. ESCALA HADS

5.9. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.
Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.
No es necesario que pague mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

5.9. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

2

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuido como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca



GOBIERNO DE
MÉXICO



Dirección Médica

Unidad de Medicina Familiar No. 11

CARTA DE NO INCONVENIENTE

Zamora Michoacán a 15 de marzo 2023

Dr. José Jorge Torrijos Zavala

Investigador Clínico

Preste:

Por medio de la presente, en respuesta a su petición por oficio, le hago de su conocimiento que no existe ningún inconveniente para que pueda realizar su protocolo de investigación titulado **“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN EL HGZ NO.4”**, realice su proyecto de investigación en esta Unidad, por lo cual, se otorga la autorización para llevar a cabo la realización de encuestas al personal dirigido en esta investigación.

Debo recordar que se debe apegar a las disposiciones legales de la protección de datos personales, así como resguardar y mantener la confidencialidad de los datos de los participantes.

Dr. Eduardo Viza Espinoza
Coordinador Médico HGZ NO. 4
Zamora Michoacán



2023
Francisco
VILLA

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Curso de especialización en Medicina Familiar	
Título del trabajo	Prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con enfermedad oncológica en el HGZ No. 4	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Bertha Yeraldin Espinoza Flores	
Director	José Jorge Torrijos Zavala	
Codirector	Sergio Alejandro Arreola Valdez	arreola@oncologia-org.mx
Coordinador del programa	Cleto Álvarez Aguilar	cleto.alvarez@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	No	

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	No	
Traducción a otra lengua	Si	Traducción al Ingles el resumen Se utilizo Google traductor
Revisión y corrección de estilo	No	
Análisis de datos	No	
Búsqueda y organización de información	No	
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	No	
Otro	No	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	
Lugar y fecha	Zamora, Mich a 14 de noviembre del 2025.

Bertha Yeraldin Espinoza Flores

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN EL HGZ NO.4 .pdf

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::3117:529640116

Fecha de entrega

18 nov 2025, 1:48 p.m. GMT-6

Fecha de descarga

18 nov 2025, 1:54 p.m. GMT-6

Nombre del archivo

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN ELpdf

Tamaño del archivo

1.1 MB

71 páginas

11.129 palabras

61.448 caracteres

25% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas
- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 25%  Fuentes de Internet
- 12%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.