FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE SICOLOGÍA

TESIS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER EN EL CENTRO ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO – 2024.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE: LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTORES: BACH. LOJA TORRES, VÍCTOR CARLOS

BACH. REÁTEGUI PEZO, FRANCO EDUARDO.

ASESORES: PSIC. MG. HELLEN GABY TELLO COLLANTES

PSIC. MG. JUAN MÉNDEZ DEL ÁGUILA

LORETO – PERÚ

2024

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis titulada:

"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER EN EL CENTRO ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO – 2024"

De los alumnos: **VÍCTOR CARLOS LOJA TORRES Y FRANCO EDUARDO REÁTEGUI PEZO,** Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **3% de similitud.**

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 04 de Diciembre del 2024.

Mgr. Arq. Jorge L. Tapullima Flores
Presidente del Comité de Ética – UCP

JLTF/rla

CERTIFICADO DE ANÁLISIS
magister

UCP_PSICOLOGIA_2024_T_VICTORLOJA_VI_RESUMEN.pdf

3% Textos sospechosos

< 1% **Similitudes**
0% similitudes entre comillas
0% entre las fuentes mencionadas

1% **Idiomas no** reconocidos

1% **Textos potencialmente generados por la IA**

Nombre del documento: UCP_PSICOLOGIA_2024_T_VICTORLOJA_VI_RESUMEN.pdf.pdf
ID del documento: 20d250e7856f296c3b0369f9c8e3c6cbac841b60
Tamaño del documento original: 1,32 MB
Autores: []

Depositante: Chris Angela Ramirez Flores
Fecha de depósito: 2/12/2024
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 2/12/2024

Número de palabras: 17.485
Número de caracteres: 114.402

Ubicación de las similitudes en el documento:

Fuente principal detectada

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	**www.redalyc.org** https://www.redalyc.org/journal/5713/571360738004/571360738004.pdf **2 fuentes similares**	< 1%		Palabras idénticas: **< 1%** (72 palabras)

Fuente con similitudes fortuitas

N°	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	**Documento de otro usuario** #e428af El documento proviene de otro grupo	< 1%		Palabras idénticas: **< 1%** (16 palabras)

Fuentes mencionadas (sin similitudes detectadas)

Estas fuentes han sido citadas en el documento sin encontrar similitudes.

1 https://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_del_estado_de_ánimo
2 https://es.wikipedia.org/wiki/Trastornos_depresivos
3 https://es.wikipedia.org/wiki/Ansiedad

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 051-2024-UCP-FCS, del 02 de febrero de 2024, se designa jurado.

Con Resolución Decanal N° 1617-2024-UCP-FCS, del 05 de diciembre de 2024, se autorizó la sustentación.

Siendo las 10:00 a.m. horas, del día lunes 16 de diciembre de 2024, se constituyó de modo presencial el jurado para escuchar la presentación y defensa de la tesis: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESION EN PACIENTES CON CÁNCER EN EL CENTRO ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - 2024.**

Presentado por:

VICTOR CARLOS LOJA TORRES

FRANCO EDUARDO REATEGUI PEZO

Para optar el título profesional de **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.**

Como asesores: Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila y Psic.. Mgr. Hellen Gaby Tello Collantes.

Luego de escuchar la sustentación y defensa ante las preguntas, el jurado pasó a la deliberación de forma reservada, llegando a la siguiente conclusión: ...Las respuestas fueron contestadas favorablemente

La sustentación es: .....APROBADA.....

A las 11:10..... Horas culminó el acto público.

En fe de lo cual los miembros del jurado firman el acta y comunican en acto publico

Méd. Mgr. Jaime Zamudio Zelada
Presidente

Psic. José Alberto Diaz Guerrero
Miembro

Psic. Elizabeth Guillén Galdós
Miembro

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPRESION EN PACIENTES CON CÁNCER EN EL CENTRO ONCOLÓGICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - 2024.

FECHA DE SUSTENTACION: 16 DE DICIEMBRE DE 2024.

Méd. Mgr. Jaime Zamudio Zelada
Presidente

Psic. José Alberto Diaz Guerrero
Miembro

Psic. Elizabeth Guillén Galdós
Miembro

Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila
Asesor

Psic.. Mgr. Hellen Gaby Tello Collantes
Asesora

DEDICATORIA

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y sostenerme de pie cuando sentía que el camino se derrumbaba, a ustedes mi agradecimiento.

Víctor Carlos Loja Torres.

De todas formas, bonitas de dedicar sin duda alguna el amor incondicional de: Jose, Iris, Adriana, May, Augusto, mi mentor Erick, para Jhonathan; a ellos que estuvieron presentes ayudándome y apoyándome para seguir saliendo adelante a pesar de las dificultades con todo mi respeto y admiración.

Franco Eduardo Reátegui Pezo.

AGRADECIMIENTO

Me gustaría que estas líneas sirvieran para expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, en especial a mi familia que con su guía y ejemplo me enseñaron a esforzarme por lo que quería, a tener valores y tomar decisiones buenas decisiones.

Víctor Carlos Loja Torres.

Mis sinceras palabras de gratitud para los profesionales, profesores, amigos, conocidos, a todos que estuvieron detrás de este recorrido, sobre todo a mi familia. Por la motivación, enseñanza, compresión sin dudarlo, no es un final: recién empieza.

Franco Eduardo Reátegui Pezo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
Portada	i
Constancia de Originalidad del Trabajo de Investigación	ii
Acta de Sustentación	iv
Hoja de Aprobación	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice de Contenidos	viii
Índice de Tablas	ix
Índice de Cuadros	x
Resumen	xi
Abstrac	xii
Introducción	xiii
CAPITULO I. MARCO TEORICO REFERENCIAL	1
1.1. Antecedentes del estudio.	1
1.2. Bases Teóricas	4
1.3. Definición de Términos Básicos.	26
CAPITULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
2.1. Descripción del Problema	30
2.2. Formulación del Problema	32
2.3. Objetivos	33
2.4. Justificación	34
2.5. Hipótesis.	35
2.6. Variables.	35
2.6.1. Identificación de las variables	35
2.6.2. Definición conceptual y operacional de las variables	35
2.6.3. Operacionalización de las variables.	37
CAPITULO III. ASPECTOS METODOLOGICOS	38
3.1. Tipo y diseño de la Investigación	38
3.2. Población y Muestra	39
3.3. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	40
3.4. Procesamiento de la Información.	41
3.5. Consideraciones éticas	42
CAPITULO IV. RESULTADOS	43
CAPITULO V. DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
5.1. Discusión	58
5.2. Conclusiones	60
5.3. Recomendaciones	64
CAPITULO VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
ANEXO	81
Anexo 1. Matriz de Consistencia	82
Anexo 2. Carta de Presentación para la Aplicación del Estudio de Investigación	86
Anexo 3. Consentimiento Informado del Estudio de Investigación	87
Anexo 4. Compromisos de Honor	88
Anexo 5. Instrumentos de Recolección de Información	89
Anexo 6: Tablas Estadísticas Complementarias.	94

INDICE DE TABLAS

	Titulo	Pág.
Tabla 1.	Sexo de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024	43
Tabla 2	Depresión de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024	44
Tabla 3.	Diagnostico Oncológico de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024	45
Tabla 4.	Datos Gineco- Obstétricos de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024	47
Tabla 5.	Consumo de Alcohol de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024	48
Tabla 6.	Consumo de Cigarrillos de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024	49
Tabla 7.	Prueba de chi-cuadrado de la Edad de los Datos Gineco-Obstétricos versus Depresión.	50
Tabla 8.	Pruebas de chi-cuadrado de la edad de la primera relación sexual versus diagnostico oncológico	51
Tabla 9.	Pruebas de chi-cuadrado de Número de Parejas Sexuales versus Diagnostico Oncológico	52
Tabla 10.	Pruebas de chi-cuadrado de la Edad de Inicio de la Primera Menstruación versus Diagnostico Oncológico.	53
Tabla 11.	Pruebas de chi-cuadrado de Diagnóstico Oncológico versus depresión	54
Tabla 12.	Prueba de chi-cuadrado del Consumo de Alcohol versus Diagnostico Oncológico.	55
Tabla 13.	Pruebas de chi-cuadrado del Consumo de Alcohol y la Depresión	56
Tabla 14.	Prueba de chi-cuadro del Consumo de Cigarrillos y la Depresión	57

INDICE DE CUADROS

		Pág.
Cuadro 1.	Tabla de Contingencia: Diagnostico Oncológico – Depresión	112
Cuadro 2.	Tabla de Contingencia: Datos Gineco Obstétricos	112
Cuadro 3.	Tabla de Contingencia: Número de Parejas Sexuales	112
Cuadro 4.	Tabla de Contingencia: Edad de Primera Relación Sexual	112
Cuadro 5.	Tabla de Contingencia: Edad de Primera Menstruación	113
Cuadro 6.	Tabla de Contingencia: Consumo de Alcohol	113
Cuadro 7.	Tabla de Contingencia: Diagnostico Oncológico – Consumo de Alcohol	113
Cuadro 8.	Tabla de Contingencia: Diagnostico Oncológico – Consumo de Cigarrillos	113
Cuadro 9.	Tabla de Contingencia: Antecedentes Familiares de Cáncer	114
Cuadro 10.	Tabla de Contingencia: Antecedentes Patológicos	114
Cuadro 11.	Tabla de Contingencia: Exposición Solar	114
Cuadro 12.	Tabla de Contingencia: Ocupación Anterior	114
Cuadro 13.	Tabla de Contingencia: Ocupación Actual	115
Cuadro 14.	Tabla de Contingencia: Hábitos Alimenticios	115
Cuadro 15.	Tabla de Contingencia: Riesgo Sexual	115
Cuadro 16.	Tabla de Contingencia: Actividad Física de Promedio	115
Cuadro 17.	Tabla de Contingencia: No Hay Factor de Riesgo Predominante	115

RESUMEN

La finalidad de la investigación es indicar la conexión entre los elementos de los factores de riesgo y depresión en los pacientes con cáncer en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024. La investigación adopta un método descriptivo, prospectivo, transversal, correlacional y no experimental, contando con una población de 200 pacientes con cáncer en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto que satisfacieron los requisitos de inclusión, desde los 15 hasta los 81 años. Se aplicó la escala de depresión de W.W Zung, utilizando 20 items que analizan la depresión y la Ficha de Filiación e Identificación de Factores de Riesgo tanto para Hombres y Mujeres, entrevista para la recolección de información con interrogantes vinculadas a los factores datos sociodemográficos, modos de vida e historial patológico incluyen la autorización informada.

Para examinar los datos, se utilizó el software SPSS v23, lo que arrojo y conseguimos los siguientes resultados: el 41.7% de los individuos evaluados no muestran indicios de depresión, el 31.8% presentan depresión leve, el 15.2% sufre depresión moderada y el 11.4% sufre depresión severa, exhibe signos de depresión severa. El cáncer de cuello uterino es el más común siendo el tipo de cáncer más habitual en la muestra constituyendo el 26.5% del total de la muestra. Asimismo, el 85.6% en pacientes evaluados que son de sexo femenino. En los elementos de los factores de riesgos predominantes se pueden identificar en los Datos Gineco-Obstétricos con un 35.6%, consumo de cigarrillos con un 22,7% y consumo de alcohol con un 10,6% y no se observan diferencias relevantes al contrastar los Factores de Riesgo vinculados a la Depresión.

Palabras claves: depresión, niveles de depresión, factores de riesgo y cáncer.

ABSTRACT

The purpose of the research is to indicate the connection between the elements of risk factors and depression in cancer patients at the Oncology Center of the Regional Hospital of Loreto, 2024. The research adopts a descriptive, prospective, cross-sectional, correlational and non-correlational method. experimental, with a population of 200 cancer patients at the Cancer Center of the Regional Hospital of Loreto who met the inclusion requirements, from 15 to 81 years of age. The W.W Zung depression scale was applied, using 20 items that analyze depression and the Affiliation and Identification of Risk Factors Form for both Men and Women, interview for the collection of information with questions linked to sociodemographic data factors, Lifestyles and pathological history include informed authorization.

To examine the data, the SPSS v23 software was used, which yielded the following results: 41.7% of the evaluated individuals show no signs of depression, 31.8% present mild depression, 15.2% suffer from moderate depression and 11.4% suffer from moderate depression. % suffer from severe depression, exhibit signs of severe depression. Cervical cancer is the most common, being the most common type of cancer in the sample, constituting 26.5% of the total sample. Likewise, 85.6% of patients evaluated were female. The elements of the predominant risk factors can be identified in the Gynecological-Obstetric Data with 35.6%, cigarette consumption with 22.7% and alcohol consumption with 10.6% and no relevant differences are observed when contrasting Risk Factors linked to Depression.

Keywords: depression, depression levels, risk factors and cancer.

INTRODUCCIÓN.

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel global. En años recientes, la carga de enfermedades relacionadas con el cáncer ha aumentado gradualmente aumentado con un impacto más significativo en las urbes con recursos limitados, López N. (2018). En Perú, el cáncer ha tenido un impacto significativo, importante como asunto de salud pública, no únicamente por el número de casos de salud pública o casos en aumento, sino debido al perjuicio físico y emocional que provoca en las personas masculinas, femeninas y sus respectivas familias. Así se ha colocado en nuestro país, como la segunda causa de fallecimiento documentada, Cucho A. (2018).

Numerosos individuos con diagnósticos oncológicos afrontan situaciones a las que se enfrentan a menudo a una multitud de dificultades emocionales, estos elementos los convierten en muy críticos, susceptibles a la depresión que oscilan entre un comportamiento sencillo y una simple depresión, en el marco del sistema de cuidado de la salud, incluyendo los desperfectos y las pérdidas complicadas en las relaciones personales y familiares entre las personas y en numerosos casos, los centros de oncología no proporcionan el respaldo psicológico necesario es apropiado para los pacientes con cáncer para asistirles en la lucha contra este complicado problema. Montalván, S. (2021).

La depresión se destaca como uno de los problemas sanitarios más importantes en pacientes con cáncer. Según esto, la necesidad de la Identificación y cuidado de problemas psicológicos en pacientes que padecen de problemas psicológicos exhiben estas particularidades, Beltran, K. (2019). El concepto de depresión se refiere a la condición de una persona que hace alusión a una alteración de la condición emocional. Parece que es la depresión ser producto de una mezcla de elementos genéticos, bioquímicos y frecuentemente con otras condiciones de salud. Cucho, A. (2018).

La finalidad de este estudio es descubrir la conexión entre los elementos. Factores de riesgo y depresión en pacientes con cáncer en el Centro de Atención al Cáncer del Hospital Regional de Loreto en Iquitos, con el objetivo de realizar la investigación oncológica con el propósito de identificar los elementos causales de esta investigación, facilitará que las conclusiones sean más precisas, las personas puedan realizar sus revisiones médicas de control de manera eficiente y puedan alterar patrones de estilos de vida o alertar acerca del riesgo como el riesgo del tabaco y la utilización perjudicial del alcohol, entre otros.

En el contexto académico, este análisis podrá contribuir en etapas futuras, realizar estudios y expandir los saberes en torno a la sintomatología de depresión en pacientes oncológicos, detallando las consecuencias de está en la condición física, mental y emocional de aquellos que la sufren.

Desde la perspectiva metodológica, esta tesis facilitará el estímulo a estudios parecidos que contemplen las variables de depresión en los casos de depresión en pacientes con cáncer, pertenecientes a la localidad de Iquitos, lo consideran como antecedente en el tema.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO:

1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

Bagué Madrigal, L., España (2016) llevó a cabo una investigación en la Laguna acerca de la "DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON ONCOLOGICOS HOSPITALIZADOS". El objetivo del estudio fue determinar el grado de hospitalización con la finalidad de elaborar tratamientos para la ansiedad y depresión de los pacientes; con la finalidad de diseñar atención médica; específicos de calidad de vida, fundamentados en la atención integral y el respaldo psicológico**.** El estudio propuso la hipótesis de que los pacientes de hospitalización, evidenciaron trastornos emocionales lo que implica angustia, carentes tácticas de afrontamiento y una inadecuada condición emocional y cognitiva. Se realizó una investigación descriptiva, de prevalencia transversal y se realizó un análisis descriptivo, cuantitativo de gran relevancia para la atención de pacientes con enfermedades crónicas, realizado entre enero y marzo del año 2016. La población está formada por pacientes que están internados en el Hospital Infanta Cristina debido a problemas oncológicos. La muestra contó con 24 pacientes de entre 21 y 83 años que se hallaron en la fase inicial de la enfermedad. Se emplearon encuestas para determinar la prevalencia de estos trastornos de ansiedad, que incluían elementos de la historia clínica, data sociodemográfica, escala de clasificación de ansiedad y depresión hospitalaria; esta última, se utiliza, instrumentos de detección para identificar trastornos emocionales, en situaciones hospitalarias y de atención.

Jaimes, A., Ramirez, L. & Romero, A, Bucaramanga- Colombia (2020) realizaron una investigación sobre "RELACION ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES ONCOLOGICOS". El objetivo del estudio fue identificar la conexión entre los diferentes grupos de investigación los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer durante su atención médica y tratamiento oncológico, para lo que se utilizó como método el enfoque cuantitativo, correlacional y no experimental aplicado a un grupo de 100 pacientes de cáncer del Hospital Universitario de Santander. El Instrumento de Depresión de Beck (BDI II)

y el Instrumento de Ansiedad de Beck (BAI) fueron los instrumentos empleados. Las puntuaciones obtenidas en los niveles de ansiedad indicaron un porcentaje bajo en el nivel leve con un 11%; el nivel moderado con un 14%; el nivel grave con un 24% y, finalmente, el nivel mínimo con la mayoría de los participantes registrando un 51%. En lo que respecta a la variable de Depresión, los resultados: indicaron el porcentaje más bajo en el nivel leve con un 13%; el nivel moderado con un 16%; el nivel grave con un 25% y, por último, el nivel más alto la depresión mínima con el 46% representando la mayoría de los participantes y finalmente, se concluyó que la correlación entre estas dos variables es la siguiente: significativa y negativa, de proporcionalidad inversa.

ANTECEDENTES NACIONALES.

Sosa Cornejo, R. G. Trujillo – Perú (2017) llevó a cabo una investigación en Sosa Cornejo, Perú acerca de " ASOCIACIÓN ENTRE INSOMNIO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA " cuyo propósito fue establecer la asociación entre la falta de sueño, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer en el Hospital de Oncología Virgen de la Puerta, una obra de gran complejidad. La investigación se realizó de manera de tipo experimental, observacional, prospectivo, transversal seccional. La población objeto de investigación se conformó por 212 pacientes adultos oncológicos; donde se categorizaron en dos grupos: aquellos con insomnio o aquellos sin insomnio. Se registró un 55% de insomnio en pacientes oncológicos con ansiedad o sin ella y el 15% correspondiente. El insomnio es factor asociado a depresión en pacientes con cáncer con el 7.70%, el cual fue significativo. Asociación entre insomnio, ansiedad y depresión en pacientes oncológicos del Hospital de alta complejidad Virgen de la Puerta

López & Jurado, Huancavelica-Perú (2018), llevaron a cabo una investigación en Huancavelica, Perú sobre “FACTORES DE RIESGO DE CÁNCER EN PACIENTES DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL ZACARÌAS CORREA VALDIVIA DE HUANCAVELICA". El diseño de la investigación fue de naturaleza descriptiva simple que examinaron a 39 pacientes con cáncer, determinando que el 46.15 % de estas personas con el diagnóstico de cáncer en el Hospital

Departamental de la Universidad de Huancavelica contaban con de más de 60 años y el 2.56 % menores de 25 años. El 61,54 % pertenece a la raza mestiza y el 15.38% a la negra, el 64.10 % son mujeres y el 35.9% son varones, el 79.49% refirieron que tuvieron antecedente personal, 66.67% antecedente familiar de 25 mujeres con diagnóstico de cáncer, el 52% con menarquia temprana y el 56% con cáncer menopausia tardía y el 44% no experimentaron dicha menopausia tardía.

Cucho Avalos, R.A, Tacna- Perú (2018), llevó a cabo una investigación acerca de la "PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN EN PACIENTES EN TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN, ENERO A JUNIO", en la cual se enfocó en identificar la prevalencia y los factores relacionados con la depresión en pacientes en su tratamiento en el Hospital Nacional, a cargo del servicio de oncología médica desde enero hasta junio de 2017. La metodología de estudio se basó en casos y controles, prospectivo. Se estableció como caso a cualquier paciente en el departamento de oncología médica del HNGAI – Lima ha diagnosticado con la enfermedad de depresión, y control a aquellos que no mostraron esta enfermedad. Consiguiendo 179 pacientes con 115 casos y 64 controles realizados. La conclusión de prevalencia fue de que 64,2 %, identificaron como factores de riesgo la condición de casado o tener pareja (6.22 %). terapia combinada (4,56%); duración de la enfermedad de 4 a 8 años 6 (3,00%). La conclusión fue que la prevalencia superó a la de la población total esperada

2.2.3. ANTECEDENTES LOCALES

Rengifo & Shupingahua, San Juan Bautista – Loreto (2018), realizaron una investigación sobre "FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON CITOLOGÍA ANORMAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE

ENERO A DICIEMBRE", cuyo objetivo fue el establecer los factores de riesgo en el periodo desde enero a diciembre del año 2017 a mujeres que recibieron atención en el Hospital Regional de Loreto por citología anormal. La selección de la muestra estuvo compuesta por 80 casos destinados a la realización de pruebas de Papanicolaou con citología cervical irregular. Dentro de las

características sociodemográficas se incluyen: se descubrió que el 42,5% de las mujeres de entre 31 y 50 años mostraron citología irregular; el 43.75% tuvieron educación primaria; El 38.75% provenía de áreas urbanas periféricas y el 38.75% se encontraban en zona urbana marginal y el 53.75% fueron convivientes. Dentro de los antecedentes ginecológico-obstétricos, se descubrió que el 55.0% de las mujeres que inician relaciones sexuales tienen 18 años de edad; el 65% de las mujeres tuvieron dos relaciones matrimoniales; el 56.25% tuvieron 2 hijos; y el 65% tuvieron un hijo, utilizaron técnicas anticonceptivas; el 87.5% contaban con historial, en lo que respecta a los habitudes nocivos; el 70% consumió alcohol y el 86.25% consumió tabaco. Se concluye que los elementos de riesgo asociados con la Citología anormal; los antecedentes más relevantes son: ITS, utilización de tabaco, inicio de relaciones sexuales a la edad de 18 años, historial familiar de cáncer, origen rural y de entre 31 y 50 años, con 2 parejas sexuales anteriores.

1.2. BASES TEÓRICAS

DEPRESIÓN. DEFINICIÓN

Krishnan V., (2008) La depresión se caracteriza por un grupo de trastornos donde "la característica habitual es la presencia de un estado de ánimo melancólico, o incomodidad, seguido de alteraciones somáticas y cognitivas que "tienen un impacto considerable en "la habilidad funcional de la persona" en reacción a un factor psicosocial que estresa.

Tortella-F. M., (2019) De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Diagnóstico y Estadístico. Los Trastornos Mentales (DSMV) se describen como un grupo de trastornos que abarcan un conjunto de trastornos mentales en los que "la característica habitual es la presencia de un sentimiento de tristeza, vacío o irritable, junto con alteraciones somáticas y cognitivas que impactan

"considerablemente “a la habilidad funcional de la persona" en respuesta a una pregunta sobre un "factor estresante" psicosociológico

Oscar G. V., (2013) La depresión se caracteriza por ser un trastorno del sistema nervioso, marcado por estados emocionales de desaliento y melancolía;

influyendo en el acatamiento terapéutico, competencias de autocuidado, declive en la calidad de vida y aumento de los síntomas.

Carulla, J. (2013), Gonçalves E., (2003) Organización Mundial de la Salud La Salud define la depresión que se trata de un trastorno mental común que se manifiesta con frecuencia. Se distingue por la constante presencia de tristeza y una reducción en la atención, en actividades relacionadas que usualmente las personas disfrutan, acompañado de una dificultad para realizar las tareas cotidianas

Williams JW, (2002), Singer S, (2009) Se establece la definición de depresión clínica como un síndrome formado mayoritariamente por síntomas emocionales; tristeza compulsiva, alteraciones en el sueño o el apetito, desánimo, sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, irritabilidad, emociones relacionadas con la incomodidad e impotencia ante las exigencias de la vida, modificaciones y cambios en el apetito y peso, disminución de la habilidad para concentrarse y pensamientos de quitarse la vida. Además, puede abarcar alteraciones cognitivas o signos somáticos. en una proporción mayor o menor. Este trastorno representa una de las enfermedades más habituales en los pacientes con cáncer.

NIVELES DE DEPRESIÓN.

EPISODIO DEPRESIVO LEVE.

Generalmente, el paciente presenta tensión, pero es probable que sea apto. para seguir realizando la mayoría de sus tareas. Basándonos en los síntomas, obtenemos los siguientes:

a. La reducción de la atención y concentración
b. La disminución de la autoconfianza y las sensaciones de inferioridad.
c. Las concepciones de culpabilidad y de ineficacia (incluso en los episodios leves).
d. Una visión sombría del futuro.
e. Las ideas y acciones de suicidio o de autoagresiones.
f. Los problemas de sueño.
g. La disminución del apetito.

PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO.

CIE10 – OMS, (2018), Estado de depresión, disminución del interés y de la tasa de interés capacidad para disfrutar, y se suele considerar el incremento de la capacidad de fatiga, como los síntomas más habituales de la depresión, y como mínimo dos de estos tres son indispensables para llevar a cabo un diagnóstico definitivo, junto con al menos dos de los síntomas previamente mencionados de los demás listados. Nadie de los síntomas debe presentarse en un nivel extremadamente severo. El episodio de depresión debe persistir por lo menos durante dos semanas. El episodio leve de depresión, generalmente se ve afectado por los síntomas y tiene algún obstáculo para realizar su acción profesional y social, no obstante, es muy posible que no las abandone totalmente.

EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

Es muy probable que el paciente enfrente grandes problemas para continuar con sus tareas habituales.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO.

CIE10-OMS, (2018), Debe de estar presentes tres a cuatro síntomas presentes debido a un suceso de depresión leve, además de los descritos para un episodio depresivo leve. Es muy posible que muchos de la sintomatología se manifiesten de manera severa. Es fundamental si son varios los síntomas que se presentan. El episodio de depresión debe extenderse por lo menos por dos semanas.

Un individuo con un episodio moderado de depresión suele presentar grandes problemas de salud para poder seguir fomentando sus actividades sociales, laborales o domésticas.

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Son comunes la disminución de la autoestima y los pensamientos de auto desprecio. Las ideas o actos de suicidio también son habituales y suelen estar presentes algunos síntomas "somáticos".

CIE10-OMS, (2018), En medio un episodio grave de depresión, normalmente presentan una notable presencia de angustia o agitación. La inhibición sea un rasgo predominante. Es posible que la disminución de valoración de uno mismo, las sensaciones de falta de valor o culpabilidad y el riesgo de suicidio es considerable en estas situaciones concretamente rigurosas. Se presupone que existen síntomas somáticos suceden prácticamente siempre en medio de un episodio grave de depresión.

PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO.

CIE10-OMS, (2018), Es necesario que existan los tres síntomas habituales del episodio de depresión leve y moderada, además de al menos cuatro episodios de depresión leve y moderada, los otros síntomas, que deben ser de rigor grave. No obstante, si se muestran síntomas significativos como la agitación o la inhibición psicomotora, el enfermo podría estar poco preparado o estar descontento e incapaz de detallar varios síntomas con precisión. En estas situaciones se presenta razonable una valoración integral de la severidad del suceso. El suceso normalmente, el estado depresivo debe persistir por lo menos dos semanas, pero si los casos son extremos, Los síntomas son especialmente severos y su comienzo puede ser muy rápido. Es razonable realizar el diagnóstico con una duración que no exceda las dos semanas.

CIE10-OMS, (2018), En un episodio grave de depresión no es posible que el enfermo pueda mantener su actividad o continuidad en el trabajo, social o familiar más allá de un nivel muy restringido.

EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS.

CIE10-OMS, (2018), Episodio grave de depresión que cumple con las recomendaciones de la OMS pautas definidas en F32.2, donde se incluyen también ideas delirantes, visiones o depresión intensa. Las ideas delirantes tienden a ser comunes hasta incluyen asuntos relacionados con el pecado, la ruina o los desastres inminentes de los

cuales él se siente responsable cuando está enfermo. Las alucinaciones sonoras o sensoriales generalmente se manifiestan como voces que acusan o con matices de aromas a podrido o carne en proceso de degradación. La severa inhibición psicomotriz puede avanzar hasta lograr llegar al estupor, las ideas o alucinaciones pueden estar o no en concordancia con el estado de ánimo.

SOCIODEMOGRÁFICAS Y SOCIALES

Cabrera-G. L. (2010); 3(2):96-103, Diversos textos han tenido impacto en la relevancia de varias variables que desempeñan un papel mediador en la aparición de episodios depresivos a nivel oncológico. Se han analizado elementos como la clase de cáncer, la edad, sexo, la enunciación que se proporciona a la depresión, el período que ha acontecido desde el inicio del diagnóstico, manejo del dolor, problemas socioeconómicos, la clase social, la magnitud de la repercusión física, el grado de impacto físico y la persistencia de la interacción con los factores neurofisiológicos procedentes de la hospitalización los tratamientos o del sumario tumoral en sí mismo.

SINTOMATOLOGÍA

Jia, Y. 149, 138-148, Se ha identificado el mal manejo del dolor como un variable de riesgo estrechamente vinculado a la depresión. Esta unión es Desde una perspectiva bidireccional, dado que la depresión siempre provoca un aumento en la experiencia personal de sufrimiento. El sufrimiento reduce la calidad de vida y la eficacia de la misma, es una sensación de dominio sobre el paciente, lo que lo hace sentirse más sensible y menos sensitivo a la asistencia que su familia y amigos que puedan brindarle. Frecuentemente los síntomas de depresión se reducen al controlar el dolor, también se ha experimentado una ruptura con la rutina que condiciona el cáncer. Involucrarse en el entorno laboral provoca que muchos individuos acudan al lugar de trabajo. Los pacientes con cáncer deben conservar la sensación de normalidad y control. Nuevos factores de riesgo incluyen el consumo excesivo de alcohol u otros compuestos tóxicos, y la etapa de desarrollo evolucionado del

cáncer, un vaticinio más severo, un alto grado de incidencia de cáncer, discapacidad física, ser viudo o soltero, poseer convicciones absurdas o tener convicciones irracionales, tendencia mágica acerca del cáncer, ausencia de apoyo social y deficiencia de sinceridad para debatir en asuntos o dificultades vinculados con compartir el cáncer con la familia.

Adán y M. (2003), Individuos que han experimentado depresión personal o familiar, junto con intentos de suicidio anteriores, tienen un riesgo incrementado de sufrir un suicidio, asimismo adquirir la depresión después del diagnóstico. Además, la depresión a menudo aparece en ciertos instantes donde los pacientes se encuentran internados en donde son particularmente susceptibles: después del diagnóstico, durante las recaídas y en el contexto del fracaso terapéutico o fase terminal.

Considerando las fluctuaciones del ánimo a lo largo del tiempo, Se ha intentado detallar la progresión de los elementos psicológicos de los pacientes lidiando con el cáncer. El modelo tradicional y relevante basado en el modelo clásico e influyente. En la progresión de periodos de Elizabeth Kubler-Ross, distingue cinco fases de adaptabilidad en la que logramos hallar a los pacientes en su periodo de aceptación de dicho padecimiento.

- **Negación**: Cucho A. (2018), El paciente no se encuentra listo para lidiar con el desgaste de su carente salud y rechaza su padecimiento. Negar posibilita aliviar gradualmente el dolor en un primer intento. Ahora, en ciertos momentos él negar se convierte en un desafío.
- **Ira:** Cucho A. (2018), La persona admite que la negación no logra ser aceptada. Consigue generar resentimiento hacia cualquiera que lo haga imaginar vida o vitalidad. Se irrita con uno y con todas las personas. La furia consigue poner en riesgo su atención, el respaldo familiar y el tratamiento médico.
- **Negociación**: Cucho A. (2018), Surge la ilusión de que la persona se imagina que es el individuo competente para postergar o aplazar

la muerte. Crea una tentativa final de alcanzar una relación con la patología.

- **Depresión**: Cucho A. (2018), Se empieza a entender la certeza de la muerte. No encuentra una causa ni un sentido a lo que le está ocurriendo, anticipándonos ni al porvenir, llora y busca resguardo. El procedimiento facilita que el paciente moribundo pueda llegar a ser parte de este proceso, se desvincula de toda emoción de amor y afecto.

- **Aceptación**: Enric A, (2008), Se reconoce la enfermedad como un componente personal. No debe ser una fase alegre, pero permite dejar ir a la batalla y la expansión de la narrativa en relación a uno mismo y a los demás.

BIOLÓGICAS

Cucho A. (2018), Se han vinculado con variables de depresión el factor biológico producto del proceso de cáncer o de los efectos secundarios como consecuencia del tratamiento. Las modificaciones neurofisiológicas generadas por los procesos patológicos comprenden cambios metabólicos como la hipercalcemia (se manifiesta a menudo en cáncer de pulmón, mama y en personas con afectación) o las alteraciones vinculadas en los niveles de la glucosa, anemia y déficit de vitamina D y ácido fólico que se relacionan con los episodios depresivos. Las alteraciones endocrinas han sido destacadas como elementos que inciden en el surgimiento de desórdenes mentales: la depresión principalmente está vinculado con cambios en la producción de hormonas. Las hormonas tiroideas y adrenales, por ejemplo, pueden generar cánceres de mama y ovario, incluso modifica el ritmo circadiano de producción de cortisol e elevar sus niveles basales de forma parecida a la que se percibe en la depresión, por otro lado la realidad del asunto de que el cáncer de páncreas sea el más comúnmente diagnosticado con el cáncer de páncreas la depresión, podría tener un vínculo con el síndrome neoplásico que le asiste. Todos los tratamientos que se da a los pacientes con cáncer logran manifestar depresión o síntomas

parecidos. Las intervenciones quirúrgicas para el cáncer incrementan la incidencia de problemas de salud como la depresión a causa de las emociones de incertidumbre, secuelas mutilantes ocasionalmente y debido a factores fisiológicos

PERSONALIDAD Y MECANISMOS DE AFRONTAMIEMTO

Cucho A. (2018), Hay investigaciones que, a pesar de reconocer la relevancia de las variables sociodemográficas y neurobiológicas, descubren que los individuos con estas variables tienen una mayor correlación con los niveles de estrés o padecimiento emocional, son las propiedades psicológicas del individuo que la sufre, y las tácticas de manejo usadas inclusive por arriba de ellas: de la malignidad o la benignidad de la enfermedad.

Enric A. (2008), El nivel previo de estabilidad psicológica, la etapa de la experiencia vital que experimenta el paciente, los elementos culturales y religiosos, el apoyo y la asistencia emocional, social y familiar, así como la personalidad y el estilo personal del paciente de vida, sus vivencias previas con cáncer o las pérdidas relevantes a lo largo de la vida se ha vinculado con el desarrollo de la depresión. No obstante, el impacto de la personalidad en los individuos es considerable. No se ha investigado profundamente los mecanismos de afrontamiento al final de la vida

Williams JW, (2002), Algunos autores consideran que la personalidad no contribuye por sí misma a manejar el cáncer, pero sí tiene un impacto en los tipos de proceso de superación que se van a implementar y de la manera adecuada de realizarlo. Estos procedimientos implican un asunto que no debería realizarse a priori, se le considera adaptable o desadaptable, puesto que, debido a que, dependen de un argumento (un proceso de superación determinado) podría ser beneficioso frente a una circunstancia específica y desadaptativa en otra y de la persona que lo utilice (en función de sus particularidades, un mismo proceso lograría poseer un nivel de efectividad distinto). Queda por definir hasta qué punto estos resultados de interacción entre variables son significativos.

Los aspectos de personalidad y los distintos tipos de proceso de afrontamiento manifiestan aspectos del ser humano, convicciones y pasiones del individuo. Manejar la enfermedad condiciona a la persona que lo sufre y a su medio de interacciones y relaciones a realizar esfuerzos constantes de adaptación en su entorno de existencia, asunciones acerca de este, de la realidad exterior y de los individuos del entorno.

CÁNCER

DEFINICIÓN DE CANCER

López N. (2018), Se refiere a una variedad de enfermedades que comparten ciertas particularidades significativas. El cáncer incide en nuestras células, que constituyen la unidad fundamental del organismo para la vida, y se componen de: en una proliferación de células anómalas sin regulación. Para comprender la enfermedad del cáncer crucial entender qué ocurre cuando las células normales se desintegran y se transforman en células cancerígenas. El cuerpo está compuesto por diversos tipos de tejidos y órganos. Usualmente las células se desarrollan, se segmentan, reproducen y fallecen a medida que se requiere para preservar la salud corporal. Este proceso de ciclo celular tiene diversos sistemas de control y regulación para garantizar que todos los engranajes de su sostificada maquinaria operen como un reloj ideal. No obstante, en ocasiones, el proceso se desenfrena y las células se adhieren a él y se dividen cuando no es imprescindible. La gran cantidad de células obtenidas de esta manera representa una tumoración. Los tumores pueden presentarse de forma benigna o maligna. En cambio, existen tumores benignos que no son cancerígenos. Estos no se propagan a otras áreas del organismo. Usualmente, se pueden encontrar y eliminar a través de una operación quirúrgica y en la mayoría de las situaciones no vuelven a aparecer. Lo hemos visto más relevante es que los tumores benignos pocas veces implican un riesgo de fallecimiento. Los tumores malignos son de naturaleza cancerígena. Las células que forman los tumores malignos son irregulares y se propagan sin control o

estructura. Las células malignas tienen la capacidad de infiltrarse y devastar los tejidos circundantes. Además, las células malignas tienen la capacidad de desvincularse del tumor maligno y romperlo, ingresan al torrente sanguíneo o al sistema linfático, a otras partes del organismo para generar nuevos tumores, a los que se les denomina como metastasis. En estas situaciones los sistemas de control han fallado y interrupción del ciclo ordinario de una célula interrumpiendo el ciclo normal de la misma.

TIPOS DE CANCER

El tipo de cáncer, entre otras cosas, se determina por el tejido u órgano afectado en el lugar donde se originó, aunque existen tantos tipos de cánceres como se pueden describir como a los pacientes, todos con sus cambios moleculares y celulares concretas. Por lo tanto, dependiendo del tejido de procedencia, podemos describirlo como:

- **CARCINOMAS**. López N. (2018), Surgen de las células de epitelio. Estos tejidos celulares recubren la superficie de órganos, glándulas o tejidos. Las estructuras del cuerpo representan más del 80% del conjunto total de los seres humanos y de diversas clases de cáncer, como el cáncer pulmonar, mama, colon, próstata, páncreas, estómago, entre otros.
- **SARCOMAS**. López N. (2018), Son tumores que surgen del tejido conectivo, que da lugar a los músculos y huesos. Los sarcomas, también denominados tejido graso o cartílagos, son los más habituales los sarcomas óseos.
- **LEUCEMIAS***.* López N. (2018), Surgen de la médula ósea, un tejido responsable de preservar la generación de glóbulos rojos, blancos y plaquetas. Las alteraciones en dichas células pueden provocar, respectivamente, anemia, infecciones y trastornos de coagulación.

(embolia o sangrados).

- **LINFOMAS**. López N. (2018), Surgen del tejido linfático, como el existente en ganglios y órganos linfáticos para establecer qué tipo de célula lo originó.
- **LA HIPERPLASIA.** López N. (2018), Hace referencia a un escenario en el que ocurre un aumento en la proliferación celular, manteniendo de esta manera la estructura celular. Es una respuesta habitual y rectificada ante un estímulo que provoca irritación.
- **LA DISPLASIA.** López N. (2018), Se trata de un proceso que no provoca cáncer donde existe una proliferación desmedida que se distingue por la disminución de la merma de la organización adecuada de los tejidos, así como de la estructura celular normal, es reversible, sin embargo, logra experimentar una metamorfosis carcinomatosa; por lo tanto, las zonas

de displasia deben vigilarse y, en ocasiones, tratarse; el caso más grave de displasia se presenta a desarrollar el carcinoma "in situ", restringido dentro del límite anatómico más próxima al sitio en el que comenzó, durante el proceso de transformación en la carcinomatosa, las células pierden en diferentes niveles su capacidad para distinguir o especializar sus labores y además, se propagan de manera activa en "mitosis", es decir, desarrollan características. "atípicas", estas alteraciones en la forma de las células simplifican su clasificación a los tumores en diferentes grados, siendo más agresivos a medida que aumenta su indiferenciación, el avance gradual de las técnicas de biología molecular, como los microarrays genéticos, permite una clasificación más precisa de los perfiles moleculares de cada tumor, lo que permite su clasificación con mayor precisión Los perfiles de expresión genética o las marcas genéticas tumorales, su eficacia clínica todavía es bastante limitada.

DIMENCIONES DE LOS FACTORES DE RIESGO DE CANCER

FACTORES NO MODIFICABLES

a) EDAD: López N. (2018), Las probabilidades de padecer la enfermedad se incrementan con la edad, impactando particularmente a las mujeres. cerca de la menopausia, A pesar de que en los últimos años se ha registrado a nivel mundial la detección de la enfermedad antes de cumplir los 40 años.

b) SEXO: López N. (2018), los Individuos con mayores riesgos son las mujeres son las más propensas a desarrollar cáncer de mama. El cáncer de mama es el tumor maligno más común en las mujeres, aunque, a pesar de que también puede impactar a los hombres, aunque la proporción es considerablemente menor (es cien veces más común en mujeres que en hombres); el cáncer de mama es el diagnóstico más comúnmente citado.

c) RAZA Y ORIGEN ÉTNICO: López N. (2018), El cáncer de seno es un tipo de cáncer más habitual en las mujeres, excepto en el caso del cáncer de piel, sin importar la raza. Las mujeres de raza blanca tienen una mayor probabilidad de padecer cáncer de mama que las de raza afrodescendientes.

Las mujeres afrodescendientes, sin embargo, entre las mujeres de menos de 45 años la enfermedad es más común entre las mujeres de etnia negra que entre las de color blanco. Las mujeres afrodescendientes también son más propensas a fallecer debido a la enfermedad. Las razones de las diferencias de supervivencia comprenden variaciones en la biología, otras enfermedades y elementos socioeconómicos que influyen en la salud, influyen en el acceso a la asistencia sanitaria. Las mujeres de origen judía, las de linaje judía, asquenazi o de Europa Oriental también presentan un riesgo más elevado de sufrir cáncer de mama debido a su mayor propensión de haber heredado una mutación genética. Es menos habitual que se detecte el cáncer de seno en mujeres de origen

hispánico, asiático o de origen isleñas, en mujeres indígenas originarias de América del Norte y de América del Sur y Alaska. Tanto las mujeres de etnia negra como las hispánicas son propensas a ser diagnosticadas con tumores de mayor tamaño y cáncer en una etapa más progresista que las mujeres blancas, no obstante, las mujeres hispánicas suelen tener tasas de mortalidad menos elevadas que las mujeres de etnia blanca. Los diagnósticos de los problemas en la segunda generación de mujeres, el cáncer de mama ha crecido en las islas asiáticas y del Pacífico e hispánicas, por motivos todavía inciertos de origen desconocido. No obstante, es probable que el incremento esté relacionado con las modificaciones en la alimentación y el modo de vida relacionados con los Estados Unidos.

d) ANTECEDENTE PERSONAL: López N. (2018), Acerca de todos los elementos involucrados conocidos que incrementan la probabilidad de desarrollar cáncer de mama, La historia familiar es uno de los elementos de mayor relevancia. La existencia de un pariente cercano (madre, hermana, hija) que padece de cáncer de mama incrementa la probabilidad de sufrir la enfermedad de 1,5 a 3 veces por cada año acerca de la población total. Este riesgo se incrementa a medida que cuanto más temprano es la edad en que ocurrió en el grupo familiar afectado, y con la cantidad de situaciones familiares. Pese a que la mayoría de las mujeres con cáncer no cuentan con familiares que han sufrido esta enfermedad. Los antecedentes familiares de cáncer de seno, ovario u otras variantes de cáncer, representan un factor de riesgo y deben tenerse en cuenta siempre en el tratamiento de mastografía. Es crucial entender quiénes son los demás miembros de familias impactadas, ya sea en la rama materna o paterna, además de otros familiares involucrados de igual manera, la edad en la que padecieron la afección.

e) ANTECEDENTE FAMILIAR: López N. (2018), De todos los factores conocidos que aumentan el riesgo de aparición de cáncer de mama, la historia familiar es uno de los factores con más peso. La

presencia de un familiar de primer grado (madre, hermana, hija) con cáncer de mama aumenta el riesgo de padecer la enfermedad entre 1,5 a 3 veces por sobre la población general. Este riesgo aumenta cuanto más temprana es la edad de aparición en el familiar afectado, y con el número de casos en la familia. si bien la mayoría de las mujeres que presentan un cáncer de mama no tienen familiares afectados por esta enfermedad, los antecedentes familiares de cáncer de mama, ovario u otros tipos de cánceres son un factor de riesgo y deben ser siempre tenidos en cuenta en la consulta mastológica. Es importante conocer quiénes son los familiares afectados, tanto en la rama materna como paterna, así como también la edad en la que tuvieron la enfermedad.

f) MENARQUIA TEMPRANA: López N. (2018), Las mujeres que iniciaron su menstruación antes de cumplir 12 años, presentan un incremento en la probabilidad de padecer cáncer de mama en el futuro. Se aplica lo mismo a las mujeres que experimentan la menopausia después de cumplir 55 años. En el último quinquenio, las niñas han iniciado la pubertad en etapas más precoces. El crecimiento de las mamas ha iniciado incluso antes de las menstruaciones. Esta transformación imprevista se debió a la epidemia de obesidad y a una elevada exposición a la misma, como los disruptores hormonales, ya que una elevación en los niveles de hormonas. Las hormonas inician el desarrollo de la mama y la etapa de la pubertad.

g) MENOPAUSIA TARDÍA: López N. (2018), La menopausia es la etapa en la vida de una mujer donde el ovario cesa su función, dejando de generar estrógenos. Solo la glándula suprarrenal produce estrógenos, debido a una modificación en el tejido adiposo de la hormona producida en dicha glándula (estradiol y estrona). Los tejidos que conforman los órganos sexuales de la mujer se involucran y ya no son necesarios la reproducción. El cáncer de mama es el que más frecuentemente se presenta, en este periodo de la vida de la mujer, a pesar de que se puede apreciar un cambio en la percepción de la

mujer, sigue existiendo un cambio en su etapa vital y la reducción gradual desde la menopausia. La menopausia temprana y prematura es un elemento de protección contra el cáncer de mama. Cuando la menopausia natural ocurre a los 45 años, el riesgo de enfermar es la mitad a que las mujeres que llegan a la menopausia a los 55 años. La eliminación de los ovarios también brinda un efecto de protección en la población femenina con trastornos genéticos de alto riesgo.

FACTORES MODIFICABLES

a) PARIDAD: López N. (2018), La información conjunta de ocho investigaciones de casos y testimonios relacionados con el cáncer invasivo del cuello uterino y dos investigaciones sobre el carcinoma in situ (cis) llevadas a cabo en cuatro personas en cuatro continentes, proponen que las mujeres que han experimentado tres o cuatro embarazos de niños tenían un riesgo de aparición de cáncer cervicouterino 2,6 veces superior que las mujeres que nunca habían dado a luz; y para las mujeres, con siete nacimientos o más, mostraron un riesgo que era 3,8 veces superior. Otras investigaciones confirman esta conexión positiva hallada entre la paridad elevada y el cáncer de cuello uterino.6, 7, la causa fisiológica de esta asociación está poco definido; las probabilidades abarcan factores hormonas asociadas al embarazo o traumatismo cervical relacionado al parto.

b) ALIMENTACIÓN: López N. (2018), La ingesta de alimentos de forma constante conforma la dieta o alimentación. La nutrición se analiza como elemento de riesgo para el cáncer. Es complicado analizar los efectos de la dieta en el cáncer, ya que lo que un a individuo consume incluye alimentos que resguardan contra el cáncer y alimentos que incrementan la probabilidad de padecer cáncer. Además, para las personas que participan en la actividad es complicado llevar a cabo un seguimiento de lo que se consume durante un período extenso de tiempo, esto podría ser la razón por la que se consiguen estos resultados variados en las

investigaciones, acerca de cómo la dieta influye en el riesgo de padecer cáncer. En algunas investigaciones se ha notado que las frutas y vegetales no feculentas brindan protección contra los cánceres bucales, esófagos y estómago, así como del pulmón. En diversas investigaciones se demostró que los alimentos con un alto contenido de grasas, proteínas, calorías y carne roja incrementa la probabilidad de desarrollar cáncer colorrectal, Se desconoce si una dieta con un bajo contenido de grasas y un alto contenido de fibras y vegetales disminuye el riesgo de padecer cáncer colorrectal.

c) NÚMEROS DE ABORTOS: López N. (2018), Diversas investigaciones retrospectivas (tanto de casos como de control) realizadas a mediados de los años noventa indicaron que el aborto provocado (interrupción deliberada del embarazo) se relacionaba con un incremento en el riesgo de padecer cáncer de seno. No obstante, estos estudios muestran tres descubrimientos, que son:

1. Las mujeres que han experimentado un aborto inducido muestran la misma situación que otras mujeres tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de seno.

2. Las mujeres que han experimentado un aborto natural enfrentan el mismo peligro que otras mujeres tienen un mayor riesgo de padecer cáncer de seno.

3. Aparte del cáncer de seno, otros tipos de cáncer también parecen no estar vinculado con historiales de aborto forzado o natural.

d) OBESIDAD: OPS, (2019), El exceso de peso representa un riesgo relevante, particularmente durante la infancia, reduciría la repercusión del cáncer a largo plazo. Dentro de los tumores vinculados a una **alimentación** deficiente afecta los órganos de colon y recto, mama, próstata, hígado, endometrio (en el útero o matriz). En este contexto, se sugiere que la se permite una dieta variada, adecuada en términos de nutrientes y abundante en frutas,

El consumo de frutas frescas, vegetales, harinas integrales la ingesta de celulosa contenida en estos productos disminuye la probabilidad de sufrir cáncer de colon.

e) CONSUMO DE ALCOHOL: López N. (2018), Se relaciona con el cáncer de hígado, incrementan de manera moderada el riesgo de tener cáncer de mama si se fuma adicionalmente, el riesgo de desarrollar tumores en la cavidad oral y esófago.

f) CONSUMO DE TABACO: FUMAR: López N. (2018), El uso de tabaco en todas sus formas (cigarro, puro, tabaco de pipa) constituyen el factor de riesgo para el cáncer de pulmón, laringe, lengua, vejiga y riñón. Todavía más importante: El efecto perjudicial de éste afecta no solo a los fumadores activos sino también a aquellos denominados fumadores pasivos. Dejar de fumar, instruir y persuadir acerca del perjuicio que puede provocar, reduciría significativamente la incidencia de cáncer.

g) LAS PRÁCTICAS SEXUALES SIN PROTECCIÓN: López N. (2018), Es importante protegerse durante las relaciones sexuales para reducir la incidencia de enfermedades sexuales: el virus del papiloma humano (VPH), un organismo estrechamente vinculado al cáncer del cuello del útero, la cavidad bucal y la amígdala.

h) LA EXPOSICIÓN A LA LUZ SOLAR: López N. (2018), No es perjudicial absorber la luz solar si se realiza con cautela. El problema radica en la obsesión por conseguir una "piel canela" rápidamente y sin resguardarse de las radiaciones ultravioleta. Exploraciones epidemiológicas han evidenciado una correlación causal entre la enfermedad y la exposición constante a la radiación solar y el surgimiento de cáncer de piel Se recomienda una piel clara para un individuo de tez clara en regiones subtropicales que el tiempo de exposición diaria máximo aconsejable sin la utilización de protectores solares es de 30 minutos. Poseedores de tez más sombría al parecer poseen una mayor resistencia ante el impacto de

las radiaciones ultravioleta. No obstante, incluso en estos casos, es más conveniente utilizar protectores solares. Es recomendable realizar un examen constante del estado de la piel, en particular las manchas (lunares) presentes y las que han "saltado" recientemente, y comprobar si han evolucionado en tamaño, forma o color, o incluso si causan "comezón" o "prurito". Cada variación en estas variables debe ser analizada por un médico especializado, con el objetivo de realizar un diagnóstico temprano del cáncer de piel.

INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE CÁNCER EN EL PERU.

Jensen OM. (2018), La incidencia es un indicador que cuantifica el volumen de cantidad de casos nuevos identificados en una población de sujetos en un lapso de tiempo, generalmente se representa por 100,000, individuos. La incidencia es un indicador clave de la carga de cáncer y ofrece orientación acerca del número de casos que necesitarán algún tipo de atención médica y permite guiar acerca del número de casos que necesitarán algún tipo de atención médica influyen al planificar la provisión de servicios de salud prevención, identificación y terapia.

Ferlay J. (2018); El índice de incidencia de cáncer en Perú, en 2012 para 2018, se registraron 42 846 nuevos casos (18410 mujeres y 24436 hombres). Se calcularon 66 627 casos nuevos (35873 mujeres y 30754 hombres), esto implica un aumento superior al 50% en comparación con el período anterior precedente (2,9).

Jensen OM, Ferlay J. (2018), En 2012, se identificaron las cinco neoplasias más comunes. En las mujeres, los cánceres más comunes son el cáncer de cérvix (19.0%), el cáncer de mama (19.0%). (16.2%), hígado (9.0%), recto (7.1%) y cáncer pulmonar (5.5%) y cáncer de próstata (21.2%), estómago (11.6%), pulmón (11.6%) en los hombres. (7.9%), linfoma no Hodgkin (7.2%) y linfoma no Hodgkin (LNH, 5.5%); por otro lado, En 2018, los cánceres femeninos incluyeron cáncer de mama (19.5%), cérvix (11.4%). estómago (7.4%), colorrectal (6.6%) y cáncer tiroideo (5.4%), así como en los casos de cáncer de tiroides.

cáncer de próstata (24.7%), estómago (10.0%) y colonrectal (7.3%). LNH (5.6%) y cáncer de pulmón (5.1%); ambas representan más de la mitad de los casos de cáncer 50% de las situaciones.

Jensen OM, Ferlay J. (2018), En términos generales, el índice de incidencia de algunas neoplasias ha experimentado un aumento considerable en las mujeres y en hombres (cáncer de seno y cáncer de tiroides) próstata, estómago, colorrectal y LNH), entre otras, han demostrado una disminución como el cáncer cervical y el cáncer pulmonar. Respecto al tema de la incidencia por grupos etarios, la incidencia particular de ciertas especies Las neoplasias han mostrado un incremento progresivo, similar al que sucede con el cáncer de mama que comienza a presentar una elevada incidencia desde los 30 años de edad en adelante, mientras que en otras se eleva de forma exponencial con la edad en hombres y cáncer de estómago en mujeres.

MORTALIDAD POR CÁNCER.

OMS, (2019), Otra medida que cuantifica la situación es la mortalidad en nuestro entorno. Considerando el incremento de la supervivencia de numerosos tumores, la tasa de mortalidad no muestra su frecuencia de aparición. Sin embargo, para ciertos tumores el índice de mortalidad es un indicador de su incidencia, ya sea por la elevada letalidad o por las dificultades asociadas a los inconvenientes derivados de la distinción entre lesiones transicionales y malignas, como sucede en el estado del cáncer en la vejiga.

Jensen OM, Ferlay J. (2018), La mortalidad por cáncer en el Perú, para el año 2012 fue de 26165 muertes (13904 mujeres y 12261 hombres) y para el año 2018 se registraron 33098 muertes (17039 mujeres y 16059 hombres), lo que representa un aumento en más de 25%; El cáncer de estómago (13.9%) es la principal causa de fallecimiento, siendo el cáncer de pulmón (8.6%). El mismo autor, en 2012, las cinco razones principales de las muertes en mujeres por cáncer se debieron al cáncer de estómago (13.5%), cáncer cervical (12.3%), cáncer de seno (8.7%), cáncer

pulmonar (8.7%). (8.7%) y cáncer de colon (8.7%), mientras que en hombres, cáncer de próstata (6.7%). (17.0%), cáncer bucal (14.8%), cáncer pulmonar (10.6%), cáncer de pulmón (17.0%). cáncer de colon (6.3%) y cáncer hepático (6.2%) y En 2018, los casos de cáncer de estómago (13.1%) se situaron como la principal causa de fallecimiento en mujeres. defunciones, lideradas por el cáncer de mama (10.9%) y el cáncer de cérvix (10.8%). cáncer pulmonar (8.3%) y de hígado (6.9%); por otro lado, en las situaciones de cáncer pulmonar, el porcentaje es del 6.9%. El cáncer de próstata fue la causa predominante en hombres (16.9%). defunción, lideradas por el cáncer de estómago (14.8%), el cáncer de pulmón (9.0%), el cáncer de colon (7.6%) y el cáncer hepático (6.6%).

RAZON DE MORTALIDAD/INCIDENCIA

OPS, (2019), La razón de mortalidad/incidencia (RMI) es una medida que puede ser considerada como un indicador que vincula la cantidad de fallecimientos por cáncer con la cantidad de incidentes documentados en un grupo de personas y en un mismo lapso de tiempo. Es previsible que los incidentes sean más numerosos que las defunciones sucedidas. Las fluctuaciones en la RMI dependen de la letalidad del individuo.

Jensen OM, (2018), Se ha empleado la RMI como un indicador de la calidad de vida durante cinco años en investigaciones de cáncer basadas en registros científicos población. En el ámbito de la salud pública, la RMI es un instrumento esencial para la implementación, comprensión los patrones y los riesgos de cáncer en un grupo poblacional y determinar el tipo de cáncer, comportamiento y carga de cada neoplasia, así como efectuar proyecciones y realizar estimaciones y anticipar el impacto futuro de cada neoplasia y mantener un seguimiento sobre ella. Esta razón es útil para valorar retrospectivamente que las comunidades mostraron de esta manera, las poblaciones demostraron una supervivencia menor o mayor vinculación estos datos con los procedimientos de prevención, diagnóstico y terapia durante el mismo lapso de tiempo. Así se podrá identificar qué acciones se realizaron en

ese instante y de esta manera enfocarse en la toma de decisiones con el objetivo de alcanzar una supervivencia superior a futuro.

OPS, (2019), De acuerdo con lo reportado por Globocan en nuestro medio, 2018, las enfermedades más comunes continúan siendo el cáncer de hígado, páncreas, estómago y pulmón, tanto en hombres como en mujeres, es decir, en ambos sexos, hombres y mujeres más del 80% de los individuos con estas enfermedades fallecen; y las personas que padecen estas afecciones son las que sufren de estas enfermedades. Las enfermedades de baja incidencia fueron el cáncer de tiroides, mama y próstata.

Jensen OM, (2018), Se ha empleado la RMI como un indicador de la calidad de vida durante cinco años en investigaciones de cáncer basadas en registros científicos población. En el ámbito de la salud pública, la RMI es un instrumento esencial para la implementación de la RMI, comprender los patrones y los riesgos de cáncer en un grupo poblacional y determinar el tipo de cáncer, comportamiento y carga de cada neoplasia, así como efectuar proyecciones y realizar estimaciones y anticipar el impacto futuro de cada neoplasia y mantener un seguimiento sobre ella. Esta razón es útil para valorar retrospectivamente que las comunidades mostraron una supervivencia menor o superior a 5 años, de esta manera, las poblaciones demostraron una supervivencia menor o mayor vinculo a estos datos con los procedimientos de prevención, diagnóstico y terapia durante el mismo lapso de tiempo. Así se podrá identificar qué acciones se realizaron en ese instante y de esta manera enfocarse en la toma de decisiones con el objetivo de alcanzar una supervivencia superior a futuro.

OPS, (2019), De acuerdo con lo reportado por Globocan en nuestro medio, 2018, las enfermedades más comunes continúan siendo el cáncer de hígado, páncreas, estómago y pulmón, tanto en hombres como en mujeres, es decir, en ambos sexos, hombres y mujeres más del 80% de los individuos con estas enfermedades fallecen; y las personas

que padecen estas afecciones son las que sufren de estas enfermedades. Las enfermedades de menor letalidad incluyen cáncer de tiroides, mama y próstata.

PREVALENCIA DE CÁNCER

Jensen OM (2018) menciona que la prevalencia de cáncer puede ser medida por el número de individuos diagnosticados en algún momento y presentes en un instante específico. Estas proyecciones de prevalencia son cruciales para determinar los recursos necesarios para el cuidado de los pacientes con cáncer en diferentes etapas posteriores al diagnóstico. Primero, la prevalencia a un año indica los recursos necesarios para la atención inicial. Luego, la prevalencia a tres años evalúa los fondos para el monitoreo y tratamiento de recurrencias. Finalmente, la prevalencia a cinco años incluye las prevalencias anteriores y evalúa el número de pacientes considerados curados, aunque estos pacientes pueden seguir necesitando atención para problemas de calidad de vida como incontinencia, problemas sexuales y dolor.

La OPS, (2019), Se calcularon 97,500 (60,052 mujeres) para el año 2012 y 37,448 hombres) presentan casos predominantes de cáncer a los 5 años; siendo el cáncer el tipo más prevalente. Las más comunes son el cáncer de próstata, cérvix y mama (9). En el año del año, 2018, se calcularon 42,849 casos predominantes de cáncer a lo largo de un año, equivalentes a 23,734 casos de cáncer. 19,115 hombres y mujeres. Se proyectaron 104,007 casos para tres años. 58,737 personas y 45,270 varones. Se calcula la prevalencia a 5 años se registraron 150,132 casos, 85,987 correspondieron a mujeres y 64,145 a hombres. Dentro de los Estados Unidos. En hombres, las localizaciones más comunes fueron la próstata, seguida por la siguiente etapa de la próstata lejos por colorrectal, LNH, estómago y leucemia, en contraste con las en las que se presentan leucemias. Mujeres fueron mama, luego venía el cérvix, (2) tiroides, colorrectal y LNH.

1.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- **CÁNCER.** López N. (2018)**,** Se refiere al nombre común que se le da a un grupo de enfermedades asociadas donde se percibe un cambio en la presencia de un procedimiento descontrolado en la fragmentación de las células corporales. Una neoplasia es una acumulación anormal de tejido cuyo desarrollo supera los límites normales de los tejidos habituales y no se encuentra en sintonía con estos, y que persiste de manera excesiva incluso después de concluir el estímulo que le proporcionó su origen. A esta definición se puede agregar que la masa anormal carece de propósito, se vuelve presa del huesped y es prácticamente independiente

- **DEPRESIÓN.** CIE10-OMS, (2018), Se puede caracterizar la depresión como la sensación de tristeza, melancolía, infelicidad, desaliento o descontento. La mayoría de nosotros experimentamos estas emociones a veces durante periodos breves. La depresión clínica es una condición de salud mental del estado emocional donde las emociones de tristeza, pérdida, ira se manifiestan y la frustración perturban la vida cotidiana durante un lapso de algunas semanas o incluso más.

- **FACTORES DE RIESGO.** López N. (2018)**,** De acuerdo con el campo de la epidemiología, un factor de riesgo se refiere a cualquier circunstancia o situación que incrementa las posibilidades de que un individuo contraiga la enfermedad, una dolencia o cualquier otro inconveniente de salud. Los elementos clave de riesgo implican que los individuos que están afectados por dicho riesgo, tienen un riesgo de salud superior al de individuos sin este elemento. Para la investigación se tomaron en cuenta los siguientes factores de riesgo.

- **CONSUMO DE ALCOHOL.** Morales B, et al, (2014), Afirman que el alcohol es un compuesto químico de uso legal con una gran aceptación social y representan el comienzo en otras adicciones a

drogas. Se confirma con la presencia de varias patologías y su uso se incrementa progresivamente a edades más tempranas.

- **TABACO.** Morales B, et al, (2014), El tabaco es un medicamento de aplicación con una gran aceptación en la sociedad y también implican el comienzo en otras dependencias a drogas. Además, se ha demostrado que existe una relación con el surgimiento de diversas enfermedades y su consumo se incrementa progresivamente a etapas más precoces.

- **ANTECEDENETES GINECO-OBSTETRICOS.** Navarro, (2018), Recolección de datos acerca de la salud reproductiva de una mujer. Estos antecedentes abarcan, entre otros aspectos, datos acerca de los ciclos menstruales, la utilización de métodos anticonceptivos, las gestaciones, la lactancia y la menopausia.

- **MENARQUIA:** Navarro, M (2018), Este es el día en el que ocurre el primer evento de hemorragia uterina, de procedencia menstrual o primera menstruación femenina.

- **ANDRIA:** Navarro, M (2018), Cantidad de parejas sexuales con las que quienes, hasta el momento, ha mantenido relaciones sexuales.

- **EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL:** Navarro, M (2018), Una relación sexual se refiere al conjunto de conductas que se llevan a cabo al realizar una relación sexual al menos dos individuos con la finalidad de proporcionar o recibir placer sexual.

- **CENTRO ONCOLÓGICO.** Instituto Nacional de Cáncer (2023), Los centros de oncología crean los saberes científicos de la ciencia de descubrimientos promisorios de laboratorio y lo aplican a nuevas terapias para los pacientes con cáncer. Los centros proporcionan a sus usuarios servicios y programas adaptados a sus habitantes y necesidades particulares.

- **AMBIENTALES.** López N. (2018), El contacto con sustancias tales como el tabaco pueden provocar diversos tipos de cáncer, incluyendo el

cáncer de pulmón, laringe y lengua, entre otros más evidentes como el cáncer de pulmón y vejiga y estómago.

- **ESTADIO.** López N. (2018), Un enfoque en la descripción del cáncer, por ejemplo, dónde se encuentra, si ha sido diseminado y hacia dónde, y si está perjudicando las funciones de otros órganos corporales **GENÉTICOS.** López N. (2018), Los individuos más propensos al cáncer son las que poseen ciertos genes que regulan su funcionamiento del ciclo celular o los procesos de respuesta del sistema inmunológico. También puede suceder que, frente a la influencia de un elemento externo ambiental, o un virus experimente una mutación que conduzca a la transformación de las células malignas de la célula.

- **LINFOMAS.** López N. (2018), El linfoma es un tipo de cáncer que se origina en el organismo durante el sistema linfático en las células blancas. Los signos pueden abarcar: gran cantidad de ganglios linfáticos, pérdida de peso inexplicable, cansancio, sudoración y falta de respiración durante la noche, tos, o dificultades para respirar.

- **LEUCEMIA.** López N. (2018), El cáncer de células es conocido como leucemia simples generadoras de sangre. Con más regularidad, la leucemia es un tipo de cáncer que afecta a los glóbulos blancos; sin embargo, algunas leucemias surgen en distintos tipos de células del torrente sanguíneo.

- **MIELONA.** López N. (2018), El mieloma múltiple es un tipo de cáncer que afecta a las personas; inicia en las células plasmáticas, una clase de células blancas. Las células constituyen el sistema inmunológico, que contribuye a la defensa corporal contra bacterias y otras sustancias dañinas. Con el paso del tiempo, las células del mieloma se agrupan en la médula ósea en las partes sólidas del hueso.

- **METÁSTASIS.** López N. (2018), Durante la metástasis, los tejidos celulares se transforman en cancerígenas se alejan del lugar donde surgieron y. crean nuevos tumores en otras áreas del organismo. El cáncer que se desarrolla disemina desde el punto de origen hasta un

segmento del cuerpo. Se conoce como cáncer metastásico y es muy raro.

- **NUTRICIONALES.** López N. (2018), Los problemas de nutrición vuelven a las personas susceptibles a esta enfermedad, ya que se encuentran en situación de vulnerabilidad vinculadas con el sistema de inmunización. Además, se ha dicho que el consumo excesivo de determinados alimentos como las grasas saturadas o alimentos desmedidamente hervido, pueden favorecer el desarrollo del cáncer.

- **PACIENTE DIAGNOSTICADO.** López N. (2018), Se refiere a la persona que cuenta con confirmación del diagnóstico de cáncer gástrico mediante la interpretación y análisis de técnicas complementarias.

- **TUMOR BENIGNO.** National Institutes of Health (2023), Indican que un propia de los tumores malignos. Por definición, este tipo de tumor no se desarrolla de manera desmedida o agresiva; no se infiltra en tejidos cercanos y no provoca metástasis en tejidos u órganos lejos. El concepto de "benigno" sugiere que usualmente es una condición auto-limitada y no progresiva; en términos generales, no representa un peligro serio para la salud.

- **TUMOR MALIGNO.** López N. (2018), Un tumor se refiere a cualquier cambio o anomalía en los tejidos que genere un incremento en su volumen. Es un aumento irregular de un segmento del cuerpo que se presenta; por lo tanto, alargado o distendido. El tumor, junto con síntomas como rubor, dolor y calentamiento, conforman la versión convencional de los síntomas y señales de inflamación.

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Rodríguez, M. E. G. (2018), El cáncer se encuentra entre las causas más relevantes de morbilidad y mortalidad a nivel global; en 2012 se contabilizaron 14 millones de casos nuevos y 8,2 millones de fallecimientos asociados con el cáncer. Se anticipa que la cantidad de nuevos casos incremente en cerca de un 70% durante las próximas dos décadas.

Lopez Navarro, D. P., (2018), En la actualidad se han llevado a cabo los estudios de vulnerabilidad territorial ante el cáncer a escala departamental fundamentada en señales sociales, de fomento de la salud, epidemiológicas, de salud pública recursos personales y maquinaria. Tras determinar el índice de vulnerabilidad se descubrió que los departamentos extremadamente vulnerables son Huánuco, Ayacucho, Huancavelica, Amazonas, Loreto y otros territorios afectados por cáncer. Lo que significa que necesitan una intervención inmediata. En contraposición, los departamentos de Piura se encontraban en situación de vulnerabilidad. Cusco, Tumbes, Apurímac, Puno y San Martín, lo cual sugiere que necesitan estos territorios reforzarse a corto y medio plazo. Se llevaron a cabo los estudios de la vulnerabilidad territorial ante el cáncer a escala departamental fundamentada en señales sociales, de fomento de la salud, epidemiológica, de salud pública recursos personales y equipamiento. Este informe señala que, en los últimos años, la prevalencia en la zona de Loreto ha crecido en la población de Iquitos, como el consumo de alcohol, tabaco, entre, la obesidad tiende a incrementarse. También se subraya la relevancia de las infecciones virales en la prevención (Virus del papiloma humano, virus de la hepatitis B, VIH) y la prevención del cáncer y la importancia de aumentar la cobertura de agua potable para la población peruana, especialmente en la selva, con el fin de disminuir la pobreza en la población peruana y de la infección por Helicobacter pylori. Se cuenta con escasa información sobre la prevalencia del consumo reducido de

frutas y vegetales en la población de Loreto; presentan una tendencia en ascenso. Se demuestra que, además, es imprescindible robustecer los saberes, actitudes y prácticas vinculadas a la protección contra el sol en la población. Según la Vigilancia Epidemiología del Cáncer, con un total de 109 914 casos registrados en el territorio nacional de 2009 a 2014. La enfermedad oncológica implica que, en cualquiera de sus manifestaciones, sus estadios representan un reto para el balance biopsicosocial del individuo que lo lleva a cabo sufre y a toda su red de relaciones de relevancia. Tanto el paciente como sus seres cercanos cuando incrementan sus niveles de estrés, también incrementan su vulnerabilidad, fragilidad frente a los desórdenes emocionales.

Según la OMS (2022), la depresión es un trastorno mental común que afecta aproximadamente al 5% de las personas mayores a nivel mundial. Se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que antes eran disfrutables. Además, puede alterar el sueño y el apetito, y a menudo se asocia con otros medicamentos que provocan fatiga y pérdida de concentración. La depresión es una causa importante de discapacidad global y tiene un impacto significativo en la carga de morbilidad. Sus efectos pueden ser prolongados o recurrentes, disminuyendo significativamente la capacidad de una persona para funcionar y llevar una vida plena.

Durante el tratamiento del cáncer, la depresión es una complicación común pero a menudo subreconocida y tratada debido a la complejidad de diferenciarla de otros síntomas. El estudio tiene como objetivo implementar acciones preventivas y colectivas para reducir los riesgos relacionados con diversas ocupaciones (minería, agricultura, salud), disminuir la incidencia de cáncer debido a la exposición laboral y mejorar la salud mental de los pacientes con cáncer para aumentar su calidad de vida mediante hábitos saludables.

2.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

2.2.1. PROBLEMA GENERAL:

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la depresión en el Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” - 2024?

2.2.2. PROBLEMA ESPECÍFICO:

1. ¿Cómo la edad de la primera relación sexual, Andria y menarquia, son factores de riesgo que predominan en los pacientes con cáncer en el Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” - 2024?
2. ¿De qué manera el consumo de cigarro representa un factor de riesgo predominante para los pacientes con cáncer en el Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” – 2024?
3. ¿De qué manera el consumo de alcohol representa un factor de riesgo predominante para los pacientes con cáncer en el Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” – 2024?
4. ¿Qué niveles de depresión presentan los pacientes con cáncer en relación con los factores de riesgos del Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” - 2024?
5. ¿Cuál es la relación entre factores de riesgo y depresión en los pacientes con cáncer en el Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” - 2024?

2.3. OBJETIVOS

2.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores de riesgos asociados a la depresión en pacientes con cáncer en el Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” – 2024.

2.3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

1. Establecer los factores de riesgo gineco-obstetricos: edad primera relación sexual, andria y menarquía en pacientes con cáncer en el Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” – 2024.

2. Establecer el factor de riesgo del consumo de cigarrillos en pacientes con cáncer en el Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” – 2024.

3. Establecer el factor de riesgo del consumo de alcohol en pacientes con cáncer, en el Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” – 2024.

4. Definir los niveles de depresión en pacientes con cáncer asociados a los factores de riesgos en el Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” – 2024.

5. Demostrar la relación entre los factores de riego y la depresión en los pacientes con cáncer del Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” – 2024.

2.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

López Navarro, D. P. (2018) señala que el aumento de casos de cáncer en el Perú es alarmante. En los últimos años, se ha observado un incremento especialmente entre las mujeres. Este aumento se debe al desconocimiento y las malas prácticas alimenticias y de salud, lo que ha llevado a un incremento de la morbilidad y mortalidad anual. La enfermedad suele ser diagnosticada en etapas avanzadas, ya que las personas acuden a los centros de salud tarde. Conocer el entorno de la enfermedad es crucial para implementar acciones de salud que prevengan el problema y ayuden a identificar y actuar rápidamente sobre grupos susceptibles, reduciendo la incidencia del cáncer.

Las enfermedades más comúnmente atendidas en los nuevos servicios incluyen cáncer bucal, cáncer de mama, cáncer gástrico, linfomas y cáncer de próstata. Además, los oncólogos han comenzado a administrar las primeras infusiones de quimioterapia como parte del tratamiento especializado para pacientes.

Es conocido que la población Loretana se está sensibilizando a reducir el consumo de alimentos ahumadas, carnes rojas con alto contenido de sal, la ingesta de alcohol, el hábito de fumar e incluso el comienzo de una vida sexual. desde una edad temprana, enfermedades de transmisión sexual y descuido en la higiene intima para evitar la aparición del Virus del Papiloma Humano, que son las primeras causas de fallecimiento por cáncer y que los individuos, cuándo se presente, acudan al hospital o centro médico más próximo, cuando se presenta alguna molestia y no cuando el cáncer se encuentra en su fase más avanzada, de este modo, es posible prevenir la morbilidad y mortalidad en la población, también es responsabilidad nuestra evitar la automedicación por cualquier padecimiento que se presente, ya que el estado se deteriora debido al uso incorrecto de estos fármacos. Lo primero es llevar a cabo revisiones médicas mensuales y anuales. Cualquier indicio o síntoma que se manifieste y de esta manera reduciremos los fallecimientos para contribuir al crecimiento tanto de la

población joven como adulta, contribuyendo de esta manera al desarrollo de nuestro pueblo. Por otra parte, es crucial entender la sintomatología de la depresión para sensibilizar a la Salud Mental en su totalidad, dado que el objetivo de la depresión es crear conciencia en la población en general sobre la Salud Mental, dado que es el objetivo siendo la principal dificultad que provoca síntomas físicos o por otro lado, aumente nuestro nivel de riesgo de contraer otras patologías físicas como trastornos mentales.

2.5. HIPÓTESIS

H_0: Existe relación significativa entre el factor de riesgo gineco-obstétrico, consumo de cigarros y alcohol según el tipo de diagnóstico de cáncer en el Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” - 2024.

H_1: Existe relación significativa entre los factores de riesgo datos gineco- obstetricos, edad de la primera relación sexual, Andria y menarquia según el tipo de diagnóstico de cáncer en el Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” - 2024.

H_2: Existe relación significativa entre el factor de riesgo del consumo de alcohol según el tipo de diagnóstico de cáncer en el Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” – 2024.

H_3: Existe relación significativa entre el factor de riesgo del consumo de cigarrillos según el tipo de diagnóstico de cáncer en el Centro Oncológico del “Hospital Regional de Loreto” - 2024.

2.6. VARIABLES

2.6.1. IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

- VARIABLE INDEPENDIENTE (X): FACTORES DE RIESGO.
- VARIABLE DEPENDIENTE (Y): DEPRESION.

2.6.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

- VARIABLE INDEPENDIENTE (X): FACTORES DE RIESGO.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Senado Dumoy, J. (1999). Un Factor de Riesgo es cualquier tipo de causa o situación detectable de un individuo o conjunto de individuos y que se conocen por estar asociados con la probabilidad de estar particularmente sujeta a desarrollar o sufrir un determinado tipo de perjuicio a la salud. Conforme a lo señalado por la epidemiología, un factor de riesgo se refiere a cualquier circunstancia o situación que incrementa las oportunidades de que un individuo contraiga una enfermedad o cualquier otro trastorno de salud adicional.

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

La variable de Factores de Riesgo se operacionalizará mediante las dimensiones de datos gineco-obstetricos: edad de la primera relación sexual, andria y menarquia; consumo de alcohol y cigarrillos del instrumento del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – Hospital Regional de Loreto.

VARIABLE DEPENDIENTE (Y): DEPRESION.

DEFINICION CONCEPTUAL:

Decker González, K. V. (2015). La depresión es el diagnostico psiquiátrico y psicológico que explica una alteración del estado emocional, breve o duradero, marcado por emociones de desaliento, insatisfacción y culpabilidad, además de causar una incapacidad absoluta o parcial para apreciar las cosas y los sucesos de la vida diaria. Los trastornos de la depresión pueden presentarse en una magnitud mayor o menor. Nivel junto con la ansiedad. El concepto en medicina se refiere a un síndrome o grupo de síntomas que inciden mayoritariamente en el área emocional: cómo se manifiesta la tristeza persistente, decaimiento, irritabilidad, sensación de sensaciones inquietudes, de incomodidad, impotencia, frustración hacia la vida y puede reducir el desempeño laboral o restringir la actividad cotidiana.

DEFINICION OPERACIONAL:

La variable de la depresión se operacionalizará mediante las dimensiones de depresión baja, depresión media y depresión alta según el instrumento de Depresión de W.W.K. Zung

2.6.3. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE (X): FACTORES DE RIESGO

Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo Y Escala	Indicador	Instrumento
Factores de Riesgo se entiende como toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona en contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud como por ejemplo haciendo referencia al riesgo sexual, PSA, datos gineco-obstetricos, consumo de alcohol, consumo de cigarrillos, antecedentes familiares con cáncer, antecedentes patológicos, exposición solar, ocupación actual, ocupación anterior y hábitos alimenticios	Datos Gineco-Obstétricos: Recopilación de información sobre la salud reproductiva de una mujer Consumo de Alcohol: Ingesta descontrolada de alcohol y preocupación por el consumo. Consumo de Cigarrillos: Es la adicción al consumo de tabaco su consumo habitual puede consumir diferentes enfermedades	Cualitativa Nominal Cualitativa Nominal Ordinal Cualitativa Nominal	Antecedentes reproductivos registrado por el investigador en el instrumento Consumo de la persona registro por el investigador en el instrumento Consumo de la persona registrado por el investigador en el instrumento	Datos Gineco- Obstétricos: 1. Edad de 1era Rr Sexual 2. 1er embarazo 3. Andria 4. Menarquia 5. Duración de Periodo 6. No de hijos vivos 7. No de hijos muertos 8. Abortos Gestante: 1. Si - No Exámenes Gineco-Obstétricos: 1. Fecha de Ultimo PAP 2. Fecha de Mamografía 3. IVAA 4. Biopsias Uso de Métodos de Planificación: 1. Si No Ingiere Alcohol 1. Si 2. No Forma de Consumo 1. Eventual 2. Diario 3. Semanal Fuma Tabaco 1. Si No Fumador Pasivo Si No 1. Edad de Inicio N° de Cigarrillos por día Edad de termino (si lo hubiera)

- VARIABLE DEPENDIENTE (Y): DEPRESIÓN.

Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo y Escala	Indicador	Instrumento
La depresión es el diagnóstico psiquiátrico y psicológico que describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Los trastornos depresivos puede n estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad.	La variable de la depresión se operacional izara mediante las dimensiones depresión baja, depresión media y depresión alta según el instrumento de Depresión de W.W.K. Zung.	ORDINAL – De 50 – De 50 a 59. – De 60 a 69. – De 70.	INDICADOR: NORMAL INDICADOR: LEVE- MODERADA INDICADOR: MODERADA-INTENSA INDICACADOR: INTENSO.	Instrumento de Depresión de W.W.K. Zung.

CAPITULO III: ASPECTOS METODOLOGICO

4.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

4.1.1. TIPO DE DISEÑO:

Hernández S., (2015), Este estudio de investigación adopta el método de investigación cuantitativa, donde se empleará la metodología de recopilación de información para verificar hipótesis, basándose en la medición numérica y el análisis estadístico, para determinar patrones de comportamiento y experimentar teorías

4.1.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

DESCRIPTIVO: se facilitará la observación, la descripción y la documentación de comportamiento de las variables estudiadas.

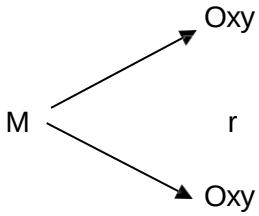
PROSPECTIVO: se establecerá la variable dependiente durante el análisis científico.

TRANSVERSAL: se examinará a un conjunto de individuos y se evaluará su comportamiento, en un lapso breve.

CORRELACIONAL: ya que intentará establecer la relación entre las dos variables sin determinar causa y efecto.

NO EXPERIMENTAL: ya que detalla, distingue y/o analiza las relaciones directas entre las variables, grupos o circunstancias.

El diseño constara del siguiente diagrama:



ESPECIFICACIONES:

M: Muestra
O: Observaciones
XY: Subíndices (Observaciones obtenidas en cada una de las variables)
R: Indica la asociación entre las variables de estudios.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. POBLACIÓN

La población de estudio en el trabajo de investigación lo conforman los pacientes que asisten al Centro Oncológico del Hospital Regional Loreto, siendo este alrededor de 200 pacientes oncológicos de diversos diagnósticos, tanto masculinos como femeninos; además, la recopilación de información se llevará a cabo durante los meses de enero, febrero, marzo y abril; gracias a la asistencia de expertos en el área.

4.2.2. MUESTRA

La muestra dio un total de 132 pacientes usando la siguiente formula:

$$m = \frac{\mathbf{N}(\mathbf{2})^{\mathbf{2}}\boldsymbol{x}\ \boldsymbol{p}\ \boldsymbol{x}\ \boldsymbol{q}}{(e)^{2}(\mathbf{N}-\mathbf{1}) + \ (\mathbf{2})^{\mathbf{2}}\boldsymbol{x}\ \boldsymbol{p}\ \boldsymbol{x}\ \boldsymbol{q}}$$

La recolección de la información se llevará a cabo de manera confidencial y protocolar de esta manera, con la ética relacionada con la información obtenida con el objetivo de recolectar información requerida para el estudio apropiado solo con los resultados de la investigación, de la misma manera contando con los instrumentos para la aplicación correspondiente; de igual forma, estos instrumentos están validados y son de confiabilidad, los cuales son: la ficha de filiación e identificación de factores de riesgo, el instrumento Depresión de W.W.K. Zung. Se aplicará en los pacientes en terapia o tratamiento, siendo la población uniforme. de 200 pacientes de Iquitos, también provienen de otras ciudades para seguir con su tratamiento o chequeos médicos en el servicio de servicio del Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias”.

4.2.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes con Cáncer Atendiendo de forma Ambulatoria como Hospitalizados según el tipo de diagnóstico, año 2024
- Pacientes con Cáncer atendidos en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto “Felipe Santiago Arriola Iglesias” - Pacientes de nacionalidad peruana.
- Pacientes cuyas edades vayan a partir de los 18 años en adelante.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que aceptaron el consentimiento informado para participar en la investigación.

4.2.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes que presente como diagnostico tumoraciones benignas.
- Pacientes que no estén en condiciones de salud tanto físicas como emocionalmente para participar en la investigación debido al estadio del cáncer
- Pacientes que no aceptaron participar en la investigación.

4.3. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.3.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

a) **FICHA DE FILIACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA HOMBRES Y MUJERES.**

Ficha que sirve para recoger información pertinente a factores de riesgo y datos sociodemográficos de los pacientes. Esta ficha es la que se utiliza exclusivamente con ese propósito en el departamento de oncología en el Hospital regional de Loreto.

b) **PRUEBA DE DEPRESIÓN DE W.W. ZUNG**

La auto escala de Zung es un instrumento que es auto gestionable para la autoadministración. Evalúa la depresión y ofrece datos no solo de rasgos emocionales y cognitivos, sino también en relación a los elementos somáticos del paciente. La auto escala de Zung para la depresión incluye 20 preguntas cada una vinculada con rasgos particulares de la depresión, y cuyas respuestas producen calificaciones personales, las cuales son totalizadas y convertidas en un indicador que indica el nivel de depresión de la persona. Esta escala muestra un patrón ordinal de respuesta que se responde: nunca, a veces, casi siempre y siempre. Una respuesta se proporciona a cada interrogante una puntuación de uno a cuatro, 50% en dirección positiva y 50% en dirección negativa, respectivamente. Opuesto, Por lo tanto, el puntaje total puede variar entre 20 y 80 puntos. En cuanto a la validez del constructo, el análisis exploratorio factorial exploratorio evidenció que el test de Zung carece de factores latentes, existiendo únicamente un único factor, que agrupa elementos que comprenden todos los ítems del examen sin tomar en cuenta el ítem 16 (con correlación experimental Item-test de 0.2651033 a 0.6865463). Además, el examen de la prueba evidenció una fiabilidad en la consistencia interna según el Alfa. Ordinal del 88%, Spearman Brown del 83.53% y Guttman Flanagan del 83.53%, El Indice de Bondad de scuerdo Según Tucker - Lewis, fue de 0.741 y de acuerdo con el Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA), es de 0.09

4.4. PROCESAMIENTO Y MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS.

Para la describir e interpretar de datos adquiridos luego de la aplicación del instrumento de medición, se estructurarán los datos recolectados para la representación de estos utilizando el uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office-Excel 2016; considerando que los datos recabados son variables de naturaleza cualitativa. Se llevará a cabo un análisis descriptivo tanto para las variables cualitativas (frecuencias y porcentajes).

4.5. ASPECTOS ETICOS

Según Trujillo, S. (2018), manifiesta las siguientes consideraciones éticas:

a) Veracidad. Inspecciona las normas para referenciar a los diferentes autores y material bibliográfico examinado.

b) Fidelidad. Se respetará las pautas del estudio y se notificará a los participantes de la muestra que no se conocerá la información dada por ellos.

c) Respeto a la autonomía. Se basa en la aplicación e ilustración del consentimiento atendiendo la rectitud del colaborador teniendo la decisión de formar parte del estudio explicando posibles inconvenientes para afrontar.

d) Beneficencia. Explicación que se otorga a los participantes del beneficio y riesgo que pueden tener al aceptar o no su participación.

e) Justicia. La selección de la muestra no distingue raza, sexo o edad, religión de los participantes, es importante comunicarle que en el futuro el estudio será una herramienta para entender las variables de investigación.

f) Anonimato. Situación de permanencia en el anonimato.

g) Confidencialidad. La información recogida en la muestra es de carácter secreto.

Por la naturaleza y característica del estudio, éste no transgredió de ninguna manera los derechos humanos de los pacientes oncológicos del Centro Oncológico “Rosa Mística” – Hospital Regional de Loreto, en la ciudad de Iquitos, cuyos datos e información fueron revisados e incluidos en el estudio, y cuya identificación permaneció en absoluta reserva.

CAPITULO IV: RESULTADOS.

Tabla 1.

Sexo de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024.

Sexo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
VÁLIDOS	Masculino	19	14,4	14,4	14,4
	Femenino	113	85,6	85,6	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 1. Distribución de Frecuencia, se reporta la distribución de Frecuencia del Sexo de las personas sometidas a evaluación donde 14.4% (19 personas) son masculino y 85.6% (113 personas) son del sexo femenino. Es decir, de los de menor y mayor frecuencia.

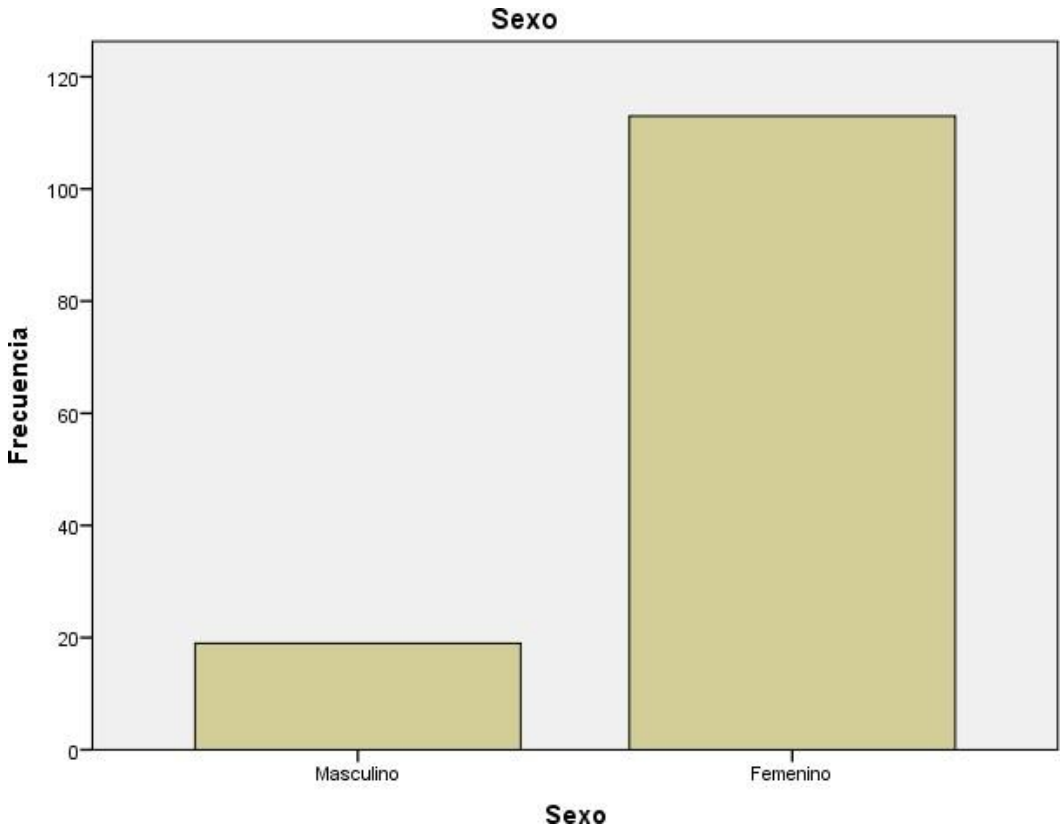


Tabla 2.

Depresión de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024.

Depresión		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
VÁLIDOS	No presenta	55	41,7	41,7	41,7
	Leve	42	31,8	31,8	73,5
	Moderada	20	15,2	15,2	88,6
	Intenso	15	11,4	11,4	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 2. Distribución de Frecuencia, se reporta la distribución de Frecuencia de la de los Niveles de Depresión de las personas sometidas a evaluación, donde el 41.7% (55personas) no presentan Depresión, el 31.8 % (42 personas) presentan depresión leve, el 15.2% (20 personas) presenta Depresión moderada y el 11.4% (15 personas) presentan depresión intensa.

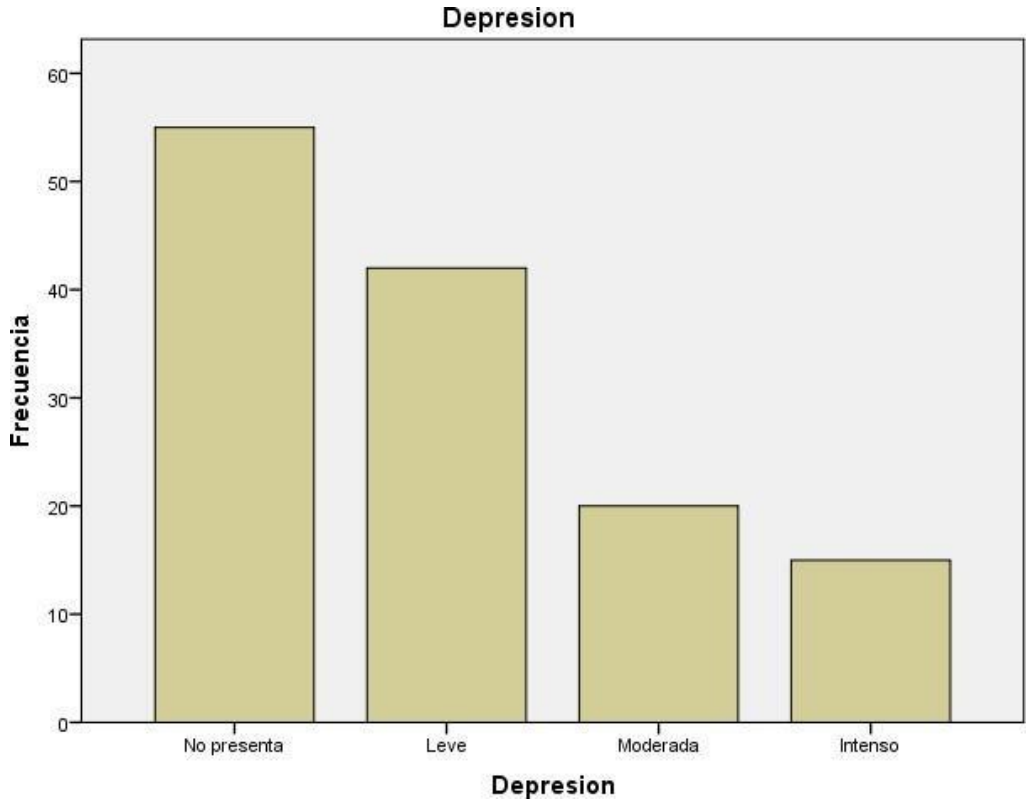


Tabla 3.

Diagnostico Oncológico de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024.

	Diagnostico Oncológico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
VÁLIDOS	Cáncer de Mama	31	23,5	23,5	23,5
	Cáncer de Cuello Uterino	35	26,5	26,5	50,0
	Cáncer de Pulmón	2	1,5	1,5	51,5
	Cáncer Linfático	6	4,5	4,5	56,1
	Cáncer de Estomago	7	5,3	5,3	61,4
	Cáncer de Testículo	2	1,5	1,5	62,9
	Cáncer en el Glúteo	1	,8	,8	63,6
	Cáncer a la Faringe	2	1,5	1,5	65,2
	Cáncer a la Sangre	10	7,6	7,6	72,7
	Cáncer de Hígado	1	,8	,8	73,5
	Cáncer Óseo	3	2,3	2,3	75,8
	Cáncer Vertebral	3	2,3	2,3	78,0
	Cáncer de Ovarios	10	7,6	7,6	85,6
	Cáncer de Endometrio	3	2,3	2,3	87,9
	Cáncer a la Vesícula	2	1,5	1,5	89,4
	Cáncer a la Medula Espinal	1	,8	,8	90,2
	Cáncer a la Medula Ósea	1	,8	,8	90,9
	Cáncer de Útero	6	4,5	4,5	95,5
	Cáncer de Próstata	2	1,5	1,5	97,0
	Cáncer Bucal	1	,8	,8	97,7
	Cáncer de Piel	1	,8	,8	98,5
	Cáncer de la Glándula Parótida	1	,8	,8	99,2
	Cáncer de Pene	1	,8	,8	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 3. Distribución de Frecuencia, se reporta la distribución de Frecuencia de la del Diagnostico Oncológico Niveles de Depresión de las personas sometidas a evaluación, donde el 23.5 % (31 personas) tienen cáncer a la mama, el 26.5 % (35 personas) tienen cáncer al cuello uterino, el 7.6% (10 personas) tienen cáncer a los ovarios. Estos son los casos de mayor relevancia en el Diagnóstico Oncológico.

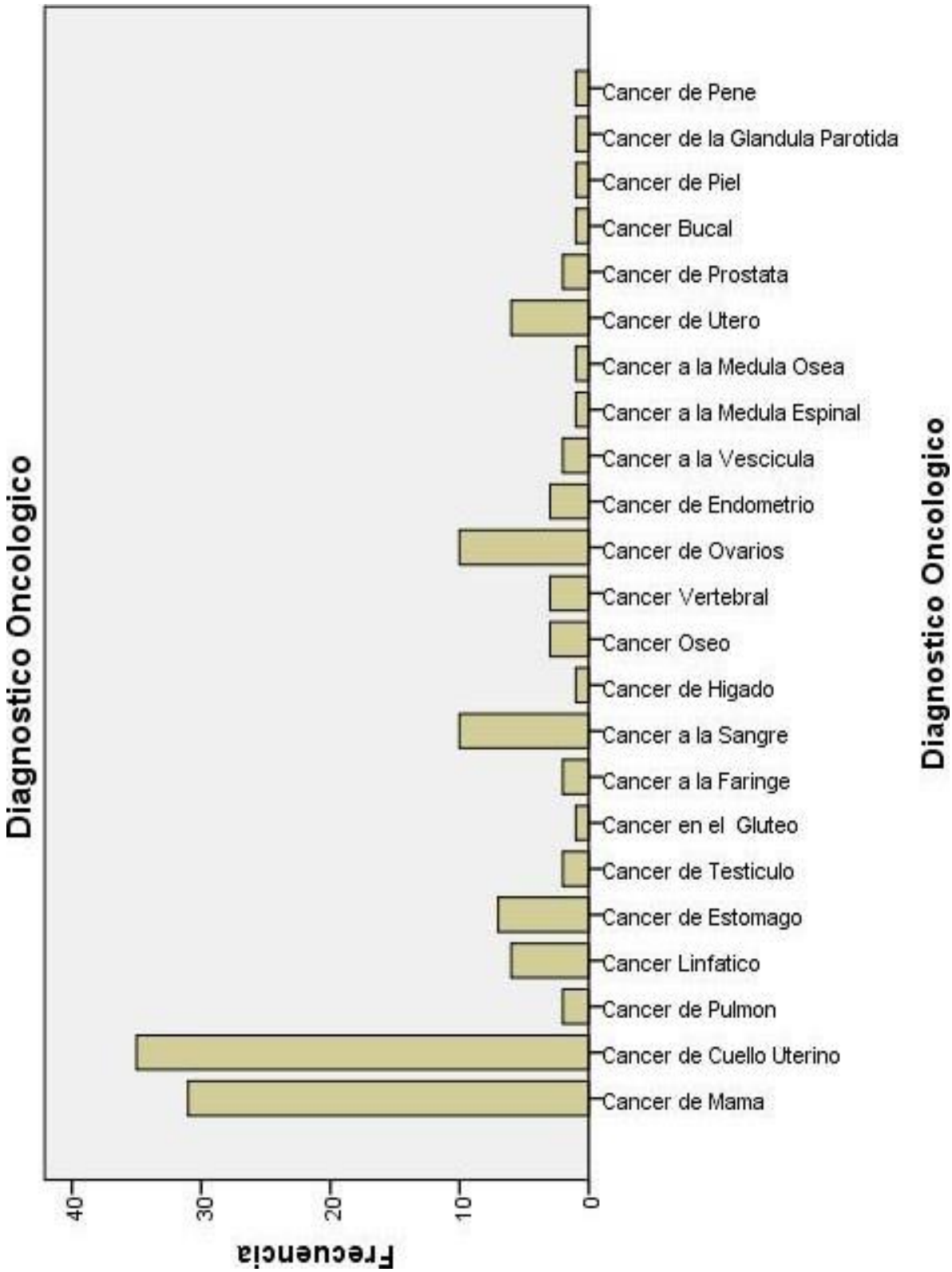

Diagnostico Oncologico
Cancer de Pene
Cancer de la Glandula Parotida
Cancer de Piel
Cancer Bucal
Cancer de Prostata
Cancer de Utero
Cancer a la Medula Osea
Cancer a la Medula Espinal
Cancer a la Vescicula
Cancer de Endometrio
Cancer de Ovarios
Cancer Vertebral
Cancer Oseo
Cancer de Higado
Cancer a la Sangre
Cancer a la Faringe
Cancer en el Gluteo
Cancer de Testiculo
Cancer de Estomago
Cancer Linfatico
Cancer de Pulmon
Cancer de Cuello Uterino
Cancer de Mama
0
10
20
30
40
Frecuencia
Diagnostico Oncologico

Tabla 4.

Datos Gineco-Obstétricos de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024.

	Datos Gineco-Obstetricos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
VÁLIDOS	No	85	64,4	64,4	64,4
	Si	47	35,6	35,6	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 4. Distribución de Frecuencia, se reporta la distribución de los Datos Gineco Obstétricos de las personas sometidas a evaluación, donde el 64.4% (85 personas) no tienen ocupación, mientras que 35.6% (47personas) tienen Datos Gineco Obstétricos.

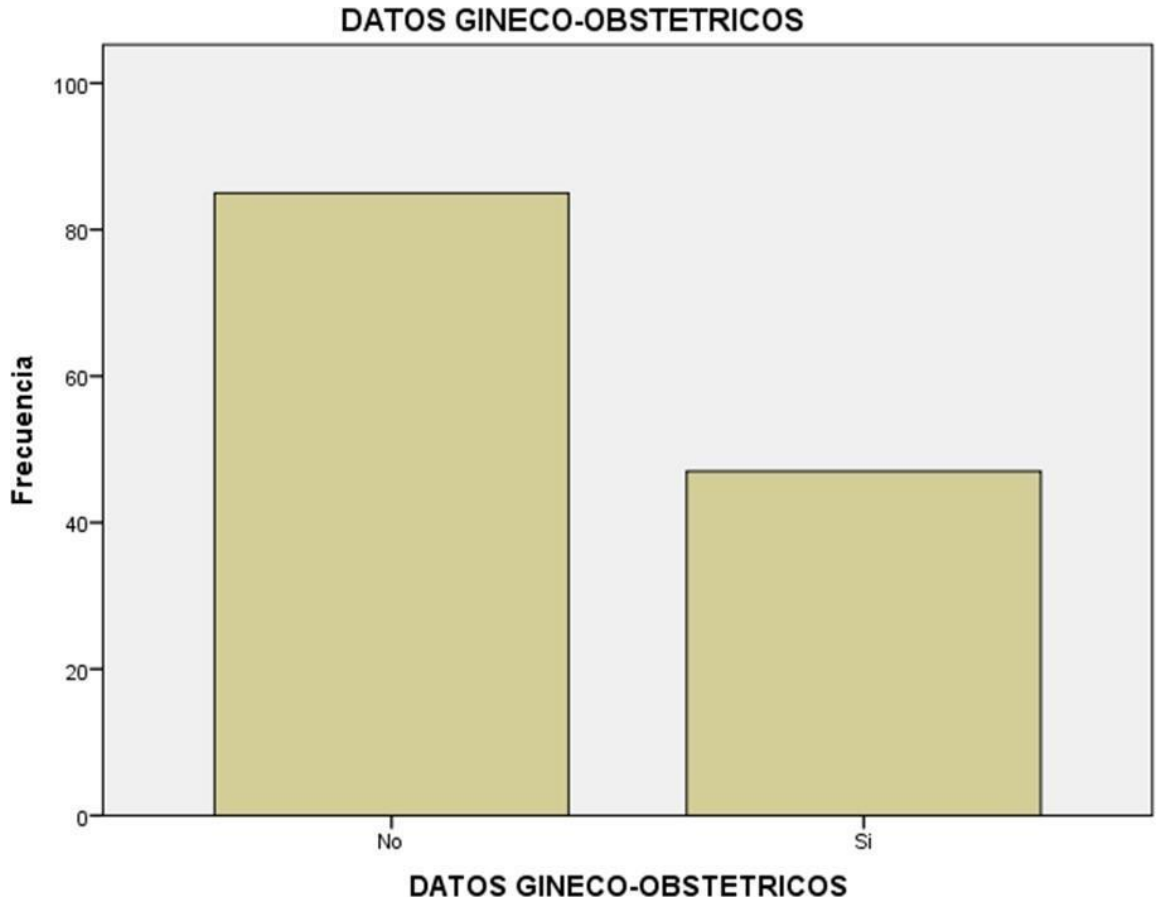


Tabla 5.

Consumo de Alcohol de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024.

Consumo de Alcohol		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
VÁLIDOS	No	118	89,4	89,4	89,4
	Si	14	10,6	10,6	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 5. Distribución de Frecuencia, se reporta la distribución de Frecuencia del Consumo de Alcohol de las personas sometidas a evaluación, donde el 88.4% (118 personas) no consumen Alcohol, el 10.6 % (14 personas) consumen alcohol.

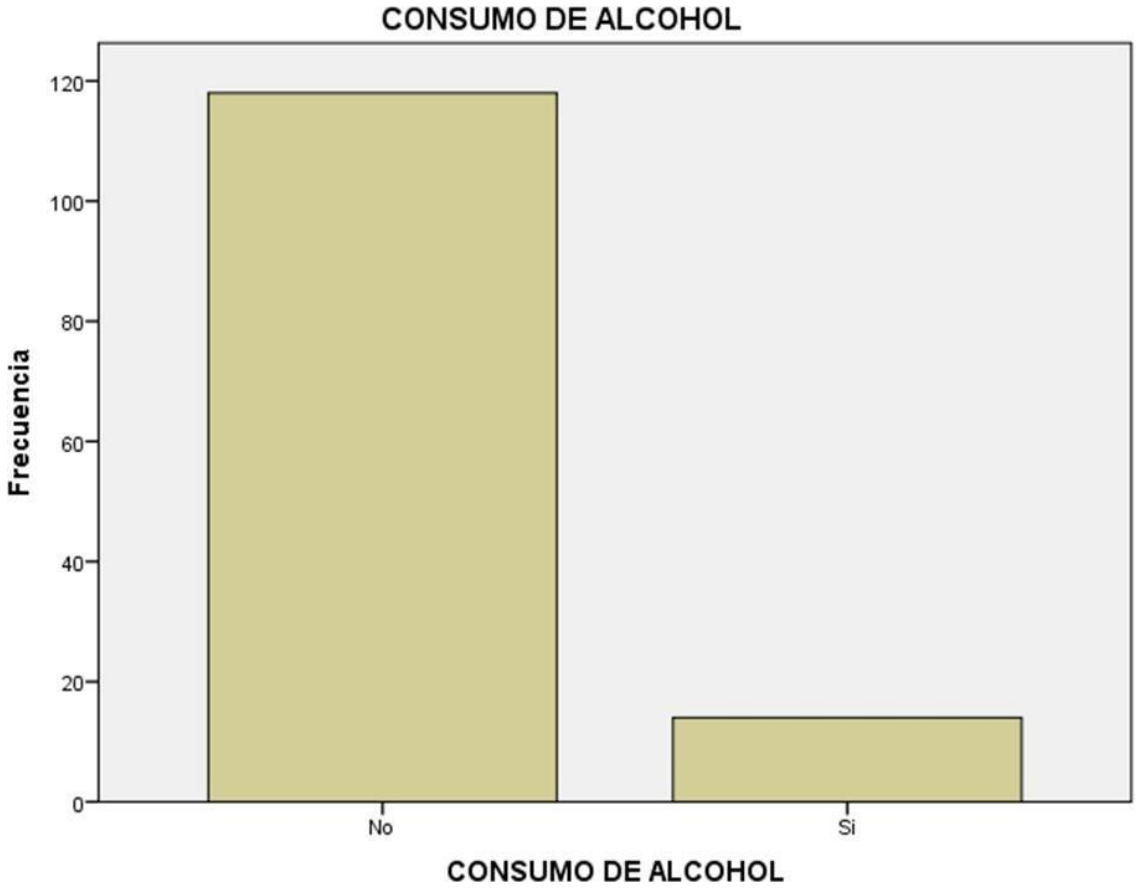
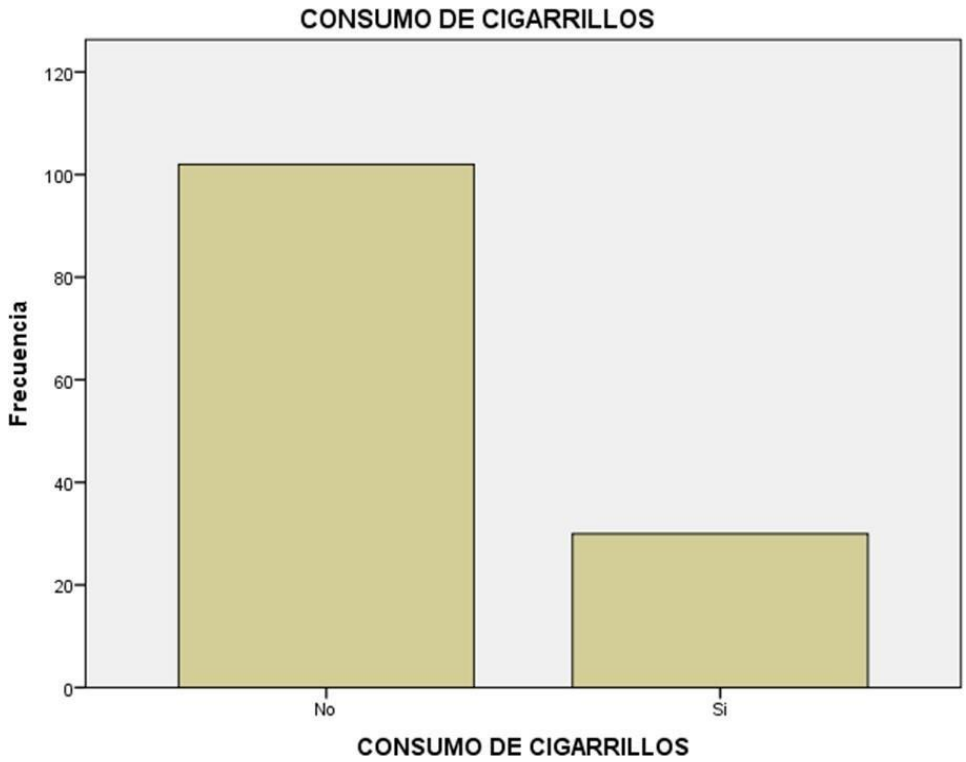


Tabla 6.

Consumo de Cigarrillos de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024.

Consumo de Cigarrillos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
VÁLIDOS	No	102	77,3	77,3	77,3
	Si	30	22,7	22,7	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 6. Distribución de Frecuencia, se reporta la distribución del Consumo de Cigarrillos de las personas sometidas a evaluación, donde el 77.3% (102 personas) no consumen cigarrillos, mientras que el 22.7% (30 personas) consumen cigarrillos.



ANALISIS BIVARIADO

Tabla 7.

Prueba de chi-cuadrado de los Datos Gineco-Obstétricos versus Depresión.

Datos Gineco-Obstétricos versus Depresión	Valor	gl	Sig. Asintótica (Bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,832[a]	3	,842
Razón de verosimilitudes	,852	3	,837
Asociación lineal por lineal	,048	1	,827
N de casos válidos	132		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,34.

En la tabla 7, se reporta la prueba de Chi(X^2) de la relación de Datos Gineco- obstétrico con la Depresión se obtiene un valor de p-valué de 0.842 es mayor al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se acepta H_0 (Hipótesis Nula) que indica que no hay interacción entre Datos gineco-obstétrico versus depresión.

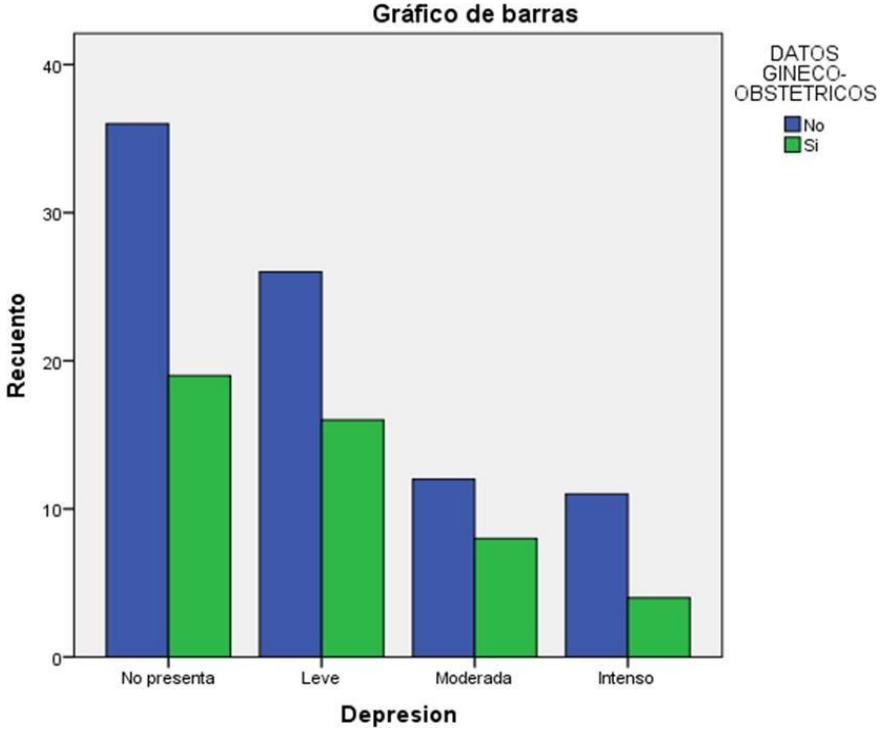


Tabla 8.

Pruebas de chi-cuadrado de la edad de la primera relación sexual versus diagnostico oncológico.

Edad de la Primera Relación Sexual versus Diagnostico Oncológico	Valor	gl	Sig. Asintótica (Bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	65, 435[a]	50	,070
Razón de verosimilitudes	39,643	50	,853
Asociación lineal por lineal	,002	1	,961
N de casos válidos	44		

a. 65 casillas (98,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

En la tabla 8 se reporta la prueba de Chi (X^2) de la relación de Edad a la Primera Relación Sexual versus Diagnostico Oncológico se obtiene un valor de p-valué de 0.070 es mayor al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se acepta H_0 (Hipótesis Nula) que indica que no hay interacción entre Edad a la Primera Relación Sexual versus el Diagnostico Oncológico.

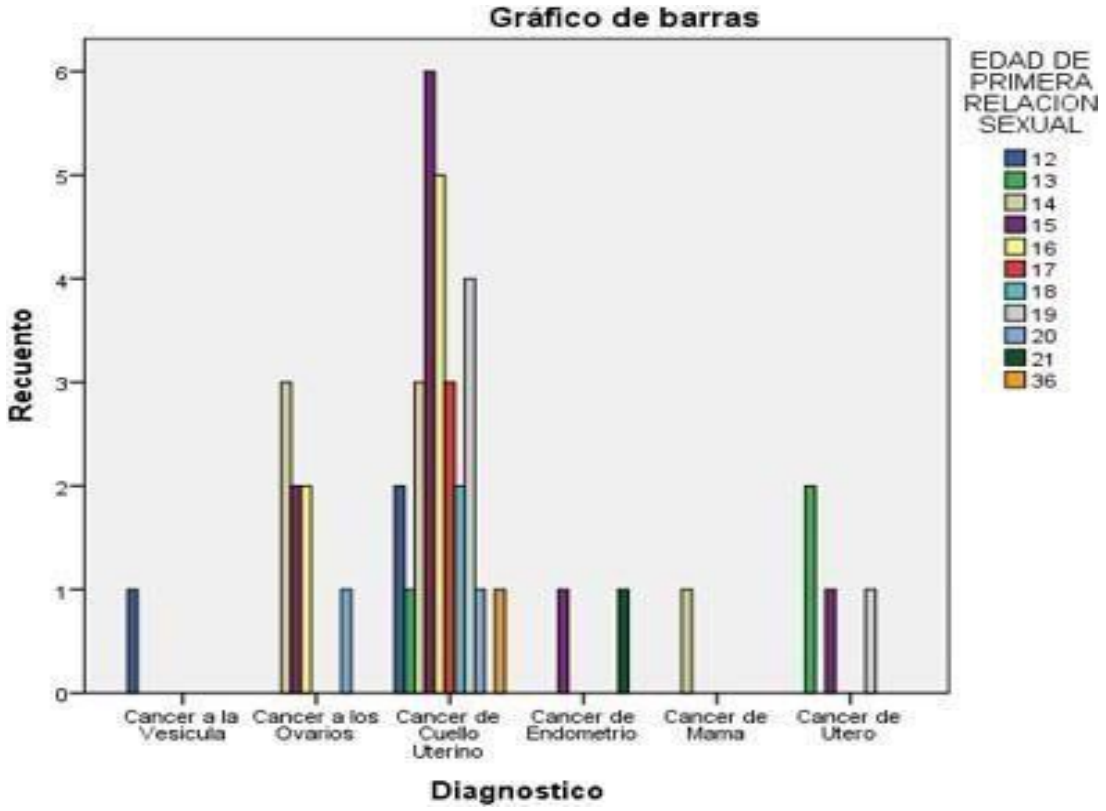


Tabla 9.

Pruebas de chi-cuadrado de Número de Parejas Sexuales versus Diagnostico Oncológico.

Número de Parejas Sexuales versus Diagnostico Oncológico	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	75,023[a]	51	,232
Razón de verosimilitudes	76,270	51	,232
Asociación lineal por lineal	,755	1	,185
N de casos válidos	132		

En la tabla 9 reporta la prueba de Chi (X^2) de la relación de Número de Parejas Sexuales Diagnostico Oncológico se obtiene un valor de p-valué de 0.232 es mayor al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se acepta H_0 (Hipótesis Nula) que indica que no hay interacción entre Número de Parejas Sexuales Diagnostico Oncológico.

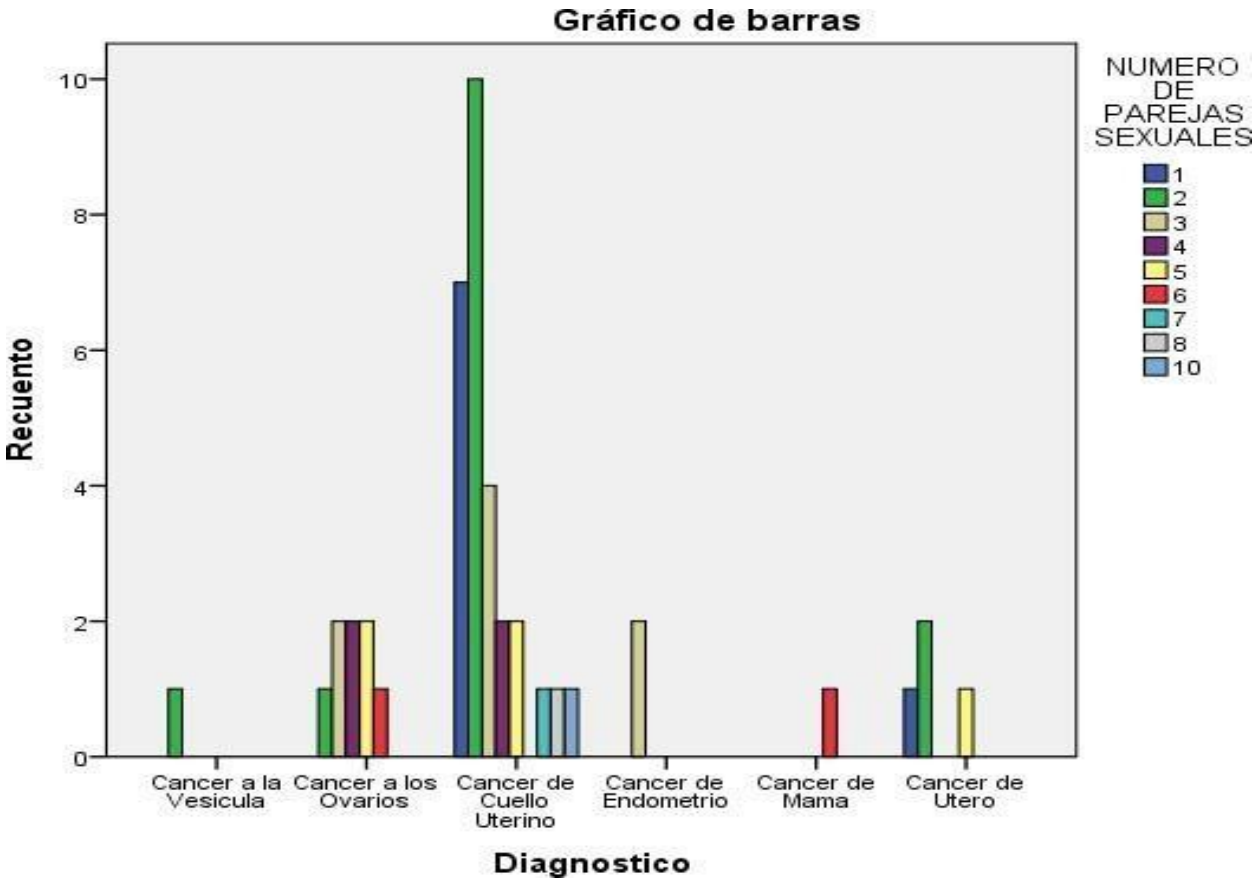


Tabla 10.

Pruebas de chi-cuadrado de la Edad de Inicio de la Primera Menstruación versus Diagnostico Oncológico.

Inicio de la Primera Menstruación versus Diagnostico Oncológico	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18, 656a	30	,947
Razón de verosimilitudes	19,609	30	,926
Asociación lineal por lineal	1,090	1	,297
N de casos válidos	44		

a. 40 casillas (95,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

En la tabla 10 se reporta la prueba de Chi (X^2) de la relación de Edad de Inicio a la Primera Menstruación versus Diagnostico Oncológico se obtiene un valor de p-valué de 0.947 es mayor al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se acepta H_0 (Hipótesis Nula) que indica que no hay interacción entre Edad de Inicio a la Primera Menstruación versus Diagnostico Oncológico.

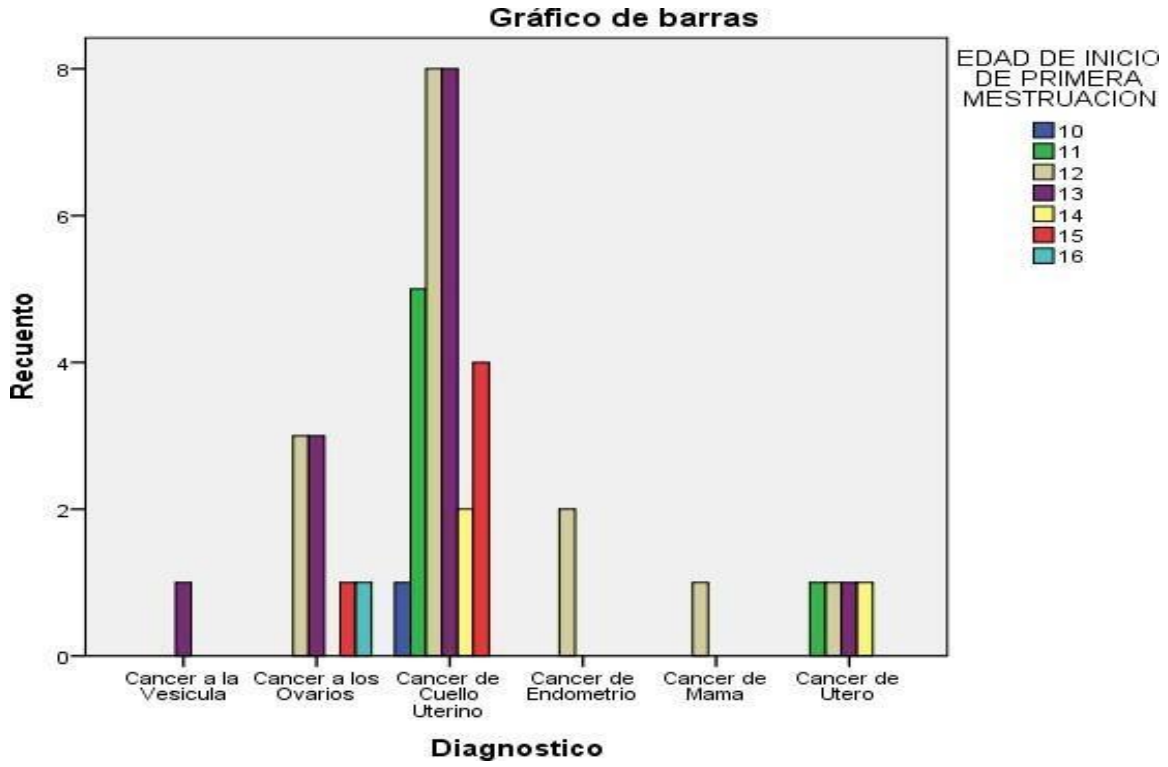


Tabla 11.

Pruebas de chi-cuadrado de Diagnóstico Oncológico versus depresión

Diagnostico Oncológico versus Depresión	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	75,023[a]	51	,016
Razón de Verosimilitudes	76,270	51	,012
Asociación lineal por lineal	,755	1	,385
N de casos válidos	132		

En la tabla 11 se reporta la prueba de Chi(X^2) de la relación de Diagnostico oncológico con la Depresión se obtiene un valor de p-valué de 0.016 es menor al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se rechaza H_0 (Hipótesis Nula) que indica que hay interacción entre Diagnostico Oncológico versus la Depresión.

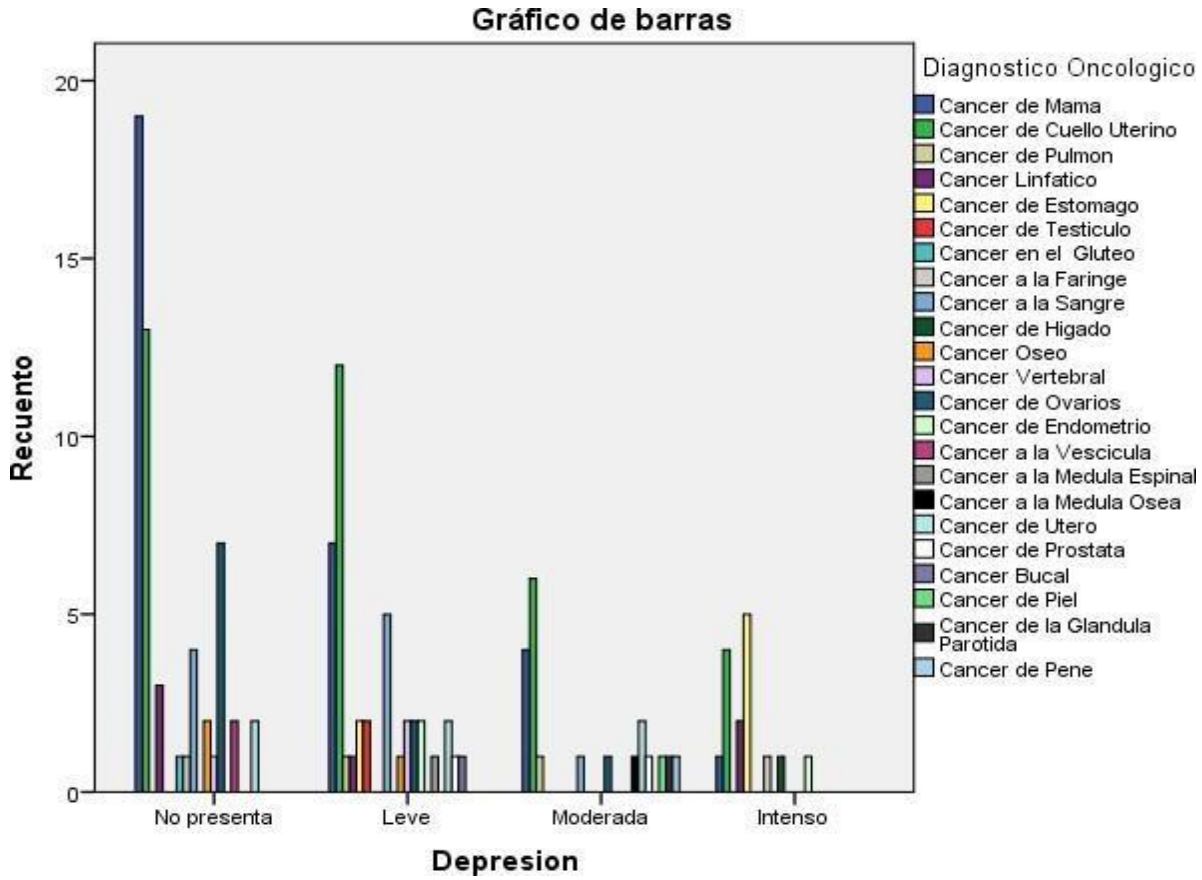


Tabla 12.

Prueba de chi-cuadrado del Consumo de Alcohol versus Diagnostico Oncológico.

Consumo de Alcohol versus Diagnostico Oncológico	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,501[a]	22	,002
Razón de verosimilitudes	32,757	22	,065
Asociación lineal por lineal	2,167	1	,141
N de casos válidos	132		

a. 39 casillas (84,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

En la tabla 12 se reporta la prueba de Chi(X^2) de la relación de Consumo de Alcohol con el Diagnostico Oncológico se obtiene un valor de p-valué de 0.002 es menor al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de la prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se rechaza H_0 (Hipótesis Nula) que indica que hay interacción entre Consumo de Cigarrillos versus el diagnostico oncológico.

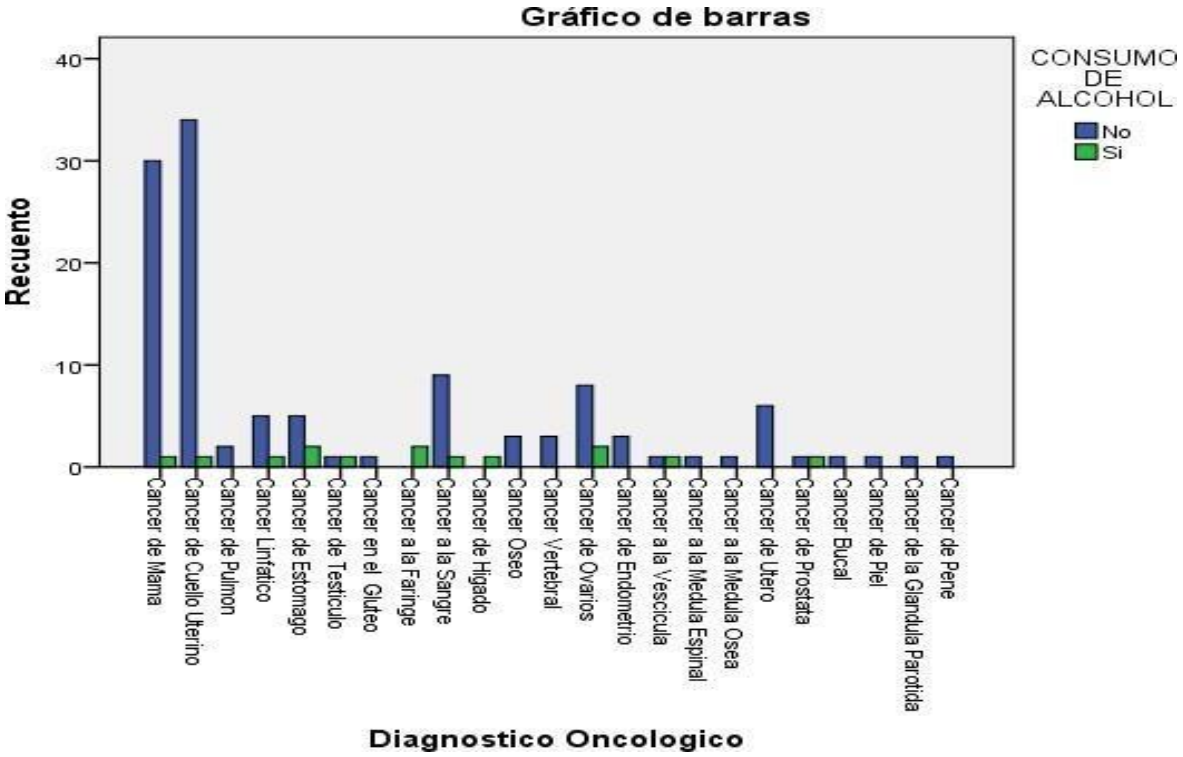


Tabla 13.

Prueba de chi-cuadrado del Consumo de Alcohol y la Depresión.

Consumo de Alcohol y la Depresión.	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,753[a]	3	,191
Razón de verosimilitudes	3,759	3	,289
Asociación lineal por lineal	2,375	1	,123
N de casos válidos	132		

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,59.

En la tabla 13 se reporta la prueba de Chi(X^2) de la relación del Consumo de Alcohol con la depresión se obtiene un valor de p-valué de 0.191 que supera al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de la prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se acepta H_0 (Hipótesis Nula) que indica que no hay interacción entre el Consumo de Alcohol con los niveles de depresión, en otras palabras no hay diferencia estadística entre ambas variables

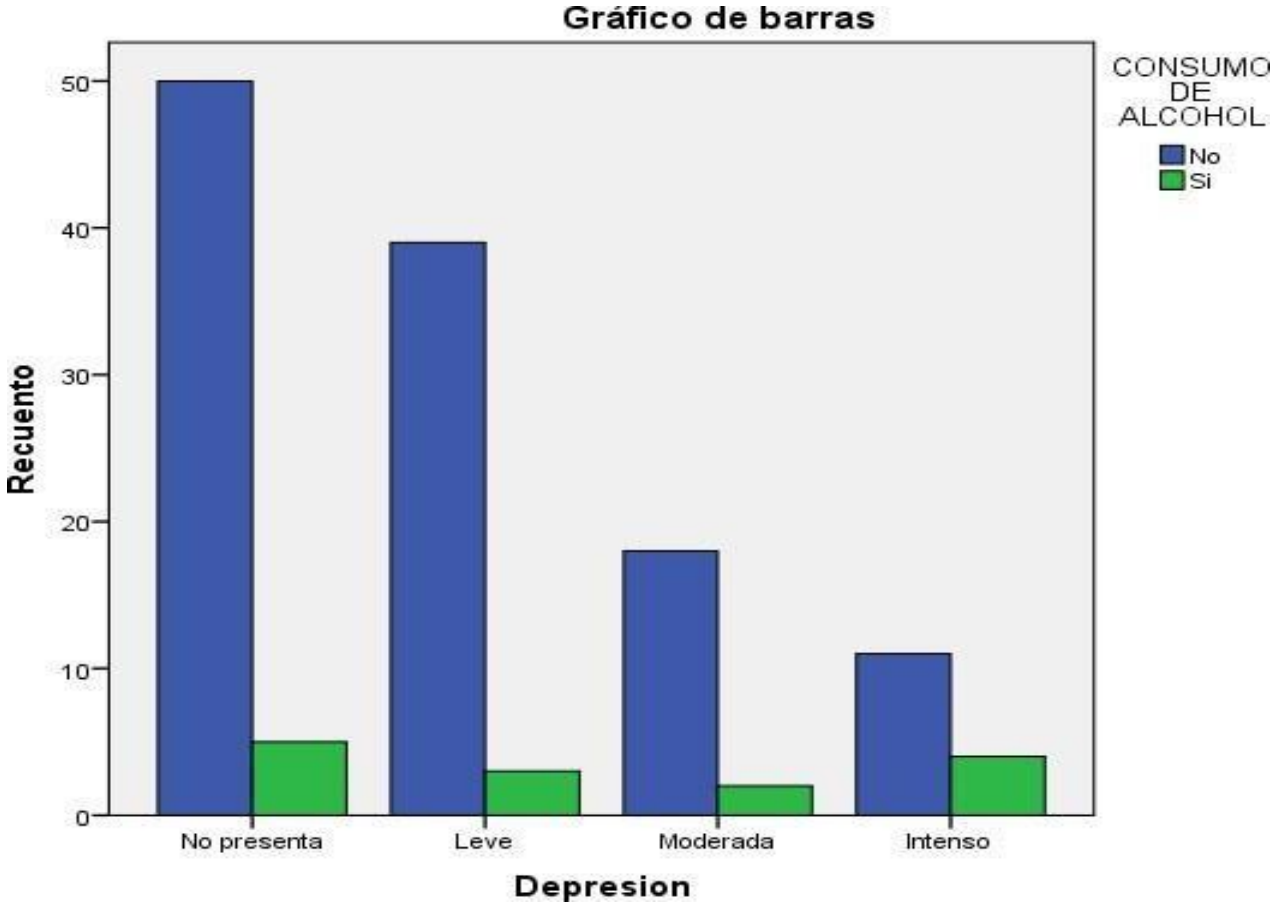


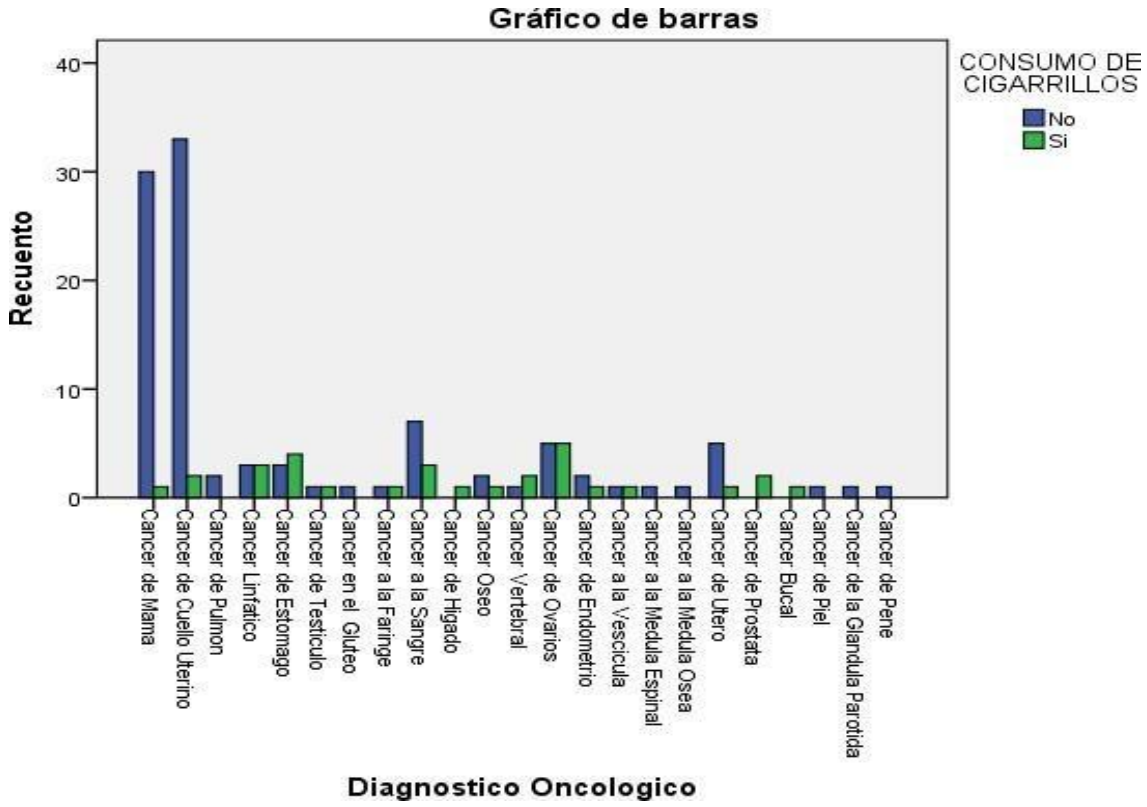
Tabla 14.

Prueba de chi-cuadrado del Consumo de Cigarrillos y el Diagnostico Oncológico.

Consumo de Cigarrillos con el Diagnostico Oncológico	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46, 582a	22	,002
Razón de verosimilitudes	48,185	22	,001
Asociación lineal por lineal	13,000	1	,000
N de casos válidos	132		

a. 39 casillas (84,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

En la tabla 14 se reporta la prueba de Chi(X^2) de la relación de Consumo de Cigarrillos con el Diagnostico Oncológico se obtiene un valor de p-valué de 0.002 es menor al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de la prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se rechaza H_0 (Hipótesis Nula) que indica que hay interacción entre Consumo de Cigarrillos versus el diagnostico oncológico



CAPITULO V: DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

- Los Resultados logrados en relación a los niveles de depresión indican que en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto señalaron que el 41.7% de los individuos evaluados no mostraron indicios de depresión, el 31.8% presenta signos de depresión leve, el 15.2% sufre de depresión moderada, mientras que el 11.4% sufre de depresión lev. No hay vínculo con A. Jaimes, L. L. Ramírez y A. Romero, que llevaron a cabo un estudio acerca de "Correlación entre los grados de depresión y ansiedad en los individuos" pacientes con cáncer (2020)" en los que la variable de Depresión, realizó el porcentaje más bajo en el nivel leve con un 13 %; un nivel moderado con un 16%; un nivel severo con un 25%, finalmente, el nivel más bajo con la mayor cantidad de los participantes, con el mayor número de participantes con el 46%, concluyendo que no hay vínculo entre la variable depresión en pacientes oncológicos.

- No existe vínculo con la investigación realizada por López y Jurado de “Factores de Riesgo de Cáncer en Pacientes del Hospital Departamental Zacarías Correa Valdivia (2018)”, en el que se menciona que consiguieron que el 79.49% expresaron que presentaron en su historial personal, 66.67% antecedentes familiares, el 52% con menarquia temprana, 56% con menopausia tardía. A diferencia de la investigación, se determinó que el 35,6% fueron por datos Gineco-obstétricos, el 22,7% debido al uso de cigarrillos y el 10,6% debido al Consumo de Alcohol, además, se añade que en el caso de antecedentes familiares se logró un resultado del 15,2%.

- No obstante, si se añade a la investigación efectuada - por Rengifo y Shupingahua sobre Factores de Riesgo en Mujeres Atendidas por Citología Anormal en el Hospital Regional de Loreto (2018)” donde determinaron que los factores de riesgo

identificados son los siguientes: ITS, consumo de tabaco, inicio de relaciones sexuales a los18 años, antecedente familiar de cáncer, procedencia rural y edad entre 31 a 50 años con 2 parejas sexuales. Los logros alcanzados en nuestra investigación vinculados con el diagnóstico de cáncer incluyen: Datos Gineco-obstétricos: número de parejas sexuales, primer menstruación y Andria; Consumo de Cigarrillos y Consumo de Alcohol. Es importante destacar que esa relación se sostiene en el tiempo en menor medida debido a la importancia vital que representa la escasez de información, la cual es esencial tendiendo a influir en la calidad del cuidado de la salud y la calidad de la atención sanitaria para proporcionar terapias oncológicas, igualmente complicada la valoración de determinadas condiciones de salud particulares en este contexto.

Por lo tanto, no se acepta la H0 hay diferencias significativas al contrastar Factores de Riesgo vinculados a la Depresión en pacientes diagnosticados con Cáncer en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto – 2024.

5.2. CONCLUSIONES

De acuerdo con la información recabada acerca del sexo de los individuos evaluados, se nota que el 85.6% de los participantes son mujeres, aunque el 14.4% corresponde a hombres. La supremacía de la muestra analizada, las mujeres (85.6%) indican una desigualdad. de género en la implicación en la investigación, dado que este grupo es de carácter heterogéneo más susceptible a producir cáncer, como por ejemplo: cáncer de cuello uterino. y cáncer de mama. Esta variación puede tener un efecto en la representación de los resultados y en la habilidad para generalizar las conclusiones a un grupo de personas más variado en relación al género. Es relevante tener en cuenta cómo esta desigualdad de género puede influir en cómo se interpretan los datos y la implementación de los descubrimientos en entornos más extensos.

Con base en los datos estadísticos suministrados acerca de la depresión en los individuos evaluados, se puede deducir que:

- El 41.7% de las personas evaluadas no presentan signos de depresión.
- El 31.8% muestra síntomas de depresión leve. o El 15.2% experimenta depresión moderada.
- El 11.4% presenta síntomas de depresión intensa.
- Las evaluaciones no muestran depresión considerable, lo que es un hecho significativo positivo.
- No obstante, existe la existencia de grados de depresión leve (31,8%), moderada (15,2%) e intensa (11,4%) en una proporción significativa a tener en cuenta de la muestra con una totalidad de 58.4 % que se recomienda la necesidad de acciones y respaldo psicológico. Es importante tener en cuenta reconocer y tratar los factores subyacentes que favorecen la depresión en diversos tipos de personas de edad y sexo.

De acuerdo con los datos estadísticos proporcionados acerca de los Diagnósticos Oncológicos en los individuos evaluados, es posible concluir que:

- El cáncer de cuello uterino es la clase de cáncer con mayor incidencia y dominante en la muestra, constituyendo el 26.5% la evaluación de pacientes de sexo femenino.

- También es muy común el cáncer de mama predominante en la muestra, quedando en segundo lugar, con una condición de prevalencia de 23.5% de los pacientes evaluados siendo este grupo el más predominante del género femenino.

- Le sigue el cáncer de ovarios y de sangre con 7.6% respecto al diagnóstico de cáncer en pacientes evaluados.

- Es crucial destacar la elevada prevalencia de cáncer de cuello uterino en la muestra, lo que podría señalar la demanda de campañas de identificación precoz y preventiva en la comunidad. La elevada incidencia de cáncer de mama también es un factor a tener en cuenta, y se deben considerar poner en marcha programas de alerta precoz y prevención de esta patología. La variedad de tipos de cáncer presentes en la muestra, indica la relevancia de un cuidado médico completo y personalizado para cada individuo, teniendo en cuenta las particularidades específicas de cada tipo de cáncer acuerdo con los datos estadísticos proporcionados acerca de los datos gineco-obstetricos de los individuos evaluados, se puede deducir que:

- El 64.4% de los individuos evaluados manifestaron no poseen información gineco-obstétrica: Andria, menarquia y edad de la Primera Relación Sexual registrados.

- El 35.6% de las personas evaluadas testificaron poseer datos gineco-obstétricos registrados.
- En relación a los Datos Gineco-Obstetricos, se especifica la Andria, Menarquia y la Edad de la Primera Relación Sexual, se determina que no existe una interacción entre estos factores de riesgo con la detección de cáncer en los pacientes evaluados.
- La mayor parte de los individuos evaluados (64.4%) no poseen ninguna información gineco-obstétrica registrados, lo cual puede entorpecer la evaluación de ciertas condiciones de salud especifica en este espacio.
- La realidad de que solo el 35.6% de los individuos posean datos gineco-obstétricos registrados subraya la relevancia de optimizar los registros médicos y la interacción entre las personas tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios en este ámbito.
- Es vital tener en cuenta que la ausencia de datos gineco-obstétricos puede impactar en la calidad de la asistencia médica y la habilidad para proporcionar tratamientos personalizados a los pacientes evaluados.

Según los resultados logrados, se deduce que este descubrimiento indica que, en la muestra analizada, el consumo se encuentra en el nivel de consumo de tabaco es relativamente baja, no obstante, es importante resaltar que el 22.7% de los participantes sí fuma, lo que indica que constituye una proporción significativa. Es imprescindible tener en cuenta esto que el uso de tabaco representa un factor de riesgo significativo para la salud varias enfermedades, entre ellas el cáncer, enfermedades cardiacas y respiratorias.

Según los resultados logrados, se deduce que este el descubrimiento en la muestra analizada, el nivel de alcohol es considerablemente reducido. No obstante, es importante resaltar que el 10,6% de los participantes, si consumen alcohol, lo hacen que constituye una minoría a considerar, pero sí, es posible encontrar una interacción entre este factor de riesgo y el diagnóstico oncólogo. Es imprescindible tener en cuenta que la ingesta de alcohol es un problema de

salud global, dado que puede provocar la dependencia tanto física como emocional; además, crear diversos tipos de patologías médicas como el cáncer, enfermedades hepáticas y estomacales.

5.3. RECOMENDACIONES.

1. Se aconseja llevar a cabo evaluaciones constantes para supervisar la progresión de los niveles de depresión en el grupo de estudio, es crucial brindar servicios de asistencia psicológica y terapias idóneas para aquellos con niveles moderados de depresión a intensa. Se recomienda la puesta en marcha de programas de psico-educación orientados a la sensibilización acerca de la salud mental y física, fundamentados en la sensibilización con el cáncer para fomentar la salud socioemocional y evitar la depresión en la comunidad de pacientes con cáncer.

2. Se aconseja implementar programas y tamizajes para la detección temprana para el cáncer de cuello uterino por su alta prevalencia en el grupo de estudio.

3. Se aconseja la implementación de programas de detección en etapas tempranas del cáncer de mama, en particular para las mujeres en la etapa de gestación como grupos vulnerables. Es esencial brindar respaldo emocional. y mental a los pacientes que han sido diagnosticados con cualquier tipo de patología del cáncer, junto con sus familias.

4. Se recomienda fomentar la sensibilización pública acerca de la relevancia de la importancia. de la prevención y detección precoz del cáncer, además del tratamiento, prevención de la enfermedad y acceso a terapias apropiadas y especializadas para cada clase de paciente de cáncer detectado en el estudio. Además, es necesario debatir. la relevancia de la educación en prevención del cáncer y fomentar hábitos de vida saludables para disminuir el peligro de adquirir y padecer esta patología.

5. Se aconseja la implementación de sistemas de registro médico más sofisticados y efectivos que aseguren la correcta recolección de datos para todos los individuos. Es esencial promover la sensibilización entre

6. los expertos en salud acerca de la importancia de recopilar y mantener la información gineco-obstetra al día de los pacientes por la prevalencia del cáncer uterino y sus derivados. Se recomienda proporcionar oportunidades

para la enseñanza y concienciación de los pacientes sobre la importancia de divulgar información ginecológica y obstétrica acerca de la importancia de compartir datos ginecológicos y obstétricos con sus proveedores de servicios médicos para potenciar la calidad de la asistencia y el monitoreo de su salud en este sector.

7. Fomentar la educación y la sensibilización acerca de los peligros del uso de alcohol y tabaco. Es esencial que la población esté informada y al tanto de los impactos perjudiciales del tabaco y el alcohol. Establecer programas de respaldo para la cesación de actividades del consumo de tabaco. Es necesario proporcionar recursos y respaldo a aquellos que lo requieran que quieren dejar de fumar y consumir alcohol. Promover políticas públicas que promuevan acciones que limiten el uso de sustancias. Poner en marcha acciones como la restricción de fumar y consumir tabaco en espacios públicos, el incremento de los impuestos de tabaco y bebidas alcohólicas y la regulación de la publicidad de estos productos que pueden ayudar a disminuir el uso. Es crucial llevar a cabo investigaciones de seguimiento para analizar la progresión del uso de tabaco y alcohol en la población evaluada y establecer la efectividad de las acciones implementadas. La puesta en marcha de tácticas integrales para evitar y regular el uso de estas sustancias, es esencial para potenciar la salud de los habitantes.

8. Es crucial tener en cuenta las repercusiones de la desigualdad de género, donde se recomienda realizar registros médicos apropiados para entender de manera más efectiva las variaciones en las respuestas y necesidades de hombres y mujeres en lo que respecta a la cuestión del cáncer, lo que podría conducir a intervenciones más eficaces y balanceadas.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

Bagué Madrigal, L. (2016). "*Depresión y Ansiedad en Pacientes Oncológicos Hospitalizados" (trabajo de fin de grado).* La Laguna, España: Universidad de La Laguna.

Beltran, K. (2019). "*Prevalencia y Factores de Riesgo de Ansiedad y Depresión en Pacientes con Cáncer que Asisten a Consultorio Externo De Un Hospital, Arequipa 2019" (tesis de pregrado).* Arequipa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.

Cabrera L. y Mendoza L (2010). "*Factores Asociados a los Niveles de Depresión*

Situacional en Pacientes Oncológicos". Revision de Enfermeria Herediana; 3(2): 96-103

Carulla, J., Jara, et al (2013). "*Dolor como Factor Predictor de Depresión en el*

Paciente Oncológico: Estudio de Casos y Controles". Estudio D-PRESS. Barcelona, España. Revista de la Sociedad Española del Dolor, 113-121.

Clasificación de Trastornos Mentales CIE 10 (2018) "*Criterios OMS*", 60-63.

Cucho, R. (2018) "*Prevalencia de Factores Asociados a Depresión en Pacientes en Tratamiento del Servicio de Oncología Médica en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de enero a junio, 2017*." *(tesis de pregrado)*.

Tacna, Perú: Universidad Nacional Jorge Basagre Grohmann.

Decker, K. (2015). "*Determinar la Depresión sus Factores de Riesgo y*

Complicaciones en Adolescentes". Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina.

Enric, A. (2008) "*Prevalencia y Factores Asociados a la Depresión Mayor en Pacientes con Cáncer Avanzado en Atención Primaria*". 26:11

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Diskshit R, et al. (2013) "*Cancer*

Incidence and Mortality Worldwide". France: International Agency for Research on Cancer. Disponible en: http://globocan.iarc.fr, revisado el 24/jun/2018.

Ferlay J. (2018) **"***World Health Organization International Agency for Research on Cancer.".*

Galindo, O., Álvarez, M. y Alvarado, S. (2013) *"Ansiedad, Depresión y Afrontamiento en Pacientes con Cáncer Testicular en Tratamiento y Periodo de Seguimiento."* 10(1): 69-78

Gonçalves, E., González, V. & Vázquez Castro, J. (2003). "*Guía de la Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad".* Madrid, España.

Hernández, M. (2012) *"Estudio Longitudinal del Malestar Emocional y los Trastornos Psicopatológicos en Pacientes de Cáncer que Reciben*

Tratamiento de Radioterapia". (tesis doctoral). Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.

Instituto Nacional de Cáncer (2023) "*Centro Oncológicos designados por el*

Instituto Nacional de Cancer". Recuperado de:

https://www.cancer.gov/espanol/investigacion/infraestructura/centros- oncologicos

Jaimes, A., Ramirez, L. & Romero, A. (2020) "*Relación Entre Niveles De Ansiedad Y Depresión En Pacientes Oncológicos*". Bucaramanga, Colombia.

Jensen OM., et al (2018). ***"****Registro de Cáncer: Principios y Métodos. Agencia*

Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC)". Madrid, España.

Jia, Y., et al. (2018) "*Depression and cancer risk: a systematic review and meta- analysis*". Public Health , Volume 149 , 138 – 148

Krishnan V. y Nestler E. (2008) "*The molecular neurobiology of depression// Nature*." Vol. 455. — P. 894–902.

Lopez, D., y Jurado, Y. (2018). *"Factores de Riesgo de Cáncer en Pacientes del*

Hospital Departamental Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica 2018" (tesis de pregrado). Huancavelica, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica.

Montalván, S. (2021) "*Factores Asociados a los Niveles de Depresión y Ansiedad en Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Oncología del Hospital Iii Goyeneche, Arequipa 2021" (tesis de pregrado".* Arequipa, Perú:

Universidad Católica de Santa María.

Morales, J., Arandojo, M., Garcia, J., & Orbañanos, L. (2014). "*Consumo de*

Alcohol y Tabaco entre los Alumnos de un Centro de Formación de

Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado - Sanidad Militar", *70*(4), 248-

255. Recuperado de: https://dx.doi.org/10.4321/S1887-85712014000400002

National Institutes of Health (2023) "*National Library of Medicine"*. Recuperado de: https://medlineplus.gov/spanish/benigntumors

Navarro, M. (2018) "*Validez y Seguridad Citológica y Colposcópica Respecto a la Biopsia para Detección de Lesiones Premalignas y Malignas de Cuello Uterino en el Hospital Nacional Hipólito Unanue".* Lima, Peru - Universidad San Martin de Porres.

Organización Panamericana de la Salud (2019). "*Consumo de Alimentos y*

Bebidas Ultra Procesados. Tendencias Impacto en Obesidad e

Implicaciones de la Política Pública".

Rengifo, G. & Shupingahua, V. (2017) "*Factores de Riesgo en Mujeres con Citología Anormal Atendidas en el Hospital Regional de Loreto de Enero a Diciembre del 2017*". *(tesis de pregrado)* Iquitos, Peru: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

Rodríguez, M., Márquez, A., Reyes, E., Escobar, Y., Cabarco, Y., & Chacón, M.

(2018). "*El Cáncer del Pulmón: Algunas Consideraciones Epidemiológicas, del Diagnóstico y el Tratamiento"*. Revista Archivo Médico de Camagüey, *22*(5), 781-802. Recuperado de https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5610/3217

Sánchez, M. (Septiembre del 2003). "*Depresión y Cáncer de Mama. Relación no Negligible*"; páginas del 165 – 170.

Senado, J. (1999). "*Los factores de riesgo. Revista Cubana de Medicina General*

Integral", *15*(4), 446-452. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864 - 21251999000400018&lng=es&tlng=es.

Singer, S., et al. (2009). *"Hospital anxiety and depression scale cutoff scores for cancer patients in acute care".* Revista Britanica de Cancer 100(6), 908– 912. Recuperado de: https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6604952

Sosa, R. (2017). *"Asociación entre Insomnio, Ansiedad y Depresión en Pacientes Oncológicos del Hospital de Alta complejidad Virgen de la Puerta." (tesis de pregrado)*. Trujillo, Perú: Universidad Privada Antenor Ortego.

Tortella, M. (2014) "*Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5"*; 110 (63-65). Recuperado en file:///C:/Users/USER/Downloads/Dialnet-LosTrastornosDeAnsiedadEnElDSM5-4803018.pdf

Trujillo, S. (2018). "*Ética: Código Deontológico en Psicología*". Bogotá, Colombia: Fundación Universitaria del Area Andina.

Williams, J., Hitchcock P., Cordes J., et al. (2002). "*Is this Patient Clinically Depressed?*". 287:1160-70. Recuperado en: https://doi.org/10.1001/jama.287.9.1160

ANEXOS

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

"Factores de Riesgos Asociados a la Depresión en Pacientes con Cáncer Según el Tipo de Diagnostico en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024."

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e Indicadores	Metodología
Problema General: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la depresión según el tipo de diagnóstico en el centro oncológico, Iquitos 2024? Problemas Específicos: ¿Cómo la edad de la primera relación sexual, Andria y menarquia, son factores de riesgo que predominan en los pacientes con cáncer según el tipo de diagnóstico en el centro oncológico, Iquitos - 2024? ¿Cómo el tabaquismo es un factor de riesgo predominante para los pacientes con cáncer según el tipo de diagnóstico en el centro oncológico, Iquitos – 2024? ¿Cómo el consumo de alcohol es un factor de riesgo predominante para los pacientes con cáncer según el tipo de diagnóstico, en el centro oncológico, Iquitos – 2024? ¿Cuáles son los niveles de depresión según el tipo de diagnóstico en pacientes oncológicos en relación con los factores de riesgos del Centro Oncológico, Iquitos - 2024? ¿Cuál es la relación entre factores de riesgo y depresión en los pacientes oncológicos según el tipo de diagnóstico en el Centro Oncológico, Iquitos - 2024?	Objetivo General: Determinar los factores de riesgos asociados a la depresión según el tipo de diagnóstico en pacientes oncológicos, en el Centro Oncológico, Iquitos – 2024. Objetivos Específicos: Establecer los factores de riesgo gineco-obstetricos: edad, primera relación sexual, Andria y menarquía en pacientes con cáncer según el tipo de diagnóstico en el centro oncológico, Iquitos – 2024. Determinar el factor de riesgo del tabaquismo en pacientes con cáncer según el tipo de diagnóstico en el centro oncológico, Iquitos – 2024. Determinar el factor de riesgo del consumo de alcohol en pacientes con cáncer según el tipo de diagnóstico, en el centro oncológico, Iquitos – 2024. Establecer cuáles son los niveles de depresión según el tipo de diagnóstico en los pacientes oncológicos asociados a los factores de riesgos en el Centro Oncológico, Iquitos – 2024. Demostrar la relación entre los factores de riego y la depresión en los pacientes del Centro Oncológico, Iquitos – 2024	Hipótesis General: Existe relación significativa entre el factor de riesgo gineco- obstétrico, tabaquismo y alcoholismo en relación al tipo de diagnóstico Oncológico en Iquitos durante el año 2024. Hipótesis Especificas: Existe relación significativa entre los factores de riesgo gineco-obstetricos, edad de la primera relación sexual, Andria y menarquia según el tipo de diagnóstico Oncológico en Iquitos durante el año 2024. Existe relación significativa entre el factor de riesgo del alcoholismo según el tipo de diagnóstico Oncológico en Iquitos durante el año 2024. Existe relación significativa entre el factor de riesgo del tabaquismo según el tipo de diagnóstico Oncológico en Iquitos durante el año 2024.	Factores de Riesgo (X) No Datos Gineco-Obstetricos: Edad de 1era R Sexual 1er embarazo Andria Menarquia Duración de Periodo No de hijos vivos No de hijos muertos Abortos Gestante: Si No Exámenes Gineco-Obstetricos: Fecha de Ultimo PAP Fecha de Mamografía IVAA Biopsias Uso de Métodos de Planificación:Si Consumo de Alcohol: Ingiere Alcohol: : Si No Forma de Consumo: Eventual – Diario - Semanal Consumo de Tabaco: Fuma Tabaco: Si No Fumador Pasivo: Si No Edad de Inicio N° de Cigarrillos por día Edad de termino (si lo hubiera) Depresión (Y) Indicador: Normal (Sin presencia de depresión) Indicador: Leve de 50 a 59 Indicador: Moderada de 60 a 69 Indicador: Intenso de 70.	Tipo de Investigación: Descriptivo y Prospectivo Diseño de Investigación: Transversal y Correlacional Población: La población de estudio en el presente trabajo de investigación lo constituyeron aquellos pacientes que acuden al Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto siendo un total de 200 pacientes oncológicos de diferentes diagnósticos tanto del sexo masculino y femenino en la ciudad de Iquitos, 2024. Criterios de inclusión: Pacientes con Cáncer Atendiendo de forma Ambulatoria como Hospitalizados según el tipo de diagnóstico, año 2024. Pacientes con Cáncer atendidos en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias". Pacientes de nacionalidad peruana. Pacientes cuyas edades vayan a partir de los 18 años en adelante. Pacientes de ambos sexos. Pacientes que aceptaron el consentimiento informado para participar en la investigación.

ANEXO 02: CARTA DE PRESENTACION.

Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias"
Área del Centro Oncológico "Virgen Mística"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Iquitos, Lunes 06 de Noviembre del 2023

DEPARTAMENTO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
Dr. Luis Díaz Córdova
Jefe de Oncología

Lic. Inés Castillo Grandez
Coordinadora de Enfermería en Oncología

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"
DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA
RECIBIDO POR:
FECHA: 06/11/2023
HORA: 10:07

MOTIVO: SOLICITUD APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo **Víctor Carlos Loja Torres**, con número de DNI: **75582197** y **Franco Eduardo Reátegui Pezo**, con número de DNI: **73014432** tenemos el honor de dirigirnos a ustedes, con motivos de saludarlos y al mismo tiempo solicitarles que necesitamos su autorización, para la aplicación de instrumentos que son la Escala de Depresión de W.W.K. Zung y la Ficha de Filiación e Identificación de Factores de Riesgo a los pacientes dentro del área de oncología para nuestra tesis titulada: "Factores de Riesgos Asociados a la Depresión en Pacientes Oncológicos según el Tipo de Diagnostico en el Centro Oncológico, Iquitos 2023".

Agradezco su interés y espero que reciba de buena manera esta solicitud.

Atte.
Víctor Carlos Loja Torres
Franco Eduardo Reátegui Pezo

ANEXO 03: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

"Factores de Riesgos asociados a la Depresión en Pacientes con Cáncer según el tipo de diagnóstico en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto: 2024"

RESPONSABLES DE LA INVESTIGACIÓN: **Víctor Carlos Loja Torres.**

Franco Eduardo, Reátegui Pezo.

ASESOR (A) **: Hellen Gaby Tello Collantes.**

INSTITUCION **: Universidad Científica del Perú (UCP).**

Lo saludamos cordialmente Víctor Carlos Loja Torres y Franco Eduardo Reátegui Pezo bachilleres de la carrera profesional de Psicología de la Universidad Científica del Perú (UCP), a través de este documento que forma parte del proceso para la obtención del consentimiento informado, nos gustaría invitarlo a participar en la investigación titulada: ***Factores de Riesgo asociados a la Depresión en pacientes con Cáncer según el tipo de diagnóstico del Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto***, como parte del recojo de información para la sustentación de tesis para la obtención del título profesional. Esta investigación tiene como objetivo evaluar y determinar si existe una relación entre la depresión y factores de riesgo que van a influir en el paciente oncológico, por lo señalado creemos necesario profundizar más en este tema y abordarlo con la debida importancia que amerita.

Antes de decidir, necesita entender por qué se está realizando esta investigación y en qué consistirá su participación. Por favor tómese el tiempo que usted necesite, para leer la siguiente información cuidadosamente y pregunte cualquier cosa que no comprenda.

Su participación será en contestar las preguntas del Cuestionario de Depresión de Zung y Fichas de Valoración de Factores de Riesgo en pacientes oncológicos. La participación en la presente investigación es voluntaria y anónima. Se respetará la confidencialidad Los datos obtenidos del presente estudio solo serán utilizados por los investigadores con fines de investigación.

Desearíamos contar con su ayuda para lograr la investigación. Por lo que le pedimos que firme este documento con lo cual está dando su autorización para la participación en este estudio y finalmente proceder a responder con sinceridad las preguntas del cuestionario y fichas del anexo.

Desde ya le agradecemos su participación.

FIRMA DEL USUARIO
DNI:

NOMBRE DEL USUARIO:

ANEXO 04: COMPROMISOS DE HONOR

Centro Oncológico “Rosa Mística” – Hospital Regional de Loreto

Iquitos .

A través del presente escrito los suscritos Bach. Psic. VICTOR CARLOS LOJA TORRES. DNI 75582197 y FRANCO EDUARDO REATEGUI PEZO. DNI 73014432 egresados de la carrera profesional de Psicología de la Universidad Científica del Perú, nos comprometemos a cumplir con las siguientes disposiciones académicas, conductuales y administrativas.

Nos comprometemos a no interferir con las labores del personal Centro Oncológico ““Rosa Mística” del Hospital Regional de Loreto.

Respetar y asistir con puntualidad a las sesiones programadas para realizar las entrevistas.

Nos comprometemos a no cometer ningún tipo de plagio o cualquier otro acto de actitud deshonesta que atente contra el normal desarrollo de la investigación.

No involucrarnos en actos que, por su trascendencia social, comprometan negativamente al Centro Oncológico “Rosa Mística” del Hospital Regional de Loreto.

No manifestar conductas que constituyan falta de honestidad, o estén reñidas con la moral y las buenas costumbres.

Siempre dirigirme con el respeto y consideración debida, a los pacientes del Centro Oncológico “Rosa Mística” del Hospital Regional de Loreto

Atentamente:

Bach. VICTOR CARLOS LOJA TORRES
DNI Nº 75582197

Bach. FRANCO EDUARDO REATEGUI PEZO.
DNI N° 7301443

ANEXO 05: INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D.POR W. W. K. ZUNG

NOMBRES: _____EDAD: ____SEXO: _DNI: _____

DIAGNOSTICO: _____ FECHA: /_____/ FECHA DE NACIMIENTO. _____/ _/ _____

_____

DIRECCIÓN: TELÉFONO:_____HISTORIAL CLINICO: _____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estarme quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA

FICHA DE FILIACION E IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO PARA VARON

A. DATOS GENERALES:

FECHA: ----------TIPO DE COBERTURA: NINGUNA ( ), SIS ( ), Es salud.....

B. DATOS PERSONALES:

Nombre y apellido .....Edad.....DNI.....
Direccion.....Distrito.....AAHH.....Provincia.....
Departamento.....
Fecha de nacimiento.....lugar de nacimiento.....
Estado civil: sol ( ) cas ( ) conv ( ) Viud ( ) Divor ( ), Grado de instrucción: Analf ( ) Prim ( ) Sec ( ) Sup ( ),
Teléfono o celular.....

C. REFERENCIA DE INFORMACION:

¿Cómo recibió información del centro de prevención y diagnóstico de cáncer?
Amistad ( ) Promotores ( ) Prof. de la salud ( ) Medios de comunicación ( ) Familiares ( ), Otros
Si marca otros cual.....

D. PSA

Fecha de ultimo PSA.....Resultado.....

Fecha de último control médico:..... Resultado.....

E. RIESGO SEXUAL

Uso de preservativo: SI ( ) NO ( )

Número de parejas sexuales: 1( ) 2-3 ( ) +3 ( ), Actividad sexual de riesgo.....

F. FACTORES DE RIESGO:

Fuma tabaco: SI ( ) NO ( ), Fumador pasivo: SI ( ) NO ( ), Edad de inicio.....N promedio de cigarros por día....., Edad de termino (si lo hubiera).....
Ingiere alcohol: SI ( ) NO ( ), si es si como: Eventual ( ), Diario ( ), Semanal ( ), Otros.. .....

G. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER:

Rama materna	Rama paterna	Hermanos	Hijos

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA

FICHA DE FILIACION E IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO PARA VARON

A. DATOS GENERALES:

FECHA: ----------TIPO DE COBERTURA: NINGUNA ( ), SIS ( ), Es salud.....

B. DATOS PERSONALES:

Nombre y apellido .....Edad.....DNI.....
Direccion.....Distrito.....AAHH.....Provincia.....
Departamento.....
Fecha de nacimiento.....lugar de nacimiento.....
Estado civil: sol ( ) cas ( ) conv ( ) Viud ( ) Divor ( ), Grado de instrucción: Analf ( ) Prim ( ) Sec ( ) Sup ( ),
Teléfono o celular.....

C. REFERENCIA DE INFORMACION:

¿Cómo recibió información del centro de prevención y diagnóstico de cáncer?
Amistad ( ) Promotores ( ) Prof. de la salud ( ) Medios de comunicación ( ) Familiares ( ), Otros
Si marca otros cual.....

D. PSA

Fecha de ultimo PSA.....Resultado.....

Fecha de último control médico:..... Resultado.....

E. RIESGO SEXUAL

Uso de preservativo: SI ( ) NO ( )

Número de parejas sexuales: 1( ) 2-3 ( ) +3 ( ), Actividad sexual de riesgo.....

F. FACTORES DE RIESGO:

Fuma tabaco: SI ( ) NO ( ), Fumador pasivo: SI ( ) NO ( ), Edad de inicio.....N promedio de cigarros por día....., Edad de termino (si lo hubiera).....
Ingiere alcohol: SI ( ) NO ( ), si es si como: Eventual ( ), Diario ( ), Semanal ( ), Otros.. .....

G. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER:

Rama materna	Rama paterna	Hermanos	Hijos

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA

"Felipe Arriola Iglesias"
Te Sirve con ...

FICHA DE FILIACION E IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO PARA MUJER

A. DATOS GENERALES:

FECHA: ----------TIPO DE COBERTURA: SIS ( ), Es salud ( ), Otros.....

B. DATOS PERSONALES:

Nombre y apellido .....Edad.....DNI.....
Direccion.....Distrito.....AAHH.....Provincia.....
Departamento.....
Fecha de nacimiento.....lugar de nacimiento.....
Estado civil: sol ( ) cas ( ) conv ( ) Viud ( ) Divor ( ), Grado de instrucción: Analf ( ) Prim ( ) Sec ( ) Sup ( ),
Teléfono o celular.....

C. REFERENCIA DE INFORMACION:

¿Cómo recibió información del centro de prevención y diagnóstico de cáncer? Amistad ( ) Promotores ( ) Prof. de la salud ( ) Medios de comunicación ( ) Familiares ( ), Otros.
Si marca otros cual.....

D. DATOS GINECOOBSTETRICOS:

Edad de: 1ra R Sexual....., 1er Embarazo....., Gestante: SI ( ) NO ( ), Edad Andria.....Menarquia, FUR.....
Duración de periodo....., N hijos vivos..... hijos muertos....., Abortos.....
Fecha de ultimo PAP....., Resultado....., Fecha ultima mamografía.....
Resultado:....., IVAA....., Biopsias.....
Usa métodos de planificación: Si ( ) NO ( ). Cuales: Hormonas: SI ( ) NO ( ), DIU: SI ( ) NO, Anticonceptivo oral: SI ( ) NO ( ), Anticonceptivo parenteral: SI ( ) NO ( ), otros.....

E. FACTORES DE RIESGO:

Fuma tabaco: SI ( ) NO ( ), Fumador pasivo: SI ( ) NO ( ), Edad de inicio.....N promedio de cigarros por día....., Edad de termino (si lo hubiera).....
Ingiere alcohol: SI ( ) NO ( ), si es si como: Eventual ( ), Diario ( ), Semanal ( ), Otros.....

F. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER:

Rama materna	Rama paterna	Hermanos	Hijos

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

"Felipe Arriola Iglesias"
Te Sirve con ♥

DEPARTAMENTO DE ONCOLOGIA

FICHA DE FILIACION E IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO PARA MUJER

A. DATOS GENERALES:

FECHA: ----------TIPO DE COBERTURA: SIS ( ), Es salud ( ), Otros.....

B. DATOS PERSONALES:

Nombre y apellido .....Edad.....DNI.....
Direccion.....Distrito.....AAHH.....Provincia.....
Departamento.....
Fecha de nacimiento.....lugar de nacimiento.....
Estado civil: sol ( ) cas ( ) conv ( ) Viud ( ) Divor ( ), Grado de instrucción: Analf ( ) Prim ( ) Sec ( ) Sup ( ),
Teléfono o celular.....

C. REFERENCIA DE INFORMACION:

¿Cómo recibió información del centro de prevención y diagnóstico de cáncer? Amistad ( ) Promotores ( ) Prof. de la salud ( ) Medios de comunicación ( ) Familiares ( ), Otros.
Si marca otros cual.....

D. DATOS GINECOOBSTETRICOS:

Edad de: 1ra R Sexual....., 1er Embarazo....., Gestante: SI ( ) NO ( ), Edad Andria.....Menarquia, FUR.....
Duración de periodo....., N hijos vivos..... hijos muertos....., Abortos.....
Fecha de ultimo PAP....., Resultado....., Fecha ultima mamografía.....
Resultado:....., IVAA....., Biopsias.....
Usa métodos de planificación: Si ( ) NO ( ). Cuales: Hormonas: SI ( ) NO ( ), DIU: SI ( ) NO, Anticonceptivo oral: SI ( ) NO ( ), Anticonceptivo parenteral: SI ( ) NO ( ), otros.....

E. FACTORES DE RIESGO:

Fuma tabaco: SI ( ) NO ( ), Fumador pasivo: SI ( ) NO ( ), Edad de inicio.....N promedio de cigarros por día....., Edad de termino (si lo hubiera).....
Ingiere alcohol: SI ( ) NO ( ), si es si como: Eventual ( ), Diario ( ), Semanal ( ), Otros.....

F. ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER:

Rama materna	Rama paterna	Hermanos	Hijos

ANEXO 06: TABLAS ESTADISTICAS COMPLEMENTARIAS.

Tabla 1**.**
Edad de pacientes en el Centro Oncológico del Hospital Regional De Loreto, 2024.

	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
VÁLIDOS	De 18 a 20	5	3,8	3,8	3,8
	De 21 a 30	23	17,4	17,4	21,2
	De 31 a 40	23	17,4	17,4	38,6
	De 41 a 50	26	19,7	19,7	58,3
	De 51 a 60	26	19,7	19,7	78,0
	De 61 a 70	21	15,9	15,9	93,9
	De 71 a 80	5	3,8	3,8	97,7
	De 81 a 90	3	2,3	2,3	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 1 Distribución de Frecuencia, se reporta la distribución de Frecuencia de la edad de las personas sometidas a evaluación donde 19.7% (26 personas) son de 41 a 51 años y 19.7% (26 personas) tuvieron edad de 51 a 60 años; mientras que el 2.3% (3 personas) tuvieron edad de 81 a 90 años. Es decir de los de mayor y menor frecuencia.

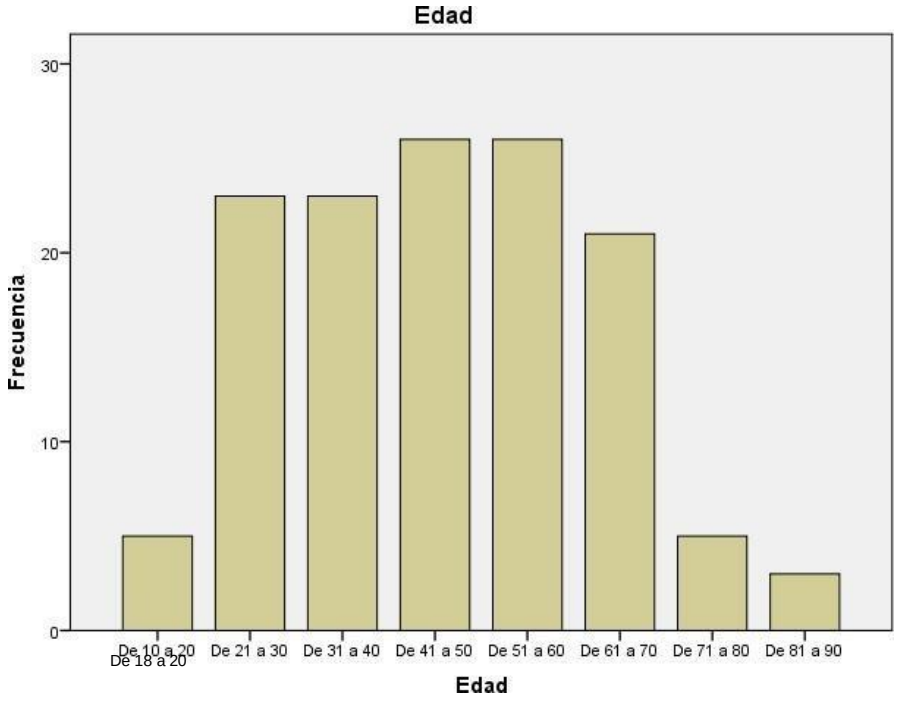


Tabla 2.

Antecedentes Patológicos de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024.

Antecedentes Patológicos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
VÁLIDOS	No	112	84,8	84,8	84,8
	Si	20	15,2	15,2	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 2. Distribución de Frecuencia, se reporta la distribución de los Antecedentes Patológicos de las personas sometidas a evaluación, donde el 84.8% (112 personas) no tienen antecedentes patológicos, mientras que el 15.2 % (20 personas) si tienen antecedentes patológicos.

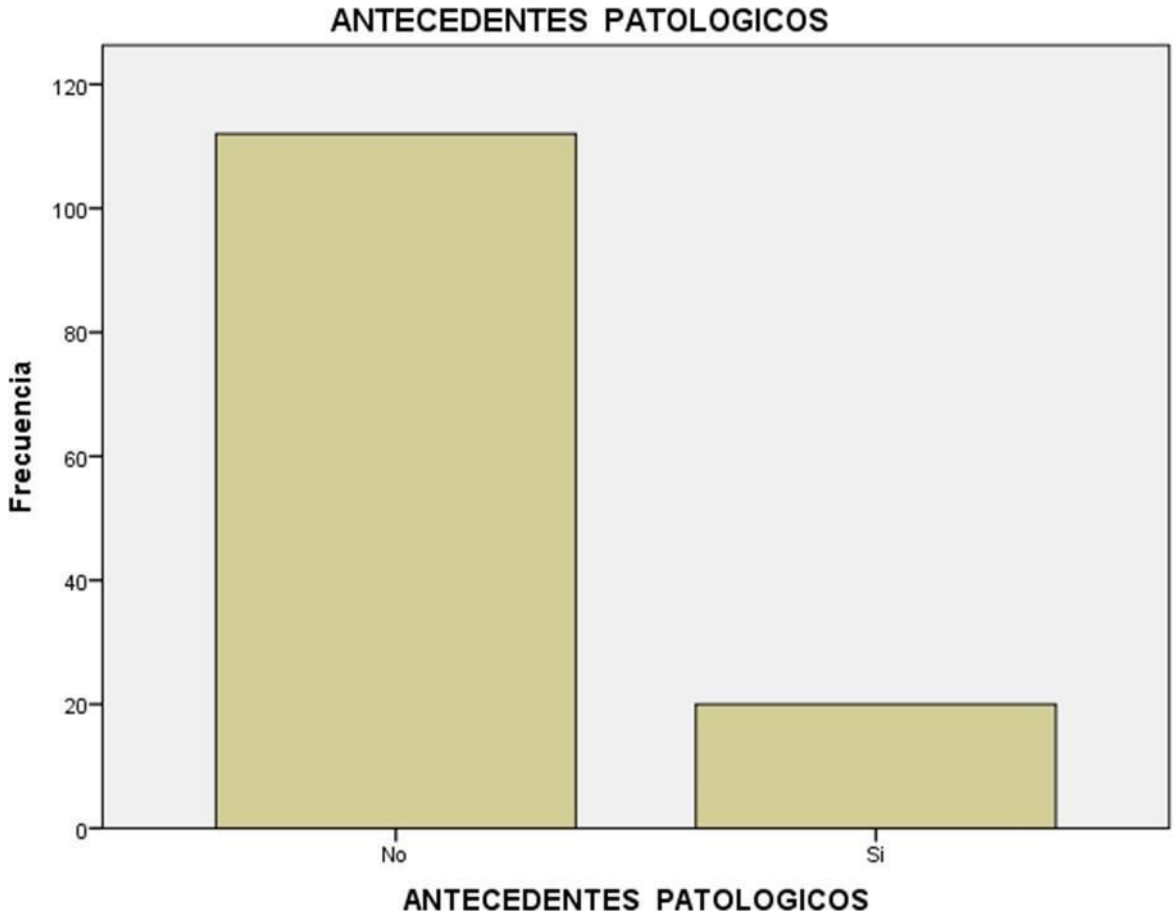


Tabla 3.
Antecedentes Familiares de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024.

	Antecedentes Familiares	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido
VÁLIDOS	No	78	59,1	59,1
	Si	54	40,9	40,9
	TOTAL	132	100,0	100,0

En la tabla 3. Distribución de Frecuencia, se reporta la distribución de los Antecedentes Familiares de las personas sometidas a evaluación, donde el 59.1% (78 personas) no tienen antecedentes familiares, mientras que el 40.9% (54 personas) si tienen antecedentes familiares.

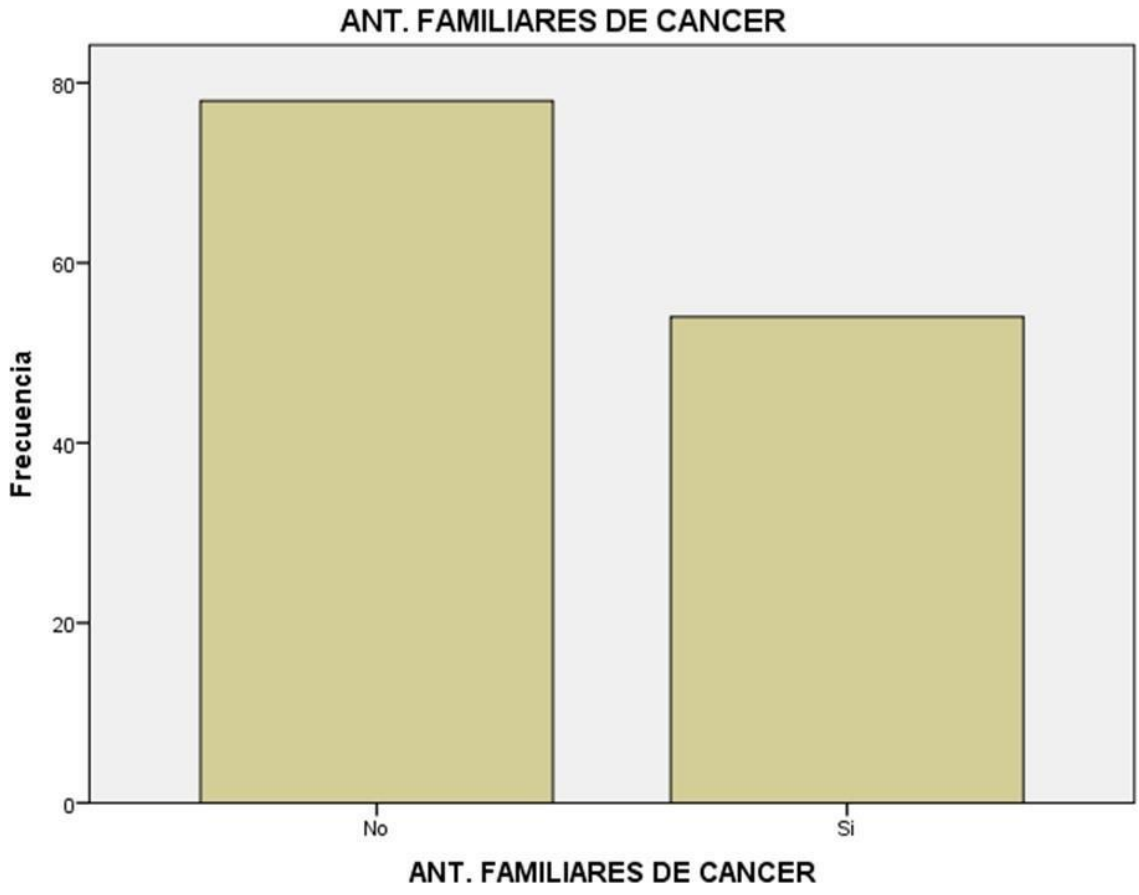


Tabla 4.
Ocupación Actual de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024.

Ocupación Actual		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
VÁLIDOS	No	120	90,9	90,9	90,9
	Si	12	9,1	9,1	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 4. Distribución de Frecuencia, se reporta la distribución de Frecuencia de la Ocupación Actual de las personas sometidas a evaluación, donde el 90.9% (120 personas) no tienen ocupación, mientras que 9.1% (12 personas) tienen ocupación.

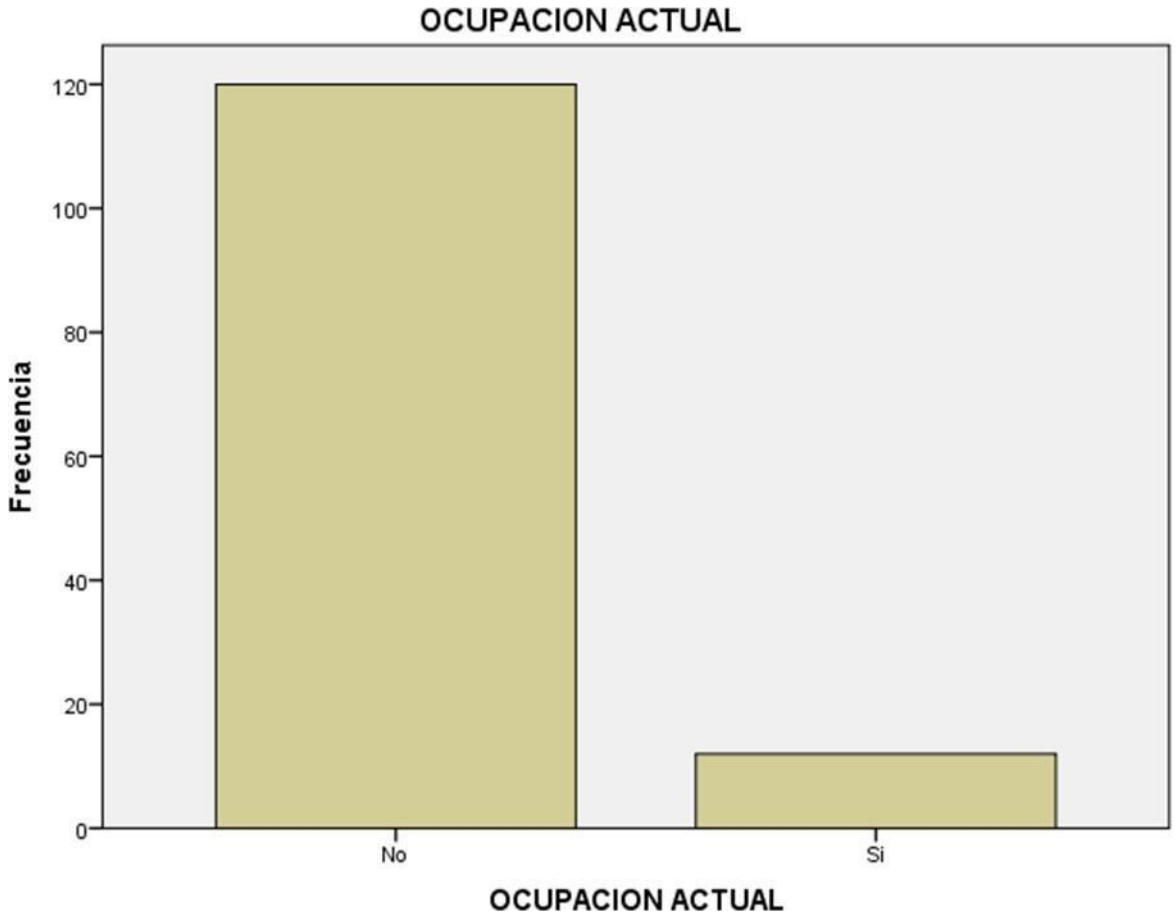


Tabla 5.

Ocupación Anterior de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024.

	Ocupación Anterior	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
VÁLIDOS	No	127	96,2	96,2	96,2
	Si	5	3,8	3,8	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 5. Distribución de Frecuencia, se reporta la distribución de la Ocupación anterior de las personas sometidas a evaluación, donde el 96.2% (127 personas) no tienen ocupación anterior, mientras que el 3.6 % (5 personas) si tienen ocupación anterior

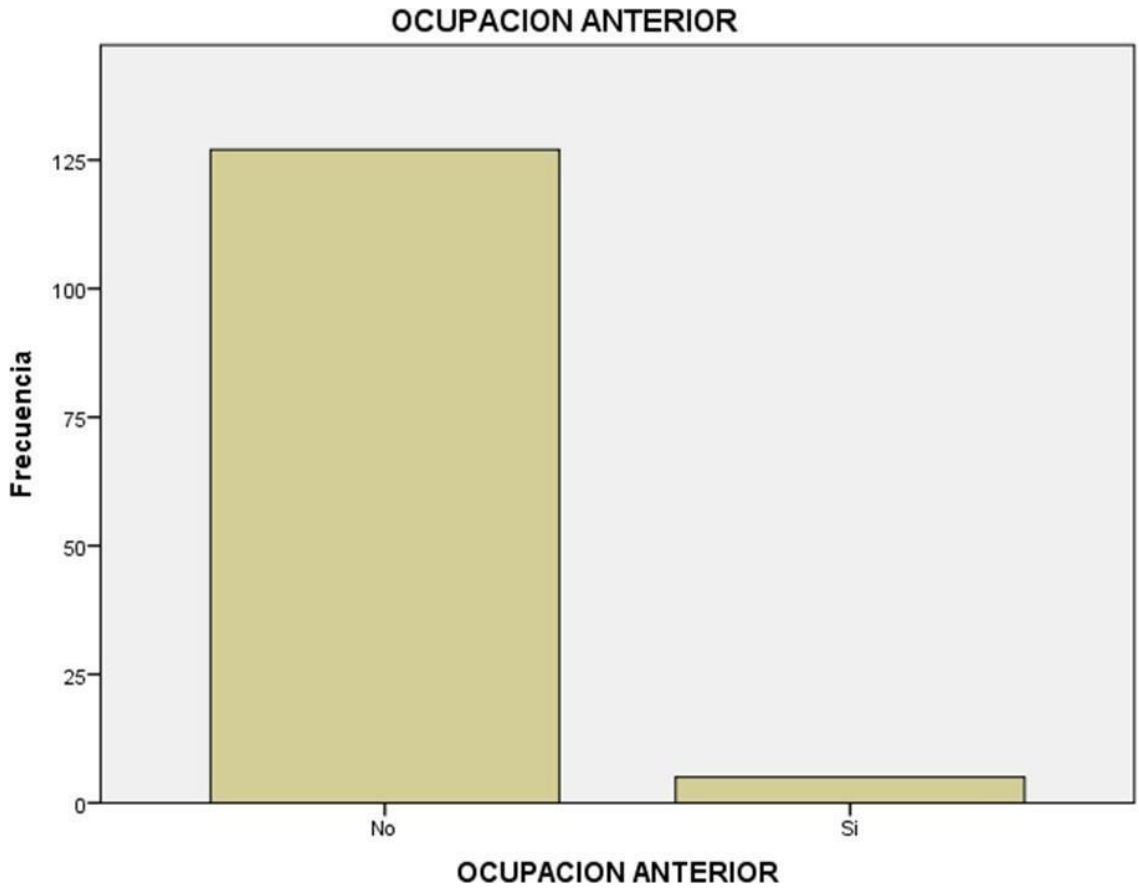


Tabla 6.

Riesgo Sexual de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto 2024.

Riesgo Sexual		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
VÁLIDOS	No	127	96,2	96,2	96,2
	Si	5	3,8	3,8	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 6. Distribución de Frecuencia, se reporta del Riesgo de Salud Sexual de las personas sometidas a evaluación, donde el 96.2% (127 personas) no tienen riesgos de salud sexual, mientras que el 3.8 % (5 personas) si tienen riesgos de salud sexual.

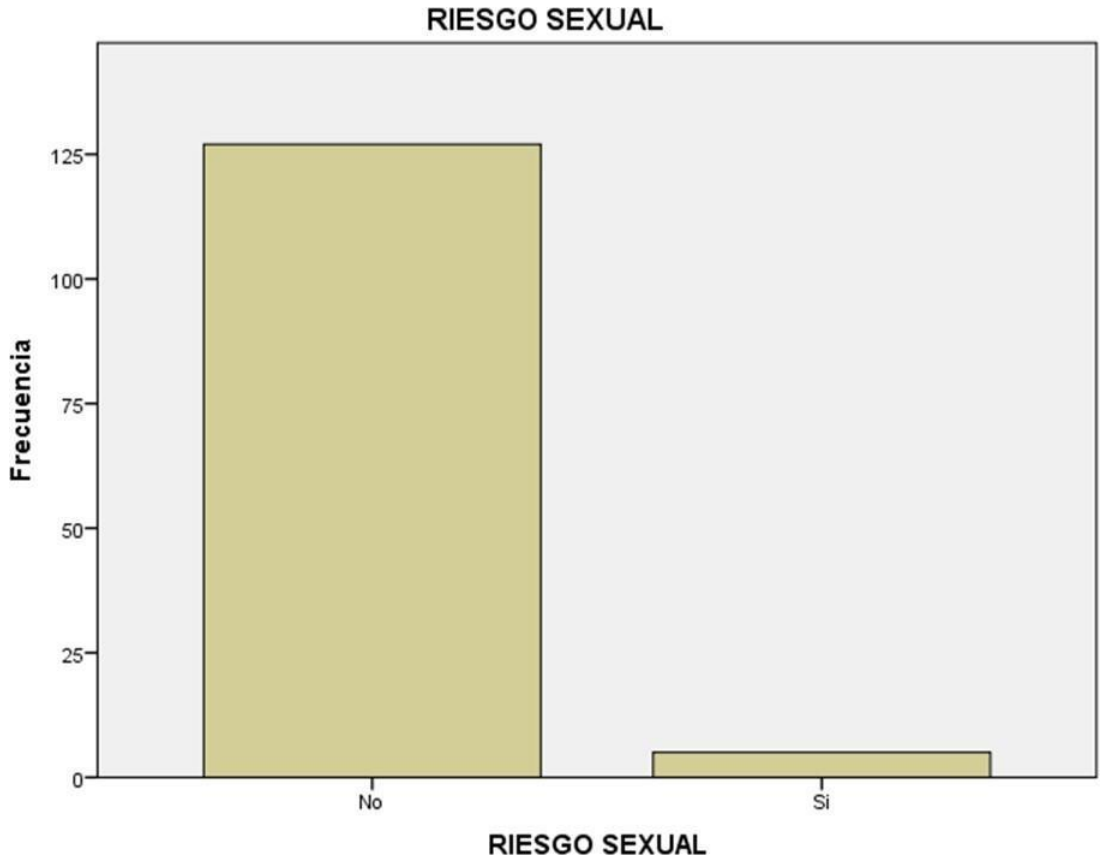


Tabla 7.

Actividad Física Promedio de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024.

	Actividad Física Promedio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
VÁLIDOS	No	129	97,7	97,7	97,7
	Si	3	2,3	2,3	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 7: Distribución de Frecuencia, se reporta de la Actividad Física Promedio de las personas sometidas a evaluación, donde el 97.7% (129 personas) no tienen Actividad Física Promedio, mientras que el 2.3 % (3 personas) si tienen Actividad Física Promedio

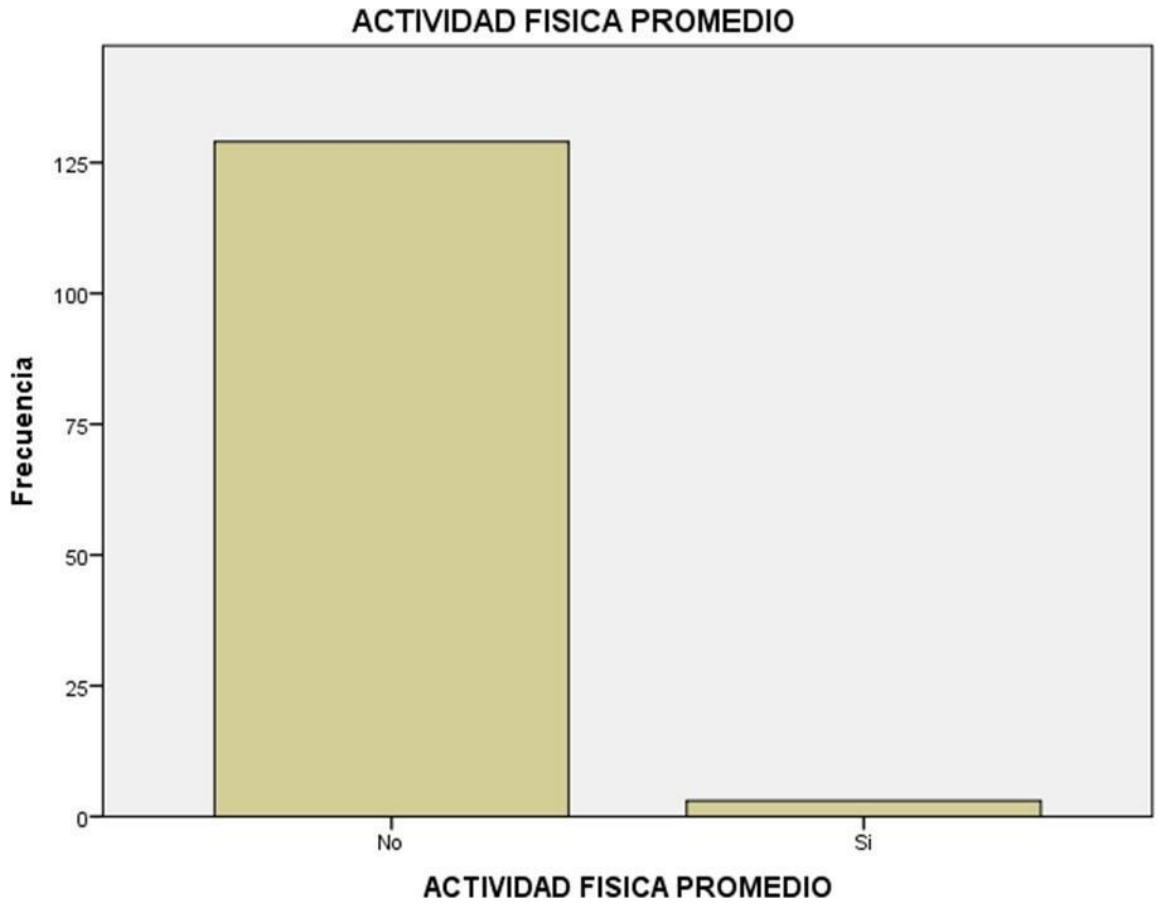


Tabla 8.

Hábitos Alimenticios de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024

Hábitos Alimenticios		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
VÁLIDOS	No	118	89,4	89,4	89,4
	Si	14	10,6	10,6	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 8: Se reporta la distribución de los Hábitos Alimenticios de las personas sometidas a evaluación, donde el 89.4% (118 personas) no tienen hábitos alimenticios, mientras que el 10.6 % (14 personas) si tienen hábitos alimenticios

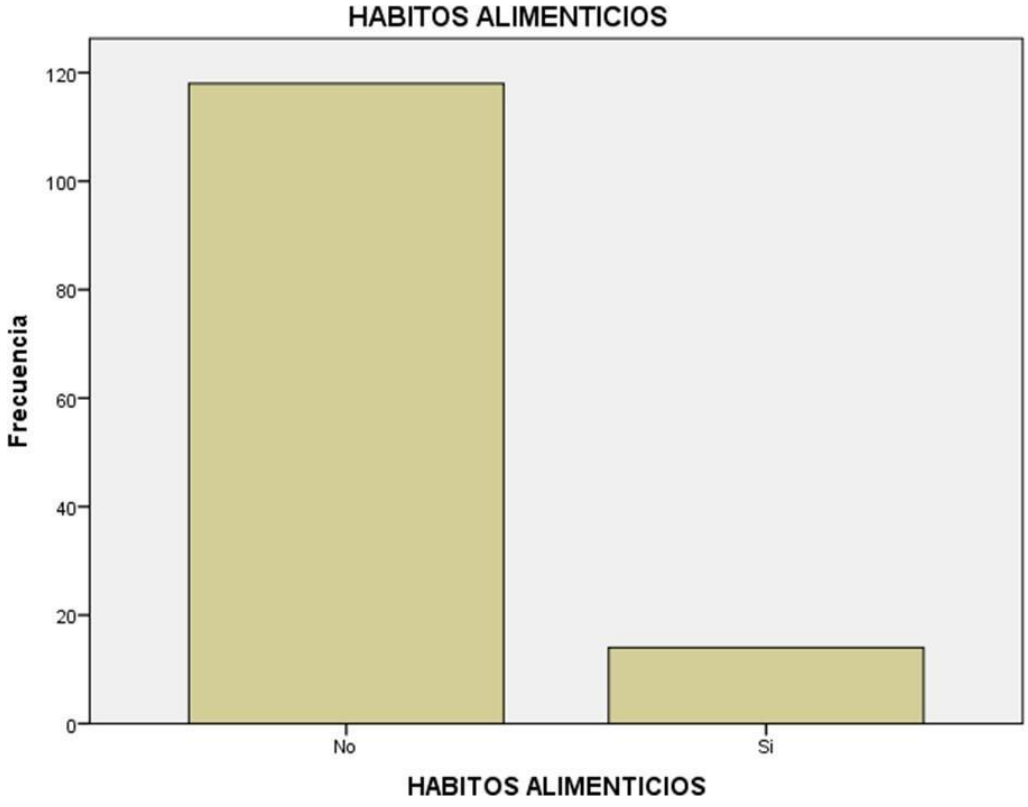


Tabla 9.

Exposición Solar de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024.

Exposición Solar		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
VÁLIDOS	No	114	86,4	86,4	86,4
	Si	18	13,6	13,6	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 9. Distribución de Frecuencia, se reporta la distribución de los Antecedentes Familiares de las personas sometidas a evaluación, donde el 86.4% (114 personas) no tienen exposición solar, mientras que el 13.6 % (18 personas) si tienen exposición solar.

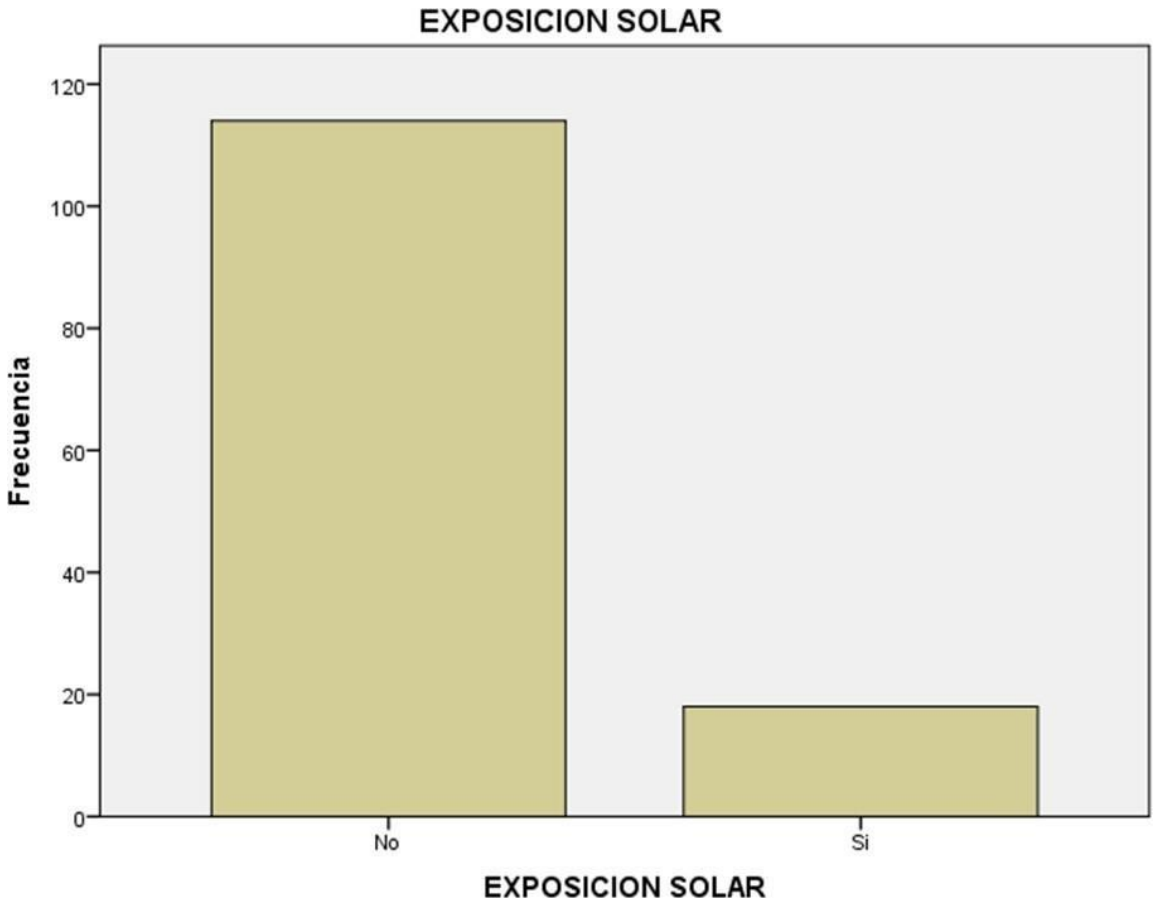


Tabla 10.

No hay Factor de Riesgo Predominante de las Personas Evaluadas en el Centro Oncológico del Hospital Regional de Loreto, 2024.

No Hay Factor de Riesgo Predominantes	Frecuencia		Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
VÁLIDOS	No	109	82,6	82,6	82,6
	Si	23	17,4	17,4	100,0
	TOTAL	132	100,0	100,0	

En la tabla 10. Distribución de Frecuencia, se reporta el No hay Factor Riesgo Predominantes de las personas sometidas a evaluación, donde el 82.6 % (109 personas) dicen no a los que dicen no hay factores de riesgo, mientras que el 17.4 % (23 personas) dicen si a los que dicen que no hay factores de riesgo.

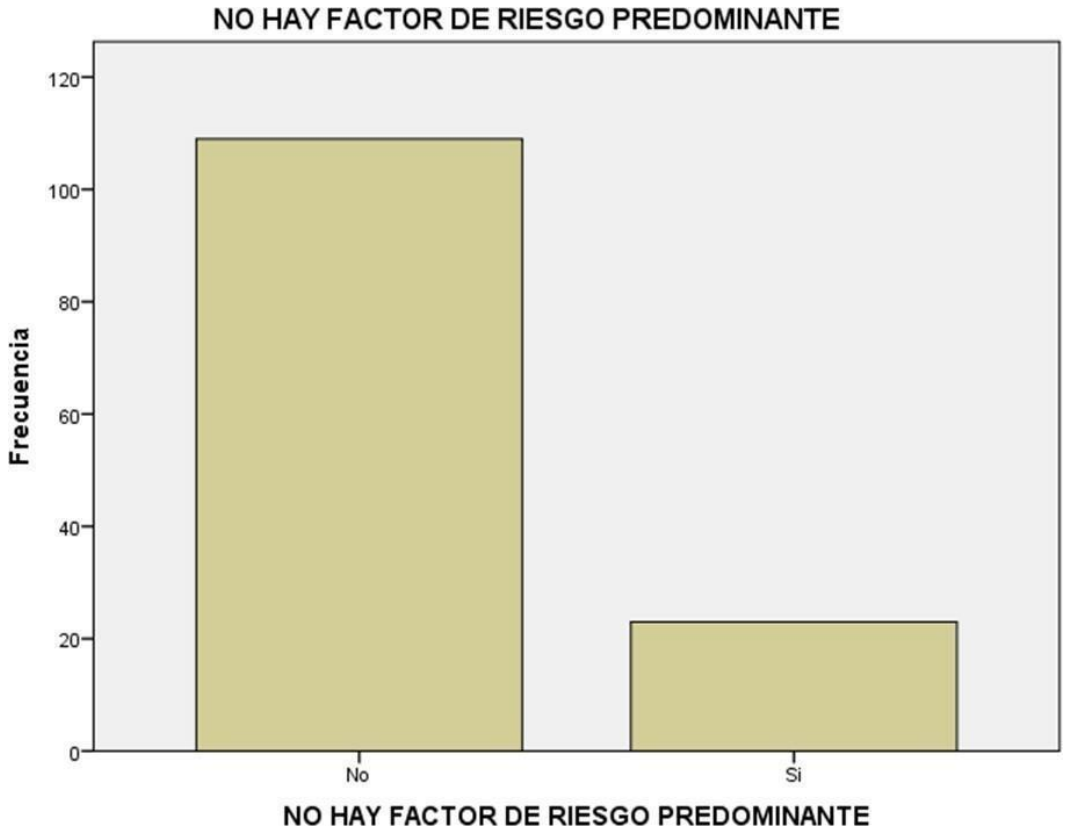


Tabla 11.

Pruebas de chi-cuadrado de los Antecedentes Patológicos versus Depresión.

.

Antecedentes Patológicos versus Depresión	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,583[a]	3	,205
Razón de verosimilitudes	4,944	3	,176
Asociación lineal por lineal	2,615	1	,106
N de casos válidos	132		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,27.

En la tabla 11 se reporta la prueba de Chi(X^2) de la relación de Antecedentes Patológicos con la depresión se obtiene un valor de p-valué de 0.205 que supera al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de la prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se acepta H_0 (Hipótesis Nula) que indica que no hay interacción entre el Antecedente Patológico con los niveles de depresión, en otras palabras, no hay diferencia estadística entre ambas variables

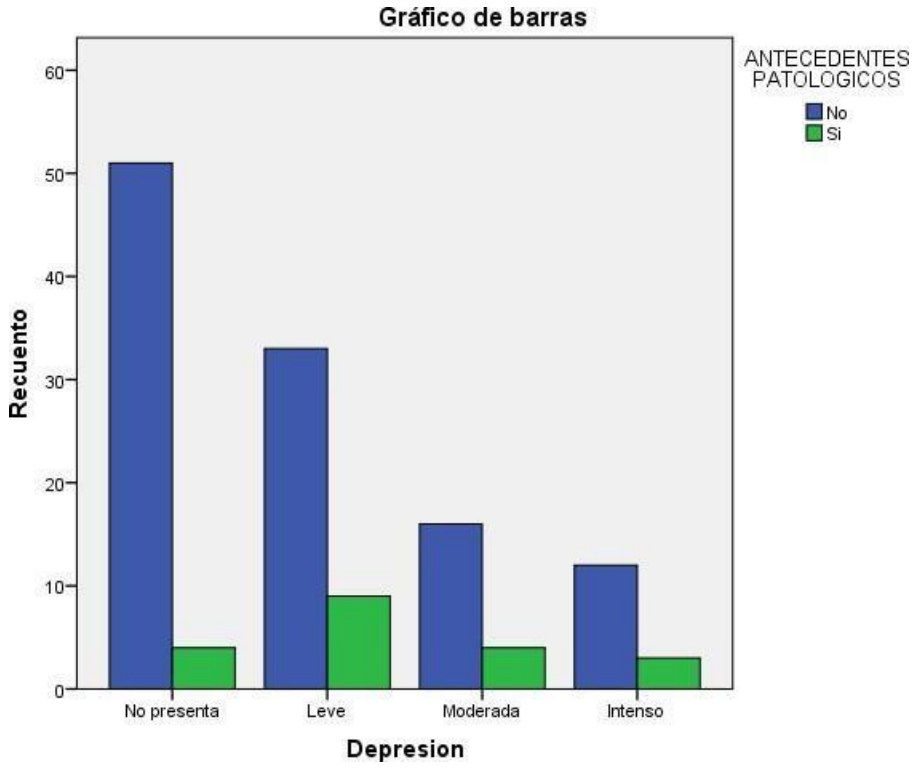


Tabla 12

Pruebas de chi-cuadrado de Ocupación Anterior versus Depresión.

Ocupación Anterior versus Depresión	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,782[a]	3	,854
Razón de verosimilitudes	,787	3	,853
Asociación lineal por lineal	,028	1	,868
N de casos válidos	132		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,14.

En la tabla 12 se reporta la prueba de Chi(X^2) de la relación de Antecedentes Familiar de Cáncer con la depresión se obtiene un valor de p-valué de 0.854 que supera al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de la prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se acepta H_0 (Hipótesis Nula) que indica que no hay interacción entre el Antecedente Familiar de Cáncer versus la Depresión

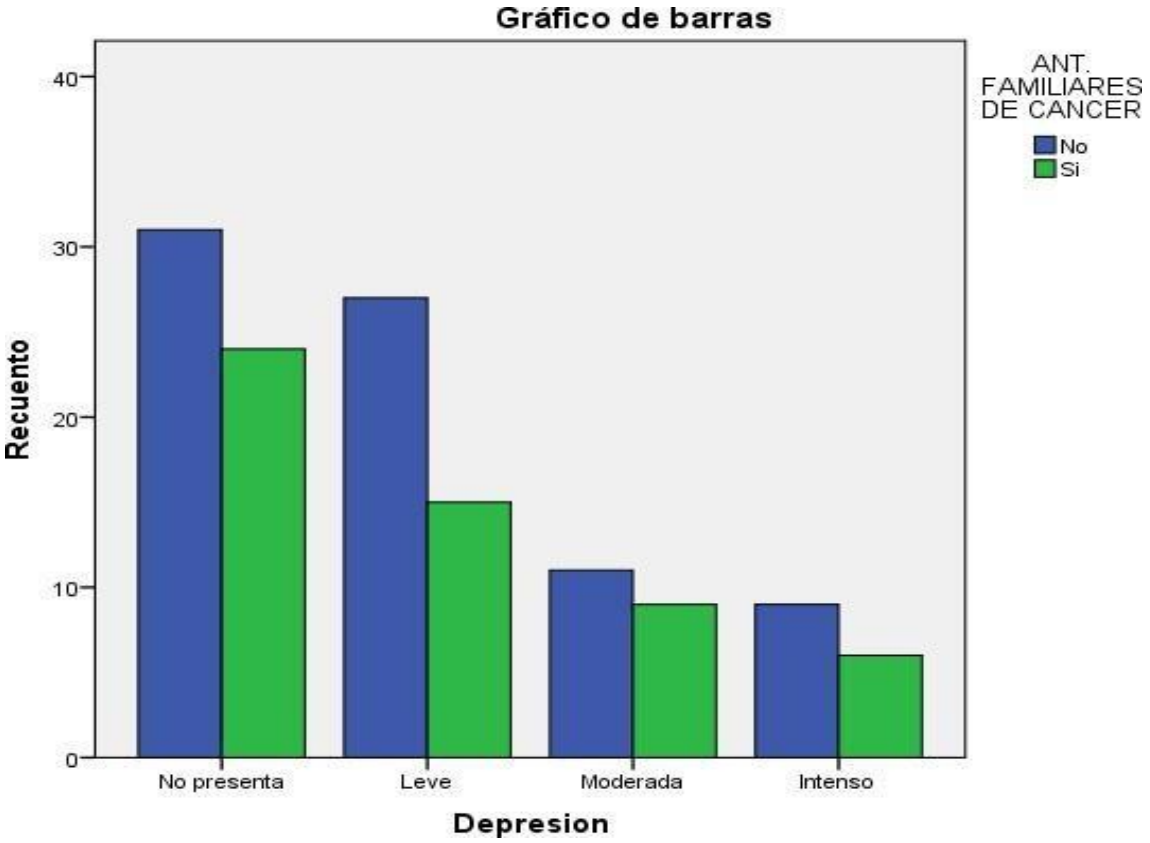


Tabla 13**.**

Pruebas de chi-cuadrado de Ocupación Anterior versus Depresión.

Ocupación Anterior versus Depresión	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,653[a]	3	,884
Razón de verosimilitudes	,619	3	,892
Asociación lineal por lineal	,286	1	,593
N de casos válidos	132		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,57.

En la tabla 13 se reporta la prueba de Chi(X^2) de la relación de la Ocupación Anterior con la Depresión se obtiene un valor de p-valué de 0.884 es mayor al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se acepta H_0 (Hipótesis Nula) que indica que no hay interacción entre Ocupación Anterior versus depresión.

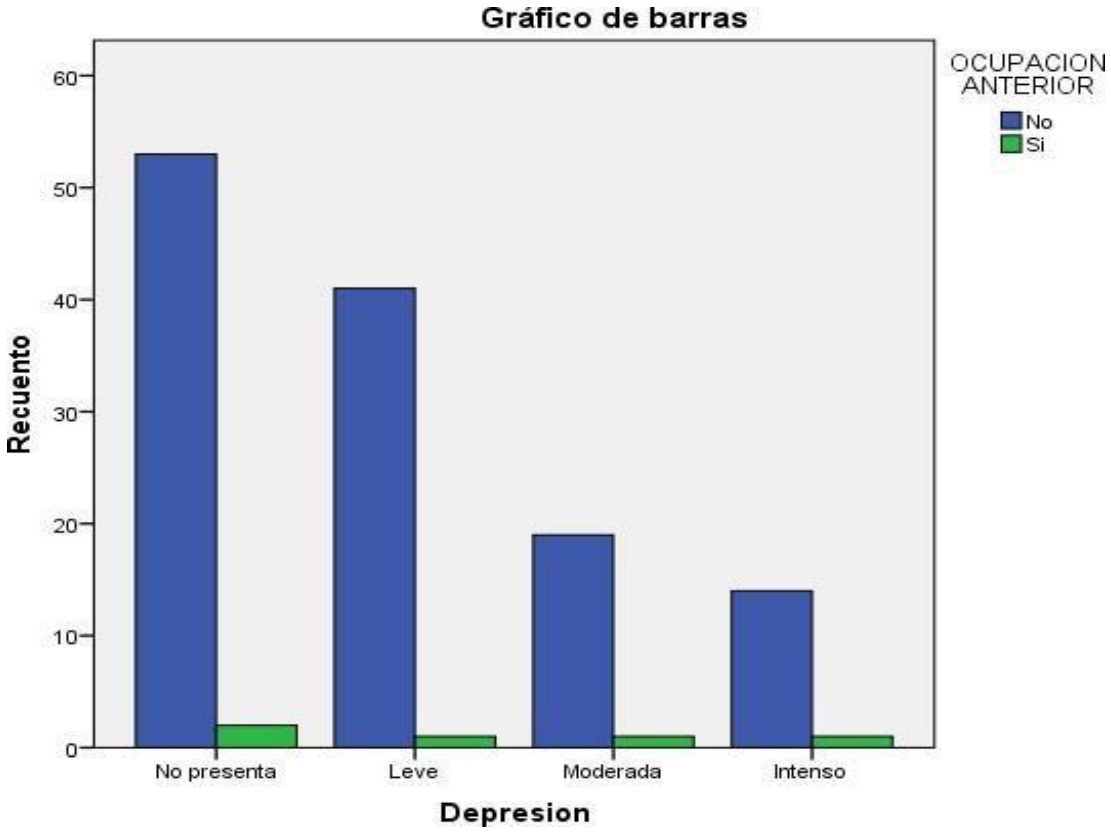


Tabla 14.

Pruebas de chi-cuadrado del Factor de Riesgo Sexual versus Depresión.

Factor de Riesgo Sexual	**Valor**	**gl**	**Sig. asintótica (bilateral) versus Depresión**.
Chi-cuadrado de Pearson	6,628[a]	3	,085
Razón de verosimilitudes	8,184	3	,042
Asociación lineal por lineal	,286	1	,593
N de casos válidos	132		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,57.

En la tabla 14 se reporta la prueba de Chi(X^2) de la relación de los Riesgos Sexual con la depresión se obtiene un valor de p-valué de 0.085 que supera al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de la prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se acepta H_0 (Hipótesis Nula) que indica que no hay interacción entre los Riesgo Sexual versus la Depresión.

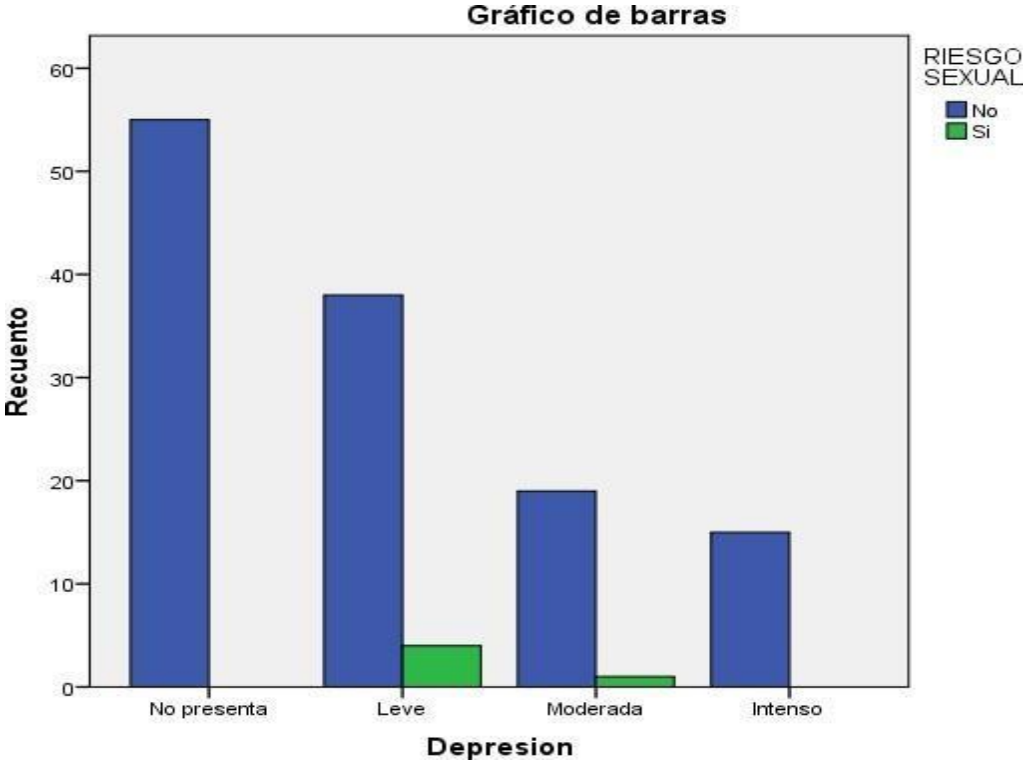


Tabla 15.

Pruebas de chi-cuadrado de la Actividad Física Promedio versus Depresión

Actividad Física Promedio versus Depresión	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,255[a]	3	,354
Razón de verosimilitudes	3,897	3	,273
Asociación lineal por lineal	3,213	1	,073
N de casos válidos	132		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,34.

En la tabla 15 se reporta la prueba de Chi (X^2) de la relación de la Actividad Física Promedio con la Depresión se obtiene un valor de p-valué de 0.354 es mayor al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se acepta H_0 (Hipótesis Nula) que indica que no hay interacción entre Actividad Física Promedio versus depresión.

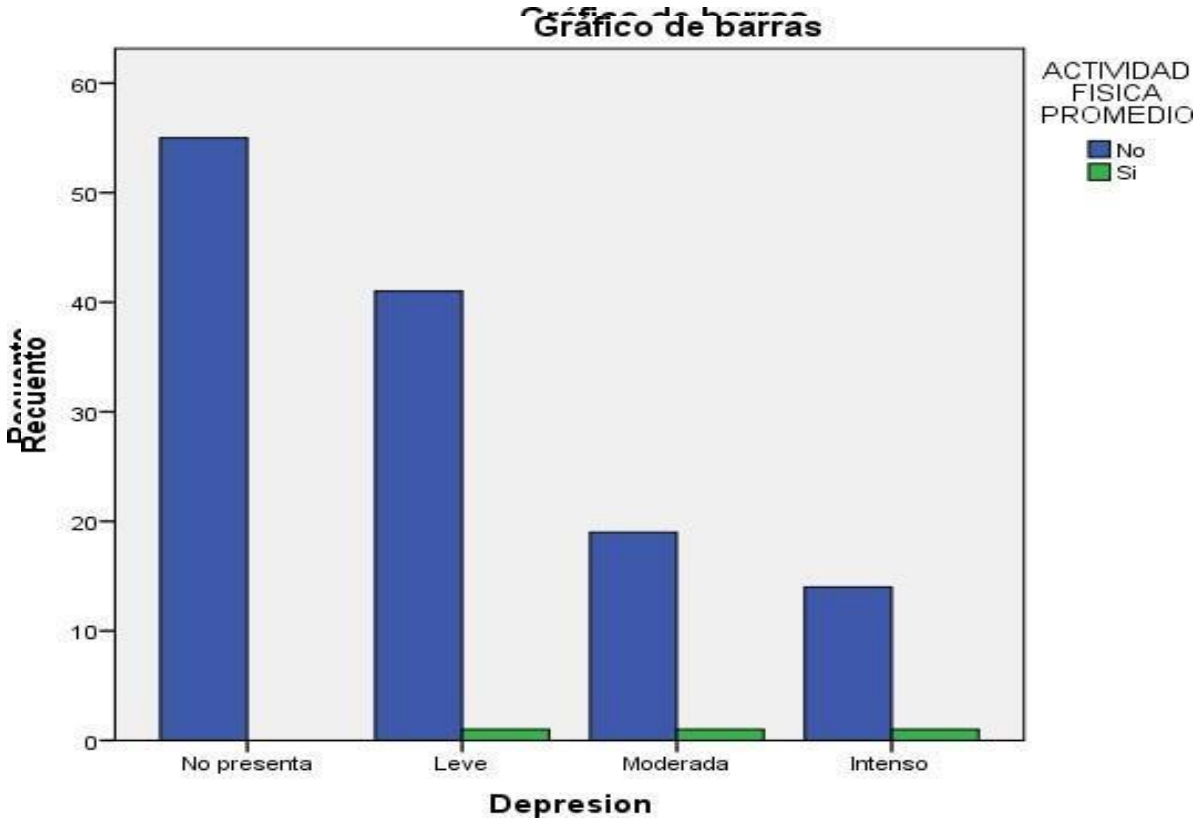


Tabla 16.

Pruebas de chi-cuadrado de la Actividad Física Promedio versus Depresión.

Hábitos Alimenticios versus Depresión	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2, 116[a]	3	,549
Razón de verosimilitudes	2,007	3	,571
Asociación lineal por lineal	,182	1	,670
N de casos válidos	132		

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,59.

En la tabla 16 se reporta la prueba de Chi(X^2) de la relación de los Hábitos Alimenticios con la depresión se obtiene un valor de p-valué de 0.549 que supera al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de la prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se acepta H_0 (Hipótesis Nula) que indica que no hay interacción entre los Hábitos Alimenticios versus la Depresión.

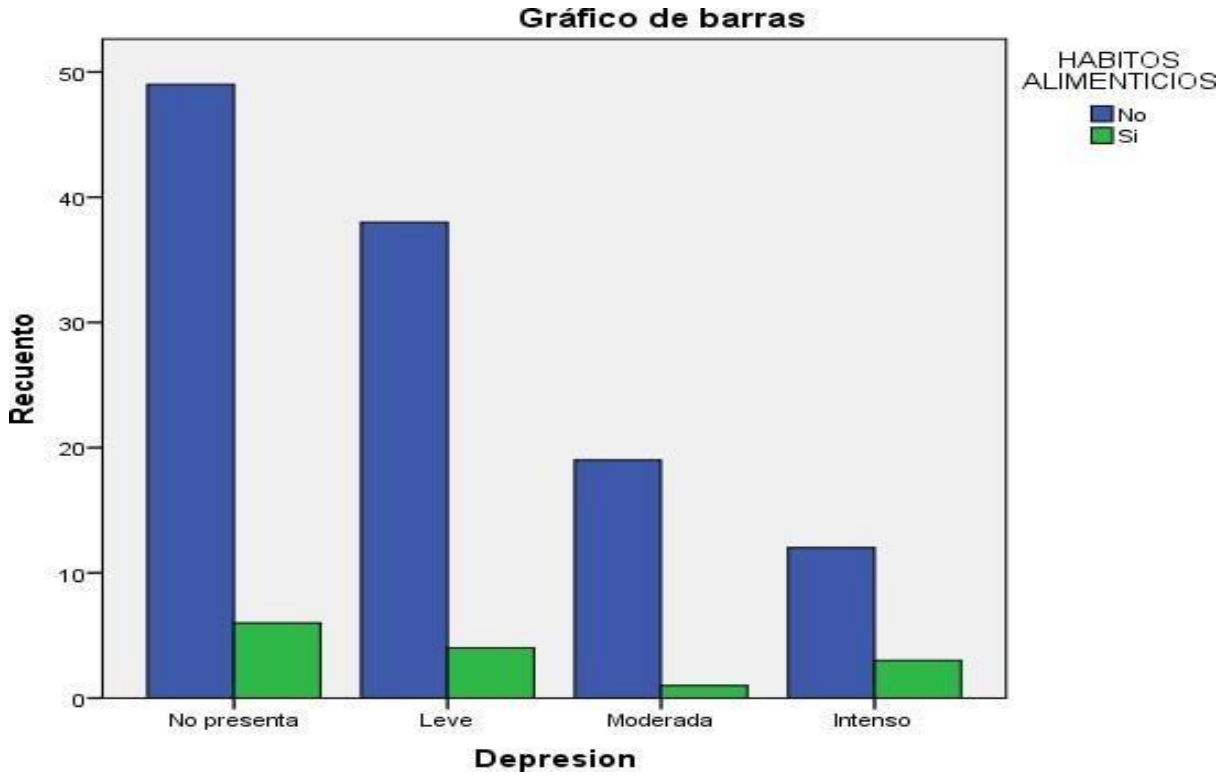


Tabla 18.

Pruebas de chi-cuadrado de Exposición Solar versus Depresión.

Exposición Solar versus Depresión.	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,174[a]	3	,366
Razón de verosimilitudes	2,955	3	,399
Asociación lineal por lineal	,177	1	,674
N de casos válidos	132		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,05.

En la tabla 18 se reporta la prueba de Chi(X^2) de la relación de exposición Solar d con la Depresión se obtiene un valor de p-valué de 0.366 es mayor al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se acepta H_0 (Hipótesis Nula) que indica que no hay interacción entre Exposición Solar versus depresión.

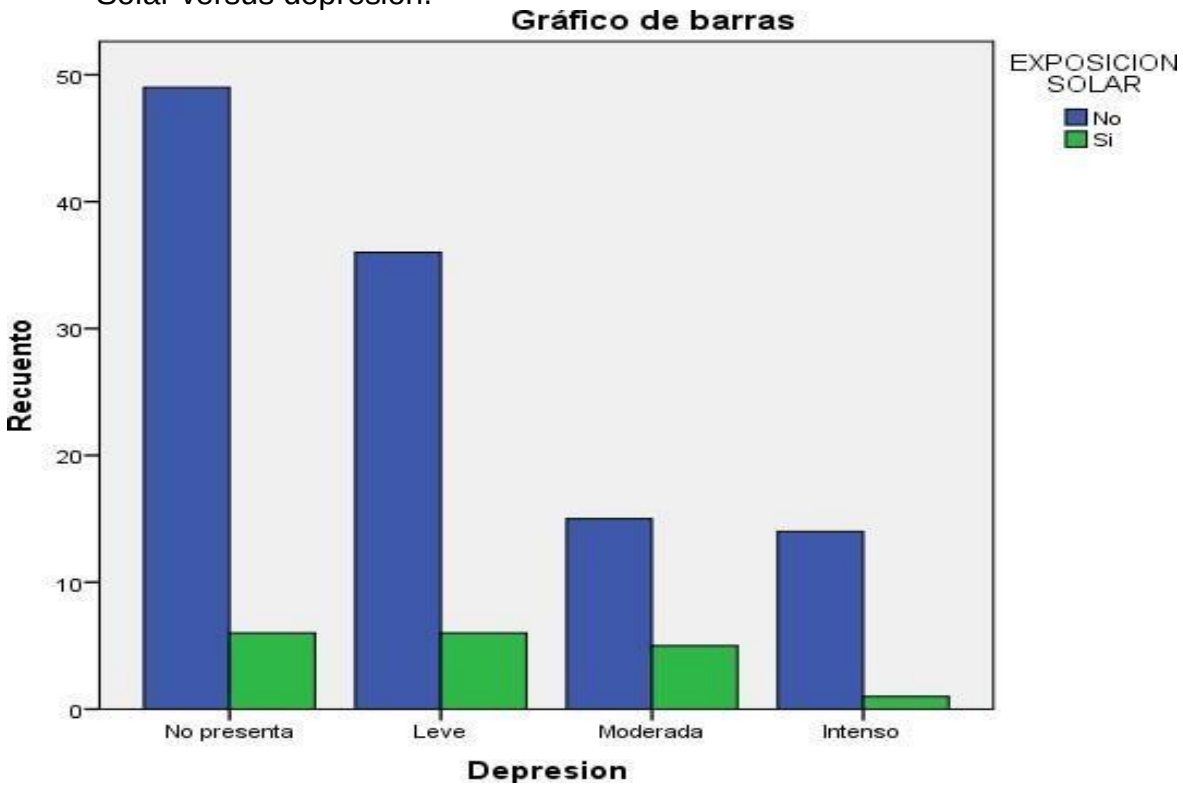


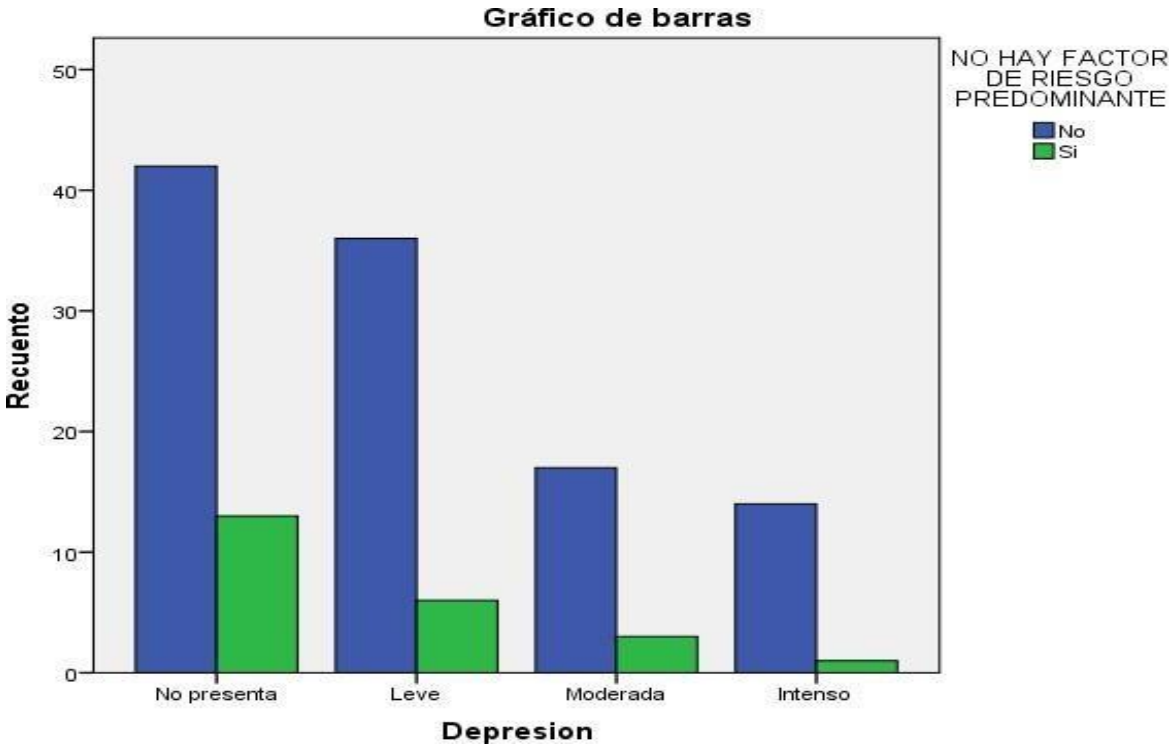
Tabla 19.

Pruebas de chi-cuadrado de No Hay Factor de Riesgo Predominante versus Depresión

No hay Factor de Riesgo Predominante versus Depresión.	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,051[a]	3	,384
Razón de verosimilitudes	3,253	3	,354
Asociación lineal por lineal	2,600	1	,107
N de casos válidos	132		

a. 2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,61.

En la tabla 19 se reporta la prueba de Chi(X^2) de la relación de No hay Factor de Riesgo Predominante con la depresión se obtiene un valor de p-valué de 0.384 que supera al valor del nivel de significancia igual a 0.05 que en la decisión de la prueba de hipótesis de Chi Cuadrado (X^2) donde se acepta H_0 (Hipótesis Nula) que indica que no hay interacción entre No hay Factor de Riesgo Predominante Físico versus la Depresión.



ANEXO 03: TABLAS DE CONTIGENCIA.

TABLA DE CONTINGENCIA DIAGNOSTICO ONCOLOGICO * DEPRESIÓN

DIAGNOSTICO ONCOLÓGICO	Depresión				TOTAL
	No presenta	Leve	Moderada	Intenso	
Cáncer de Mama	19	7	4	1	31
Cáncer de Cuello Uterino	13	12	6	4	35
Cáncer de Pulmón	0	1	1	0	2
Cáncer Linfático	3	1	0	2	6
Cáncer de Estomago	0	2	0	5	7
Cáncer de Testículo	0	2	0	0	2
Cáncer en el Glúteo	1	0	0	0	1
Cáncer a la Faringe	1	0	0	1	2
Cáncer a la Sangre	4	5	1	0	10
Cáncer de Hígado	0	0	0	1	1
Cáncer Óseo	2	1	0	0	3
Cáncer Vertebral	1	2	0	0	3
Cáncer de Ovarios	7	2	1	0	10
Cáncer de Endometrio	0	2	0	1	3
Cáncer a la Vesícula	2	0	0	0	2
Cáncer a la Medula Espinal	0	1	0	0	1
Cáncer a la Medula Ósea	0	0	1	0	1
Cáncer de Útero	2	2	2	0	6
Cáncer de Próstata	0	1	1	0	2
Cáncer Bucal	0	1	0	0	1
Cáncer de Piel	0	0	1	0	1
Cáncer de la Glándula Parótida	0	0	1	0	1
Cáncer de Pene	0	0	1	0	1
TOTAL	55	42	20	15	132

TABLA DE CONTINGENCIA.

DEPRESIÓN	No	Si	TOTAL
No presenta	36	19	55
Leve	26	16	42
Moderada	12	8	20
Intenso	11	4	15
TOTAL	85	47	132

TABLA DE CONTINGENCIA

EDAD DE PRIMERA RELACION SEXUAL

DIAGNOSTICO	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	36	TOTAL
Cáncer a la Vesícula	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Cáncer a los Ovarios	0	0	3	2	2	0	0	0	1	0	0	8
Cáncer de Cuello Uterino	2	1	3	6	5	3	2	4	1	0	1	28
Cáncer de Endometrio	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2
Cáncer de Mama	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Cáncer de Útero	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	4
TOTAL	3	3	7	10	7	3	2	5	2	1	1	44

TABLA DE CONTINGENCIA

EDAD DE INICIO DE PRIMERA MESTRUACION

DIAGNOSTICO	10	11	12	13	14	15	16	TOTAL
Cáncer a la Vesícula	0	0	0	1	0	0	0	1
Cáncer a los Ovarios	0	0	3	3	0	1	1	8
Cáncer de Cuello Uterino	1	5	8	8	2	4	0	28
Cáncer de Endometrio	0	0	2	0	0	0	0	2
Cáncer de Mama	0	0	1	0	0	0	0	1
Cáncer de Útero	0	1	1	1	1	0	0	4
TOTAL	1	6	15	13	3	5	1	44

TABLA DE CONTINGENCIA CONSUMO DE ALCOHOL

DEPRESIÓN	No	Si	Total
No presenta	50	5	55
Leve	39	3	42
Moderada	18	2	20
Intenso	11	4	15
TOTAL	118	14	132

TABLA DE CONTINGENCIA DIAGNOSTICO ONCOLOGICO * CONSUMO DE ALCOHOL

Recuento

DIAGNOSTICO ONCOLOGICO	No	Si	Total
Cáncer de Mama	30	1	31
Cáncer de Cuello Uterino	34	1	35
Cáncer de Pulmón	2	0	2
Cáncer Linfático	5	1	6
Cáncer de Estomago	5	2	7
Cáncer de Testículo	1	1	2
Cáncer en el Glúteo	1	0	1
Cáncer a la Faringe	0	2	2
Cáncer a la Sangre	9	1	10
Cáncer de Hígado	0	1	1
Cáncer Óseo	3	0	3
Cáncer Vertebral	3	0	3
Cáncer de Ovarios	8	2	10
Cáncer de Endometrio	3	0	3
Cáncer a la Vesícula	1	1	2
Cáncer a la Medula Espinal	1	0	1
Cáncer a la Medula Ósea	1	0	1
Cáncer de Útero	6	0	6
Cáncer de Próstata	1	1	2
Cáncer Bucal	1	0	1
Cáncer de Piel	1	0	1
Cáncer de la Glándula Parótida	1	0	1
Cáncer de Pene	1	0	1
TOTAL	118	14	132

TABLA DE CONTIGENCIA CONSUMO DE CIGARRILLOS

DEPRESIÓN	No	Si	Total
No presenta	47	8	55
Leve	29	13	42
Moderada	17	3	20
Intenso	9	6	15
TOTAL	102	30	132

TABLA DE CONTINGENCIA DIAGNOSTICO ONCOLOGICO * CONSUMO DE CIGARRILLOS

DIAGNOSTICO ONCOLOGICO	**No**	**Si**	**Total**
Cáncer de Mama	30	1	31
Cáncer de Cuello Uterino	33	2	35
Cáncer de Pulmón	2	0	2
Cáncer Linfático	3	3	6
Cáncer de Estomago	3	4	7
Cáncer de Testículo	1	1	2
Cáncer en el Glúteo	1	0	1
Cáncer a la Faringe	1	1	2
Cáncer a la Sangre	7	3	10
Cáncer de Hígado	0	1	1
Cáncer Óseo	2	1	3
Cáncer Vertebral	1	2	3
Cáncer de Ovarios	5	5	10
Cáncer de Endometrio	2	1	3
Cáncer a la Vesícula	1	1	2
Cáncer a la Medula Espinal	1	0	1
Cáncer a la Medula Ósea	1	0	1
Cáncer de Útero	5	1	6
Cáncer de Próstata	0	2	2
Cáncer Bucal	0	1	1
Cáncer de Piel	1	0	1
Cáncer de la Glándula Parótida	1	0	1
Cáncer de Pene	1	0	1
TOTAL	102	30	132

TABLA DE CONTIGENCIA ANT. FAMILIARES DE CANCER ANTECEDENTES PATOLOGICOS

DEPRESIÓN	No	Si	Total
No presenta	51	4	55
Leve	33	9	42
Moderada	16	4	20
Intenso	12	3	15
TOTAL	112	20	132

TABLA DE CONTIGENCIA. EXPOSICION SOLAR

DEPRESIÓN	No	Si	Total
No presenta	49	6	55
Leve	36	6	42
Moderada	15	5	20
Intenso	14	1	15
TOTAL	114	18	132

TABLA DE CONTIGENCIA. OCUPACION ANTERIOR

DEPRESIÓN	No	Si	Total
No presenta	53	2	55
Leve	41	1	42
Moderada	19	1	20
Intenso	14	1	15
TOTAL	127	5	132

TABLA DE CONTIGENCIA OCUPACION ACTUAL

DEPRESIÓN	No	Si	Total
No presenta	51	4	55
Leve	38	4	42
Moderada	18	2	20
Intenso	13	2	15
TOTAL	120	12	132

TABLA DE CONTIGENCIA. HABITOS ALIMENTICIOS

DEPRESIÓN	No	Si	Total
No presenta	49	6	55
Leve	38	4	42
Moderada	19	1	20
Intenso	12	3	15
TOTAL	118	14	132

TABLA DE CONTINGENCIA RIESGO SEXUAL

DEPRESIÓN	No	Si	Total
No presenta	55	0	55
Leve	38	4	42
Moderada	19	1	20
Intenso	15	0	15
TOTAL	127	5	132

TABLA DE CONTINGENCIA ACTIVIDAD FISICA PROMEDIO

DEPRESIÓN	No	Si	Total
No presenta	55	0	55
Leve	41	1	42
Moderada	19	1	20
Intenso	14	1	15
TOTAL	129	3	132

TABLA DE CONTINGENCIA NO HAY FACTOR DE RIESGO PREDOMINANTE

DEPRESIÓN	No	Si	Total
No presenta	42	13	55
Leve	36	6	42
Moderada	17	3	20
Intenso	14	1	15
TOTAL	109	23	132