

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería
Escuela Profesional de Enfermería



**“RELACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y NIVELES DE AUTOESTIMA EN
PACIENTES MASTECTOMIZADAS DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN Y
QUIMIOTERAPIA DEL IREN-SUR. AREQUIPA, 2022”**

Tesis presentada por la bachiller:

Arteta Valdez, Guadalupe Cecilia

Para optar por el Título profesional
de:

Licenciada en Enfermería

Asesora:

**Mg. Rubina Carbajal, Eliana
Úrsula**

Arequipa – Perú

2022

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : DRA. SONIA NUÑEZ CHÁVEZ
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA

DE : DRA. TERESA CHOCANO ROSAS
MG. ANGÉLICA ESPINOZA HUASHUA
MG. DEYSI MUÑOZ BARRIGA
JURADO DICTAMINADOR

ASUNTO : **BORRADOR DE TESIS: “RELACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y NIVELES DE AUTOESTIMA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN Y QUIMIOTERAPIA DEL IREN-SUR. AREQUIPA, 2022”**

AUTORAS : Bachiller Guadalupe Cecilia Arteta Valdez

FECHA : 19 DE JUNIO DEL 2022

Previo atento saludo, me dirijo a Usted para informarle que reunido el jurado dictaminador luego de haber revisado el Borrador de Tesis y habiendo subsanado las Observaciones la interesada; El presente Estudio de Investigación de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Católica de Santa María está apto para pasar a la **FASE DE SUSTENTACION**

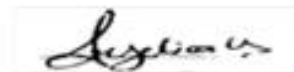
Atentamente.



DRA. TERESA CHOCANO ROSAS
Presidenta del Jurado



MG. DEYSI MUÑOZ BARRIGA
Secretaria del Jurado



MG. ANGÉLICA ESPINOZA HUASHUA
Vocal del Jurado

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios y a la Virgen María, por ser mis pilares y guiarme a superar los obstáculos a lo largo de todo el camino recorrido, y permitirme ser instrumento de ayuda con esta hermosa carrera que he elegido.

Agradezco a la Universidad Católica de Santa María, a mi querida Facultad de Enfermería, y sobre todo a mis queridas docentes, quienes me brindaron sus conocimientos para poder aplicarlos durante mi vida profesional; siendo un gran ejemplo de sabiduría y perseverancia.

Agradezco también al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, que se convirtió en un segundo hogar desde mi internado, en el que compartí y aprendí de cada profesional que labora en la Institución. Además, me permitió conocer, compartir y apoyar a los verdaderos guerreros y guerreras, quienes con una sonrisa o muestra de agradecimiento incentivan a seguir adelante.

DEDICATORIA

A mi mamá María del Carmen, mi ejemplo a seguir, quien ha sido una pieza fundamental a lo largo de todo este recorrido y sobre todo por su amor, sabiduría y apoyo incondicional.

A mi papito Ángel, quien me ha brindado el amor de padre y con su guía, cariño y apoyo ha formado a quien soy hoy en día.

A mamá Judith, a quien he acudido por consejos y orientación, quien me acompañó día a día para lograr mis sueños y metas.

A papá Beto, quien siempre estuvo conmigo impulsándome a seguir adelante, dándome mucho cariño y comprensión.

Y a toda mi familia que me incentivó los valores necesarios, me inculcó el amor al prójimo y me llenó de mucho amor.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo establecer la relación de los niveles de depresión y niveles de autoestima a las pacientes mastectomizadas atendidas en las áreas de hospitalización y quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IREN – SUR).

La metodología empleada fue el cuestionario, mediante la aplicación del Inventario de Depresión De Beck (BDI-II) y Escala de Autoestima de Rosenberg, aplicado a 44 pacientes mastectomizadas atendidas durante el mes de Marzo del 2022.

Se concluye que los niveles de depresión encontrados son el nivel moderado, seguido del nivel grave y leve; los niveles de autoestima son de media a baja. Existiendo una relación estadística significativa ($P < 0.05$) entre los niveles de depresión y autoestima.

Palabras Claves: Niveles de depresión, Niveles de Autoestima

SUMMARY

The objective of this study is to establish the relationship between levels of depression and levels of self-esteem in mastectomized patients treated in the hospitalization and chemotherapy areas of the Regional Institute of Neoplastic Diseases of the South (IREN - SUR).

The methodology used was the questionnaire, through the application of the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Rosenberg Self-Esteem Scale, applied to 44 mastectomized patients treated during the month of March 2022.

It is concluded that the levels of depression found are the moderate level, followed by the severe and mild level; self-esteem levels are medium to low. There is a significant statistical relationship ($P < 0.05$) between the levels of depression and self-esteem.

Keywords: Levels of depression, Levels of Self-esteem

ÍNDICE

RESUMEN

SUMMARY

CAPÍTULO I.....	1
PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:.....	1
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:.....	1
A. ÁREA, CAMPO Y LÍNEA:.....	1
B. ANÁLISIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:	1
C. INTERROGANTES BASICAS	3
D. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	4
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	4
2. MARCO TEÓRICO.....	6
2.1. ANATOMÍA DE LA MAMA	6
2.1.1. CÁNCER DE MAMA	6
2.1.1.1. EPIDEMIOLOGÍA DE CANCER DE MAMA	7
2.1.1.2. TIPOS DE CÁNCER DE MAMA	8
A. CARCINOMA IN SITU.....	8
B. CARCINOMA INVASIVO DE MAMA (IBC)	9
2.2. MASTECTOMÍA	10
2.2.1. DEFINICIÓN.....	10
2.2.2. TIPOS DE MASTECTOMÍA.....	10
2.3. DEPRESIÓN.....	12
2.3.1. DEFINICIÓN.....	12
2.3.2. DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER	13
2.3.3. FACTORES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CANCER	13
2.3.4. NEUROBIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CANCER.....	14
2.3.5. MECANISMO DE CITOQUINAS EN DEPRESIÓN	14
2.3.6. FISIOPATOLOGÍA.....	15
2.3.7. NEUROTRANSMISORES	16
2.3.8. NIVELES DE DEPRESION	18

2.3.9.	TRATAMIENTO DE LA DEPRESION.....	19
2.3.10.	TRATAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON DEPRESIÓN	24
2.4.	AUTOESTIMA.....	25
2.4.1.	DEFINICIÓN.....	25
2.4.2.	BASES TEORICAS DEL AUTOESTIMA.....	26
2.4.3.	NIVELES DE AUTOESTIMA	27
2.4.4.	COMPONENTES DEL AUTOESTIMA	29
2.4.5.	AUTOESTIMA EN PACIENTES EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS	29
2.5.	ROL DE LA ENFERMERA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL	31
2.5.1.	SALUD MENTAL EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS	31
3.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	33
3.1.	ANTECEDENTES LOCALES.....	33
3.2.	ANTECEDENTES NACIONALES	34
3.3.	ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	35
4.	OBJETIVOS.....	36
5.	HIPÓTESIS	37
	CAPÍTULO 2	38
	PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	38
1.	TECNICA E INSTRUMENTO	38
1.1.	TECNICA	38
1.2.	INSTRUMENTO.....	38
1.2.1.	VARIABLE INDEPENDIENTE	38
1.2.2.	VARIABLE DEPENDIENTE	39
2.	CAMPO DE VERIFICACION	40
2.1.	UBICACIÓN ESPACIAL.....	40
2.2.	UBICACIÓN TEMPORAL.....	40
2.3.	UNIDADES DE ESTUDIO.....	40
A.	CRITERIOS DE INCLUSION.....	40
B.	CRITERIOS DE EXCLUSION.....	41
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS.....	41
4.	RECURSOS.....	42

4.1. RECURSOS HUMANOS.....	42
4.2. RECURSOS MATERIALES.....	42
4.3. RECURSOS FINANCIEROS.....	42
4.4. RECURSOS INSTITUCIONALES	42
5. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	43
CAPÍTULO 3	44
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	44
1. DATOS DE UNIDADES DE ESTUDIO	44
2. NIVELES DE DEPRESIÓN	49
3. NIVELES DE AUTOESTIMA	50
CONCLUSIONES	53
RECOMENDACIONES	54
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	55
ANEXOS.....	63
ANEXO 01	64
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN	64
ANEXO 02	65
FICHA DE LOS DATOS DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO	65
ANEXO 03	66
INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)	66
ANEXO 04	69
ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG	69

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: Población de estudio según grupo etario	44
TABLA N° 2: Población de estudio según tiempo de enfermedad.....	45
TABLA N° 3: Población de estudio según tipo de mastectomía.....	46
TABLA N° 4: Población de estudio según mama afectada	47
TABLA N° 5: Población de estudio según convivencia familiar	48
TABLA N° 6: Población de estudio según el nivel de depresión.....	49
TABLA N° 7: Población de estudio según nivel de autoestima	50
TABLA N° 8: Relación de los niveles de depresión y niveles de autoestima.....	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO N° 1: Población de estudio según grupo etario	44
GRAFICO N° 2: Población de estudio según tiempo de enfermedad.....	45
GRAFICO N° 3: Población de estudio según tipo de mastecto	46
GRAFICO N° 4: Población de estudio según mama afectada	47
GRAFICO N° 5: Población de estudio según convivencia familiar.....	48
GRAFICO N° 6: Población de estudio según nivel de depresión	49
GRAFICO N° 7: Población de estudio según nivel de autoestima	50
GRAFICO N° 8: Relación de los niveles de depresión y niveles de autoestima.....	52

INTRODUCCIÓN

Para las mujeres del mundo entero con cáncer de mama, la depresión, la ansiedad y la baja autoestima constituyen problemas de salud mental, que se encuentran estrechamente vinculados entre sí. En el Perú se observa un incremento gradual en la mortalidad por cáncer de mama, considerándose el segundo cáncer más común con una tasa de mortalidad creciente en nuestro país, cuya incidencia anual es de 28 por 100.000 pobladores y una tasa de mortalidad anual de 8,5 por 100.000 pobladores (1) .

Del mismo modo, las mamas poseen un doble significado para las mujeres, debido a que se les considera, antes que nada, como parte integral de la feminidad y la sexualidad; en segundo lugar, como símbolo y medio natural para la lactancia materna. Por ese motivo, y reconociendo el valor que las mamas tienen para las mujeres sobre su aspecto físico, al ser diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama, es usual que se enfrenten a un procedimiento mutilador como la mastectomía; en el que se presenta angustia, ansiedad y miedo, en el periodo pre y post operatorio. Considerando también que surgen conflictos, entre los cuales, se pueden ver el aislamiento de las pacientes frente a sus familias, amigos y del medio; además genera la pérdida de posición social, profesional; situaciones que deben ser afrontadas por las pacientes.

La mastectomía trae como consecuencia una serie de problemas de salud mental, desarrollando una enfermedad psicológica llamada depresión, a la cual se adiciona la baja autoestima, el rechazo a su nueva imagen corporal y la disminución abrupta de las relaciones sociales, que son factores que se ven alterados en pacientes tras su intervención quirúrgica y ponen en riesgo su estabilidad emocional.

Es por ello, que la presente investigación es de gran impacto porque se determinarán los niveles de depresión, niveles de autoestima y la relación existente entre ambas variables de las pacientes mastectomizadas atendidas en las áreas de hospitalización y quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN SUR Arequipa.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

“RELACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y NIVELES DE AUTOESTIMA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN Y QUIMIOTERAPIA DEL IREN-SUR. AREQUIPA, 2022”

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

A. ÁREA, CAMPO Y LÍNEA:

- a) **ÁREA:** Ciencias de la Salud
- b) **CAMPO:** Salud Mental y Salud de la Mujer
- c) **LÍNEA:** Depresión

B. ANÁLISIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

▪ DATOS DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO:

EDAD	<ul style="list-style-type: none">- De 20 a 34 años- De 35 a 49 años- De 50 a + años
TIEMPO DE ENFERMEDAD	<ul style="list-style-type: none">- 0 meses a 2 años- De 3 a 5 años- De 6 a más años

<p>TIPO DE MASTECTOMÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mastectomía Simple - Mastectomía con conservación de la piel - Mastectomía con conservación del pezón - Mastectomía Radical Modificada - Mastectomía Radical - Mastectomía Doble
<p>CONVIVENCIA FAMILIAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Con cónyuge - Con hijos - Sola - Otros familiares

▪ **VARIABLES:**

El presente estudio tiene dos variables:

- **VARIABLE INDEPENDIENTE:** Depresión
- **VARIABLE DEPENDIENTE:** Nivel de autoestima

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: DEPRESIÓN</p>	<p>DIMENSIÓN COGNITIVO</p>	<p>Depresión mínima: 0-13 puntos</p>
	<p>DIMENSIÓN AFECTIVO</p>	<p>Depresión leve: 14-19 puntos</p>
	<p>DIMENSIÓN SOMATICO</p>	

	DIMENSIÓN MOTIVACIONAL	Depresión moderada: 20 – 28 puntos Depresión grave: 29-63 puntos
VARIABLE DEPENDIENTE: NIVEL DE AUTOESTIMA	DIMENSIÓN POSITIVA Autoconfianza Satisfacción personal	Autoestima Alta: 30 a 40 puntos Autoestima Media: 26 a 29 puntos
	DIMENSIÓN NEGATIVA Auto desprecio Devaluación personal	Autoestima Baja: 10 a 25 puntos

C. INTERROGANTES BASICAS

- a) ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes mastectomizadas del área de hospitalización y quimioterapia del IREN- SUR. Arequipa, 2022?
- b) ¿Cuáles son los niveles de autoestima en pacientes mastectomizadas del área de hospitalización y quimioterapia del IREN-SUR. Arequipa 2022?
- c) ¿Cuál es la relación de los niveles de depresión con los niveles de autoestima en pacientes mastectomizadas del área de hospitalización y quimioterapia del IREN-SUR. Arequipa 2022?.

D. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- **TIPO:** De campo
- **NIVEL:** Descriptivo relacional
 - **Corte:** Transversal

1.3. JUSTIFICACIÓN

Conforme a los datos epidemiológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (2017), el cáncer es la tercera causa de muerte en América Latina, y en el Perú se muestran 42.000 nuevos casos de cáncer todos los años, y cerca de 15.000 personas fallecen por esta patología cada año (2).

Asi mismo, en Perú, la Institución Liga contra el cáncer (2019) aseguró que el 85% de los casos de cáncer se detectan en un estadio avanzado, con menor posibilidad de curación, menor calidad de vida, elevados precios para los procedimientos y mayor mortalidad.

Además, los tipos de cáncer más mortales en las mujeres peruanas son el cáncer de mama y de cuello uterino, de los cuales todos los años se detectan alrededor de 11 088 casos nuevos y fallecen 3 694 debido a estas patologías (3).

Del mismo modo, el diagnóstico de cáncer de mama tiene un efecto negativo en la autoimagen de las mujeres que lo padecen. Todo ello debido a que el tratamiento a llevarse a cabo tiene consecuencias de gran impacto, ya que incluye someterse a una intervención quirúrgica, o tratamientos

como la quimioterapia, radioterapia y pulsoterapia; las cuales conllevan a ciertas afectaciones en las pacientes.

La mastectomía se estima como un método estándar para el cáncer de mama e involucra la extirpación de la mama, gran parte de la piel de la pared torácica y los nódulos, conforme el tipo de mastectomía escogida (total, radical, radical modificada y cuadrantectomía), su inmediata secuela física permanente es, en varios casos, una mutilación.

Esto afecta a la persona que lo padece no solo físicamente, sino también a nivel emocional, psicológico, social y familiar, ya que esta enfermedad está relacionada directamente con el sufrimiento y la muerte. Por otra parte, la afectación de esta enfermedad no solo recae en el paciente, sino que también afecta estrechamente al núcleo familiar, amigos y en general a las personas con quien este se relaciona (4).

La salud mental de pacientes oncológicos durante su enfermedad, se ha visto muy deteriorada, y a lo largo de estos últimos años se ha ido deteriorando aún más, siendo así que la depresión afecta en una proporción de 15% a 25% de los pacientes (5).

La investigación, tiene **relevancia científica**, porque nos permitirá conocer la salud mental de personas con cáncer de mama que se han sometido a una mastectomía, además aportará nuevos conocimientos y estrategias para mejorar la salud mental de las pacientes mastectomizadas atendidas en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN - SUR. Su importancia radica en plantear alternativas e intervenciones para mejorar la salud mental y por consiguiente la salud física de aquellas pacientes mastectomizadas.

Tiene **relevancia humana y social** debido a que este estudio tiene la finalidad de incorporar y promover la salud mental de las pacientes

mastectomizadas, sirviendo como base para la implementación de nuevas técnicas para mejorar su autoestima y disminuir sus niveles de depresión. La investigación es **viable** ya que se contará con la aceptación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN – SUR), Arequipa.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANATOMÍA DE LA MAMA

En la mujer, las mama comprenden; glándulas productoras de leche (lóbulos), conductos lácteos y tejido conjuntivo. La leche es producida por células en los lóbulos y se transporta desde estos sacos hacia el pezón, a través de los conductos mamarios. Además, la mayoría de los cánceres de mama se originan en los conductos mamarios (6).

Se considera también:

- Los vasos sanguíneos forman parte del sistema circulatorio. Dan oxígeno y nutrientes, y eliminan los desperdicios de las células mamarias.
- Los vasos linfáticos forman parte del sistema linfático. Dichos vasos recogen y transportan líquidos y células de los tejidos corporales.

2.1.1. CÁNCER DE MAMA

Es una patología de las glándulas mamarias, que se genera gracias a la proliferación de células malignas que crecen y se multiplican de manera anormal. Dicho crecimiento anormal y

progresivo da lugar a un tumor. Es el cáncer más recurrente en mujeres, aunque además puede manifestarse en hombres (7).

Existen 2 tipos primordiales de cáncer de mama: Carcinoma lobular, que se lleva a cabo en los lóbulos o glándulas que generan leche materna (15%). Carcinoma ductal que puede empezar en los conductos que llevan la leche al pezón (85%).

2.1.1.1.EPIDEMIOLOGÍA DE CANCER DE MAMA

Conforme con la OMS, 1 de cada 12 mujeres desarrollarán cáncer de mama a lo largo de su vida, señalando también que es la primordial causa de muerte. Resaltando el año 2020, ya que alrededor de 685 000 mujeres fallecieron por esta patología (8).

Igualmente, en Perú, el cáncer de mama es la primera neoplasia en medio de las mujeres peruanas, con más de 6 000 diagnósticos todos los años. No obstante, si se detecta a tiempo, hay una alta posibilidad de curación en el 90% de los casos, lo cual mejora el pronóstico y calidad de vida (9).

En Arequipa, contamos con la información del boletín anual del 2020 del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, en el cual reporta 2,778 pacientes atendidos por cáncer de mama (10).

2.1.1.2. TIPOS DE CÁNCER DE MAMA

Existen diferentes tipos de cáncer de mama. Estos se clasifican como in situ o invasivos (11).

A. CARCINOMA IN SITU

- **CARCINOMA LOBULAR IN SITU (CLIS)**

Explica una lesión precancerosa no invasiva confinada a las glándulas productoras de leche (lóbulos) de la mama. Estas son células pequeñas e idénticas que no salen del lóbulo, por lo cual no incrementan el peligro de cáncer invasivo.

El CLIS es conocido como neoplasia lobulillar (NL), no se considera cáncer.

- **CARCINOMA DUCTAL IN SITU (CDIS)**

Además llamado como "cáncer en fase 0", es una patología no invasiva o preinvasiva de la mama en la que células anómalas recubren los conductos que transportan la leche materna. Estas células anómalas no irrumpen más allá de las paredes de los conductos hacia el tejido mamario circundante.

Usualmente se manifiestan mediante bultos y son diagnosticados bajo mamografías.

Existen cuatro opciones de tratamiento dentro de las cuales son:

1. Observación del crecimiento sin tratarlo.

2. Cirugía, que involucra conservación del seno (la más común) y extirpación total del seno.
3. Radiación que usualmente va combinada con cirugía.
4. Tratamientos hormonales diseñados para evitar que las células crezcan.

B. CARCINOMA INVASIVO DE MAMA (IBC)

- **CARCINOMA LOBULAR INVASIVO (ILC)**

Se lleva a cabo en las glándulas productoras de leche (lóbulos) del seno. Tiende a propagarse a otras piezas corporales por medio del sistema de sanguíneo o linfático. ILC principalmente se muestra como una sensación anormal en el seno (más habitualmente engrosamiento) en vez de un bulto duro que se puede sentir. Es poco factible que CLI aparezca en las mamografías.

- **CARCINOMA DUCTAL INVASIVO (IDC)**

Este caso, es el más común de cáncer de mama invasivo y representa casi el 85% de los casos. Además, los IDC comienzan en los conductos lácteos e invade el tejido circundante y también pueden viajar a otras partes del cuerpo llegando a producir una metástasis.

Se desarrolla como un bulto duro con bordes irregulares y se muestra como una masa con púas en una mamografía (12).

2.2.MASTECTOMÍA

2.2.1. DEFINICIÓN

Es una cirugía que logra extraer toda la mama o parte de ella. Señalar este tipo de intervención quirúrgica depende del tamaño y ubicación de la tumoración; además influye la etapa del cáncer que se presente, y sobre todo la condición de la paciente (4).

2.2.2. TIPOS DE MASTECTOMÍA

El tipo de mastectomía a realizar se determina dependiendo de la cantidad de tejido y ganglios linfáticos a extirpar (13).

A. MASTECTOMÍA SIMPLE O TOTAL

En este procedimiento, se extirpa toda la mama (incluidos el pezón, la areola y la piel). Según el caso, tienen la posibilidad de extirpar ciertos ganglios linfáticos de la axila. Las pacientes acostumbran ser hospitalizadas y dadas de alta al día siguiente.

B. MASTECTOMÍA CON CONSERVACIÓN DE PIEL

La mayor parte de la piel de la mama se deja intacta durante este proceso. Se extraen el tejido mamario, el pezón y la areola. Se extrae la misma cantidad de tejido mamario que en una mastectomía simple, y el seno se

puede reconstruir mediante una cirugía usando implantes o tejido de otras partes del cuerpo.

C. MASTECTOMÍA CON CONSERVACIÓN DEL PEZÓN

Es una alteración de la mastectomía conservadora de piel. Se extrae el tejido mamario, pero la dermis y el pezón del seno se conservan para dar lugar a una reconstrucción del seno.

De la misma forma, esta cirugía es una elección más común para las mujeres que padecen cánceres pequeños, en fase temprana y alrededor de la parte exterior del seno. Sin signos de cáncer alrededor de la piel o los pezones.

D. MASTECTOMÍA RADICAL MODIFICADA

Este tipo de mastectomía combina una mastectomía simple con la extirpación de los ganglios linfáticos de la axila (disección de los ganglios linfáticos axilares).

E. MASTECTOMÍA RADICAL

Esta cirugía extirpa toda la mama, los ganglios linfáticos axilares y los músculos torácicos (pared torácica) que se encuentran debajo de la mama.

F. MASTECTOMÍA DOBLE

Se refiere a la extirpación de ambas mamas, por lo que se denomina mastectomía doble (o bilateral). Ayuda a disminuir el riesgo en las mujeres que tienen el gen

BRCA. Este tipo de mastectomía es simple, y constituye un plan de tratamiento preventivo al cáncer de seno.

2.3. DEPRESIÓN

2.3.1. DEFINICIÓN

Con relación a, Hollon y Beck (1979) determinaron la depresión como un síndrome en la que interactúan diversas áreas: somática, emocional, conductual y cognitiva. Asociando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son las primordiales razones de desarrollo de esta patología (14).

Para la OMS, la depresión es una enfermedad de salud mental que afecta a más de 264 millones de individuos a nivel mundial. Se caracteriza por una tristeza persistente y una falta de interés en las actividades que previamente eran beneficiosas y placenteras para el individuo. Además también, puede cambiar el sueño y el apetito, y constantemente se asocia con fatiga y falta de concentración (15).

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, esta clasificada entre los trastornos del humor (afectivos). Se caracteriza por el desgano, apatía, retraimiento, tristeza, tendencia al llanto, pérdida de interés en el mundo exterior y una marcada disminución en la función de experimentar placer (anhedonia), se altera el sueño y reduce el apetito. Además se debe considerar que la autoestima y la confianza en uno mismo se encuentran reducidos, y a menudo emergen pensamientos de culpa o inutilidad (16).

2.3.2. DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER

El diagnóstico de cáncer y la evolución de la patología generan un malestar emocional importante, debido a que afecta a los pacientes en todos los ámbitos tanto físico, psicológico y social. Como consecuencia, los pacientes necesitan tiempo para adaptarse al nuevo estilo de vida lo cual es difícil, siendo ahí donde desarrollan ansiedad y respuestas depresivas (17).

Conforme a The National Cancer Institute (NCI), la depresión perjudica al 15% al 25% de los individuos con esta patología, debido a que los indicios depresivos aparecen en las primeras semanas desde el diagnóstico de cáncer.

Aproximadamente 2 de cada 10 personas diagnosticadas con cáncer sufren de depresión. Sin embargo, no todas las personas que reciben un diagnóstico de cáncer responden de la misma manera, por lo tanto es posible que algunos pacientes con cáncer no experimenten depresión ni ansiedad, mientras que otros pueden experimentar depresión mayor o un trastorno de ansiedad (18).

2.3.3. FACTORES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CANCER

Factores de riesgo de mayor incidencia en el desarrollo de la depresión en pacientes oncológicos, son las siguientes (19):

- **Tipo de Cáncer:** Cánceres con liberación de citoquinas y cánceres paraneoplásicos
- **Estadio del cáncer:** Comparativamente con los pacientes en estadio I, los pacientes diagnosticados con cáncer de

mama en estadio IV poseen un mayor riesgo de desarrollar depresión.

- **Tratamiento oncológico en curso.** De aquellos pacientes sometidos a quimioterapia, radioterapia y mastectomía radical.
- **Jovana Cvetković *et al.* (2017).** Señaló que las personas entre 30 y 40 años tienen mayor probabilidad de padecer cáncer.
- **Aislamiento social.** Debido a la limitada interacción social por el tratamiento, inseguridad de entorno y miedo a ser juzgados.
- **Antecedentes de depresión:** Diagnóstico previo de depresión.

2.3.4. NEUROBIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CANCER

En los pacientes oncológicos hay componentes específicos que influyen en la aparición de la psicopatología. Es por ello que los episodios de depresión se han atribuido a las citoquinas proinflamatorias y con un eje hipotalámico – pituitario – adrenal (HPA) hiperactivo (20).

2.3.5. MECANISMO DE CITOQUINAS EN DEPRESIÓN

Los cambios a nivel neuro anatómico, producidos por la depresión en pacientes oncológicos parecen tener su fundamentación en la inflamación.

Existe un aumento a nivel serico de citoquinas proinflamatorias en especial la Interleucina 6 (IL-6), esto debido a la relación de las concentraciones séricas y la gravedad de los síntomas depresivos.

Además, el papel de las interleucinas en la depresión son atribuidas al uso de interferón- α (IFN- α) o de la IL- 2, para el tratamiento de pacientes con cáncer metastásico. Su uso se ha asociado con los diversos cambios emocionales y de comportamiento, que involucran el desarrollo de episodios depresivos (21).

En este mecanismo, las células neoplásicas liberan a las citoquinas pro inflamatorias, por medio de respuestas inflamatorias agresivas o por la destrucción tisular secundaria gracias a los tratamientos tumorales recibidos (cirugía, radioterapia, quimioterapia).

Igualmente, se conoce que numerosas citoquinas alteran el metabolismo de la noradrenalina, la serotonina y la dopamina.

Estos mecanismos podrían explicar por qué las personas con enfermedades autoinmunes e infecciones graves son más propensas a padecer depresión. Se ha hipotetizado que los agentes antiinflamatorios e inmunomoduladores serían eficaces en el tratamiento de la depresión (22).

2.3.6. FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la depresión de caracteriza por; la contracción de la corteza cingulada anterior, hipermetabolismo del área Cg25 y la menor expresión del receptor 5 – HT1A (23).

Los patrones distintivos de síntomas y signos de la depresión han recibido más atención en la actualidad como por ejemplo: pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas o pasatiempos, alteraciones del sueño y apetito, tristeza, pesimismo, rechazo, postura decaída, pensamiento suicida, ideas pesimistas y negativas. Los cuales son atribuidos a las alteraciones en la función de la corteza prefrontal, del encéfalo y del sistema límbico.

2.3.7. NEUROTRANSMISORES

Según la teoría monoaminérgica los niveles anormales de los neurotransmisores como la Serotonina (5-HT), Noradrenalina (NA) y Dopamina (DA) se encuentran relacionados con la aparición y evolución de la depresión (20).

- **SEROTONINA:**

Se produce a partir del aminoácido triptófano, para formar la 5 – hidroxiptamina (5-HT). La serotonina juega un papel importante en el estado de ánimo, el comportamiento, el movimiento, la percepción del dolor, la actividad sexual, el apetito, la secreción endocrina, función cardíaca y el ciclo de sueño y vigilia.

En la depresión, la síntesis de la serotonina es baja.

- **NOR ADRENALINA:**

Para la síntesis de noradrenalina, la tirosina (precursor) se convierte primero en dopa (dihidroxifenilalanina) por medio de la tirosina hidroxilasa. Además, la dopa se convierte en norepinefrina por la enzima dopamina-beta-hidroxilasa.

Del mismo modo, la norepinefrina es un neurotransmisor que se encuentra vinculado en la motivación, el estado de alerta y vigilia, el nivel de conciencia, la percepción de impulsos sensoriales, la regulación del sueño, el apetito, la conducta sexual, el aprendizaje y la memoria (24), funciones que se observan alteradas en personas con depresión. .

- DOPAMINA:

En cuanto a la síntesis de dopamina, empieza con la integración del aminoácido tirosina en la neurona por medio del transportador de tirosina. Una vez en la neurona, la tirosina hidroxilasa (TOH) la convierte en DOPA, que más adelante se convierte en dopamina (DA) por la dopa descarboxilasa (DDC). La dopamina está contenida en vesículas sinápticas por el transportador de monoamina vesicular 2 (VMAT2) (25).

La dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitorio. Este neurotransmisor participa en el mantenimiento del estado de alerta.

Del mismo modo, la serotonina y la noradrenalina poseen gran importancia sobre los patrones de comportamiento y la función mental, mientras tanto la dopamina está vinculada con la función motora.

Estos 3 neurotransmisores son primordiales para el buen desempeño cerebral, y al verse alterados, se genera la depresión.

2.3.8. NIVELES DE DEPRESIÓN

Según el número y la gravedad de los síntomas, los episodios depresivos se pueden clasificar en leves, moderados o graves.

A. DEPRESIÓN LEVE

Los pacientes suelen tener dos o tres síntomas como; llanto, regresión, inquietud, agitación, autculpa e insomnio.

Además, el paciente suele sentir tensión, pero puede continuar con el desarrollo de la mayoría de las actividades diarias.

(26). Esto debido a que los síntomas son manejables, por lo que el deterioro en el ámbito, personal, social o laboral, es bajo. Este episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

B. DEPRESIÓN MODERADA

Suelen estar presentes síntomas relacionados con el trastorno distímico (estado anímico depresivo) como, por ejemplo; facilidad para llorar, fatiga, malestar físico, alteración del sueño, pérdida de apetito. Pensamientos de "no vale nada", "todo le sale mal", aislamiento familiar o social.

Se diferencia de la depresión leve debido a que paciente va a tener gran dificultad para continuar con las actividades diarias (27).

C. DEPRESIÓN GRAVE

Según Instituto Nacional de la Salud Mental (National Institute of Mental Health, NIMH), es un tipo de trastorno afectivo que puede coexistir con la ansiedad. Así mismo presenta un número de síntomas que causan un malestar que no es manejable, por

lo que interfiriere notablemente en la realización de las actividades del paciente.

Según la CIE – 10, se puede dividir en dos tipos de episodios depresivos:

- **Episodio depresivo sin síntomas psicóticos:**

Varios síntomas de la depresión son muy notorios y angustiantes, en especial la pérdida de autoestima y las ideas de inutilidad y culpa. Así mismo, los pensamientos y comportamientos suicidas son habituales.

- **Episodio depresivo con síntomas psicóticos:**

Incluye alucinaciones, delirios, retraso psicomotriz o estupor grave, los cuales impiden las relaciones interpersonales; pueden situar riesgos que ponen en peligro la vida del paciente mediante el suicidio, la inanición y los efectos de la deshidratación (26).

2.3.9. TRATAMIENTO DE LA DEPRESION

En este caso, el estándar de atención integró 3 intervenciones en conjunto: psicofarmacología, psicoterapia y psicosocial. Involucrando consultas de seguimiento cada 2 semanas a lo largo de las primeras 6 semanas en el primer nivel de atención.

Del mismo modo, las metas del tratamiento son: mejorar el estado de ánimo y la calidad de vida, minimizar la morbilidad y la mortalidad, prevenir la recurrencia de la patología, reducir los efectos colaterales del procedimiento y restablecer y/o mejorar el desempeño físico, psicológico y social de cada paciente.

A. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

La medicación se utiliza solo para episodios moderados a severos (y en algunas ocasiones específicas a los leves).

Además, la mayor parte de los fármacos usados hasta la fecha poseen un común denominador: su acción sobre el sistema monoaminérgico. Independientemente de su mecanismo de acción, el resultado final es la modulación de uno de los próximos neurotransmisores: serotonina (5-HT), dopamina (DA), norepinefrina (NA) (28).

El uso de los antidepresivos, va a permitir la regulación de estos neurotransmisores en los receptores post sinápticos y de esta manera poder eliminar los síntomas de la depresión. Demora de 2 a 4 semanas después del inicio, ya que requiere ciertos cambios adaptativos en los receptores (29)

De los cuales tenemos:

- **Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)**, un mecanismo de acción común de este conjunto de antidepresivos es la inhibición de los transportadores de serotonina (30) como Fluoxetina, la Sertralina, la Paroxetina y la Fluvoxamina, que ayudan a la recaptación de serotonina, en las neuronas. Así, se dispone de más serotonina para mejorar la transmisión de información entre neuronas.

- **Los Antidepresivos Tricíclicos (ADT)**, como la Imipramina y Amitriptilina. Impiden la recaptación central y periférica de serotonina, noradrenalina y/o dopamina incrementando su disponibilidad (31). Se administran tres veces al día. Con la monitorización de su dosis se puede minimizar efectos secundarios superiores a los ISRS.
- **Los Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)**, Hay 2 subtipos de MAO (A y B), que metabolizan diferentes sustratos. Las enzimas antidepresivas MAO-A metabolizan 5-HT, NA, DA y tiramina, por lo que al inhibir sus efectos aumentan sus concentraciones disponibles (32). Aunque son eficaces como antidepresivos, ya no se utilizan debido a sus posibles interacciones farmacológicas con anestésicos, fármacos serotoninérgicos, tricíclicos y algunos opioides. Igualmente, necesitan restricciones dietéticas con alto porcentaje de tiramina, ya que combinado con un tratamiento con IMAO, pueden ocasionar una crisis hipertensiva.

B. TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO

Los modelos de tratamiento en psicoterapia pueden ser (33):

- **Terapia Individual:** Esto involucra un esfuerzo personal y emocional por parte del paciente porque se encuentra en un ambiente libre. Es por ello que se logra ahondar en lo más profundo. Implica realizar un cambio dentro de uno mismo, viendo salidas, eliminando obstáculos y temores.

- **Terapia Grupal:** Se centra en la interacción de grupo, dando lugar a un abordaje más amplio de los problemas personales. Su principal objetivo es potenciar un cambio mediante la relación de grupo, lo que permite romper el aislamiento y comenzar a interactuar.
- **Terapia de Pareja:** Se basa en su unidad, diferenciada de la individualidad de ambos individuos. Lo que ayudara a mejorar los síntomas depresivos y la relación de pareja.
- **Terapia Familiar:** Es de forma libre y voluntaria, por lo que permitirá que los miembros de la familia comprendan la enfermedad, mejore la comunicación, eliminando el aislamiento del paciente y sobre todo a profundizar las conexiones familiares.
- **Terapia Cognitiva – Conductual:** Fue desarrollada por Beck, asumiendo la creencia de que los pacientes deprimidos a menudo se involucran en pensamientos negativos y conductas deben usarse para contrarrestar el fracaso de los pacientes deprimidos.
Además, es un tratamiento eficaz para la depresión porque está estructurado, logra identificar el nivel de depresión y da a conocer el impacto de los pensamientos, creencias y síntomas en un período de tiempo limitado.

C. TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

Se centra en los problemas psicosociales e interpersonales de la persona que demanda el tratamiento. Se refiere principalmente a los diferentes roles desempeñados por el

paciente y sus interacciones ambientales. Los diferentes roles y relaciones se ven alterados por sobrecargas emocionales o laborales, conflictos y pérdidas.

Se enfoca primordialmente en los esfuerzos en las relaciones interpersonales para mejorar la comunicación, incrementar el interés social y restablecer la autoestima.

Para lograrlo, se debe involucrar ciertas actividades que emjoren la salud psicosocial de los individuos, como la asistencia a grupos de ayuda o algún voluntariado, organizaciones no gubernamentales; para facilitar el establecimiento de redes de apoyo social formales e informales (34)

D. TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO

Esta terapia electroconvulsiva es considerado un último recurso para los individuos que necesitan hospitalización. Sea por; severidad de la depresión (acompañada por psicosis, deseo de suicidarse o rehusarse a comer), Intolerancia a la medicación antidepressiva y cuando el tratamiento resulta eficaz.

Ha demostrado tener una mayor rapidez en condiciones como el trastorno depresivo mayor, incluso es posible que los pacientes muestren una mejoría significativa en pocas sesiones de tratamiento, en general, lleva menos tiempo lograr una respuesta a comparación a la medicación (35).

2.3.10. TRATAMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON DEPRESIÓN

El tratamiento de la depresión en pacientes oncológicos incluye tres tipos de tratamiento que son; el psicofarmacológico, psicoterapéutico y psicosocial. Este conjunto de tratamientos permiten tratar la depresión, reduciendo así el sufrimiento que este implica y sobretodo ayudan a que el paciente oncológico tenga una mejor calidad de vida, mejore el afrontamiento hacia la enfermedad que padece (36).

E. TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico es aquel indicado a pacientes que cumplen con episodios depresivos mayores, esto debido a su gran eficacia en estos casos.

Se debe de tomar en cuenta en forma conjunta la toxicidad y la seguridad del fármaco. Ya que el procedimiento para pacientes con cáncer incluye quimioterapia, radioterapia o inmunoterapia, lo que puede debilitar y dejar a los pacientes en un estado vulnerable.

F. TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO

El modelo de tratamiento en psicoterapia para pacientes oncológicos se basa en:

- La terapia individual
- El formato de terapia grupal
- La terapia de familia o de pareja.
- La terapia Conductivo-Conductual.

G. TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

En pacientes oncológicos surge un malestar psicosocial debido a la falta de control sobre las diferentes situaciones que afrontan diariamente como resultado del tratamiento de su enfermedad, como por ejemplo; el aislamiento social, los distintos problemas para adaptarse a los cambios físicos, los cambios en horas de sueño y apetito, la falta de energía y los diferentes estragos que son consecuencia del tratamiento quimioterapéutico o radioterapéutico.

Diversos estudios indican que una oportuna intervención psicosocial además de incrementar la calidad de vida y mejorar el afrontamiento del paciente con cáncer, ayuda a extenderla.

2.4. AUTOESTIMA

2.4.1. DEFINICIÓN

La autoestima es la valoración, percepción o juicio que puede ser positivo o negativo que una persona tiene de sí misma.

La autoestima es la autoevaluación que cada individuo hace y preserva persistentemente sobre sí mismo; es donde una persona se siente empoderada, capaz, exitosa e importante.

Varios estudios han demostrado que elevados niveles de autoestima predicen una mayor satisfacción con la vida (Reina et al., 2010; Rodríguez et al., 2016) (37). Y una autoestima baja ha sido relacionada con pensamientos negativos y síntomas depresivos.

Cabe mencionar que no se nace con una autoestima establecida, sino que se va forjando a lo largo de la vida y la interacción de la familia, maestros, amigos, permitirá establecer una imagen y concepto personal, lo que constituirá nuestra autoestima.

Así mismo la OMS, destaca que es un estado completo de bienestar y que tiene en cuenta tanto el aspecto social como el físico y el psicológico (38).

2.4.2. BASES TEORICAS DEL AUTOESTIMA

- WILLIAM JAMES

Ha sido uno de los primeros en conceptualizar la autoestima, y en "Inicios de Psicología", considerado el padre de la psicología norteamericana. Este enfatizó el valor de desarrollar el potencial dinámico del individuo, señalando que todo ser humano tiene una naturaleza interna que hace que su autoestima se convierte en algo inherente, connatural e inmodificable.

- ABRAHAM MASLOW

Ha sido un promotor de la psicología humanista, que veía la autoestima como una teoría de la autorrealización. Asegura que todos poseemos una naturaleza interna y aborda las necesidades humanas (vida, inmunidad, estabilidad, pertenencia, afecto, respeto, autoestima y autorrealización).

- CARL ROGERS

Manifiesta que la base de los problemas de muchas personas es la presencia de un desprecio ya que llegan a creer que no

tienen valor y no merecen ser amados. Además, considera que cada persona tiene un yo positivo, único y bueno; sin embargo, ese “yo” verdadero, que a menudo está oculto y que no logra su desarrollo.

- **MORRIS ROSENBERG**

Según Rosenberg define la autoestima como "la suma de los pensamientos y sentimientos de una persona sobre sí misma".

Además de la autoestima, la autoeficacia y la identidad propia además son elementos relevantes del autoconcepto. A partir de 1975, ha hecho de la autoestima un fenómeno actitudinal desarrollado por fuerzas sociales y culturales (39).

2.4.3. NIVELES DE AUTOESTIMA

La autoestima es categorizada según con las características de cada individuo, la manera en que interactúa con el planeta y sus actitudes frente a situaciones relevantes.

Por consiguiente, hay 3 niveles de autoestima; alta, media y baja.

- **AUTOESTIMA ALTA**

Consiste en que la persona se considere apto o suficientemente apto, digno de la estima de los demás, se respeta por lo que es, vive, comparte e incita a la integralidad, honestidad, amor, siente que es importante,

tiene confianza en su propia competencia y tiene fe en sus propias decisiones.

Las personas con autoestima alta hacen las cosas bien y pueden mejorar, saben identificar y expresar sus emociones, disfrutan de la vida, son muy creativos y originales. Así mismo son personas sociables, capaces de expresar sus opiniones, presentando seguridad en sí mismos y luchan por cumplir sus metas.

- **AUTOESTIMA MEDIA**

Se caracteriza principalmente la disminución de los factores positivos emocionales; así como su autoconcepto, autodeterminación y la forma de relacionarse en el plano familia y social.

Las personas que presentan autoestima media son positivas y poseen expectativas y capacidades más moderadas que los individuos con autoestima alta. Además, dependen de la aceptación social.

- **AUTOESTIMA BAJA:**

Estas se caracterizan por la ausencia de óptimo sobre sí mismas y para los demás .

También, en esta autoestima existe el desánimo, la depresión, aislamiento, la incapacidad expresarse y defenderse; sentimientos de debilidad, temor a ocasionar enfado en los otros, reacción negativa hacia uno mismo, falta de herramientas internas para soportar situaciones de ansiedad.

Además, es un sentimiento de inferioridad e incompetencia personal, una sensación de inseguridad, dudas sobre uno mismo y un sentimiento de culpa, un temor a vivir al más alto.

Es muy común la presencia de una sensación, de que nada es suficiente. Puede ir acompañada de inmadurez emocional (40).

2.4.4. COMPONENTES DEL AUTOESTIMA

Diferentes recursos influyen en la composición de la autoestima. Martínez (2010) los denominó como elementos y los separó de la siguiente forma (41):

- **Componente afectivo:** Es la respuesta emocional que se siente de sí mismo.
- **Componente conductual:** Tiene relación con la manera de actuar de una persona, según las opiniones sobre sí misma y voluntad de hacer las cosas.
- **Componente cognitivo:** Esto implica las representaciones, creencias, pensamientos y descripciones de sí mismos en diferentes aspectos de su vida.

2.4.5. AUTOESTIMA EN PACIENTES EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Sin duda alguna, el diagnóstico de cáncer y tratamiento dañan de forma negativa la imagen corporal de un paciente.

Además, el estigma de la enfermedad, las limitaciones y los obstáculos para el desarrollo de las actividades de rutina, producidas por la quimioterapia hacen que sea difícil sobrellevar esta patología.

El tipo de neoplasia que puede provocar notorios cambios en la imagen del cuerpo de una mujer, es el cáncer de mama ya que afecta al autoconcepto y a su imagen corporal (42).

La imagen corporal es una representación mental del aspecto físico de cada persona y es por ello que cumple un importante rol frente al tratamiento del cáncer, debido a que la mujer al ser diagnosticada y tratada; se enfrentará a diversos procedimientos como una cirugía, quimioterapia o radioterapia, lo que provocará que su imagen corporal tenga cambios notables e importantes. Todos estos cambios influirán en su vida cotidiana y, por ende, se generará una percepción muy distinta a la inicial sobre su aspecto físico.

La autoestima se encuentra más afectada en aquellas mujeres que han sido sometidas a una mastectomía esto debido a que esta estrechamente ligado a un cambio a nivel corporal.

Se debe considerar que la mastectomía y la quimioterapia tienen un gran impacto en la autoestima de las mujeres diagnosticadas; por consiguiente, varios autores señalan que las mujeres con esta patología, experimenten una menopausia prematura con el generando secuelas físicas y psicológicas (43).

2.5.ROL DE LA ENFERMERA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

La Enfermería en Salud Mental es un área que emplea teoría del comportamiento humano, para prevenir y corregir los trastornos mentales y sus secuelas, y para fomentar una salud mental óptima en el individuo, la familia y la comunidad. Reconociendo al ser humano como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias; un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social.

El rol de la enfermera asistencial en salud mental, busca a través de acciones y el uso de técnicas de la observación y entrevista; recolectar información verbal y no verbal mediante las manifestaciones de la persona, sus percepciones, creencias, ideas, sentimientos y acciones (44).

La enfermera oncológica realiza y registra la valoración del paciente en forma sistemática, tomando en cuenta los datos objetivos y subjetivos, de manera que se pueda reducir la negación, el miedo, aislamiento, ansiedad y episodios depresivos en los pacientes oncológicos.

2.5.1. SALUD MENTAL EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS

En las pacientes mastectomizadas los cambios en el aspecto físico producto del tratamiento, tienen la posibilidad de conducir a la depresión. Esto no solo involucra el nivel personal, sino que también el familiar, laboral, emocional y social.

Además, es necesario conocer cual es el nivel emocional, familiar y social de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, para intervenir en la mejora de su salud mental e incrementar la calidad de vida de las pacientes (45).

Las pacientes mastectomizadas, presentan un cambio radical a nivel corporal, lo que llega a afectar su autoconcepto y autoestima. Al momento del diagnóstico se genera una etapa de incertidumbre que crea un sufrimiento emocional. Al momento del tratamiento se suman la angustia y ansiedad las cuales repercuten negativamente en el funcionamiento de las actividades diarias.

Existen diferentes factores psicológicos implicados en el proceso lo que genera una variedad de reacciones y síntomas, que incluyen:

- **MIEDO:** Aparece el miedo a la propia enfermedad, a la nueva situación familiar, a los nuevos cambios y al estigma de la enfermedad.
- **NEGACIÓN:** Mecanismo de defensa que emerge a consecuencia del miedo, aquí el paciente le resta importancia a los síntomas, emociones y evita hablar al respecto.
- **RABIA:** Una vez diagnosticado, la rabia y enfado recae en personas cercanas.
- **SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD:** Se logra tener una imagen de las posibles causas de la enfermedad, por lo que a llega traducir como un castigo.

- **AISLAMIENTO:** El paciente se cierra en sí mismo, evitando los medios de comunicación y el entorno social. Para evitar las especulaciones frente a los cambios.

ANSIEDAD: Reacción frente al diagnóstico durante el tratamiento, lo que aumenta sensación de dolor, náuseas, vómitos y sueño.

DEPRESIÓN: Trastorno mental que se manifiesta debido el bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a la nueva imagen corporal o cambios producidos por el tratamiento (quimioterapia).

3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. ANTECEDENTES LOCALES

- **FLORES RIVERA, María Gracia; “INFLUENCIA DE LA RESILIENCIA EN LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA EN LA ASOCIACIÓN PAZ Y AMOR, AREQUIPA 2019”**

CONCLUSIÓN: La asociación Paz y Amor del Hospital Nacional Carlos A. Según Escobedo puedo determinar que el 74,0% de las mujeres a las que se les realizó una mastectomía por cáncer de mama, tienen una resiliencia muy alta, el 40,0% de las mujeres a las que se les realizó mastectomía por cáncer de mama presentaron depresión leve, y en el cruce de la variables, se mostró una relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y la severidad de los síntomas depresivos ($P < 0.05$) (46).

- **ALVARADO MENAUTT, Mayra Adriana y BUSTAMANTE BUSTAMANTE, Fiorella Alejandra; “APOYO SOCIAL Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON UNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL CASE ESSALUD DE AREQUIPA,2018”**

CONCLUSIÓN: Los pacientes con diagnóstico de enfermedad oncológica tenían un nivel de apoyo social bajo, siendo un 71,6%, lo que afecta su estado de ánimo.

Asi mismo, la depresión en pacientes oncológicos ha sido 64% moderada, 25,3% severo y 4,4%, mostrándonos de esta la existencia de depresión en estos pacientes (47).

3.2. ANTECEDENTES NACIONALES

- **CHOQUE CRISPIN, ELENA MARICELA; “NIVEL DE AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA FEBRERO-2017”**

CONCLUSIÓN: El estudio arrojó los siguientes resultados: En cuanto al nivel de la variable autoestima, el 46% de las mujeres tienen autoestima alta, el 31% tienen autoestima media, y el 23% de las mujeres encuestadas tienen autoestima baja. Igualmente, dentro de las variables de calidad de vida, el 14,4% tenía buena calidad de vida, el 74,2% tenía calidad de vida regular y el 11,4% de las mujeres encuestadas tenía mala calidad de vida (48).

- **SILVA OTINIANO, Tatiana Solange y TUANAMA GARCÍA, Melizza “NIVEL DE AUTOESTIMA Y CUIDADO**

HUMANIZADO EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA, INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, TRUJILLO, 2019”

CONCLUSIÓN: En 2019, el Instituto Regional de Enfermedades Oncológicas de Trujillo evaluó los niveles de autoestima de las pacientes con cáncer de mama, determinando que el 47% de las pacientes encuestadas presenta autoestima alta, el 29% autoestima moderada y el 24% autoestima baja.

Además, el cuidado humano brindado por las enfermeras demostró que el 71% de los pacientes informaron que la enfermera que los atendió brindó un cuidado humano eficiente, mientras que el 29% de los pacientes informaron que la enfermera que los atendió brindó un cuidado humano ineficiente. (49).

3.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- **CASTRILLÓN OROZCO, Maribel y LOPEZ ARIAS, Alejandra; “EL CÁNCER DE MAMA EN LA MUJER Y SU INFLUENCIA EN LA AUTOESTIMA”. COLOMBIA 2019.**

CONCLUSIÓN: En este estudio se puede concluir que el cáncer de mama en las mujeres entrevistadas no tiene ningún efecto significativo en la autoestima y las relaciones interpersonales, por otro lado, al hablar de la sexualidad se logró evidenciar una disminución, debido al tipo de tratamiento elegido y los efectos del mismo, ya que producen malestar físico e inseguridades emocionales (50).

- **CORONEL SANTOS, Maricela; “DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS DE LA UMF No. 80, MÉXICO, 2017”**

CONCLUSIÓN: En el presente estudio se demostró que las mujeres que se sometieron a mastectomía tenían ansiedad leve (48%) y depresión moderada (27,6%). Y en el 45% de la población de estudio, presentó una relación entre ansiedad y depresión, frente a las diferentes modalidades de tratamiento (quimioterapia, radioterapia, mastectomía y monoterapia). La ansiedad física y mental se presentó en el 76% de los casos. Identificando así la presencia de ansiedad leve y depresión moderada en mujeres mastectomizadas de la UMF N° 80 (51).

4. OBJETIVOS

1. Identificar los niveles de depresión en pacientes mastectomizadas del área de hospitalización y quimioterapia del IREN-SUR.
2. Precisar los niveles de autoestima en pacientes mastectomizadas del área de hospitalización y quimioterapia del IREN-SUR.
3. Establecer la relación de los niveles de depresión con los niveles de autoestima en pacientes mastectomizadas del área de hospitalización y quimioterapia del IREN-SUR

5. HIPÓTESIS

Dado que la depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades.

Es probable que niveles de depresión moderados o graves se relacionen con los niveles de autoestima bajos en pacientes mastectomizadas del área de hospitalización y quimioterapia del IREN – SUR, Arequipa 2022.



CAPÍTULO 2

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA E INSTRUMENTO

1.1. TECNICA

En el presente estudio, se empleó para ambas variables la técnica del cuestionario y como instrumentos la cédula de preguntas.

1.2. INSTRUMENTO

1.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

En este caso, se usó el instrumento para la variable **Depresión** ha sido un cuestionario nombrado “**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)**” (ANEXO 3), el cual ha sido realizado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. El BDI-II es un autoinforme de la existencia y la gravedad de la depresión en adultos y jóvenes de 13 años o más. Consta de 21 ítems indicativos de los síntomas que corresponden al DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Versión de la Asociación Americana de Psiquiatría, 1994) y la CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993).

Del mismo modo, las puntuaciones van de 0 a 63 puntos. A más alta sea la puntuación, mayor severidad de los indicios depresivos.

Es por ello que son divididos en 4 grupos conforme con la puntuación total: 0-13, depresión leve; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión severa.

Así mismo, el presente instrumento muestra que la fiabilidad de los datos según el BDI son elevados, tanto en consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,83) como en estabilidad temporal (las correlaciones test-retest para los 3 subgrupos oscilan entre 0,60 y 0,72). (52).

En este inventario se denotan dimensiones cognitivo-afectivo que corresponden a los ítems 1-10 y 12 y 14. Y a la dimensión somático-motivacional que comprende los ítems 11, 15 – 21.

1.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

El instrumento empleado para la variable **Niveles de Autoestima** fue el cuestionario denominado; **“CUESTIONARIO DE ROSENBERG” (ANEXO 4)**, este se desarrolló originalmente por Rosenberg en 1965 y traducido al español por Echeburua en 1995. Además, la escala incluye 10 ítems que evalúan sentimientos de respeto y autoaceptación. La mitad de los ítems son positivos y la otra mitad son negativos.

Los ítems se responden a una escala tipo Likert de 4 aspectos (1= muy de acuerdo, 2= de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo). De acuerdo a, la corrección, se tienen que invertir las puntuaciones de los ítems negativos (3,5,8,9,10), y después se tienen que sumar todos los ítems. Donde la puntuación total está entre 10 y 40.

Donde se establecen tres grupos en función de la puntuación; Autoestima Alta: 30 a 40 puntos, Autoestima Media: 26 a 29 puntos y Autoestima Baja: 10 a 25 puntos.

La escala ha mostrado índices de fiabilidad altos: correlaciones test-retest ha variado de 0.82 a 0.88, con alfa de Cronbach en un rango

de 0.77 a 0.88 (para más detalle, consultar Blascovich y Tomaka, 1993 y Rosenberg, 1986) (53).

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El estudio se realizó en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN-SUR) ubicado en Av. La Salud S/N - Cercado / Arequipa. La atención en esta Institución incluye servicios de consultorios externos, quimioterapia y hospitalización para pacientes oncológicos.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

La investigación es coyuntural y se realizó en el año 2022.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio de la presente investigación están constituidas por 44 pacientes mastectomizadas atendidas en las áreas de hospitalización y quimioterapia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, durante el mes de Marzo del 2022, las cuales constituyen el 100%.

A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mujeres mastectomizadas atendidas en el área de hospitalización y quimioterapia en el mes de Marzo.

- Pacientes mujeres mastectomizadas que firman voluntariamente el consentimiento informado.

(ANEXO 01)

B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con cáncer de mama que no han sido intervenidas quirúrgicamente.
- Pacientes mujeres que no estén presentes en el momento de desarrollo de los cuestionarios.
- Pacientes mujeres que no deseen participar en la investigación.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

- Coordinación con el decanato de la Facultad de Enfermería para la solicitud de la carta de presentación de la Dra. Sonia Núñez Chávez, Decana de la Facultad de Enfermería, para poder obtener el permiso correspondiente para la ejecución del proyecto en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN-SUR).
- Coordinación con la Jefatura del Departamento de Enfermería del IREN SUR.
- Se coordinó con el área de Docencia e Investigación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN-SUR) para evaluación del proyecto de investigación y presentación de documentos solicitados.
- Se presentó las correcciones de la investigación al Investigación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN-SUR) para cumplir con protocolo de investigación.

- Coordinación con la Enfermera Jefe de las áreas de hospitalización y quimioterapia para la recolección de datos.
- Recolección de datos, mediante la aplicación de los instrumentos en turno mañana, durante el mes de Marzo.
- Motivación y preparación a las pacientes para que los datos sean veraces.
- Después de la recopilación de datos, se analizó e interpretó en tablas estadísticas.

4. RECURSOS

4.1. RECURSOS HUMANOS

- **Investigadora:** Bach. Guadalupe Cecilia Arteta Valdez

4.2. RECURSOS MATERIALES

- Lapiceros
- Impresiones de consentimiento informado
- Impresiones de Instrumento “INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)”
- Impresiones de Instrumento “ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG”

4.3. RECURSOS FINANCIEROS

Este estudio fué financiado por la investigadora

4.4. RECURSOS INSTITUCIONALES

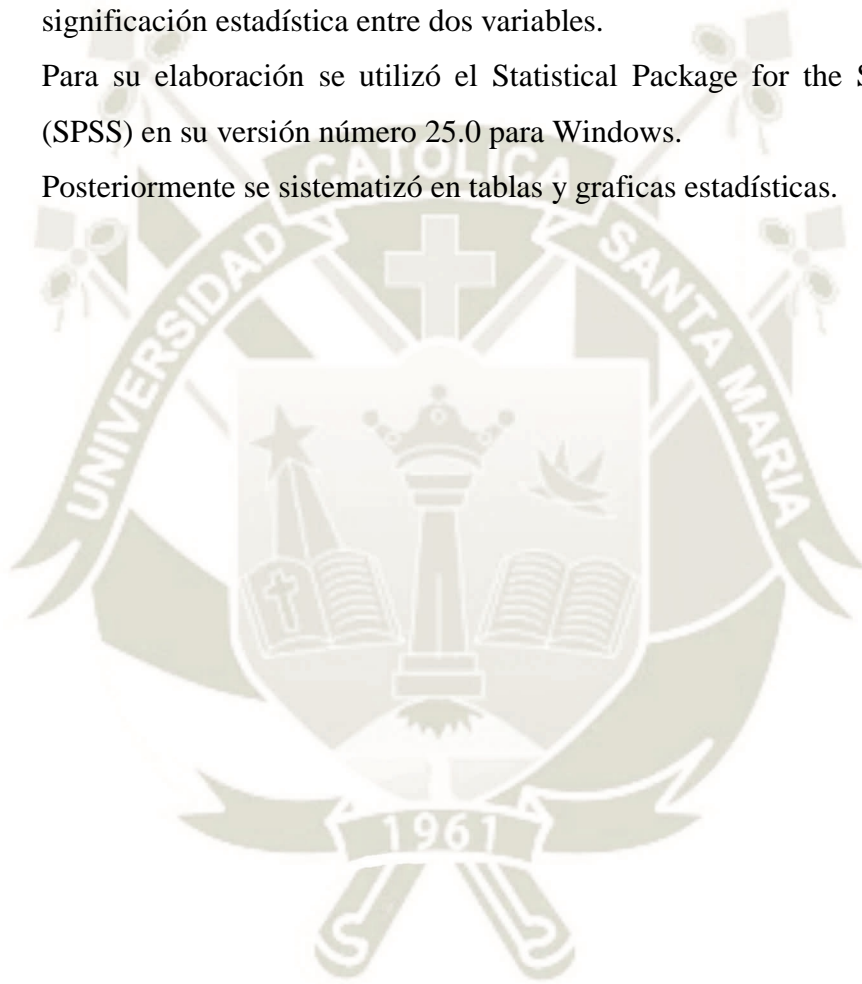
- Universidad Católica de Santa María
- Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN-SUR)

5. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Una vez recolectados los datos, estos fueron recopilados de manera ordenada en una hoja de cálculo de Microsoft Excel. Utilizando la prueba estadística Chi-cuadrado de Pearson con nivel de significancia del 95 % para determinar la significación estadística entre dos variables.

Para su elaboración se utilizó el Statistical Package for the Social Science (SPSS) en su versión número 25.0 para Windows.

Posteriormente se sistematizó en tablas y graficas estadísticas.



CAPÍTULO 3

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

1. DATOS DE UNIDADES DE ESTUDIO

TABLA N° 1

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN GRUPO ETARIO

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO
20 a 34 años	4	9.1	9.1
35 a 49 años	16	36.4	45.5
50 a 69 años	24	54.5	100
TOTAL	44	100.0	

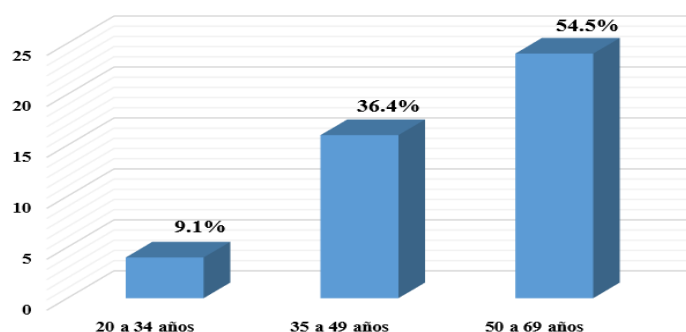
Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°1 se observa que el 54,5% de las pacientes mastectomizadas atendidas en el área de Hospitalización y Quimioterapia en el IREN- SUR, corresponden al grupo etario de 50 a 69 años y el 9.1% corresponde a pacientes entre 20 a 34 años.

De lo que deducimos más de la mitad de la población de estudio, se encuentra entre los 50 y 69 años.

GRAFICO N° 1

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN GRUPO ETARIO



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 2

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD

TIEMPO DE ENFERMEDAD	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO
De 0 meses a 2 años	29	65.9	65.9
De 3 años a 5 años	11	25.0	90.1
De 6 años a +	4	9.1	100.0
TOTAL	44	100.0	

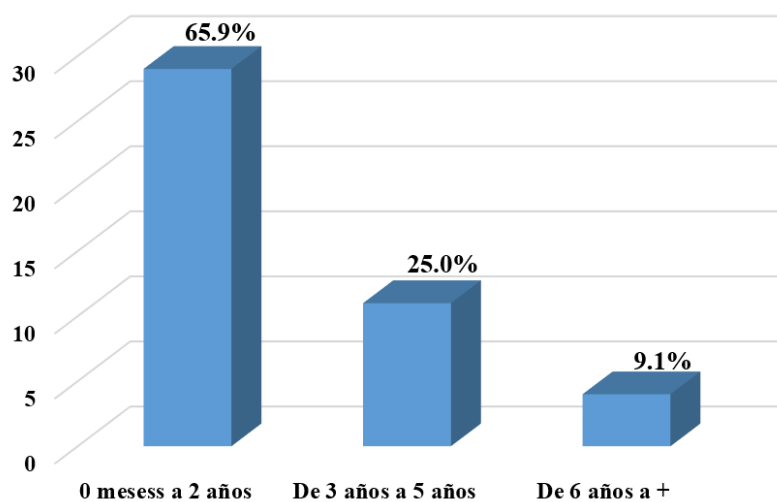
Fuente: Elaboración propia

En relación a la tabla N° 2, se muestra que el 65.9% de las pacientes mastectomizadas atendidas en el área de Hospitalización y Quimioterapia en el IREN- SUR, tienen un tiempo de enfermedad de 0 mes a 2 años y el 9.1% corresponde a un tiempo de enfermedad comprendido entre 6 a más años.

De lo que deducimos, que más de la mitad de la población del estudio, tienen un tiempo de enfermedad comprendido entre 0 meses a 2 años.

GRAFICO N° 2

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 3

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE MASTECTOMÍA

TIPO DE MASTECTOMIA	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE %	PORCENTAJE ACUMULADO
M. Simple	1	2.3	2.3
M. Cons. de la piel	0	0.0	2.3
M. Cons. de pezón	2	4.5	6.8
M. Radical Modificada	4	9.1	15.9
M. Radical	37	84.1	100.0
M. Doble	0	0.0	100.0
TOTAL	44	100.0	

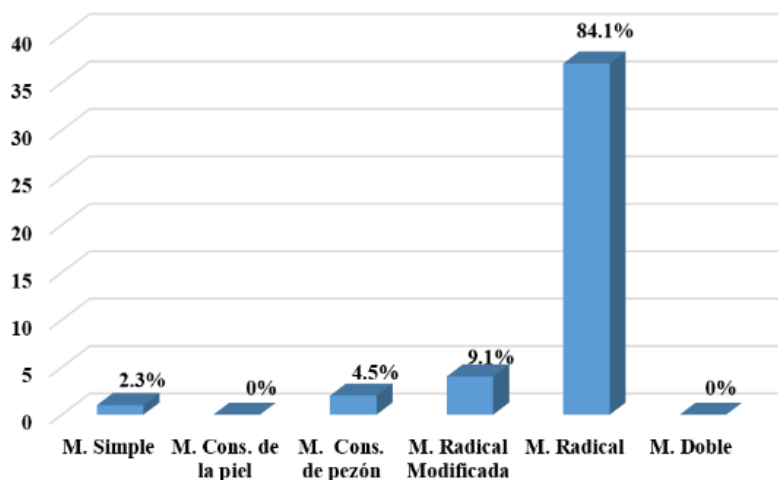
Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 3, se muestra que el 84.1% de las pacientes atendidas en el área de Hospitalización y Quimioterapia en el IREN- SUR, tienen una mastectomía radical y el 2.3% corresponde a una mastectomía simple.

De lo que deducimos, que las tres cuartas partes de la población de estudio, tienen una mastectomía radical.

GRAFICO N° 3

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE MASTECTOMÍA



Fuente: Elaboración propia

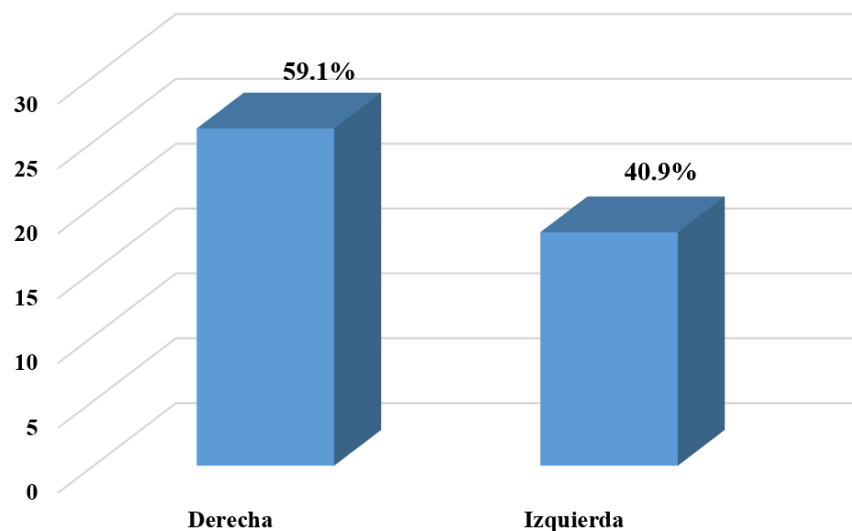
TABLA N° 4
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN MAMA AFECTADA

MAMA AFECTADA	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO
Derecha	26	59.1	59.1
Izquierda	18	40.9	100.0
TOTAL	44	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°4, se muestra que el 59.1% de las pacientes mastectomizadas atendidas en el área de Hospitalización y Quimioterapia en el IREN- SUR, la mama afectada fue la derecha, mientras que al 40.9% de las pacientes, la mama afectada fue la izquierda. De lo que deducimos, que más de la mitad de la población de estudio, tiene afectada la mama derecha.

GRAFICO N° 4
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN MAMA AFECTADA



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 5
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR

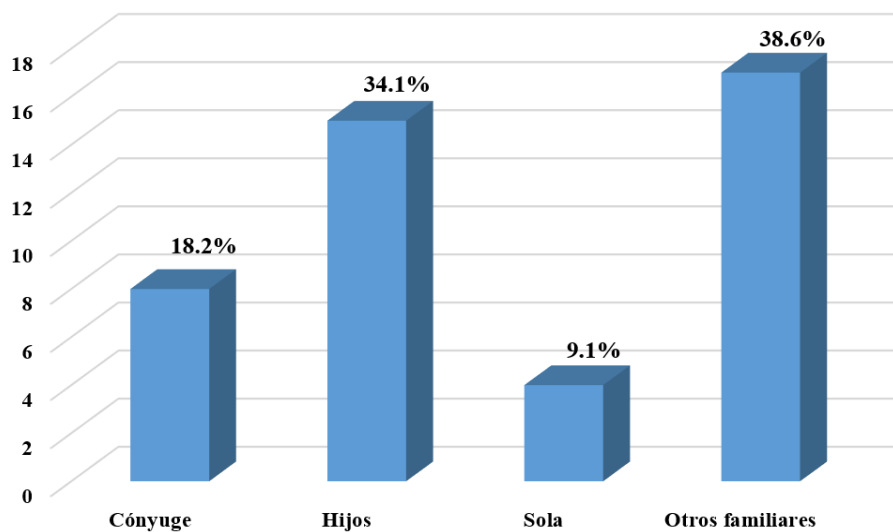
CONVIVENCIA FAMILIAR	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO
Cónyuge	8	18.2	18.2
Hijos	15	34.1	52.3
Sola	4	9.1	61.4
Otros familiares	17	38.6	100.0
TOTAL	44	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En relación a la tabla N° 5, se muestra que el 38.6% de las pacientes atendidas en el área de Hospitalización y Quimioterapia en el IREN- SUR vive con otros familiares, seguido del 34.1% que viven con hijos y el 9.1% viven solas.

De lo que deducimos, que más de las dos cuartas partes de la población de estudio viven con otros familiares e hijos.

GRAFICO N° 5
POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR



Fuente: Elaboración propia

2. NIVELES DE DEPRESIÓN

TABLA N° 6

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVELES DE DEPRESIÓN

NIVELES DE DEPRESION	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO
Mínima	1	2.3	2.3
Leve	3	6.8	9.1
Moderada	21	47.7	56.8
Grave	19	43.2	100.0
TOTAL	44	100.0	

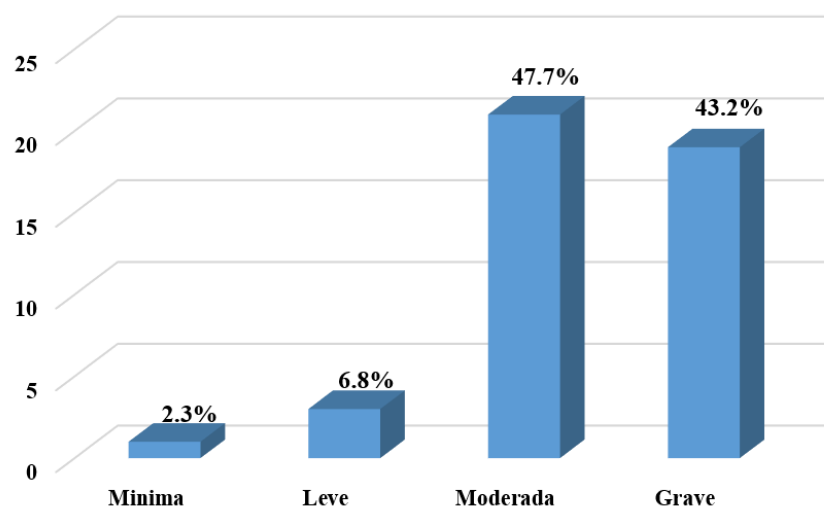
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

En la tabla N°6, se muestra que el 47.7% de las pacientes atendidas en el área de Hospitalización y Quimioterapia del IREN- SUR, tienen un nivel de depresión moderada, seguido del 43.2% que presenta un nivel grave y el 2.3% corresponde a un nivel de depresión mínima.

De lo que se deduce que más de las tres cuartas partes de la población se encuentra en los niveles de depresión moderado a grave. Siguiendo el nivel de leve y mínimo.

GRAFICO N° 6

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVELES DE DEPRESIÓN



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

3. NIVELES DE AUTOESTIMA

TABLA N° 7

POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA

NIVELES DE AUTOESTIMA	FRECUENCIA (fi)	PORCENTAJE (%)	PORCENTAJE ACUMULADO
Alta	0	0.0	0.00
Media	24	54.5	45.50
Baja	20	45.5	100.00
TOTAL	44	100.0	

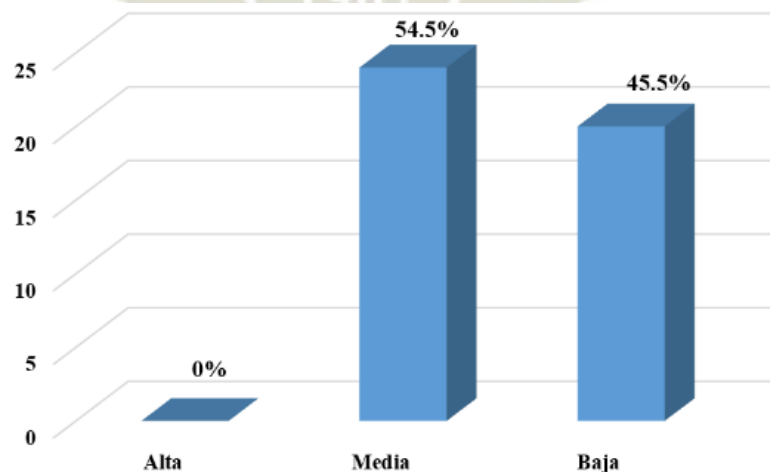
Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

Con relación a la tabla N°7, se observa que el 54,5% de las pacientes atendidas en las áreas de Hospitalización y Quimioterapia del IREN-SUR, tienen un nivel de autoestima media y el 45.5% corresponde a niveles bajos de autoestima.

De lo que se deduce que más de la mitad de la población de estudio se encuentran con un nivel de autoestima medio a bajo.

GRAFICO N° 7

POBLACIÓN DE ESTUDIO NIVEL DE AUTOESTIMA



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

4. RELACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y NIVELES DE AUTOESTIMA

TABLA N° 8
RELACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y NIVELES DE AUTOESTIMA

AUTOESTIMA	DEPRESIÓN								TOTAL	
	Mínima		Leve		Moderada		Grave			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Alta	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Media	1	2.3	2	4.5	17	38.6	4	9.1	24	54.5
Baja	0	0.0	1	2.3	4	9.1	15	34.1	20	45.5
TOTAL	1	2.3	3	6.80	21	47.7	19	43.2	44	100.0

$X^2=15,514$

$P<0.05$

$P=0.001$

Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

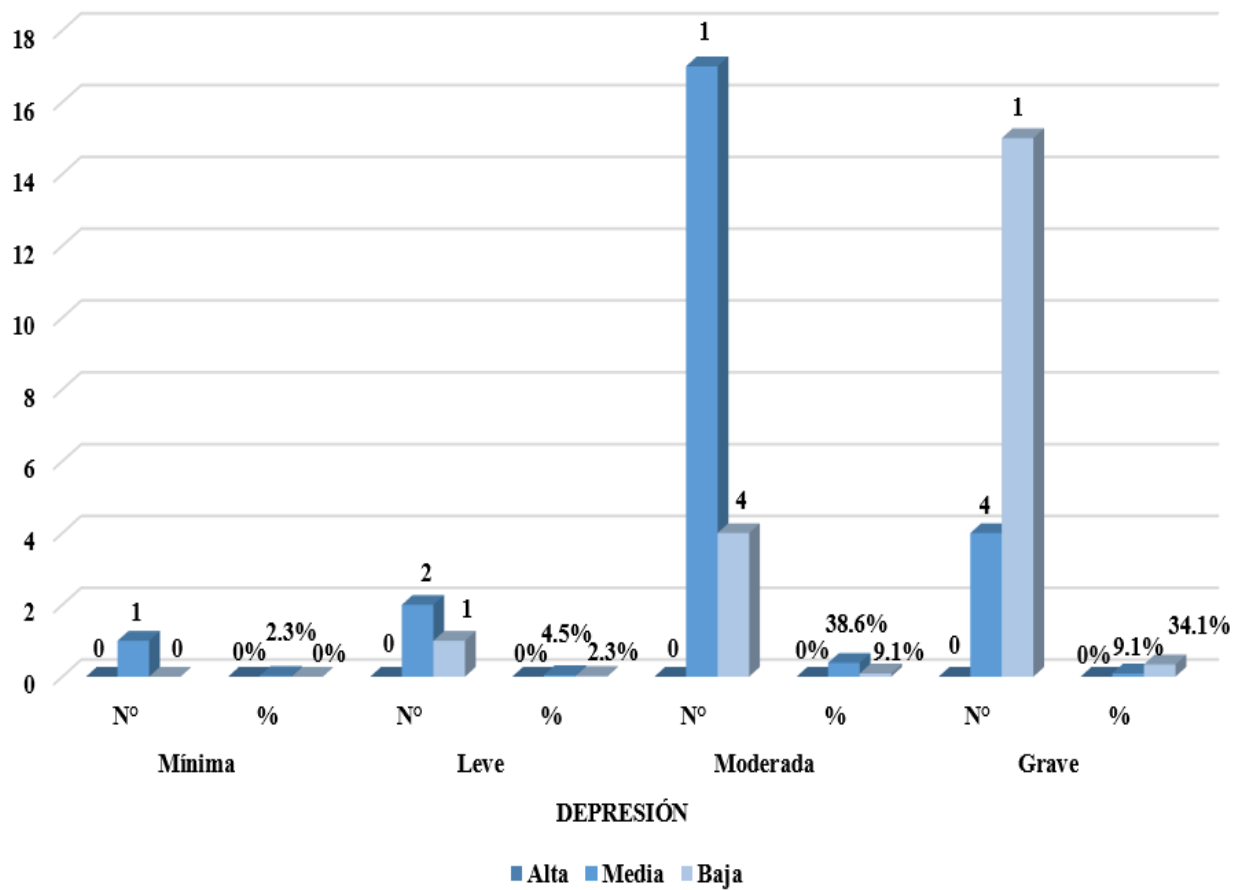
En la presente tabla se muestra que el 38,6% de las pacientes mastectomizadas presentan un nivel de depresión moderada y un nivel de autoestima media.

Un 34.1% con depresión grave presenta una autoestima baja y un 4.5% con depresión leve se ubica con una autoestima media.

De lo que se deduce, que más de una cuarta parte de la población presenta depresión moderada y autoestima media, siguiendo la depresión grave con niveles de autoestima baja.

Según la prueba de Chi cuadrado de asociación de Pearson ($X^2=15.514$) muestra que los niveles de depresión y los niveles de autoestima presentan una relación estadística significativa ($P<0.05$).

GRAFICO N° 8
RELACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y NIVELES DE
AUTOESTIMA



Fuente: Instrumento aplicado por el investigador

CONCLUSIONES

PRIMERA

Se demuestra que los niveles de depresión encontrados en las pacientes mastectomizadas atendidas en el área de hospitalización y quimioterapia en el IREN – SUR, son el nivel moderado (47.7%), siguiendo el nivel grave (43.2%) y el nivel leve (6.8%).

SEGUNDA

Se encontró que los niveles de autoestima de las pacientes mastectomizadas son; Nivel de autoestima media a baja. Lo que corresponde a los porcentajes; 54.5% y 45.5%, respectivamente.

TERCERA

Los resultados muestran que según la prueba de Chi cuadrado de Pearson se encontró una relación estadística significativa ($P < 0.05$) entre los niveles de depresión y los niveles de autoestima.

RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda al gerente del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur, se coordine acciones pertinentes para mejorar la promoción de la salud mental a través de los servicios especializados, fomentando la participación activa de las pacientes; brindando seguridad, confianza y apoyo emocional.
- 2) Así mismo, se recomienda al gerente de la Institución, la reapertura del club del paciente oncológico del IREN SUR; para que se pueda programar reuniones de apoyo con ayuda de un equipo multidisciplinario. Para poder detectar oportunamente algún síntoma depresivo o de autoestima baja. Lo que permitirá tener un medio de compartir permitiendo mejorar la relación entre pacientes y familias; por ende, estas reuniones ayudarán a reducir la negación, el miedo y sobre todo el aislamiento.
- 3) Recomendar al personal de enfermería que labora en el ambiente de quimioterapia, la organización de actividades recreativas (lúdicas), durante el tiempo de administración de sus quimioterapias para invitar a los pacientes a trasladarse mental y emocionalmente a otro espacio de compartir. Lo que favorecerá las relaciones interpersonales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud (MINSA). Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Mama en el Perú 2017 - 2021 [Internet]. Lima; 2017 Dec [citado 2022 Jul 6]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4234.pdf>
2. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Datos epidemiológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. 2017 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>
3. Contra L. Conoce 6 datos sobre los tipos de cáncer más letales que afectan a las peruanas [Internet]. 2019 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <https://www.blog.ligacancer.org.pe/2019/04/25/conoce-6-datos-sobre-los-tipos-decancer-mas-letales-que-afectan-a-las-peruanas/>
4. American Cancer Society. Surgery for Breast Cancer, What is a Mastectomy? [Internet]. 2021 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer/mastectomy.html>
5. Hernández M, Cruzado J. La atención psicológica a pacientes con cáncer: de la evaluación al tratamiento. Clínica y Salud. 2013;24:1–9.
6. American Cancer Society. What Is Breast Cancer? About Breast Cancer. [Internet]. 2021 [citado 2022 Jul 6]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>
7. Massachusetts General Hospital. Aprenda sobre el cáncer de mama [Internet]. 2019 [citado 2022 Jul 6]. Disponible en: <https://www.massgeneral.org/es/tratamientos/cancer/mama/aprenda-sobre-el-cancer-de-mama>

8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer de mama [Internet]. 2021 [citado 2022 Jul 6]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/breast-cancer>
9. Ministerio de Salud (MINSA). El cáncer de mama tiene un 90% de probabilidades de curación si se detecta a tiempo [Internet]. 2020 [citado 2022 Jul 6]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/308976-el-cancer-de-mama-tiene-un-90-de-probabilidades-de-curacion-si-se-detecta-a-tiempo>
10. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur (IRENSUR). Boletín Anual 2020 . 2020.
11. American Cancer Society. Breast Cancer Breast Cancer Information & Overview. [Internet]. [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer.html>
12. Winship Emory Cancer Institute. Cancer Quest [Internet]. [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: https://www.cancerquest.org/es/para-los-pacientes/cancer-por-tipo/cancer-demama?gclid=CjwKCAiArOqOBhBmEiwAsgeLmQiqdmTRVitasuPtfCbYLRDXQVHE90pgBzYF0vq-Y%20cPjF_jVVhkoRoCJxcQAvD_BwE#footnote3_u35ftwn
13. American Cancer Society. Mastectomía [Internet]. 2019 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/cirugia-del-cancer-de-seno/mastectomia.html>
14. Kendall P, Hollon S. Cognitive-behavioral interventions : theory, research, and procedures. In 1979.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión [Internet]. 2021 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/depression#tab=tab>

16. Rosas M, Yampufé M, López M, Carlos G, Sotil de Pacheco A. Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. Anales de la Facultad de Medicina. 2011;72:183–6.
17. Bernal P, Muñoz MJ. Tratamiento farmacológico de la depresión en cáncer. Psicooncología [Internet]. 2016 [citado 2022 Jul 7];13(2–3):249–70. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54435>
18. Instituto Nacional de Cáncer. Depresión (PDQ®)–Versión para pacientes - NCI [Internet]. 2019 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/sentimientos/depresion-pdq>
19. Arbulú-La Torre XV. Factores asociados a depresión en pacientes con cáncer de mama. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]. 2019 Feb 11 [citado 2022 Jul 7];19(1). Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>
20. Maluf A. Cáncer, inflamación y depresión: alteraciones conductuales, inmunitarias y neuroquímicas producidas por el desarrollo de melanoma B16 en ratones macho. In 2017.
21. Cruz A. Neuro Anatomía de la Depresión y su Relación con Paciente Oncológicos. Universidad de La Laguna; [Internet] 2018 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19204/Neuroanatomia%20de%20pacientes%20oncologicos%20con%20depresion.pdf?sequence=1>
22. González C, Zaragoza C, López F. Algo más que monoaminas en el tratamiento de la depresión: Mecanismos neurobiológicos emergentes de los antidepresivos del siglo XXI. Revista de Investigación y Educación en Ciencias de la Salud (RIECS) [Internet]. 2020 Nov 30 [citado 2022 Jul 7];5(2):49–80. Disponible en: <https://www.riecs.es/index.php/riecs/article/view/214>

23. Hospital Nacional Victor Larco Herrera, Instituto Nacional de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Depresión en Adultos - Versión extensa [Internet]. N° 04-2017. Lima: Unidad de Análisis y Generación de Evidencias; 2017 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cnsp/unagesp/publicaciones/gpc/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20para%20el%20Tratamiento%20de%20Depresi%C3%B3n%20en%20Adultos_HV_LH-c.pdf
24. Lafuente A. Revisión de la epidemiología depresiva. Propuesta de programa de actividad física en población con trastorno depresivo mayor para prevenir la disminución del volumen hipocampal. 2020 May 25 [citado 2022 Jul 7]; Disponible en: <https://108.128.142.30/handle/20.500.12466/1716>
25. Rodríguez Á. Dopamina y serotonina: dos neuromoduladores del comportamiento desde el nematodo *Caenorhabditis elegans* a humano. [Internet] 2021 [citado 2022 Jul 7]; Disponible en: <https://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/21451#.YsfH8oOkalY.mendeley>
26. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud [Internet]. Quinta Edición. Washington D.C: OPS; 2018 [citado 2022 Jul 7]. 320 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246208>
27. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Depresión [Internet]. 2016 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/depresion>
28. Kennedy S, Lam R, McIntyre R, Tourjman S, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. Canadian Journal of Psychiatry [Internet]. 2016 Sep 1 [citado 2022 Jul 7];61(9):540–60. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0706743716659417>

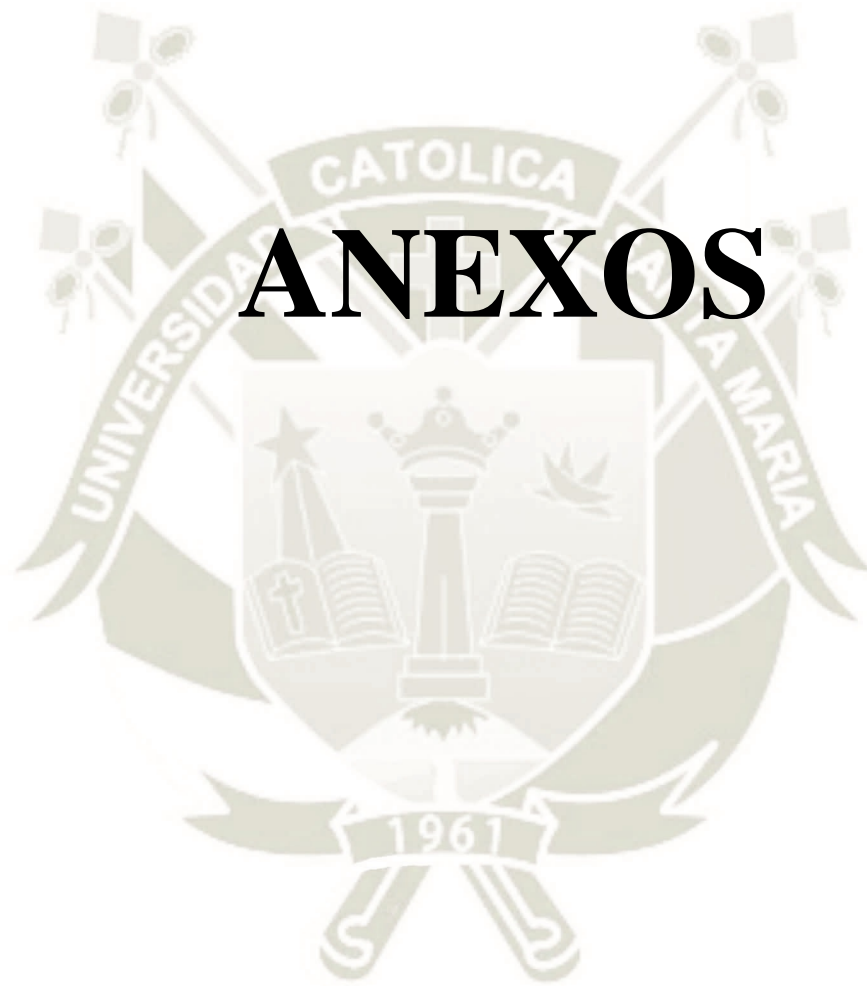
29. Stahl S. La psicofarmacología esencial de Stahl: bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas. 4ta edición. Madrid: Aula Médica; 2010.
30. Pérez R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Revista de la Facultad de Medicina (México). 2017;60:7–16.
31. Santa C, Ramos C. Estudio de casos de reacciones adversas e intoxicaciones con antidepresivos tricíclicos notificados en Bogotá D. C. (Colombia, 2008-2016). 2017 [citado 2022 Jul 7]; Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3135480#.YsfMrRm94o.mendeley>
32. Miguel C, Albuquerque E. Drug Interaction in Psycho-Oncology: Antidepressants and Antineoplastics. Pharmacology [Internet]. 2011;88:333–9. Disponible en: www.karger.com
33. Hernández R, Romero D, Alcázar D, Vogel N, Reyes A. Intervención cognitivo-conductual en caso de trastorno depresivo debido a traumatismo de estructuras múltiples de rodilla. Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales. 2017;8:15–28.
34. Heerlein A. Psicoterapia interpersonal en el tratamiento de la depresión mayor. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2002;40:63–76.
35. Lamas R, Colín R, González A. Panorama general de la terapia electroconvulsiva: indicaciones y funcionamiento. Revista de la Facultad de Medicina (México). 2020;63:20–30.
36. Pousa V, Miguelez A, Hernández M, González M, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. Revista Colombiana de Cancerología [Internet]. 2015;19(3):166–72. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-depresion-cancer-una-revision-orientada-S0123901515000438>

37. Ruiz P, Medina Y, Zayas A, Gómez R. Relación entre la autoestima y la satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios. Revista INFAD de Psicología International Journal of Developmental and Educational Psychology [Internet]. 2018 Apr 29;2(1):67–76. Disponible en: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1170>
38. Organización Mundial de la Salud (OMS). Autoestima e Imagen Corporal [Internet]. 2020 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <https://www.who.int/es/home/search?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=autoestima&wordsMode=AnyWord>
39. Pérez H. Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. Alternativas en psicología [Internet]. 2019 Feb [citado 2022 Jul 7];22–32. Disponible en: <https://www.alternativas.me/30-numero-41-febrero-julio-2019/190-autoestima-teorias-y-su-relacion-con-el-exito-personal>
40. Coyla Y. Niveles de autoestima en los adolescentes de la I.E.S. José Carlos Mariategui – Isla – Juliaca [Internet]. Universidad Nacional del Altiplano. 2018 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3277811#.YsfQY0PtJwA.mendeley>
41. Giraldo K, Holguín M. La Autoestima, Proceso Humano. Revista Electrónica Psyconex [Internet]. 2017 Aug 3 [citado 2022 Jul 7];9(14):1–9. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328507#.YsfQyApepfQ.mendeley>
42. Correa M. Impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer de mama: primeras reacciones emocionales. Index de Enfermería. 2017;26:299–302.
43. Garcia Y, Joya A, Peña J. Impacto en la autoestima de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, en la edad comprendida de los 40 a los 50 años. [Internet]. [Bogotá]: Universidad Cooperativa de Colombia; 2019 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/14925>

44. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.” Guía Técnica: Intervención de Enfermería en Salud Mental para el Primer nivel de Atención [Internet]. Lima; 2019 [citado 2022 Jul 7]. 98 p. Disponible en: <https://www.inism.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dirfun/2019/RDN%C2%B0435-2019.pdf>
45. Usieto A, Urcola F. Plan de cuidados de enfermería dirigido al manejo emocional del paciente oncológico. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2020 Oct [citado 2022 Jul 7];Vol. 2(Nº. 10). Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/94861?ln=es>
46. Flores M. Influencia de la Resiliencia en la Presencia de Síntomas Depresivos en Mujeres Mastectomizadas por Cáncer de Mama en la Asociación Paz y Amor Arequipa 2019 [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2019 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/8686>
47. Alvarado M, Bustamante F. Apoyo Social y Depresión en Pacientes Diagnosticados con una Enfermedad Oncológica del Hospital Case Essalud de Arequipa [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2018 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/7814>
48. Choque E. Nivel de autoestima y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama en tratamiento oncológico Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica [Internet]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2017 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1372>
49. Silva T, Tuanama M. Nivel de autoestima y cuidado humanizado en pacientes con cáncer de mama, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, Trujillo, 2019. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2019 [citado 2022 Jul 7]; Disponible en:

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40452#.YsfY0qPcByo.men>
[deley](#)

50. Castrillón M, López A. El cáncer de mama en la mujer y su influencia en la autoestima [Internet]. Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2019 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/10900/1/T.P_Castrill%C3%B3nOrozcoMaribel_2019.pdf
51. Coronel M. Depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas de la UMF No. 80 [Internet]. [Michoacán]: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo; 2017 [citado 2022 Jul 7]. Disponible en: http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx:8083/xmlui/handle/DGB_UMICH/4267
52. Rodríguez E, Farfán D. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. Revista de Investigación Universitaria [Internet]. 2015 May 22 [citado 2022 Jul 7];4(2):71–8. Disponible en: <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/riu/article/view/743>
53. Ceballos G, Oviedo H, Paba C, Campo A, Suescún J, Herazo E. Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. Pensamiento Psicológico [Internet]. 2017;15(2):29–39. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80152474003>



ANEXOS

ANEXO 01

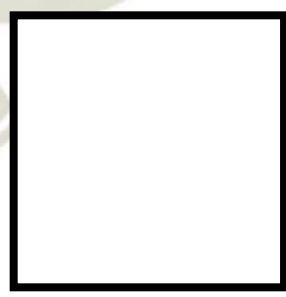
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

Yo de
años de edad, identificada con DNI N°....., habiéndome explicado
en lenguaje, claro y sencillo sobre el proyecto de investigación:

**“RELACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y NIVELES DE
AUTOESTIMA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS DEL ÁREA
DE HOSPITALIZACIÓN Y QUIMIOTERAPIA DEL IREN-SUR.
AREQUIPA, 2022”**

El que se realizará en el presente año 2022 y que dicha investigación publicará
los resultados guardando reserva de mi identidad. Estando en pleno uso de mis
facultades mentales, acepto participar en la investigación para lo cual suscribo
el presente documento.

Fecha:



Firma

Huella digital

ANEXO 02

FICHA DE LOS DATOS DE LAS UNIDADES DE ESTUDIO

“RELACIÓN DE LOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y NIVELES DE AUTOESTIMA EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN Y QUIMIOTERAPIA DEL IREN-SUR.

AREQUIPA, 2022”

Responda las siguientes preguntas referidas a edad, tiempo de enfermedad, tipo de mastectomía y convivencia familiar

EDAD:

TIEMPO DE ENFERMEDAD

- a) 0 meses a 2 años
- b) De 3 a 5 años
- c) De 6 a más años

TIPO DE MASTECTOMIA

- a) Mastectomía Simple
- b) Mastectomía con conservación de la piel
- c) Mastectomía con conservación del pezón
- d) Mastectomía Radical Modificada
- e) Mastectomía Radical
- f) Mastectomía Doble

CONVIVENCIA FAMILIAR

- a) Con cónyuge
- b) Con hijos
- c) Sola
- d) Otros familiares

ANEXO 03

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

Instrucciones:

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

0. No me siento triste.
1. Me siento triste gran parte del tiempo
2. Me siento triste todo el tiempo.
3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2. No espero que las cosas funcionen para mí.
3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

1. No me siento como un fracasado.
2. He fracasado más de lo que hubiera debido.
3. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
4. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0. No siento que este siendo castigado
1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
1. He perdido la confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual
1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
2. Me critico a mí mismo por todos mis errores
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2. Querría matarme
3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo
2. Lloro por cualquier pequeñez.
3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 Agitación

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a Duermo la mayor parte del día
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

PUNTAJE TOTAL

ANEXO 04

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Por favor conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada considerando que:

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

ITEMS		A	B	C	D
1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	4	3	2	1
2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas	4	3	2	1
3	Soy capaz de hacer las cosas también como la mayoría de la gente	4	3	2	1
4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	4	3	2	1
5	En general estoy satisfecha de mí mismo/a.	4	3	2	1
6	Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullos/a.	4	3	2	1
7	En general, me inclino a pensar que soy una fracasado/a.	4	3	2	1
8	Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo /a.	4	3	2	1
9	Hay veces que realmente pienso que soy un /a inútil.	4	3	2	1
10	A veces creo que no soy una buena persona	4	3	2	1



COMITÉ REVISOR DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

"Año del fortalecimiento de la soberanía nacional"

Arequipa 01 de marzo del 2022

CARTA N° 015-2022- GRA/GRS/GR - IREN-SUR/ G-DCC-DI-CRPI

Señorita:
ARTETA VALDEZ GUADALUPE CECILIA
Universidad Católica de Santa María
Presente. -

REFERENCIA: PROTOCOLO: "Relación de los niveles de depresión y niveles de autoestima en pacientes mastectomizadas del área de Hospitalización y Quimioterapia del IREN SUR. Arequipa 2022"

ASUNTO: Resultado de Revisión

De mi consideración:

Mediante el presente tengo a bien dirigirme a usted para informarle que el Comité Revisor de Protocolos de Investigación del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur luego de la revisión de su proyecto ha decidido la siguiente calificación:

Aprobado sin observaciones - Cod. Reg. 062022

Habiéndose revisado los siguientes documentos:

- ✓ Protocolo de investigación
- ✓ Consentimiento Informado

Asimismo, indicarle que deberá realizar las coordinaciones con los responsables del área donde se ejecutará el proyecto.

Sin otro particular quedo de usted

Atentamente,

Dr. Fernando Valencia Juarez

PRESIDENTE

Comité Revisor de Protocolos de Investigación
Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur

Áv. La Salud SIN Cercado An
Investigacion@irensur.gob.pe



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"



CONSTANCIA

El que suscribe coordinador del Área de Docencia e Investigación hace constar que:

GUADALUPE CECILIA ARTETA VALDEZ


Autora del proyecto denominado:

"Relación de los niveles de depresión y niveles de autoestima en pacientes mastectomizadas en el área de Hospitalización y Quimioterapia del IREN SUR Arequipa 2022"

Ha cumplido, como parte de su trabajo de tesis para obtener el título profesional de Enfermería en la Universidad Católica de Santa María, con realizar las siguientes actividades:

- Revisión de historias clínicas para identificar las pacientes mastectomizadas.
- Entrevista personal con cada paciente
- Realizó la motivación y preparación a las pacientes
- Llenado de consentimiento informado

Arequipa, 03 de Abril del 2022

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
CORPORACIÓN REGIONAL DE SALUD
IREN - SUR

Dr. Hato Palomino Marmontoy
Coordinador de Docencia e Investigación
CUP 85516 RNE 31098

Nº 007-2022

Área de Docencia e Investigación-IREN SUR
docencia@irensur.gob.pe

