

## **Esperanza y depresión en pacientes brasileños con cáncer de cabeza y cuello en tiempos de COVID - 19**

Mercedes Nohely Rodriguez Torrealba<sup>1</sup>, Nen Nalú Alves das Mercês<sup>2</sup>, Jorge Vinícius Cestari Felix<sup>2</sup>, Marcio Roberto Paes<sup>2</sup>, Deny Kelson Vasques Pereira<sup>3</sup> y Silvia Francine Sartor<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Médico, maestría en Enfermería, Universidad Federal de Paraná, Programa de Posgrado en Enfermería. Av. Professor Lothário Meissner 632, Curitiba, PR 80210-170, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Enfermería de la Universidad Federal del Paraná, Av. Professor Lothário Meissner 632, Curitiba, PR Paraná, 80210-170, Paraná, Brasil

<sup>3</sup> Servicio de cabeza y cuello del hospital Erasto Gaertner, Rua Dr. Ovande do Amaral, 201, Jardim das Américas, Curitiba, Paraná, 81520-060, Brasil

<sup>4</sup> Estudiante de Doctorado del Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Paraná, Av. Professor Lothário Meissner 632, Curitiba, PR 80210-170, Brasil.

### **Direcciones de correo electrónico:**

MNRT: mercedes@ufpr.br

### **Resumen**

**Introducción:** El cáncer de cabeza y cuello se caracteriza por ser traumático en relación a otro tipo de cáncer, debido al impacto físico, fisiológico y social que causa en el paciente.

**Objetivo:** Evaluar la esperanza y la depresión mayor en pacientes con cáncer de cabeza y cuello durante la pandemia de COVID-19.

**Método:** Cuantitativo, observacional, analítico, realizado en consulta externa del servicio de cabeza y cuello de un hospital oncológico en la ciudad de Curitiba, Paraná, Brasil, con 60 pacientes con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento con quimioterapia y radioterapia. La colecta de datos ocurrió entre mayo y septiembre del 2020, con aplicación de 3 cuestionarios: sociodemográfico y clínico, *PHQ-9*, para evaluar la depresión mayor, y la escala de esperanza de Herth; El análisis de datos fue a través de estadística descriptiva, test no paramétricos de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y Correlación de Spearman.

**Resultados:** la edad de los participantes vario entre 34 y 85 años, predominando el sexo masculino en 61,7%. El diagnóstico de cáncer se presentó en cavidad oral (53,3%) y laringe (33,3%); 28,3% (n=17) presentan diagnóstico de depresión; 8,6% (n=5) están en tratamiento con psicoterapia y 10,3% (n=6) en tratamiento con psicotropicos. En análisis de asociación del escore *PHQ-9* con el sexo, obtuvo una mediá de  $7,7\pm 6,2$  con mayor nivel de depresión en mujeres. El escore de esperanza destacó media  $41,3\pm 3,1$ ; Sin embargo, durante la pandemia 35% (n=21) refirieron sentimientos de angustia, ansiedad y miedo, siendo este último predominante, y en asociación con el escore *PHQ-9*, obtuvo una media  $8,2\pm 6,2$  ( $p= 0,123$ ). La asociación de esperanza con el número de hijos destacó significado estadístico ( $p=0,034$ ), y en la variable escolaridad con el escore *PHQ-9*, ( $p=0,019$ ).

**Conclusión:** La utilización de herramientas que evalúen tanto niveles de esperanza como depresión en pacientes en tratamiento con quimioterapia y radioterapia, proporcionan a los profesionales de la salud un soporte para la implementación de acciones dirigidas para el enfrentamiento de la enfermedad.

Palabras claves: neoplasia de cabeza y cuello; esperanza; depresión; infecciones por coronavirus.

## Introducción

El cáncer de cabeza y cuello es el séptimo tipo de cáncer más común en el mundo y la octava causa de muerte por cáncer [1]. Los tumores de labio, cavidad oral, faringe, laringe, cavidad nasal, y tiroides son agrupados como cáncer de cabeza y cuello, los cuales representan la segunda mayor incidencia en hombres brasileños; Cada año del trienio 2020-2022 en Brasil, la perspectiva de incidencia de cáncer de cavidad oral será de 11.180 casos en hombres, 4010 en mujeres y en la laringe cerca de 6470 en hombres, y 1180 en mujeres [2]. En relación con la mortalidad, se observan altas tasas en pacientes con cáncer en cavidad oral y labio [3].

En diciembre del 2019, se registraron los primeros casos de infección por el nuevo coronavirus, denominado, *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS CoV-2) en China. Esta enfermedad denominada *Coronavirus Disease – 19* (COVID-19) se diseminó rápidamente tornándose una pandemia. Datos globales afirman 172,242,495 casos confirmados de COVID-19 y 3,709,397 muertes para junio

de 2021 y en Brasil se registraron 16,803,472 casos confirmados y 469,388 muertes [4].

En ese sentido, el riesgo de mortalidad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello aumentó 40% en áreas de alta incidencia en el año 2020, por el COVID-19. Los pacientes con cáncer presentaron peor evolución clínica en comparación con otros pacientes con infección por covid-19 [5].

Concretando la emergencia de salud mundial que impactó las actividades de centros hospitalarios oncológicos, consecuentemente los países adoptaron diversos protocolos para el manejo de los pacientes con cáncer infectados por la COVID-19. Se observó, que los pacientes oncológicos tienen tres veces más probabilidad de infectarse, especialmente aquellos mayores de 60 años, considerando que el riesgo de infección viral severa aumenta 5 veces más y el riesgo de muerte 8 veces más en pacientes con cáncer [6]. De acuerdo con un estudio realizado en China, las complicaciones severas por COVID-19 son mayores en pacientes con cáncer a diferencia de aquellos sin comorbilidades [7]

Considerando las implicaciones que tiene el diagnóstico y tratamiento del cáncer de cabeza y cuello, asociado a las dificultades que trajo la pandemia COVID-19, es evidente el impacto de estos factores en la calidad de vida de las personas en sus dimensiones física y emocional [8]. Una encuesta analizó el estado psicológico de 77 pacientes con cáncer durante la actual pandemia de COVID-19, utilizando el cuestionario de la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), encontrando resultados de depresión en 31% de los participantes [9].

Por tanto, los pacientes oncológicos, al igual que la población susceptible, tienden a sufrir más desorganización emocional ante una crisis de salud pública [10]. El Covid-19 colapsó la capacidad de los Sistemas de Salud alrededor del mundo, produciendo un impacto significativo en los pacientes con cáncer en el diagnóstico, tratamiento, mortalidad y, especialmente en el aspecto emocional [11]. Con las incertidumbres de la pandemia de SARS-CoV-2 y un diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello, las posibles consecuencias para la salud mental traen retrasos en el tratamiento. Es de destacar que, durante el proceso de la enfermedad, el estado psicológico puede cambiar significativamente, principalmente porque el 35% de ellos padece síntomas de depresión y ansiedad [12].

Las complicaciones adicionales de la pandemia y las restricciones de movimiento, con aislamiento social pueden aumentar la depresión en pacientes con cáncer de cabeza y cuello [13]; por otro lado, el retraso del tratamiento oncológico

puede ejercer una presión adicional sobre la salud mental y la calidad de vida de estos pacientes. Es esencial ayudarlos a mantener su calidad de vida durante esta pandemia, para no afectar sus resultados generales de supervivencia [14].

La depresión es un trastorno mental, que puede ser debilitante, potencialmente letal y en casos severos conducir al suicidio [15]. Los pacientes con trastorno depresivo mayor experimentan estados emocionales disfuncionales y deterioro cognitivo, ocasionando problemas de conducta, sociales y funcionales [16]. Los pacientes con cáncer de cabeza y cuello presentan un mayor riesgo de estrés emocional que aquellos con otro tipo de cáncer. Sufren cambios en la deglución, olfato, respiración, habla y en el peor de los casos, origina desfiguración facial durante el tratamiento y curso de la enfermedad [17]. Estos pacientes con síntomas depresivos mayores presentan bajo nivel de supervivencia, con mayor riesgo de interrupciones en el tratamiento del cáncer, y peor respuesta al tratamiento. [18]. Por tanto, la terapéutica para la depresión puede mejorar el estado de ánimo, disminuir síntomas, y mejorar el pronóstico relacionado con el cáncer [19].

En este contexto, la esperanza tiene un impacto directo en el bienestar físico y psicológico, desde una mayor tolerancia al estrés hasta cambios en el estilo de vida y el funcionamiento inmunológico [20]. Por tanto, la esperanza permite al paciente oncológico vivir con mayor intensidad, incluso ante las adversidades impuestas por la evolución de la enfermedad y el tratamiento [21].

En ese sentido, el objetivo de este estudio es evaluar la esperanza y la depresión mayor en pacientes con cáncer de cabeza y cuello durante la pandemia de Covid-19.

En este orden de ideas, en el presente artículo se anuncian los resultados respecto al objetivo mencionado, así como se realiza una asociación de las variables obtenidas, además de analizar la importancia de la esperanza en el afrontamiento del cáncer de cabeza y cuello, y su influencia en la disminución de síntomas depresivos.

## **Método**

Se trata de un estudio cuantitativo, observacional, analítico, transversal, realizado en un Hospital Oncológico filantrópico de referencia en el Estado de Paraná, Brasil. Los participantes fueron 60 pacientes diagnosticados con cáncer de cabeza y cuello, asistidos en la consulta externa del Servicio de Cabeza y Cuello durante los meses de mayo y septiembre del 2020.

Los criterios de inclusión de los participantes fueron: tener un diagnóstico de

cáncer de cabeza y cuello de cualquier tipo histocitopatológico, en los estadios T1 a T4 (a o b), sometido a quimioterapia y / o radioterapia; haber conservado la comunicación oral o tener condiciones de comunicación no verbal a través de gesto que indica la alternativa por autoinforme, indicando la puntuación que expresa cómo se siente, en las variables evaluadas por la escala de depresión y esperanza. Los criterios de exclusión de los participantes fueron: tener deficiencia auditiva que imposibilite la escucha y la comunicación verbal o no verbal; y no tener la capacidad de comprensión que permita la comunicación verbal o no verbal.

La recolección de datos ocurrió en una sola etapa, fueron aplicados tres instrumentos: el primero de información sociodemográficas y clínicas el cual refleja datos personales y de vivienda, además de diagnósticos, estadio, y una pregunta en relación con la pandemia acerca de cómo estos pacientes se estaban sintiendo frente a la emergencia de salud mundial del COVID-19. El segundo instrumento *Patient Health Questionnaire – 9* (PHQ-9), evalúa los síntomas de Trastorno Depresivo Mayor (TDM), e identifica el riesgo de desarrollar depresión. El TDM es definido como un trastorno mental caracterizado por la presencia de cuatro o más síntomas depresivos como alteración en el estado de ánimo, si el paciente siente desinterés por hacer cosas, problemas para dormir, cansancio o falta de energía, pérdida de apetito o peso, sentimientos de culpa o inutilidad. Además, si tiene dificultades de concentración, se siente inquieto y pensamientos suicidas. La presencia de síntomas en las últimas dos semanas se evalúa en una escala *Likert* con puntuaciones de cero (nada o ninguno), uno (varios días), dos (más de la mitad de los días) y tres (casi todos los días). La puntuación oscila entre cero y 27 puntos [22].

Los puntajes PHQ-9 de 5, 10, 15 y 20 presentan depresión leve, moderada, moderadamente severa y severa [23]. Este instrumento contiene una décima pregunta sobre los síntomas que interfieren en la vida profesional, personal o social del paciente. Esta pregunta no se suma a los nueve ítems anteriores, su propósito es descartar el duelo normal, un historial de Episodio Maníaco (Trastorno Bipolar) y un trastorno físico, medicación u otra droga como causa biológica de los síntomas depresivos [24].

Seguidamente el tercer instrumento Escala de Esperanza de Herth, consta de 12 ítems y evalúa los estados de esperanza de los pacientes, además de destacar tres componentes de esperanza, temporalidad y futuro, expectativas positivas e interconexión, siendo, por tanto, una herramienta útil [25]. La calificación de los ítems se establece mediante la escala *Likert* de cuatro puntos, que van desde

completamente de acuerdo a completamente en desacuerdo, con 1 - completamente en desacuerdo, 2 - en desacuerdo, 3 - de acuerdo y 4 - completamente de acuerdo. El puntaje total varía de 12 a 48 puntos, y cuanto mayor es el puntaje, mayor es el nivel de esperanza [26].

Consecuentemente los datos recolectados fueron ingresados en planillas de Microsoft Office Excel®. La información fue sintetizada mediante análisis estadístico, que inició con los resultados del cuestionario sociodemográfico y clínico mediante análisis descriptivo, utilizando medias, desviaciones estándar, mediana, valores mínimos y máximos para las variables cuantitativas y para las categóricas, se presentaron frecuencias y porcentajes. Seguidamente, se realizó una comparación de dos grupos en relación con las puntuaciones de PHQ-9 y EEH utilizando la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. Para las comparaciones de más de dos grupos se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis; La asociación entre dos variables cuantitativas se analizó mediante la estimación de los coeficientes de correlación de Spearman. Los valores de  $p < 0,05$  indicaron significación estadística. Los datos se analizaron con el programa informático IBM SPSS (International Business Machines Corporation-Statistical Package for the Social Sciences) v.20.0.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación del hospital escenario de estudio en noviembre de 2019, aprobado por medio del Dictamen nº 3.954.865.

## **Resultados**

La edad de los 60 participantes osciló entre 34 y 80 años. Las frecuencias de las variables sociodemográficas se muestran en la Tabla 1. Se observó que 61,7% ( $n = 37$ ) eran del sexo masculino, 31,7% ( $n = 22$ ) están casados y 38,3% ( $n = 23$ ) refieren tener 1 o 2 hijos, de acuerdo con el nivel de estudio 43,3% ( $n = 26$ ) no completó la Educación Primaria, 78,3% declaró ser católico, y 71,1% están jubilados. Con respecto a los datos clínicos presentados en la Tabla 2, el 71,7% ( $n = 43$ ) refirió no tener antecedentes de depresión, por otro lado hubo una variación en la localización del cáncer de cabeza y cuello: 53,3% ( $n = 32$ ) cavidad oral (boca, lengua, piso de la boca, trigono retromolar, reborde alveolar); 33,3% ( $n = 20$ ) laringe; 33,3% ( $n = 20$ ) en orofaringe; 5,0% ( $n = 3$ ) en nasofaringe; y 8,3% ( $n = 5$ ), (adenoides maxilares y hueso maxilar) con referencia al tamaño tumoral asociado (T) y afectación linfática (N), se observó que 16% ( $n = 8$ ), estaban estadio T2, 14% ( $n = 7$ ), en T3.

Con referencia al tratamiento actual de depresión, 77,6% ( $n=47$ ) están sin

tratamiento, sin embargo 10,3% (n=6) están en tratamiento con psicotropicos, 8,6% (n=5) están en tratamiento con psicoterapia. De acuerdo con el tratamiento oncologico actual 6,7% (n=4) está recibiendo tratamiento con quimioterapia y radioterapia, 30,0% (n=18), quimioterapia, radioterapia y cirugía; 5,0% (n=3), quimioterapia y cirugía; y 58,3% (n=35) cirugía y radioterapia.

En este estudio los participantes manifestaron sentimientos con respecto a la situación pandémica por COVID-19. De los 60 participantes, 5% (n = 3) expresó estar tranquilo, alrededor del 31.6% (n=18) expresó miedo y el 61% (n=35) mencionó creer en Dios, tener esperanza, Parece que, además de la situación de afrontamiento del cáncer y su tratamiento, para algunos pacientes la pandemia provocó mayor miedo.

TABLA 1 - DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PARTICIPANTES.

Variable	n	Clasificación	n	Resultado*	%
<b>Edad</b>	60			60,6 ± 10,9 (34 - 80)	
<b>Sexo</b>	60	Femenino	23		38,3%
		Masculino	37		61,7%
<b>Color de la piel</b>	60	Blanca	59		98,3%
		Negra	1		1,7%
<b>Número de hijos</b>	60			2,0 ± 2,0 (0 - 8)	
		0	17		28,3%
		1 o 2	23		38,3%
		3 o 4	14		23,3%
		5 a 8	6		10,0%
<b>Escolaridad</b>	60	No frecuente	2		3,3%
		Primaria incompleta	26		43,3%
		Secundaria incompleta	15		25,0%
		Secundaria completa	12		20,0%
		superior incompleta	2		3,3%
		superior completa	3		5,0%
<b>Escolaridad (agrupado)</b>	60	hasta primaria incompleta	28		46,7%
		Secundaria (incompleta/completa)	27		45,0%
		Superior (incompleta/completa)	5		8,3%
<b>Religión</b>	60	Católica	47		78,3%
		Evangélica	9		15,0%
		Otra religión	3		5,0%
		Sin religión	1		1,7%
<b>Estado civil</b>	60	Soltero	19		31,7%
		Casado	22		36,7%
		Unión consensual	2		3,3%
		Divorciado	10		16,7%
		Viudo	7		11,6%

<b>Estado civil (agrupado)</b>	60	Soltero/divorciado/ viudo	36	60,0%
		Casado/unión consensual	24	40,0%
<b>Retirado de su trabajo para tratamiento</b>	13	No	4	30,8%
		Si	9	69,2%
<b>Jubilado</b>	45	No	13	28,9%
		Si	32	71,1%
<b>Salario mensual individual (R\$)</b>	49	1645 ± 1249 (600 - 8000)		
<b>Salario mensual familiar (R\$)</b>	53	2193 ± 1589 (600 - 8000)		

NOTA: \*Descrito por media ± desviación estándar (mínimo - máximo) o por porcentaje de frecuencia  
 \*\* R\$ real, moneda brasileña

TABLA 2 - DATOS CLÍNICOS DE LOS PARTICIPANTES.

Variable	n	Clasificación	n	%
<b>Antecedentes de Depresión</b>	60	No	43	71,7
		Si	17	28,3
<b>Diagnóstico actual do cáncer (agrupamiento)</b>	60	Cavidad oral	32	53,30
		Laringe	20	33,3
		Orofaringe	3	5,0
		Nasofaringe	5	8,3
		Ningún	45	77,6%
<b>Tratamiento actual de Depresión</b>	58	Psicoterapia	5	8,6%
		Psicotrópico	6	10,3%
		Psicoterapia y Psicotrópico	2	3,4%
		Quimioterapia + radioterapia	4	6,7%
<b>Tratamiento actual de cáncer</b>	60	Quimioterapia + radio + cirugía	18	30,0%
		Quimioterapia + cirugía	3	5,0%
		Cirugía + radioterapia	35	58,3%
		Quimioterapia + radioterapia	4	6,7%

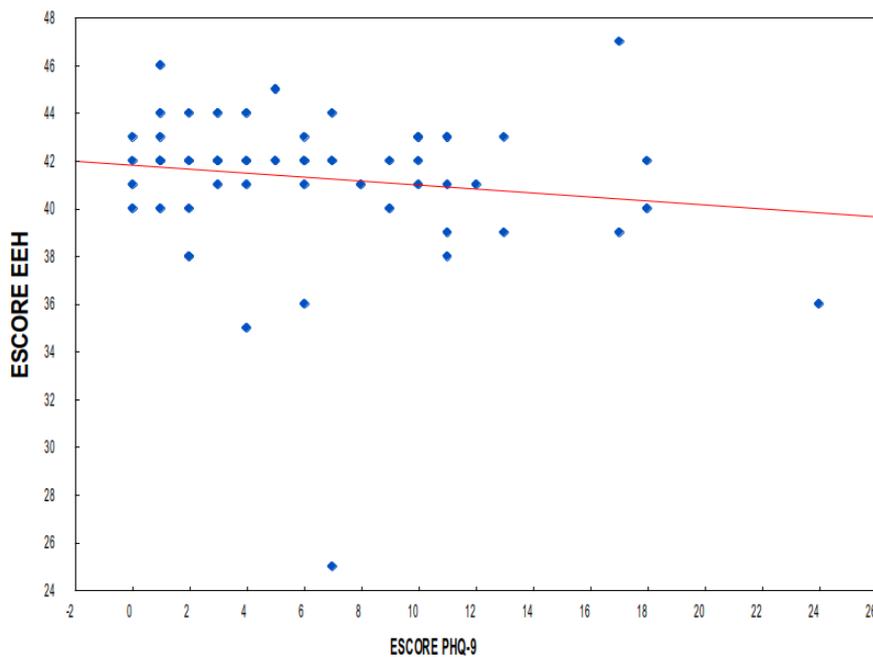
En la tabla 3. Los datos descriptivos de las dos puntuaciones destacan el PHQ-9 con una media de 6,4 y la EEH con una media de 41,3.

TABLA 3- DISTRIBUCIÓN DE LOS PARTICIPANTES DE ACUERDO CON LOS ESCORES PHQ-9 E EEH.

Escore	n	Media	Desvío estándar	Mediana	Mínimo	Máximo
PHQ-9 ESCORE	60	6,4	5,3	5	0	24
EEH ESCORE	60	41,3	3,1	42	25	47

La Correlación entre los escores EEH y PHQ-9 es presentada en la figura. El coeficiente de correlación estimado fue igual a -0,14 sin significación estadística ( $p = 0,275$ ).

FIGURA 1 – CORRELACIÓN ENTRE ESCORES EEH Y PHQ-9.



La Figura 1 muestra la dispersión de las dos puntuaciones, correspondiendo cada punto del gráfico a cada uno de los participantes.

En este contexto para cada uno de los escores y para cada una de las variables categóricas analizadas, se observó que no existe una correlación estadísticamente significativa entre las variables, con los escores a través de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis con un valor de  $p < 0,05$ .

Seguidamente se presentan datos de la evaluación de la asociación entre la variable número de hijos con los escores PHQ-9 y EHH, mostrando significado estadístico entre la relación de esperanza y el número de hijos; Este resultado destaca que los pacientes que tienen tres o más hijos presentaron mayor nivel de esperanza ( $p = 0,034$ ). La variable escolaridad con la asociación del escore PHQ-9, mostró mayor nivel de depresión, estadísticamente significativo, en pacientes con nivel superior educativo ( $p = 0,019$ ). La variable miedo como sentimiento expresado durante la pandemia en la asociación con el escore PHQ-9, mostró depresión leve ( $p = 0,276$ ), y en la variable diagnóstico de cáncer de acuerdo a su localización con la asociación PHQ-9, mostró depresión moderada en pacientes con diagnóstico de cáncer en la orofaringe, se obtuvo una media más desvió estándar de  $(10 \pm 7,5)$ , sin embargo, en la asociación de la variable cáncer en la cavidad oral, laringe, faringe y orofaringe con el escore EHH ( $p = 0,597$ ) mostrando así mayor esperanza que depresión, de igual forma en la asociación del tratamiento oncológico con el escore EHH ( $p = 0,363$ ) determinando mayor nivel de esperanza.

TABLA 4. EVALUACIÓN DE ASOCIACIÓN DE LAS VARIABLES CON LOS ESCORES PHQ-9 E EHH

Variable	Número de hijos	n	Media $\pm$ desvío estándar	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 ESCORE	0	17	6,8 $\pm$ 5,4	4 (1 - 18)	0,898
	1 o 2	23	6,4 $\pm$ 5,3	5 (0 - 17)	
	3 o más	20	6,1 $\pm$ 5,5	5,5 (0 - 24)	
EEH ESCORE	0	17	40,2 $\pm$ 4,2	42 (25 - 43)	*0,034
	1 o 2	2	41,4 $\pm$ 2,6	41 (35 - 47)	
	3 o más	20	42,1 $\pm$ 2,4	42,5 (36 - 45)	
Variable	Escolaridad	n	Media $\pm$ desvío estándar	Mediana (min - max)	p*
PHQ-9 ESCORE	Primaria incompleta	28	6,0 $\pm$ 4,4	6 (0 - 18)	*0,019
	Secundaria (incompleta/complet)	27	5,6 $\pm$ 5,7	4 (0 - 24)	
	superior (incompleta/complet)	5	13,0 $\pm$ 4,3	12 (9 - 18)	
EEH ESCORE	Primaria incompleta	28	41,5 $\pm$ 2,3	42 (35 - 46)	0,923
	Secundaria (incompleta/complet)	27	41,0 $\pm$ 3,8	42 (25 - 45)	
	superior (incompleta/complet)	5	42,0 $\pm$ 2,9	41 (40 - 47)	
Variable	Miedo	n	Media $\pm$	Mediana	p*

			<b>desvío estándar</b>	<b>(min - max)</b>	
PHQ-9 ESCORE	No	38	6,1 ± 5,5	5 (0 - 24)	0,276
	Si	18	7,6 ± 5,4	7,5 (1 - 18)	
EEH ESCORE	No	38	41,2 ± 3,6	42 (25 - 46)	0,379
	Si	18	41,3 ± 2,3	41,5 (38 - 47)	
<b>Variable</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>n</b>	<b>Media ± desvío estándar</b>	<b>Mediana (min - max)</b>	
PHQ-9 ESCORE	Boca/língua/Cavidade Oral	32	5,9 ± 4,9	4,5 (0 - 17)	0,736
	Laringe	20	6,1 ± 4,6	5,5 (0 - 18)	
	Nasofaringe	5	8,6 ± 9,1	5 (1 - 24)	
	Orofaringe	3	10 ± 7,5	9 (3 - 18)	
EEH ESCORE	Boca/língua/Cavidade Oral	32	40,8 ± 3,7	42 (25 - 47)	0,597
	Laringe	20	41,9 ± 1,7	42 (38 - 45)	
	nasofaringe	5	42,2 ± 4,1	44 (36 - 46)	
	Orofaringe	3	42 ± 2	42 (40 - 44)	
<b>Variable</b>	<b>Tratamiento actual</b>	<b>n</b>	<b>Media ± desvío estándar</b>	<b>Mediana (min - max)</b>	<b>p*</b>
PHQ-9 ESCORE	Ningún	45	6,3 ± 5,3	5 (0 - 24)	0,018
	Psicoterapia	5	12,8 ± 4,3	12 (7 - 17)	
	Psicotrópico	6	4,0 ± 3,6	2 (1 - 10)	
	Psicoterapia y Psicotrópico	2	5,0 ± 2,8	5 (3 - 7)	
EEH ESCORE	Ningún	45	41,5 ± 2,3	42 (35 - 46)	0,266
	Psicoterapia	5	42,8 ± 3,0	43 (39 - 47)	
	Psicotrópico	6	38,0 ± 6,7	40 (25 - 43)	
	Psicoterapia y Psicotrópico	2	42 ± 0		
<b>Variable</b>	<b>Tratamiento actual</b>	<b>n</b>	<b>Media ± desvío estándar</b>	<b>Mediana (min - max)</b>	
PHQ-9 ESCORE	Radioterapia + cirugía	35	6,4 ± 5,7	5 (0 - 24)	0,950
	Quimioterapia + radioterapia + cirugía	18	6,3 ± 4,5	6 (0 - 17)	
	Quimioterapia + radioterapia	4	6,0 ± 4,1	4,5 (3 - 12)	
	Quimioterapia + cirugía	3	7,3 ± 9,3	3 (1 - 18)	
EEH ESCORE	Radioterapia + cirugía	35	40,8 ± 3,6	42 (25 - 47)	0,363
	Quimioterapia + radioterapia + cirugía	18	41,9 ± 2,4	42 (35 - 45)	
	Quimioterapia + radioterapia	4	41,5 ± 0,6	41,5 (41 - 42)	
	Quimioterapia + cirugía	3	43,3 ± 2,3	42 (42 - 46)	

NOTA: \* Prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, p <0.05.

## DISCUSIÓN

El presente estudio identificó los síntomas de depresión mayor entre pacientes brasileños con cáncer de cabeza y cuello durante la pandemia de COVID-19,

destacándose mayor nivel de depresión en mujeres, sin embargo, estadísticamente no fue significativo.

En relación a las variables sociodemográficas de nuestro estudio; La edad de los participantes con cáncer de cabeza y cuello vario entre 34 y 80 años de edad en su mayoría de sexo masculino. Una reciente investigación evaluó la influencia de variables sociodemográficas y clínicas en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, destacando en sus resultados que el 60,6% eran pacientes de sexo masculino [27]. De igual forma, un estudio transversal realizado en 69 pacientes mostró que (72,1%) eran hombres [28].

La incidencia de cáncer de cabeza y cuello en la última década ha aumentado; En un centro oncológico de referencia del sur de Brasil, se analizaron datos de 133 pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Los resultados mostraron prevalencia en hombres (65,4%), mayores de 50 años, y con relación al estadio (TNM) 30,8% se encontró en estadio T2 y 20,6% en T3, 26,32% presentaron cáncer en la cavidad oral, 24,06% en la orofaringe [29].

En nuestro estudio, se observó bajo nivel educativo, y se constató en el perfil clínico, cáncer en la cavidad oral, laringe, en estadio T2 y T3. Según los registros del Instituto Nacional del Cáncer, 16,7% de los casos se encuentran en la cavidad bucal, (8,8%) en la laringe y (44,2%) en la piel del rostro. Sin embargo, la ubicación de los tumores puede variar según el país [30].

En relación a la religión fue posible observar pacientes católicos y evangélicos, en su mayoría solteros, viudos, divorciados, y jubilados, con bajo nivel salarial, en tratamiento con radioterapia y cirugía, por otro lado, los pacientes en nuestro estudio relataron sentimientos en relación a la pandemia del COVID-19, manifestando miedo, ansiedad y angustia. En este contexto, actualmente vivimos en tiempos inciertos y la pandemia COVID-19 sigue generando daños en todo el mundo. Una reflexión apunta que la pandemia afecta la calidad de vida de los pacientes oncológicos [31]. Un estudio aplicó la técnica de procesamiento del lenguaje natural y algoritmos de inteligencia artificial en el marco *Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)*, para explorar los principales problemas de los pacientes con cáncer durante la pandemia COVID-19 y analizar la carga emocional. Se utilizó un conjunto de algoritmos de aprendizaje para conocer los sentimientos negativos y positivos del paciente. Los resultados muestran ocho emociones y sentimientos como ira, miedo, anticipación, confianza, sorpresa, tristeza, alegría y repulsión, mostrando un sentimiento negativo significativo, siendo el miedo la emoción predominante [32]. En

nuestro estudio, se asoció la variable miedo con el PHQ-9, determinó depresión leve en los participantes, concluyendo que sentimientos negativos podrían influenciar el desarrollo de depresión.

De igual forma se encontró que los participantes presentaban antecedentes de depresión. Sin embargo, un estudio realizado en los Países Bajos con 345 pacientes diagnosticados con cáncer de cabeza y cuello confirma el aumento del riesgo de depresión antes del tratamiento en 15,1% de los pacientes [33]. Los pacientes con cáncer suelen presentar depresión, lo que dificulta reconocer el conjunto de síntomas que presentan [34]. El PHQ-9 es un instrumento de detección estándar para los trastornos depresivos en pacientes con cáncer [35]

En el presente estudio, los resultados del PHQ-9 mostraron depresión leve en los participantes, observando se mayor nivel de depresión en mujeres; En este orden de ideas es necesario resaltar el significado entre la asociación de la variable educación con el PHQ-9, ya que la educación se caracteriza por ser un factor importante que permite comprender, facilitar la comunicación y la comprensión de los pacientes con cáncer [36]. Los pacientes con nivel superior educativo presentaron mayor depresión, determinado así que la educación facilita la capacidad de comprensión del diagnóstico y sus riesgos.

Por otro lado, La esperanza interfiere en las personas en tiempos de crisis, un hecho observado en un estudio de 92 pacientes con cáncer. Cuando fue aplicado el *Herth Hope Index-PT*, los niveles de esperanza fueron altos, con una media de 29,61 puntos [37].

De acuerdo con las respuestas del HERT-Brasil, en nuestro estudio, la esperanza, obtuvo una media de 41,3, es posible observar los altos niveles de esperanza; Este estudio destaca la asociación de la variable hijos con el score de EHH, ( $p = 0,034$ ), concluyendo que los pacientes que tienen más de tres hijos presentan mayor esperanza. Un estudio transversal realizado en China destacó que el número de hijos estaba asociado a una menor prevalencia de depresión en mujeres, los hijos representan un apoyo social más fuerte que proporciona mejores resultados en la salud mental [38]. La esperanza se puede nutrir, mantener y fortalecer, por lo que se necesitan relaciones positivas con familiares y amigos, apoyo emocional, social y familiar; La esperanza es una de las bases de una muerte digna y familiar [39].

Los pacientes con cáncer experimentan cambios importantes que generan sufrimiento emocional, y la esperanza ayuda a resolver las dificultades que se presentan. En un estudio transversal realizado no Brasil utilizó la Escala de Ansiedad

y Depresión Hospitalaria y la Escala de Esperanza de Hert, en 118 pacientes con cáncer se obtuvieron altos niveles de esperanza con media de 39,6, y niveles de depresión, con media y desviación estándar de  $5,82 \pm 4,12$ , lo que sugiere que la esperanza puede proteger a las personas de los síntomas depresivos [40].

Por tanto, en el presente estudio se analizó la correlación de los escores de PQH-9 y EEH ( $p= 0,275$ ). Sin embargo, se observaron mayores niveles de esperanza, con un promedio de 41,3, y menores niveles de depresión, con un promedio de 6,4, determinado mayor nivel de esperanza, y menor nivel de depresión.

Los pacientes con cáncer pueden sentirse desesperanzados y la desesperanza es un síntoma de depresión clínica, y estos pacientes tienen tres veces más probabilidades de suicidarse que el resto de la población [41]. Por esta razón, en los últimos años, se ha incrementado el interés por los estudios sobre la esperanza, considerando importante la experiencia de la esperanza en pacientes con cáncer [42].

Por otro lado, en el presente estudio un porcentaje menor de participantes tiene antecedentes de depresión, y un porcentaje mayor niega antecedentes depresivos, algunos destacaron estar en tratamiento con psicotrópicos y con psicoterapia. Un estudio de 321 pacientes con cáncer avanzado reveló la gran importancia de la psicoterapia centrada en el significado individual. Se realizó una comparación entre la psicoterapia de apoyo y la mejora de la atención habitual, el paciente que experimenta angustia psicológica como la depresión y la importancia del tratamiento psicoterapéutico para mejorar la calidad de vida y reducir el sufrimiento [43].

Por último, se observó depresión moderada en pacientes en tratamiento con psicoterapia, considerando los porcentajes de depresión en pacientes oncológicos, se destaca la importancia de la psicoterapia y el tratamiento farmacológico y las estrategias para el afrontamiento de la depresión en los Servicios de Salud. Un estudio de revisión sugiere que el enfoque del tratamiento farmacológico junto con el tratamiento psicoterapéutico en pacientes con altos niveles de depresión es ideal, determinó que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRIS), son efectivos para el tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer [44].

En relación con el tratamiento oncológico dependerá de la ubicación del tumor, el estadio de la enfermedad y la viabilidad de los enfoques terapéuticos a implementar. Hay tres enfoques para el cáncer avanzado: quimio-radioterapia a base de platino, con cirugía reservada para la enfermedad residual, cirugía con resección y reconstrucción del cuello; seguida de radioterapia o quimio-radioterapia adyuvante,

según la presencia de factores de riesgo adversos; y quimioterapia de inducción, seguida de quimio-radioterapia y cirugía definitivas [45]. En nuestro estudio, la mayoría de los participantes se encuentra en tratamiento actual con cirugía más radioterapia.

En este orden de ideas la asociación del score PQH-9 con la ubicación anatómica del tumor, determino mayor síntoma depresivo en pacientes con diagnóstico de cáncer en orofaringe. El tratamiento en pacientes genera efectos secundarios en la calidad de vida relacionados con cambios funcionales en la producción de saliva y problemas de alimentación. Además, alteraciones en el habla, olfato y estética, que generan gran fragilidad emocional e impacto en la calidad de vida, comprometiendo aspectos laborales y sociales [46]. En el presente estudio se obtuvo mayor depresión en el grupo de participantes en tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

## **Conclusión**

La mayoría de los pacientes no presentó síntomas de depresión mayor, con todos los principales factores asociados a esa condición durante la pandemia de COVID-19 como el aislamiento social que generó mayor sobrecarga emocional por la incertidumbre además del riesgo de exposición al recibir tratamiento, desencadenando desequilibrio emocional, manifestando sentimientos negativos como miedo, angustia y ansiedad.

Se confirmó que las personas con cáncer de cabeza y cuello sometidas a tratamiento oncológico tienen más esperanzas que depresión durante la pandemia de COVID-19. Los puntajes se correlacionaron con datos sociodemográficos, y considerando los aspectos abordados, se observaron altos niveles de esperanza y bajos niveles de depresión en estos pacientes. El estudio reveló que los pacientes con hijos tienen un mayor nivel de esperanza, lo que resalta la influencia de una fuerza interior mediada por el amor, además mostró que las personas con mayores niveles educativos tienen mayor depresión, debido a la comprensión del diagnóstico y los riesgos que desencadena.

El presente estudio puede ser relevante para mejorar la práctica de los profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes con cáncer, destacando la importancia de evaluar la depresión y la esperanza, con el fin de promover el bienestar en el afrontamiento de la enfermedad, y de igual forma prevenir

síntomas depresivos, es fundamental la asistencia psicológica en pacientes oncológicos, siendo este un elemento clave para su recuperación; permitirá un mejor manejo de las emociones y afrontamiento del estrés; El paciente oncológico experimenta cambios físicos, anímicos y espirituales, durante el proceso de diagnóstico y tratamiento haciendo de este un transe doloroso, donde sentimientos como la esperanza y el apoyo familiar fomentan escenarios positivos que incentivan al paciente a seguir adelante y adaptarse al proceso de enfermedad, por tanto es nuestro deber como profesionales de la salud unirnos como un todo, facilitando el apoyo multidisciplinar, brindando un abordaje integral con una visión biopsicosocial involucrando aspectos personales, familiares, ambientales y espirituales; garantizando calidad de vida del paciente oncológico; Este estudio confirma que cuanto mayor es el nivel de esperanza, menor es el nivel de depresión.

### **Agradecimientos**

Al Hospital Erasto Gaertner, que autorizó y cedió el espacio para la investigación; A la Coordinación de Perfeccionamiento del Personal de Educación Superior - CAPES, por el apoyo económico en el otorgamiento de la beca.

### **Conflictos de interés**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

### **Fondos**

No se recibió financiación para este artículo.

### **Referencias**

1. International agency for research on cancer [Internet] 2020. Citado 01 noviembre de 2020. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/home>.
2. Instituto Nacional de Câncer. [Internet] Brasil: INCA; 2020. Citado 07 enero de 2020. Disponible en: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil>
3. Cárcamo, M. Epidemiología y generalidades del tumor de cabeza y cuello. Rev. Méd. Clín. Condes [Internet]. 2018. [Citado 05 julio de 2020]. 29(4): 388-96. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.06.009>.

4. World health organization (who). Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2021. [Citado 07 marzo de 2021]. Disponible en: <https://covid19.who.int/>.
5. Sociedade brasileira de cirurgia oncológica (SBCO). Mantendo / Retomando o tratamento seguro do câncer durante a pandemia. vias livres de covid-19 [Internet] 2020 [Citado 21 enero de 2021] 9:39-2 disponible en: <https://sbco.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Vias-livres-de-COVID-SBCO-v2c.pdf>
6. Denys A, Guiu B, Chevallier P, Digkila A, Kerviler E, Baere T. Interventional oncology at the time of COVID-19 pandemic: problems and solutions. Diagnostic and Interventional Imaging [Internet]. 2020 [Citado 15 diciembre de 2020]; 101(6):347-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.diii.2020.04.005>.
7. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li j, Xu K. et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. The Lancet Oncology [Internet]. 2020 [Citado 05 enero de 2021]; 21(3):335-7. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30096-6](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30096-6)
8. Bossi P, Giusti R, Tarsitano A, Airoidi M, Sanctis V, Caspiani O. et al. The point of pain in head and neck cancer. Crit Rev Oncol Hematol [Internet]. 2019 [Citado 25 octubre de 2020]; 138, 51-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2019.04.001>
9. Romito F, Dellino M, Loseto G, Opinto G, Silvestris E, Cormio C. et al. Psychological distress in outpatients with lymphoma during the COVID-19 pandemic. Front Oncol [Internet]. 2020 [Citado 02 enero de 2021]; 10, 1-6. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.3389/fonc.2020.01270>
10. Shuman AG, Pentz RD. Cancer Research Ethics and COVID-19. Oncologist. [Internet]. 2020 [Citado 17 octubre de 2019]; 25(6):458-459. Disponible en: doi: 10.1634/theoncologist.2020-0221.
11. Provencio-Pulla M. Impacto del Covid-19 en el campo de la oncología. ANALES RANM [Internet]. 2020 [Citado 20 enero de 2020]; 137(02):190-197. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2020.137.02.rev11>
12. Riblet N, Skalla K, McClure A, Homa K, Alison Luciano, Thomas H, Davis MD. Addressing distress in patients with head and neck cancers: A mental health quality

improvement project. *J Natl Compr Canc Netw* [Internet]. 2014 [Citado 17 enero de 2020]; 12(7):1005-13. disponible en: <https://doi.org/10.6004/jnccn.2014.0097>.

13. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. *N. Engl. j. med.*[Internet]. 2020 [Citado 20 diciembre de 2020]; 383(6):510-2. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1056/NEJMp2008017>.

14. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, Smith CA. The role of telehealth in reducing the mental health burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*, [Internet]. 2020 [Citado 5 enero de 2021]; 26(4):377-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>

15. Stringaris, A. What is depression? *J. child psychol. psychiatry allied discipl* [Internet]. 2017 [Citado 17 octubre de 2019]; 58(12):1287-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12844>

16. Rinaldi R, Lefebvre L, Joachim A, Rossignol M. Decision-making of patients with major depressive disorder in the framework of action control. *cogn. Neuropsychiatry* [internet]. 2019 [Citado 13 julio de 2019]; 25(1):71-83. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13546805.2019.1685481>

17. Wu YS, Lin PY, Chein CY, Fang FM, Chiu NM, Hung CF, et al. Anxiety and depression in patients with head and neck cancer: 6-month follow-up study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* [Internet] 2016. [citado 20 diciembre de 2020];12:1029-36. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/NDT.S103203>

18. Lauren A, Zimmaro MA, Sandra E, sephton, Chelsea J, Siwik BA, et al. Depressive symptoms predict head and neck cancer survival: Examining plausible behavioral and biological pathways. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2018 [Citado 13 agosto de 2019] 124(5):1053-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cncr.31109>

19. Sotelo JL, Musselman D, Nemeroff C. The biology of depression in cancer and the relationship between depression and cancer progression. *Int. rev. psychiatry* [Internet]. 2014 [Citado 13 julio de 2019]; 26(1):16-30. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09540261.2013.875891>

20. Magnano P, Di Nuovo S, Scioli A, Di Corrado D. A study of the Comprehensive State Hope Scale in Italian culture. *TPM Test Psychom Methodol Appl Psychol* [Internet]. 2019 [Citado 25 noviembre de 2020]; 26(2). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4473/TPM26.2.8>

21. Sartore AC, Grossi SAA. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2008 [Citado 05 mayo de 2019]; 42(2):227-32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200003>
22. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Pio de Almeida LS, Barreto da Silva NT, Dias Tams B, Patella AM, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 [Citado 17 abril de 2020]; 29:1533-43. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2013.v29n8/1533-1543/pt>
23. Kroenke K, Spitzer R L, Williams JBW. The PHQ- 9: validity of a brief depression severity measure. J. gen. intern. Med [Internet]. 2001 [citado 07 enero de 2021]; 16(9):606-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
24. PFIZER.Terms of use [Internet] 2020. [Citado 07 enero de 2021] Disponible en: <http://www.pfizer.com/general/terms.jsp>
25. Herth, K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. J. adv. Nurs [Internet]. 1992 [Citado 18 abril de 2019] 17(10): 1251-59. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>
26. Guclu YA. A Hope-enhancement Instrument for Palliative Care Cancer Patients. Cureus [Internet]. 2019 [Citado 07 junio de 2020]; 11(8):1-15 Disponible en: <https://dx.doi.org/10.7759/cureus.5342>
27. Paulista JS, Paiva BSR, Paiva CE, De Oliveira MA, Barbosa MH, Barichello E. Analysis of the quality of life in patients submitted to oncological treatment of the head and neck. Biosci. j [Internet]. 2020 [Citado 21 enero de 2021]; 36(6) 2330-43. Disponible en: <https://doi.org/10.14393/BJ-v36n6a2020-48272>.
28. Torabi M, Jahanian B, Afshar, MK. Quality of Life in Iranian Patients with Oral and Head and Neck Cancer.Pesqui. bras. odontopediatria clín. Integr [Internet]. 2021 [Citado 11 enero de 2021]; 21:1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/pboci.2021.016>
29. Da Silva FA, Roussenq SC, Gonçalves de Souza Tavares M, Pezzi Franco de Souza C, Barreto Mozzini C, Benetti M, et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Câncer de Cabeça e Pescoço em um Centro Oncológico no Sul do Brasil. Rev. Bras. Cancerol [Internet]. 2020 [citado 17 agosto de 2021]; 66(1):e-08455. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/455>

30. Carvalho LGA, Santiago CPL, De andrade ACM, Valença AMG, Ribero ILA, De castro RD. El cáncer de cabeza y cuello en Brasil: un análisis de 15 años. Rev. cuba. Estomatol [Internet]. 2018 [Citado 14 agosto de 2020]; 55(3):22-28. Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1703/496>
31. Corrêa KM, Oliveira JDB de, Taets GG de CC. Impacto na Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer em meio à Pandemia de Covid-19: uma Reflexão a partir da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Abraham Maslow. Rev. Bras. Cancerol [Internet]. 2020 [citado 17 agosto de 2021]; 66(Tema Atual):e-1068. Disponible en: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/1068>
32. Moraliyage H, De silva D, Ranasinghe W, Adikari A, Alahakoon D, prasad R, et al. Cancer in Lockdown: Impact of the COVID- 19 Pandemic on Patients with Cancer. The oncologist [Internet]. 2020 [citado 05 enero de 2021]; 25(1):1-3. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/onco.13604>
33. Van FEB, Jansen F, Mak L, Lissenberg-Witte BI, Buter J, Vergeer MR, et al. The course of symptoms of anxiety and depression from time of diagnosis up to 2 years follow-up in head and neck cancer patients treated with primary (chemo) radiation. Oral oncol [Internet]. 2020 [citado 06 enero de 2021]; 102:1-8, 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2020.104576>
34. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. Cochrane database syst. Rev [Internet]. 2018 [citado 03 enero 2019]; (4). Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011006.pub3>
35. Grapp M, Terhoeven V, Nikendei C, Friederich HC, Maatouk I, Screening for depression in cancer patients using the PHQ-9: The accuracy of somatic compared to non-somatic items. J. affect. Disord [Internet]. 2019 [citado 13 octubre de 2020]; 254:74-81. Disponible en : <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.026>
36. Guimarães AGC, Anjos ACY dos. Caracterização Sociodemográfica e Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico Adjuvante. Rev. Bras. Cancerol [Internet]. 2012 [citado 18 agosto de 2021]; 58(4):581-92. Disponible en: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/560>

37. Pinto S, Caldeira S, Martins JC. A esperança da pessoa com câncer: estudo em contexto de quimioterapia. Rev. Enf. Ref [Internet]. 2012 [citado 03 marzo de 2019]; 3 (7):23-31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239966001.pdf>
38. Wang H, Chen M, Xin T, Thang K. Number of children and the prevalence of later-life major depression and insomnia in women and men: findings from a cross-sectional study of 0.5 million Chinese adults. BMC Psychiatry [Internet]. 2020 [citado 14 septiembre de 2021]; 20, 267. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02681-2>
39. Lora CAC, Esperanza en Pacientes Oncológicos Paliativos hacia una revisión sistemática. Psicooncología [Internet]. 2018 [citado 04 agosto de 2020]; 15(2):261-86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.61435>.
40. Grandizoli M, Júnior R, Ibiapina I, Garcia V, Indicadores de esperança, ansiedade e depressão de pacientes em tratamento oncológico. Arch. Health Sci [Internet]. 2017 [citado 05 febrero de 2020]; 24(3): 65-70. Disponible en: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.24.3.2017.718>
41. Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, Applebaum AJ, Lichtenthal WG, Li Y, et al. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: a randomized controlled trial in patients with advanced cancer. Cancer [Internet]. 2018 [citado 12 abril de 2020]; 124(15):3231-39. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cncr.31539>
42. Balsanelli ACS, Grossi SAA, Herth K. Avaliação da esperança em pacientes com doença crônica e em familiares ou cuidadores. Acta paul. Enferm [Internet]. 2011 [Citado 05 julio de 2020]; 24(3):354-8.2 Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300008>
43. Breitbart W, Pessin H, Rosenfeld B, Applebaum A, Lichtenthal WG, Li Y et al. Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: a randomized controlled trial in patients with advanced cancer. Cancer,[Internet] 2018. [citado 21 Marzo 2021] 124(15):3231-39. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cncr.31539>
44. Garcia PB, Algar MJM. Tratamiento farmacológico de la depresión en cáncer. Psicooncología. [Internet] 2016 [citado 28 junio de 2021] 13(2):249-70 Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5794453>.

45. Chow LQM. Head and neck cancer. N. Engl. j. med [Internet]. 2020 [Citado 13 octubre de 2020]; 382(1):60-72. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1715715>

46. Lima MAG, Barbosa LNF, Sougey EB. Avaliação do impacto na qualidade de vida em pacientes com câncer de laringe. Rev. SBPH. [Internet] 2011 [citado 28 junio de 2021] 14(1):18-40. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n1/v14n1a03.pdf>