

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 48 CD. JUÁREZ, CHIHUAHUA**

**DEPRESIÓN EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 62 DEL IMSS EN CIUDAD JUÁREZ,
CHIHUAHUA.**

**TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR:**

PRESENTA:

DRA. AGUSTINA MICAELA OSUNA LERMA

CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA

AGOSTO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

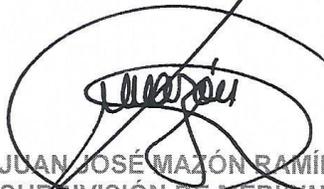
DEPRESIÓN EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE
MAMA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 62 DEL IMSS
EN CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. AGUSTINA MICAELA OSUNA LERMA

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

**DEPRESIÓN EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 62 DEL IMSS EN CIUDAD JUÁREZ,
CHIHUAHUA.**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

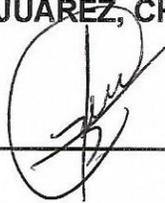
DRA. AGUSTINA MICAELA OSUNA LERMA

AUTORIZACIONES:

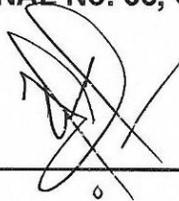
**DR. RENE ALBERTO GAMEROS GARDEA.
COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN LA SALUD
DELEGACIÓN CHIHUAHUA.**



**DR. JUAN LEOBARDO HERNÁNDEZ VILLA.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.48 CIUDAD
JUÁREZ, CHIHUAHUA.**



**DR. HUMBERTO CAMPOS FAVELA.
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 66, CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA.**



**DEPRESIÓN EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 62 DEL IMSS EN CIUDAD JUÁREZ,
CHUHUAHUA.**

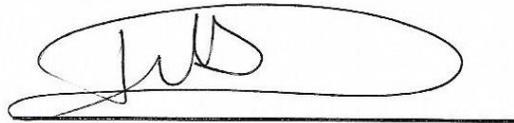
**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. AGUSTINA MICAELA OSUNA LERMA

ASESORES:

**DRA. MARÍA DOLORES MELÉNDEZ VELÁZQUEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 65 ASESORA METODOLÓGICA.**



**DRA. LIDIA ISELA ORDOÑEZ TRUJILLO
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COORDINADORA
CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 46.**



MÉXICO



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2013, Año de la Lealtad Institucional y Centenario del Ejército Mexicano"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 802
U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA 23/07/2013

DRA. AGUSTINA MICAELA OSUNA LERMA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

DEPRESIÓN EN MUJERES CON DIAGNOSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 62 DEL IMSS EN CIUDAD JUAREZ, CHIHUAHUA.

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-802-19

ATENTAMENTE

DR. SALVADOR BENJAMÍN HINOJOSA HERNÁNDEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL

DEDICATORIA

A Dios: Por permitirme existir, por darme las fuerzas necesarias para no desistir en mi meta, por todas las enseñanzas en el transcurso de este camino, por todas las experiencias vividas y por permitirme ver mi sueño |realizado.

A mis hijos: Yudith Vanessa, Lizbeth y Jesús, que con su gran apoyo que me brindaron en estos tres años, con su gran esfuerzo que hicieron en entenderme, su apoyo me impulsó a seguir adelante por ustedes y para ustedes. Los amo mis amores, gracias por cuidarme, protegerme y respetarme, por el gran amor que me dan sin su ayuda, no tendría sentido mi vida.

A mi esposo: Jesús Manuel por el gran apoyo y ayuda que me diste, por su comprensión, por ser el motor que me impulsa a seguir adelante en cada tropiezo, por el amor que me das, por cuidarme y protegerme y comprenderme en los momentos más difíciles de mi vida, por ser el mejor esposo te amo amor nunca lo olvides, recuérdame siempre tesoro.

A mis padres: Por darme la vida, por confiar en mí siempre y ser un ejemplo de vida, por apoyarme en todo momento es especial a mi padre que desde el cielo me cuida.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia: Por estar siempre a mi lado en las buenas y en las malas, por todo su apoyo incondicional, por compartir conmigo todos estos momentos que dejan una hermosa huella en mi memoria, por todas las enseñanzas de vida, especialmente a mi esposo y mis hijos.

A mis maestros: Dra. María Dolores Meléndez y Dr. Juan Hernández Villa por todas las enseñanzas, por su tiempo, paciencia y dedicación hacia nosotros, por su gran ejemplo de fuerza y dedicación.

A mis asesoras de tesis: Dra. María Dolores Meléndez y Dra. Lidia Isela Ordoñez Trujillo por su tiempo y su enseñanza.

A mis compañeras: Dra. María del Carmen Gómez, Dra. Eréndira Ramírez por el apoyo incondicional que tuvimos, por todos los momentos que pasamos juntas, por su amistad.

A mi casa: Instituto Mexicano del Seguro Social, por darme la oportunidad de terminar la especialidad, por creer en mí y lograr mi meta.

Contenido	
RESUMEN:	10
ABSTRACT:	11
I. INTRODUCCIÓN	12
II. MARCO TEÓRICO.	14
2.1. Antecedentes Históricos:	14
2.2 Situación actual del cáncer de mama.	15
2.3 Definición	16
2.3.1 Definición de cáncer de mama:	16
2.4 Clasificación de Cáncer de Mama:	18
2.5 Diagnóstico y criterios diagnósticos.	20
2.6 Tratamiento del cáncer de mama:	22
2.6.1 Tratamiento farmacológico.	22
2.6.2 Tratamiento no farmacológico:	23
2.6.3 Tratamiento quirúrgico:	23
2.6.4 Tratamiento de Depresión.	24
2.6.5 Tratamiento Farmacológico de Depresión	24
5.7. Pronóstico:	24
III. JUSTIFICACIÓN	26
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
V. OBJETIVOS	28
5.1. Objetivo general:	28
5.2. Objetivo específico:	28
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	29
6.6. Criterios del estudio	29
6.6.1. Criterios de inclusión	29
6.6.2. Criterios de exclusión	29
6.6.3. Criterios de eliminación	29
6.9. Variables	30
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS	32
8.1. Recursos humanos:	33

8.2. Recursos físicos:	33
8.3. Recursos financieros:	33
IX. RESULTADOS	34
Tabla 1	34
Gráfica 1	34
Tabla 2	35
Gráfica 2	36
Tabla 3	37
Gráfica 3	37
Tabla 4	38
Tabla 5	40
Gráfica 5	40
Tabla 6	41
Gráfica 6	41
X. DISCUSIÓN	42
XI. CONCLUSIÓN	43
XII. RECOMENDACIONES	44
XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
XV Anexo 1	49
Anexo 2	50
Anexo 3	53
Anexo 4	54

RESUMEN:

DEPRESIÓN EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 62 DEL IMSS EN CIUDAD JUAREZ, CIHUAHUA.

ALUMNA: DRA. AGUSTINA MICAELA OSUNA LERMA.

ASESORES: DRA. LIDIA ISELA ORDOÑEZ TRUJILLO, DRA. MARÍA DOLORES MELÉNDEZ VELÁZQUEZ.

MARCO TEÓRICO:

La depresión de mujeres con cáncer de mama se deriva del diagnóstico así como los efectos secundarios de tratamiento como la quimioterapia y la radioterapia, afectando tanto físicamente como emocionalmente, este no reconoce los status sociales ni edades. La depresión se considera un problema de salud en mujeres con este padecimiento, la escala de Hamilton se clasifica en: sin depresión, menor, moderada, severo y muy severo. El cáncer es el crecimiento anormal de células que puede diseminarse. El cáncer más común de mama es adenocarcinoma ductal infiltrante.

OBJETIVO GENERAL: Conocer la prevalencia de depresión en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Juárez, Chihuahua.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo transversal, en la población total registrada con cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del Instituto Mexicano del Seguro Social, se aplicó el test de Hamilton; encuesta validada para diagnóstico de depresión que consta de 14 preguntas y calificó los grados de depresión, se le anexan datos sociodemográficos de los pacientes.

RESULTADOS: El grado de depresión moderada fue la más frecuente con 14 pacientes por un porcentaje de 43.7%.

CONCLUSIÓN: Del total de mujeres con cáncer de mama en Unidad de Medicina Familiar No. 62, un 96.96% presentó depresión, siendo el más frecuente moderada con 43.7% con tipo histológicos adenocarcinoma ductal infiltrante con 81.8%, edad más frecuente 41-50 años con un 36.4%, estado civil casada con 78.8%, con ocupación ama de casa 72.2%, escolaridad primaria completa 66.75%.

Palabras clave: Cáncer de mama, depresión.

ABSTRACT:

**DEPRESSION IN WOMEN WITH BREAST CANCER DIAGNOSTIC AT FAMILY
MEDICINE UNIT No. 62 ON THE MEXICAN SOCIAL SECURITY INSTITUTE IN
CIUDAD JUAREZ, CHIHUAHUA.**

STUDENT: DR. AGUSTINA MICAELA OSUNA LERMA.

ADVISORS: DR. LIDIA ISELA ORDOÑEZ TRUJILLO AND DR. MARÍA DOLORES
MELÉNDEZ VELÁZQUEZ.

THEORETICAL FRAMEWORK: Depression in women with breast cancer derives from its diagnostic, as well as the side effects of its treatment such as chemotherapy and radiotherapy; affecting physically and emotionally, since it does not acknowledge either social status or age. Depression is considered a health issue in women with this illness, which was measured using Hamilton Rating Scale for Depression that scores in normal, moderate, severe or very severe depression. Cancer is an abnormal growth of cells which tend to proliferate, and the most common type of breast cancer is infiltrating ductal carcinoma.

GENERAL OBJECTIVE: Identify the prevalence of depression in women with breast cancer diagnostic at Family Medicine Unit No. 62 of the Mexican Social Security Institute in Ciudad Juarez, Chihuahua.

MATERIAL AND METHODS: A descriptive and transverse study was made taking the registered population with breast cancer at Family Medicine Unit No. 62 of the Mexican Social Security Institute and applying Hamilton Rating Scale for Depression, which is a ratified questionnaire used to diagnose depression made up of 14 questions to determine depression rates; sociodemographic questions of the patients were added.

RESULTS: Moderate depression rate was the most frequent type with 43.7% of the patients.

CONCLUSION: 96.96% of women with breast cancer at the Family Medicine Unit resulted in depression, being moderate depression the most common rate with 43.7%; infiltrating ductal carcinoma histological type with 81.8%; most frequent age 41-50 years old with 36.4%; most common marital status was married with 78.8%; 72.2% of the women were housewives, and the most frequent level of education was finished elementary school with 66.75% of the women.

KEYWORDS: Breast cancer, depression

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública, es la primera causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer adulta en Latinoamérica. Se considera como la primera causa de muerte por neoplasias malignas femeninas, cuyo impacto rebasa la salud de la mujer en lo individual, afecta a la pareja, a la familia y a la sociedad así como al sistema de salud, para mejorar los programas de prevención y control de casos de cáncer de mama ¹.

Se considera a nivel mundial este cáncer es el segundo más frecuente reportando 1.15 millones de casos nuevos por año. Uno de cada 10 casos de cáncer detectados por primera vez en el mundo cada año corresponde a cáncer de mama. Constituye la causa más frecuente de tumor maligno en la mujer y representa el 20 – 33 %. El tipo de cáncer más frecuente histológico es el adenocarcinoma ductal infiltrante con un 74.7%, segundo lugar es lobulillar con 10 % ².

La OMS promueve el control del cáncer por medio de programas nacionales de lucha contra el cáncer que están integrado con las enfermedades no transmisibles y otros problemas relacionados. El control integral del cáncer abarca prevención precoz, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Este cáncer es el más común de todo el mundo representa 16 % de todos los cánceres femeninos, se estima que en 2004 murieron 519 000 mujeres de este cáncer y que el 69% se presentan en países en desarrollo. La tasa de supervivencia va desde 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, siendo un 60% en países de ingresos medios y un 40% en países de ingresos bajos ³.

En México tiene una tendencia ascendente y estabilización de la mortalidad se calcula 38.45 por 100,000 mujeres y una mortalidad de 12.2 muertes por 100,000 mujeres en el año 1981-2001. En el 2006 produjo más muertes que el cáncer cervicouterino y es la segunda causa de muerte en las mujeres de 30-54 años, esta enfermedad afecta a todos los grupos socioeconómicos. Los factores de riesgo más importantes son la edad y sexo femenino y la relación de mujer a hombre es de 100 a 1. El grupo de edad más afectada es de 40-49 años, otros

factores son hormonales, el menarca temprano, menopausia tardía, los hormonales por un uso de más de 10 años el embarazo más de 30 años, la obesidad, antecedentes de hiperplasia atípica ⁴.

La depresión y la ansiedad constituyen un problema de salud público, los diferentes autores informan que la depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en muestras de pacientes con enfermedades físicas incluyendo el cáncer y van de 6- 2 % en el estudio de Derogatis, Morroy et al, hasta un 25 % y 44 % según Massie y Holland y esta se debe a las condiciones metabólicas, las quimioterapéuticos y la disminución en la funcionalidad del sistema inmune, el dolor y el impacto emocional del diagnóstico y la secuencias de una mastectomía⁵.

II. MARCO TEÓRICO.

2.1. Antecedentes Históricos:

Los Egipcios Antiguos eran los primeros para observar la enfermedad hace más de 3,500 años. La condición fue descrita bastante exactamente en los papiros de Edwin Smith y de George Ebers. Una de las descripciones fueron los tumores que bombardeen al pecho y que no tienen ninguna vulcanización. En 460 A.C, Hipócrates el padre del Remedio Occidental, cáncer de pecho descrito como enfermedad humoral. El nombró karninos del cáncer palabra griega para el ángulo de deriva. En 200 A.D. Galen descubrió el cáncer, también sugirió la bilis negra excesiva, además menciona que había tumores más peligrosos que otros, sugirió medicamentos como apio, ricino, el regaliz, el azufre, los ungüentos.

En el siglo XVII Y XVIII La teoría de Galen fueron creídos en 1680 el Médico Francés de la Boe Sylvius desafió la teoría humoral, el sugirió que el cáncer no venía de la bilis negra sino de un proceso químico que transformo los líquidos linfáticos en ácidos a acre. En 1730D.C. Médico Claude-Deshais Gendron de París rechazó la teoría de Galen y dijo que el cáncer se convirtió cuando el nervio y el tejido glandular se mezclaban con los vasos de la linfa ⁶.

Los servicios de salud se enfocaban en esfuerzos en la epidemia de cáncer cervicouterino, la prevalencia del cáncer de mama aumentaba sin que su presencia se considerara una prioridad a combatir por parte de las instituciones públicas ⁷.

El impacto emocional del cáncer de mama condiciona a la existencia de distres psicosocial y el desarrollo de diversos trastornos mentales, cuya descripción en nuestro país ocurre en el campo de la acción de la psico-oncología. Menciona que el 56.8 % se diagnostica trastornos mental como de adaptación 27%, trastornos de ansiedad 11-5%, 9-4 % con trastornos depresivos. Los trastornos mentales en paciente con cáncer pueden cursar con impacto psicológico hasta unos trastornos psiquiátricos⁸.

2.2 Situación actual del cáncer de mama.

2.2.1 A Nivel Mundial:

Según la Organización Mundial de la Salud el cáncer de mama es el más común entre las mujeres de todo el mundo representa 16% de todos los cánceres femeninos, en el 2004 murieron 519 000 mujeres por cáncer de mama. La tasa de supervivencia varía, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia, y Japón y 60% países de ingresos medios y 40% en países bajos ingresos como África. En Estados Unidos el 98% son detectados en etapa in situ, 85 % etapa II, 27% etapa III Y IV., en los 90 la frecuencia en Norteamérica y el norte de Europa se registraron las tasas más altas de mortalidad ^{3, 9,10}.

2.2.2 En México:

En el País se considera la tasa de mortalidad según su entidad federativa son: Coahuila 13.33, Nuevo León 13.15, Distrito Federal 13, Baja California 12.93, Chihuahua 12.66, Sonora 12.42, Baja California Sur 11.27, Jalisco 11.13, Tamaulipas 11.05, Aguascalientes 9.43 y Zacatecas 9.36 ⁹.

Se ha considerado la segunda causa de muerte en mujeres de 30-54. Solo en 5-10% de los casos son detectados a etapa temprana. Una edad promedio de detección en México es de 51 años y en Estados Unidos a los 64 años. El INEGI y CONAPO menciona que para el 2019.2030 se espera que haya mujeres de más de 25 años 55.6 -68.79 % de la población femenina total se presentaron más casos de cáncer de mama en hombres que mujeres en el 2000-2006 el porcentaje de mujer fue 96.99 % y hombre 3-09%. Refiere que el Distrito Federal y Jalisco fueron los lugares que ocuparon primer y segundo lugar, otras ciudades están Nuevo León, Ciudad de México, Veracruz, Chihuahua y San Luis Potosí, la edad más afectada es de 25.44 y 60,64. ^{2,10}.

2.2.3 En el Estado de Chihuahua dentro del IMSS están registrados 922 casos de los cuales solo 92 casos son de la ciudad de Chihuahua y sus municipios. En Ciudad Juárez se cuenta con 830 casos dentro de IMSS en las diferentes

instituciones y en la clínica de la Unidad de Medicina Familiar No. 62 se cuenta con 36 pacientes según reportes del Censo Nominal de casos confirmados de cáncer de mama de Chihuahua ¹¹.

2.3 Definición

2.3.1 Definición de cáncer de mama:

El término cáncer, neoplasia y enfermedad maligna, se define por 4 características en las formas en que las células cancerosas actúan en forma diferente a las células normales.

1.-Clonalidad: En la mayor parte de los casos, el cáncer se origina en una célula

“progenitora” que prolifera para formar una clona de células malignas.

2.-Autonomía: El crecimiento no es regulado apropiadamente por las influencias bioquímicas y físicas normales en el ambiente.

3.-Anaplasia: Hay falta de diferenciación celular normal coordinada.

4.-Metastasis: Las células cancerosas desarrollan la capacidad de crecer en forma discontinua y diseminarse a otras partes del cuerpo ¹².

Es el crecimiento anormal y desordenado de las células epiteliales de los conductos o lobulillos mamarios y que tiene la capacidad de diseminarse ¹³.

2.3.2 Definición de depresión: La depresión es una alteración del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza, patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a la exigencia de la vida) además con un mayor o menor grado por lo que es una afectación global de la vida psíquica ¹⁴.

Es una afección comórbida, un síndrome que además de incapacitar afecta aproximadamente de 15-25 % de los pacientes con cáncer, afecta tanto a mujeres como a hombres con cáncer y las diferencias relacionadas con el género en cuanto a incidencia y gravedad, tanto el paciente con cáncer como los familiares enfrentan diversos grados de tensión emocional. El temor a la muerte, la alteración

de los planes de vida, el autoestima, los cambios en el rol social y en el estilo de vida, los problemas económicos y legales son asuntos muy importante para paciente con cáncer, es por eso que se debe de evaluar la depresión por medio de escalas ¹⁵.

Unos de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan. La encuesta Mundial de Salud mental determinó que en los casos específicos de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en los últimos años perdieron en un medio de 27 días productivos si el trastorno fue grave, y de 7 si son moderado ¹⁶.

La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población en general y su presentación es cada vez mayor entre los paciente crónicos de medicina interna. La depresión se mide por medio de una escala de Hamilton que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, la Guía de Práctica Clínica por NICE de alta calidad global y una puntuación según el instrumento de EGREE que son. No deprimido de 0-7, depresión ligera o menor de 8-13, moderada de 14-18, severa de 19-23, y muy severa más de 23¹⁷.

Las mujeres con cáncer de mama las primeras manifestaciones psicológicas son la depresión y la ansiedad reportados en diferentes momentos y tratamientos oncológicos, presenta depresión en el primer día de la radioterapia con un 40% y un 19 % al final de la misma. Y en este estudio el 27- 28 % presentaron ansiedad y depresión ¹⁸.

El ajuste o la adaptación al cáncer, se define como proceso interrumpido en el cual pacientes buscan manejar el sufrimiento emocional, solucionar y obtener en dominio del acontecimiento de la vida en conexión con esta afección. La adaptación al cáncer no es una instancia aislada. Única sino más bien una serie de respuestas constantes para suspender las crisis múltiples de vivir con la enfermedad. Los pacientes pasan por diversos periodos de crisis y retos que

incluyen el diagnóstico, la experiencia de recibir el tratamiento, ya sea cirugía, radioterapia o quimioterapia; hasta llegar al tratamiento con resultados que puede incluir la remisión, la recidiva, la atención paliativa y/o la supervivencia ¹⁹.

2.4 Clasificación de Cáncer de Mama:

El cáncer ductal infiltrante o invasor es el tipo histológico más frecuente que se presenta y abarca el 70 y 80 % de todos los casos. La clasificación histopatológica de los carcinomas de mamas de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud se dividen en no invasivos (in situ), invasores y otros (enfermedad de Paget).

Aproximadamente 75-80 % de los cánceres con invasivos o infiltrantes, esta característica le da a la célula la capacidad de penetrar alrededor de los canales linfáticos y vasculares dando metástasis, el tipo histológico más frecuente es el CARCINOMA DUCTAL INVASOR que representa el 70-80 % el segundo más común es el lobular invasor (5-10%), difícil de diagnosticar por su diseminación difusa es vez de formar una masa, su tasa de multifocalidad y bilateralidad es alta. Otros tipos de cáncer menos comunes son los tubular, medular, mucinoso, papilar, entre otros.

El carcinoma ductal in situ esta es ductal sin penetrar la membrana basal, el 30-50% de los pacientes son in situ, y desarrolla cáncer ductal en un periodo de 10 años, el carcinoma lobulillar in situ se origina en lobulillo y termina en ductal, distribuido por la mama.

El cáncer inflamado se diagnostica por el edema, eritema y piel de naranja, la enfermedad de Paget es rara es de 1 % de los cánceres de mama, este afectando a la areola y pezón ^{4, 20}.

ESTADIFICACIÓN TNM Según American Joint Committee on Cancer

Tumor primario (T)

T0. No hay evidencia de tumor primario

T is: Carcinoma in situ

T 1: Tumor de 2.0 cm. O menos en su mayor dimensión.

T1 mic: Micro invasor más o menos .1 cm. en su mayor dimensión.

T1a Tumor de más de .1 cm. pero no más de .5 cm en su mayor dimensión.

T1b. Tumor de más de .5 cm pero no más de 1 cm en su mayor dimensión.

T1 c. Tumor de más de 1 cm. no más de 2 cm. en su mayor dimensión.

T 2: Tumor de más de 2 cm pero no más de 5.0 cm en su mayor dimensión.

T3: Tumor no más de 5 cm en su mayor dimensión.

T4: Tumor de cualquier tamaño con extensión directa a la pared torácica o la piel.

Ganglios linfático (N) Según American Joint Committee on Cancer. .

N 0: No hay metástasis regional de los ganglios linfáticos.

N1: Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos axilares ipsolaterales móviles.

N 2: Metástasis a ganglio o ganglios linfáticos ipsolaterales fijos (N2 a) o mamarios internos en ausencia de ganglios axilares metástasis (N2b) o mamarios.

N3: Metástasis a ganglios infra claviculares ipsolaterales y axilares (N3 a) o mamarios internos ipsolaterales y axilar (N3b) o supraclavicular (N3 c) Metástasis a distancia.

M 0: No hay metástasis distantes. M1: Presencia de metástasis distantes ²¹.

AGRUPACION POR ESTADIOS. Según la American Joint Committee on Cáncer.

Estadio	CATEGORIA
I	T1 NO MO
II A	T0 N1 MO T1 N1 MO T2 NO MO
II B	T2 N1 MO T3 NOMO
III A	T0 N2 MO T1 N2 MO T2N2MO T3 N1N2 MO
IIIB	T4 NO,N1,N2 MO
IIIC	Cualquier T N3 MO
IV	Cualquier T ,Cualquier N M1

22

2.5 Diagnóstico y criterios diagnósticos.

La mamografías es hasta ahora en mejor método de detección, tiene una sensibilidad diagnóstica a 80% a 95 %, aunque el 10-15 % de los tumores pueden ser ocultos en mujeres con mamas densas con los resultados de Bi-rads expertos del Colegio Americano de Radiología en 1998 tomando en cuenta de la clasificación de 1-3 son lesiones benignas En un 30 % de los cánceres invasivos y la mayoría intraductales se manifiestan con calcificaciones siendo sospecha las que varía en forma y tamaño, disminuye la mortalidad por cáncer de mama de un 15-20 %.

El ultrasonido es otro método complementario para diferenciar masas solidas de quísticas así como lesiones benignas o malignas y como guía para biopsia de las mismas.

La resonancia magnética (IRM) tiene una sensibilidad diagnóstica de 94-100%, pero baja especificidad (37 1 97%), están indicados a los pacientes de alto riesgo portadoras de mutación BRCA, búsqueda de tumores ocultos, mujeres con implantes o prótesis mamarias

El fundamento del diagnóstico del cáncer de mama es la confirmación histopatológica y obtener determinación. La biopsia por aguja de corte permite distinguir entre carcinoma invasor y no invasor, las biopsias con sistemas de aspiración se obtienen mayor número de calcificaciones en la hiperplasia ductal atípica y carcinoma ductal in situ y con más frecuencia se realiza la ex cisión completa.⁴⁻²⁰⁻²³.

CATEGORIAS de ACR BI-RADS de CÁNCER DE MAMA Según la Clasificación del American Joint Committee on Cancer.

INCOMPLETO	
CATEROGIA 0	Se requiere de evaluación de imagen adicional como ultrasonido.
COMPLETO	
CATEGORIA 1	Negativo
CATEROGIA 2	Hallazgos benignos.
CATEGORIA 3	Hallazgos probablemente benignos
CATEGORIA 4	Anormal sospechoso, se considera Biopsia.
CATEGORIA 4 A	Sospechoso baja malignidad
CATEGORIA 4 B	Sospechoso intermedio de malignidad.
CATEGORIA 4 C	Alta sospechoso, pero no clásico
CATEGORIA 5	Altamente sugestivo de malignidad, amerita acción apropiada.
CATEGORIA 6	Malignidad probada por biopsia Amerita acción apropiada.

El ultrasonido y la tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada (PET-CT), con 18 F-FDG (Fluorodeoxiglucosa), son útiles por su alta especificidad de 93-100 % detecta micro metástasis hasta 20-30%. Este estudio se realiza para evaluación de enfermedades metástasis o por recurrencias, los sitios más

comunes de metástasis son pulmón, hígado y el hueso este último es el sitio más común de metástasis. Por cáncer de mama y las metástasis pueden ser osteoblásticas, osteolíticas o mixtas.⁴⁻²¹.

2.6 Tratamiento del cáncer de mama:

2.6.1 Tratamiento farmacológico.

Quimioterapia: Son drogas que contienen platino doxorubicina, y otros anticuerpos pueden causar hipersensibilidad y reacciones anafilácticas, estas son comunes y los mecanismos son responsables de ellas, los síntomas son severas como artralgias, alteraciones cardiorrespiratorias y hasta la muerte. Los pacientes que presenta hipersensibilidad como reacción a la quimioterapia son rápidas la de sensibilización entre los más alta incidencia a reacciones de hipersensibilidad son 40% trastumba, 77 % rituximab y 19 % cetuximab. Esto lleva a que se utilicen esquemas de quimioterapia menos efectivas de segunda elección para la sensibilidad del tumor ²⁴.

Esquema de Quimioterapia en Cáncer de Mama

Mono drogas

- Antraciclinas: Doxorubicina liposomal pegilada y Epirrubina
- Taxanes: Paclitaxel y Doxetacel.
- Anti metabolitos: Capacitabine y Gemcitamine.
- Otros inhibidores: Vinorelbine
- Otros fármacos. Ciclofosfamida, Cisplatino, Fluorouracilo y Mitoxantina

Poliquimioterapia.

FEC (5 fluorouracilo / epirrubina /ciclofosfamida)

EC (epirrubina / ciclofosfamida)

CMF (Ciclofosfamida / Metotrexate / 5 Fluorouracilo)

Doxetaxel / Capacitabine.

Medicamentos de elección para Her 2 Neu.

Docetaxel, Capecitabine ^{24,20}.

2.6.2 Tratamiento no farmacológico:

Donde influye terapia física, como cuidado de la piel ejercicio que produzca contracciones musculares en el área afectada, drenaje por compresión, ejercicio de la extremidad, mangas estrechas, vendajes especiales finalmente compresión neumática intermitente, terapia medicamentosa según el caso como benzopironas, antibióticos y además la terapia psicológica es muy importante para estos casos ya que la depresión es muy marcada en estos pacientes.

2.6.3 Tratamiento quirúrgico:

Reducción de la masa de la extremidad (liposucción).

Linfadenectomía, superficial, fasciotomía. Estos pacientes deben de ser enviados a medicina física y de rehabilitación.

Mastectomía parcial. Consiste en extirpación de un cuadrante de mama donde está el tumor, así como ganglios encontrados en axila.

Mastectomía radical. Es la extirpación de la mama en su totalidad así como ganglios encontrados en axila.

Radioterapia. Cuando se encuentran ganglios positivos

Paliativo con solo radiación cuando el tumor está con metástasis a distancia y no hay nada que ofrecer ²⁰.

El tratamiento de cáncer de mama con metástasis es paliativo de los síntomas con adecuado control tumoral, además de la eficacia debe considerarse la tolerancia, calidad de vida y preferencias de la paciente. En las mujeres con receptores hormonales positivos el tratamiento de elección es de endocrino, porque tiene eficacia similar a la quimioterapia y con mejor tolerancia, esta tiene dos blancos principales: bloquear la producción de estrógenos en las mujeres premenopáusicas en menopausia y además bloquean la acción de estrógenos en el

receptor de estrógenos con fármacos anti estrogenitos como tamoxifén y otros bloqueadores selectivos del receptor del receptor estrógenos como: fulvestrant, inhibidores de la aromasa anastrozol, letrozol ²⁵.

2.6.4 Tratamiento de Depresión.

Incluye educación al paciente y a la familia, el control y el seguimiento de las indicaciones, según este estudio el 78.9% con depresión moderada 15.7%, y leve 5.4 % grave Se tienen una buena respuesta a los antidepresivos, a la psicoterapia y a ambos.

2.6.5 Tratamiento Farmacológico de Depresión

Antidepresivos de primera elección son:

- 1.-Inhibidores selectivos de la receptación de serotonina son: citalopam, fluoxetina, paroxetina, sertralina
- 2.-Inhibidores no selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina: venlafatina, otros reboxetina.
- 3.-segunda elección. Amitriptina, imipramina ^{14,26}.

5.7. Pronóstico:

Para valorar este es necesario una pronta detección y tratamiento de las mismas. En México se calcula 38.4 % por 100,000 mujeres y su mortalidad de a duplicado en los últimos 20 años(12.2 muertes por 100,000 mujeres .Los factores de riesgo son edad tardía de primer embarazo, no lactancia, sedentarismo, obesidad, elevados carbohidratos,, la edad, la raza, receptores hormonales y marcadores de proliferación celular(her 2/neu, p53, nm23 BD-2),se considera las condiciones del tumor, la extensión de la malformación, etapa clínica y estado de los ganglios linfáticos antes de decidir la conducta terapéutica inicial .La supervivencia global a cinco años fue de 58.9%, con menor supervivencia que correspondía a los estadios clínicos III B(47.5%), IIIA,(44.2%), Y IV (15%), la metástasis hematogena fue de 21.4% y el tumor positivo en bordes quirúrgicos de 12.5%, la invasión linfovascular (RR:1.9 IC 95%), , el estado clínico IV(RR14.8IC

5.5-39.7) y el tumor en bordes quirúrgicos(RR 2.4 IC 95%),fueron los principales factores pronósticos ²⁷.

La Escala de Hamilton (Anexo 2) es un instrumento para valorar la depresión en la población se necesita de 15-30 minutos para su aplicación la escala máxima es de 52 ²⁸

III. JUSTIFICACIÓN

En nuestro país en el año 2000-2006 se registraron 33,671 casos de cáncer de mama, en el 2000 la tasa fue 3.72 por 100000 habitantes y en el 2006 de 8.43, los grupos de edad más afectados son de 25-44 y 60-64.

En el Estado de Chihuahua dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social están registrados 922 casos, de los cuales sólo 92 casos son de la ciudad de Chihuahua y 830 son de Ciudad Juárez casos dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social en las diferentes instituciones y en la clínica de la Unidad de Medicina Familiar No. 62 contamos con 36 pacientes según reportes del SIMO.

Por la gran incidencia reportada de esta enfermedad y por alto índice de morbilidad y mortalidad que ocasiona, es de gran relevancia conocer la depresión asociada en estas pacientes y diseñar tratamientos integrales en las unidades de Medicina Familiar para ayudar a las pacientes a tener una mejor calidad de vida y que la familia supere esta crisis con el apoyo del Médico Familiar, el psicólogo, y el resto del equipo de salud.

La depresión afecta todos los ámbitos de las pacientes y les impide tener un apego al tratamiento aunado a la inestabilidad de toda la familia por el diagnóstico al que se enfrenta; es de suma importancia conocer más de este tema para poder ofrecer otras alternativas de apoyo a estas pacientes, por lo que consideramos realizar el siguiente estudio como inicio a futuras investigaciones e intervenciones en el primer nivel de atención en estos casos.

En el primer nivel de atención debemos conocer este diagnóstico para implementar tratamiento integral y con enfoque de riesgo y estos pacientes y sus familiares.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente de la mujer y se diagnostican 1.15 millones de casos nuevos por año. Uno de cada 10 casos de cáncer detectados por primera vez en el mundo cada año corresponde a cáncer de mama.

El riesgo de cáncer de mama es modulado por múltiples factores, representa un 20-30% en la mujer. Se menciona que un 30% de los cánceres invasivos y la mayoría de esos intraductuales se manifiesta por calcificaciones y siendo sospecha si varía en forma y tamaño.

El impacto emocional del cáncer de mama condiciona a la existencia de estrés psicosocial y el desarrollo de diversos trastornos mentales, cuya descripción en nuestro país ocurre en el campo de la acción de la psicooncología. El 56.8% se diagnostica trastornos mentales como de adaptación con un 27%, trastornos de ansiedad 11-5%, 9-4 % con trastornos depresivos. Los trastornos mentales en paciente con cáncer pueden cursar con impacto psicológico hasta unos trastornos psiquiátricos.

Por lo que consideramos de gran relevancia conocer la relación que existe de cáncer de mama y depresión en las unidades de Medicina Familiar que es un problema aunado a la patología en sí afectando la calidad de vida de estas pacientes y una inestabilidad emocional que afecta todos los ámbitos de su entorno, principalmente su familia; por lo que considero importante realizar la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del Instituto Mexicano del Seguro Social?

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general:

Conocer la prevalencia de depresión en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua.

5.2. Objetivo específico:

5.2.1. Conocer los grados de depresión más frecuente encontrados en mujeres con cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua.

5.2.2. Conocer el estado civil más común en mujeres con depresión y cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua.

5.2.3. Conocer escolaridad más frecuente de mujeres con depresión y cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua.

5.2.4. Conocer la ocupación más frecuente de mujeres con depresión y cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua.

5.2.5. Conocer el grupo de edad más frecuente en mujeres con depresión y cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua.

5.2.6. Conocer el tipo histológico más frecuente en mujeres con depresión y cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del IMSS en Ciudad Juárez, Chihuahua.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1. Tipo de estudio: Es un estudio descriptivo y transversal.

6.2. Población: Mujeres derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad Juárez, Chihuahua. Se tomó el total de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

6.3. Lugar de estudio: Consulta externa y medicina preventiva de ambos turnos de la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Juárez, Chihuahua.

6.4. Instrumento de recolección: Se aplicó la escala de Hamilton para depresión al total de pacientes con cáncer de mama la cual consta de 14 preguntas para identificar el grado de depresión; la clasifica en no deprimido 0-7 puntos, depresión ligera o menor de 8-13, moderada de 14-18, severa de 19-22 y muy severa, mayor de 23 puntos. Se anexó preguntas para conocer datos sociodemográfico y ficha de identificación de las pacientes.

6.5. Descripción general del estudio: Previa autorización del director de la Unidad de Medicina Familiar No. 62; se solicitó apoyo a los médicos de la unidad para canalizar a estas pacientes en autoaplicación de cuestionario con previa firma de consentimiento informado. Orientando a las pacientes de la forma de llenado y contestación.

6.6. Criterios del estudio

6.6.1. Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Pacientes que aceptaron participar en el estudio previa firma de consentimiento informado.

6.6.2. Criterios de exclusión

Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

6.6.3. Criterios de eliminación

Encuestas incompletas.

6.7. Tamaño de la muestra

Es por conveniencia, se tomó el total de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama (36 pacientes) de la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad Juárez, Chihuahua.

6.8. Análisis estadístico

Se realizó análisis de estadística descriptiva que consta de frecuencia, porcentaje, media y desviación estándar utilizando el programa SPSS versión 19.

6.9. Variables

Variable dependiente: universal.

Depresión: alteración patológica del estado de ánimo con descenso en el humor en afectivo

Definición conceptual: Es una alteración patológica del estado de ánimo.

Definición operacional: Para efectos de este estudio se considerara el diagnóstico según la escala de Hamilton.

Escala de medición: cualitativa ordinal

Indicador: 1. no deprimido 0-7 puntos, 2. depresión ligera/menor: 8-13, 3. moderada: 14-18, 4. severa de 19-22 y 5. Muy severa mayor de 23 puntos.

Análisis Estadístico. Frecuencias, porcentajes.

Variabes Independientes:

Edad universal

Definición conceptual: Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.

Definición operacional: Para efectos de este estudio se considerara la edad que se encuentre en expediente clínico.

Escala de medición: cuantitativa discreta de razón

Indicador: número de años

Análisis Estadístico. Frecuencias, porcentajes, media, moda.

Escolaridad

Definición conceptual: grado de estudios académicos que posee una persona.

Definición operacional: para fines de este estudio es la referida en el expediente clínico.

Escala de medición: cualitativa ordinal

Indicador: 1. Analfabeta, 2. Primaria incompleta, 3. Primaria completa, 4. Secundaria, 5. Preparatoria o equivalente, 6. Profesional.

Análisis Estadístico. Frecuencias, porcentajes.

Estado civil.

Definición conceptual: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establecen ciertos derechos y deberes.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomara estado civil como el estado referido por el paciente.

Escala de medición: Cualitativa, nominal.

Indicador. 1. Soltera 2. Casada, 3. Unión libre, 4. Divorciada o separada y 5. Viuda.

Análisis Estadístico: Porcentajes y frecuencias.

Ocupación.

Definición conceptual: Trabajo asalariado, al servicio de un empleador.

Definición operacional: Para fines de este estudio se captara el empleo referido por el paciente en la encuesta.

Tipo de variable: Universal.

Escala de medición: Cualitativa, nominal.

Indicador: 1) ama de casa 2) obrera 3) comerciante 4) Profesional 5) otros.

Análisis estadístico: Porcentajes, frecuencias.

Tipo histológico de cáncer de mama

Definición conceptual: Clasificación que abarca el estado histopatológico.

Definición operacional: Resultados histopatológicos en el expediente.

Escala de medición: Cualitativa normal.

Indicador: 1.-Adenocarcinoma ductal infiltrante, 2.-Canalicular ductal, 3.-Otros.

Análisis de estudio: Frecuencia, porcentaje.

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se otorgó el formato de consentimiento informado a la paciente explicando los lineamientos de bioética que indican que no existe riesgo alguno en contra de su integridad física y que únicamente se realizaron preguntas en forma confidencial.

Este documento se encuentra apegado al reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación (Ley General de Salud, artículo número 17: "Investigación sin riesgo") en base al artículo 14 se otorga dicho documento.

Todo lo anteriormente descrito se encuentra de acuerdo a los principios de toda investigación médica establecidos en la Declaración de Helsinki del 11 al 31, aplicable cuando la investigación se combina con la atención médica.

Esta investigación no implica riesgos de los sujetos de estudio.

El presente trabajo de investigación será puesto a consideración de los comités de ética e investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social para su análisis, recomendaciones y correcciones pertinentes.

VIII. RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

8.1. Recursos humanos:

Pacientes femeninos con diagnóstico de cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 62 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Investigador (médico residente de Medicina Familiar).

Asesor metodológico.

Medicina preventiva del Instituto Mexicano del Seguro Social de Unidad de Medicina Familiar No. 62 en Ciudad Juárez, Chihuahua.

8.2. Recursos físicos:

Cuestionario, equipo de cómputo e impresión, hojas, material de oficina, tóner de impresora, expediente clínico, área de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 62 de Ciudad Juárez, Chihuahua.

8.3. Recursos financieros:

Los proporcionó el alumno responsable.

IX. RESULTADOS

Referente a la presencia o prevalencia de depresión, encontramos que el 96.6% (32 pacientes) presentó depresión; de éstas, un 43.75% (14 pacientes) presentaron depresión moderada que fue el grado de depresión más frecuente encontrado y depresión muy severa en sólo el 18.75% y solamente un paciente no presentó depresión (3%), como lo podemos ver en la tabla y grafica 1.

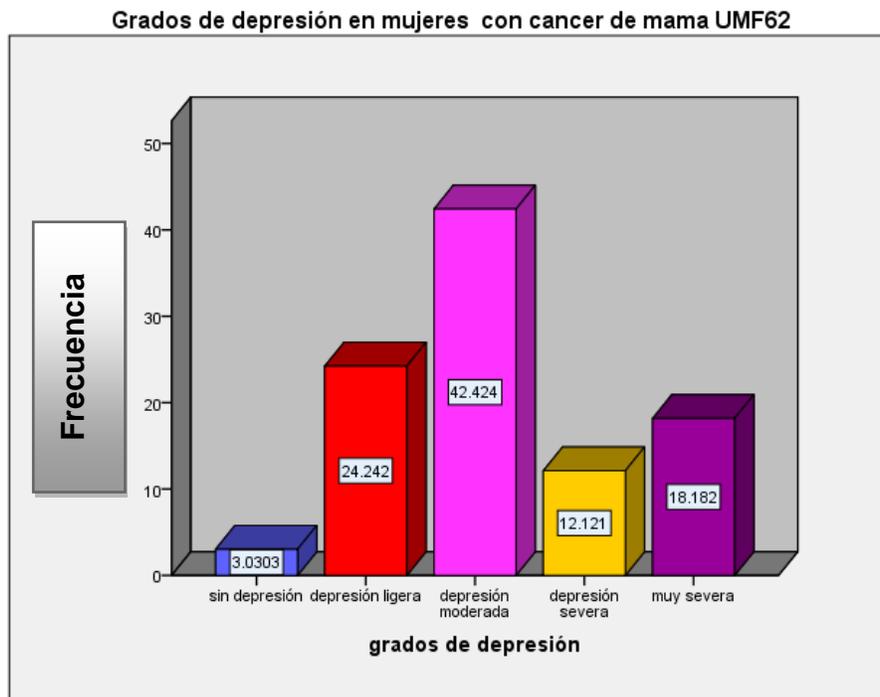
Tabla 1

Grados de depresión en mujeres con cáncer de mama en UMF No. 62

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin depresión	1	3.0	3.0	3.0
Depresión ligera	8	24.2	24.2	27.3
Depresión moderada	14	42.4	42.4	69.7
Depresión severa	4	12.1	12.1	81.8
Depresión muy severa	6	18.2	18.2	100.0
Total	33	100.0	100.0	

FUENTE: Encuesta realizada en 2013 en la UMF No. 62 de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Gráfica 1



Fuente: Tabla 1.

En cuanto al estado civil más frecuente encontrado fue el de casada con el 78.12% (25 pacientes) con depresión y de éstas el más común fue depresión moderada y casada con 37.5% (12 pacientes), como podemos ver en la tabla y en la gráfica 2.

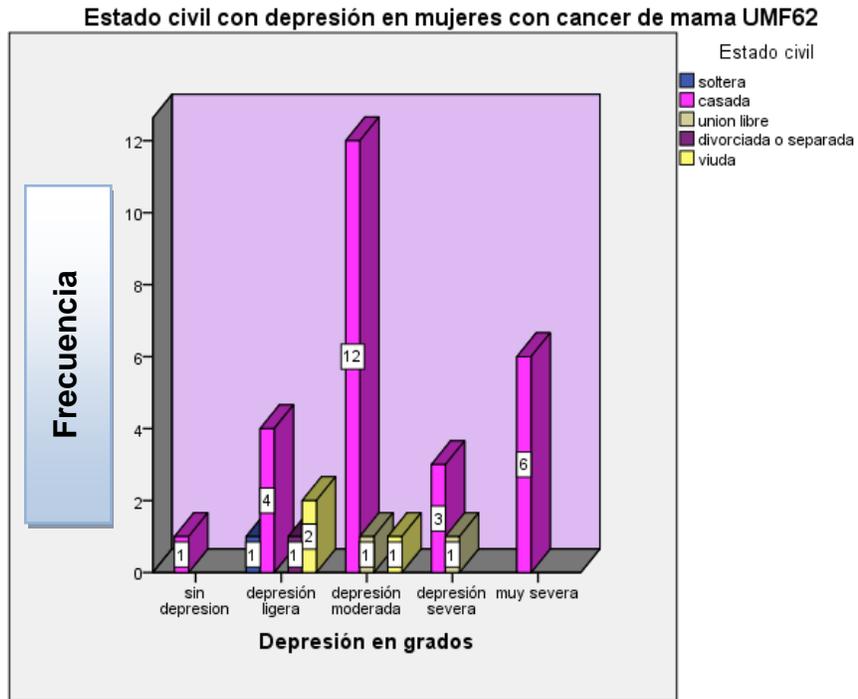
Tabla 2

Estado civil con depresión y cáncer en mujeres de UMF No. 62

	Estado civil					Total
	Soltera	Casada	Unión libre	Divorciada o separada	Viuda	
Sin depresión	0 0.0%	1 3.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.0%
Depresión ligera	1 100.0%	4 15.4%	0 0.0%	1 100.0%	2 66.7%	8 24.2%
Depresión moderada	0 0.0%	12 46.2%	1 50.0%	0 0.0%	1 33.3%	14 42.4%
Depresión severa	0 0.0%	3 11.5%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 12.1%
Depresión muy severa	0 0.0%	6 23.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 18.2%
Total	1 100.0%	26 100.0%	2 100.0%	1 100.0%	3 100.0%	33 100.0%

FUENTE: Encuesta realizada en 2013 en UMF No. 62 Ciudad Juárez Chihuahua.

Gráfica 2



Fuente: Tabla 2.

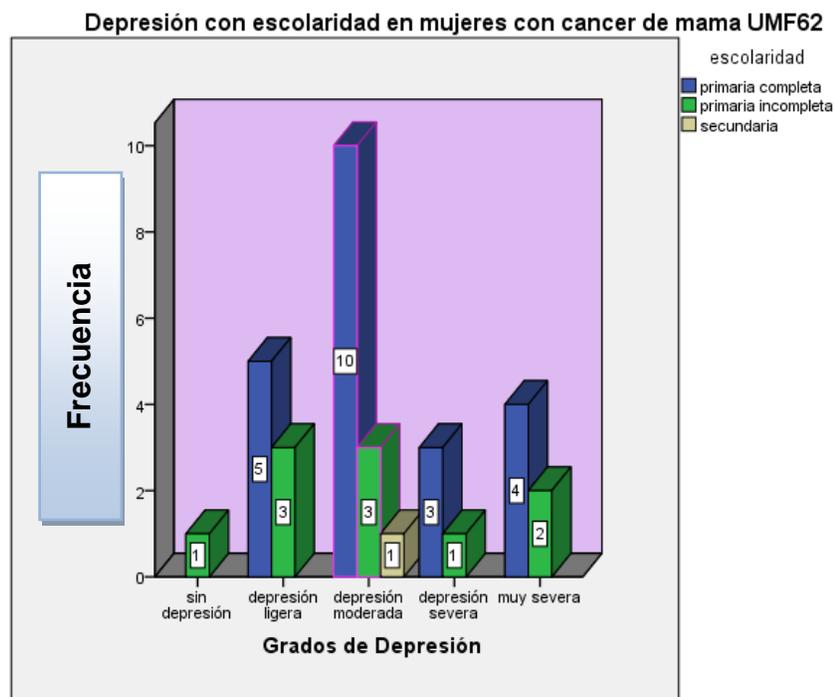
Referente a la escolaridad de mujeres con depresión y cáncer de mama más frecuente fue primaria completa con 68.75% (22 personas) de los cuales, el mayor porcentaje fue depresión moderada con primaria completa con un 45.5% (10 pacientes), como lo podemos ver en la tabla y gráfica 3.

Tabla 3 Escolaridad con depresión y cáncer de mama en mujeres de la UMF No. 62

	Escolaridad			Total
	Primaria completa	Primaria incompleta	Secundaria	
Sin depresión	0 0.0%	1 10.0%	0 0.0%	1 3.0%
Depresión ligera	5 22.7%	3 30.0%	0 0.0%	8 24.2%
Depresión moderada	10 45.5%	3 30.0%	1 100.0%	14 42.4%
Depresión severa	3 13.6%	1 10.0%	0 0.0%	4 12.1%
Depresión muy severa	4 18.2%	2 20.0%	0 0.0%	6 18.2%
Total	22 100.0%	10 100.0%	1 100.0%	33 100.0%

Fuente: Encuesta realizada en 2013 en UMF No. 62 en Cd. Juárez Chihuahua.

Gráfica 3



Fuente: Tabla 3

La ocupación más frecuente que encontramos fue la de ama de casa con el 71.8% y de éstas fue depresión moderada y ama de casa con el 25% (8 pacientes) como lo podemos ver en la tabla y gráfica 4.

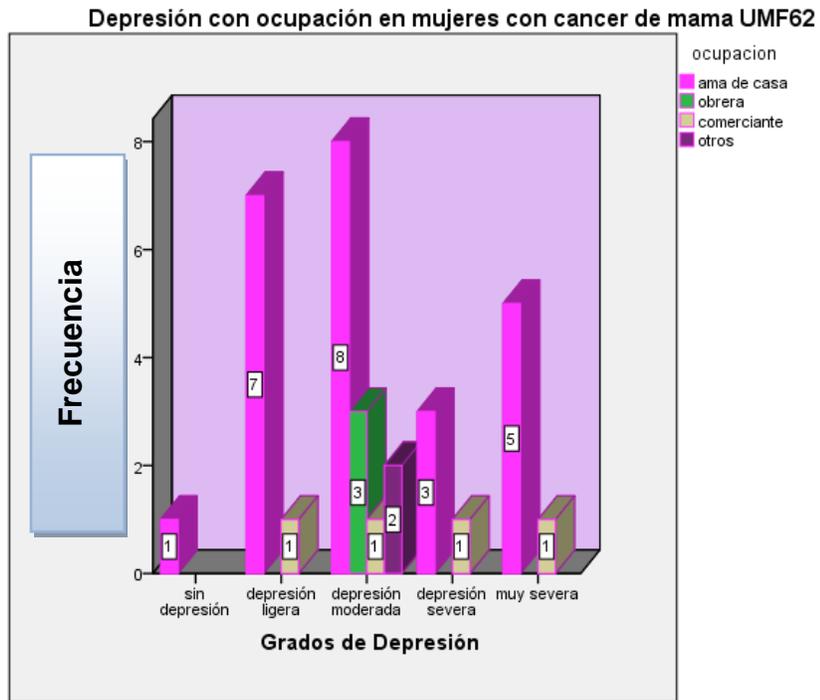
Tabla 4

Ocupación con depresión y cáncer de mama en mujeres de la UMF No. 62

	Ocupación				Total
	Ama de casa	Obrera	Comerciante	Otros	
Sin depresión	1 4.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.0%
Depresión ligera	7 29.2%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	8 24.2%
Depresión moderada	8 33.3%	3 100.0%	1 25.0%	2 100.0%	14 42.4%
Depresión severa	3 12.5%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	4 12.1%
Depresión muy severa	5 20.8%	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	6 18.2%
Total	24 100.0%	3 100.0%	4 100.0%	2 100.0%	33 100.0%

Fuente: Encuesta realizada en 2013 en UMF 62 en Cd. Juárez Chihuahua.

Gráfica 4



Fuente: Tabla 4

Referente al grupo de edad fue en 7% (11 pacientes) de éstas el que más predominó fue el grupo de edad de 41-50 años con el 41.7% (5 pacientes) como podemos ver en tabla y gráfica 5.

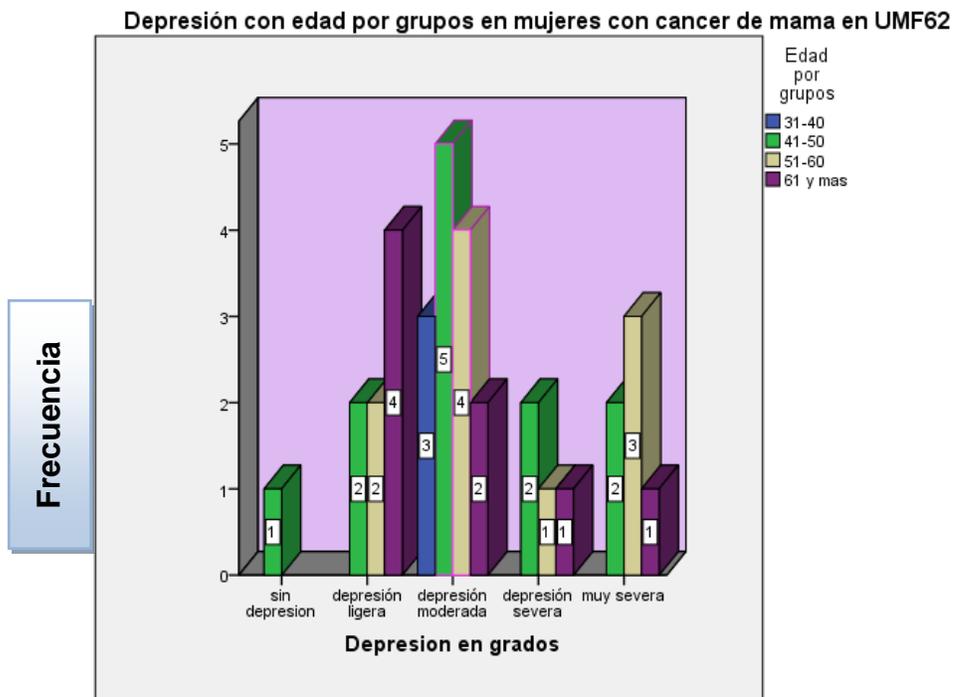
Tabla 5

Edad por grupos con depresión de cáncer de mama en mujeres UMF No. 62

	Edad por grupos				Total
	31-40	41-50	51-60	61 y mas	
Sin depresión	0 0.0%	1 8.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.0%
Depresión ligera	0 0.0%	2 16.7%	2 20.0%	4 50.0%	8 24.2%
Depresión moderada	3 100.0%	5 41.7%	4 40.0%	2 25.0%	14 42.4%
Depresión severa	0 0.0%	2 16.7%	1 10.0%	1 12.5%	4 12.1%
Depresión muy severa	0 0.0%	2 16.7%	3 30.0%	1 12.5%	6 18.2%
Total	3 100.0%	12 100.0%	10 100.0%	8 100.0%	33 100.0%

Fuente: Encuesta realizada en 2013 en la UMF 62 de Cd. Juárez Chihuahua.

Gráfica 5



Fuente: Tabla 5

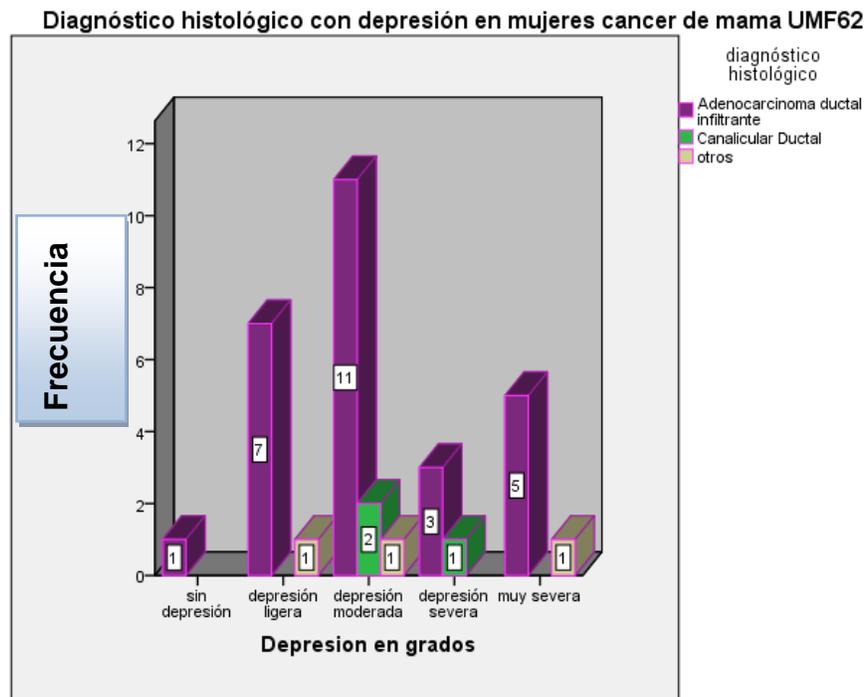
Referente al tipo histológico más común fue adenocarcinoma ductal infiltrante con el 81.25% (26 personas) de éstas el que más predominó fue depresión moderada y adenocarcinoma ductal infiltrante con 34.37%, como podemos ver en la tabla y gráfica 6.

Tabla 6 Diagnóstico histopatológico con depresión y cáncer en mujeres de la UMF No. 62

	Diagnóstico histológico			Total
	Adenocarcinoma ductal infiltrante	Canalicular Ductal	Otros	
Sin depresión	1 3.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 3.0%
Depresión ligera	7 25.9%	0 0.0%	1 33.3%	8 24.2%
Depresión moderada	11 40.7%	2 66.7%	1 33.3%	14 42.4%
Depresión severa	3 11.1%	1 33.3%	0 0.0%	4 12.1%
Depresión muy severa	5 18.5%	0 0.0%	1 33.3%	6 18.2%
Total	27 100.0%	3 100.0%	3 100.0%	33 100.0%

Fuente: Encuesta realizada en 2013 en UMF62 Ciudad Juárez Chihuahua.

Gráfica 6



Fuente: Tabla 6

X. DISCUSIÓN

El grado de depresión más frecuente en este estudio fue depresión moderada con 14 personas equivalente al 43.7%, comparado con Frescge de Souza en su estudio mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapéuticos con resultados similares y de Sagardoy Muniega, en su estudio de prevalencia de depresión en pacientes con cáncer de mama hubo una gran disparidad de su tasa de prevalencia que varía de 6%-57%, ya que utilizaron varias escalas para valorar la depresión^{32, 33}.

El grupo de edad más afectado con depresión y cáncer de mama fue entre 41-50 años con una media de 49 años. Comparado con Robles Rebeca en su estudio de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama quien encontró que la edad más frecuente fue 50 años es muy similar a nuestro resultado, con 37.5% y Héctor Lara Tapia obtuvo el mismo grupo de edad de 41-40 años con 43.50 %⁵.

El tipo histológico en mujeres con cáncer de mama fue adenoma ductal infiltrante con 81.8%, comparado con Robles Rebeca en su estudio de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama quien encontró el mismo tipo histológico con un porcentaje de 67.6% como el más común³³.

El estado civil en mujeres con depresión y cáncer de mama fue casada con 78.12%, comparado con Lara Tapia Héctor en su estudio referente a depresión y miedo a la muerte en pacientes con cáncer de mama que fue casada con un 78.26%³⁰.

La escolaridad en mujeres con depresión y cáncer de mama fue primaria completa con el 68.75% comparado con el resultado de Robles Rebeca en su estudio de depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama con primaria, con un 56.6%⁵.

La ocupación en mujeres con depresión y cáncer de mama fue ama de casa con 68.75 %, comparada con Lara Tapia Héctor fue profesionales maestras más frecuentes con 69.57% y Roble Rebeca la ocupación misma con 62.6% que los resultados son similares^{5, 30}.

Las mujeres con mastectomía por cáncer de mama tienen más predisposición a la depresión y ansiedad por la falta de parte de su cuerpo³¹.

XI. CONCLUSIÓN

La depresión en mujeres con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 62 fue el equivalente a 96.96% del total de pacientes, siendo la más frecuente con depresión moderada con el 43.75%.

El tipo histológico más frecuente en mujeres con cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 fue el adenocarcinoma ductal infiltrante con 81.8%.

El grupo de edad más frecuente en mujeres con cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 fue el de 41-50 años, con 36.4% con una media equivalente a 49 años, con 12.1%.

El estado civil más frecuente en mujeres con cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar fue casada, con un 78.8%.

En referencia a la ocupación más común, ésta resultó ser ama de casa en mujeres con cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62, con un 72.7%.

La escolaridad más común en mujeres con cáncer de mama de la Unidad de Medicina Familiar No. 62 fue primaria completa con un 66.7%.

Referente a la edad, la más frecuente o edad media en mujeres con cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar fue de 49 años con 12.1%.

El estado civil con depresión y cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar fue el referente a depresión moderada y casada, con un 37.5%.

La escolaridad con depresión y cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 fue la referente a depresión moderada; primaria completada fue de 45.5%.

La ocupación de ama de casa con depresión moderada en mujeres con depresión y cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 fue equivalente a 25%.

El grupo de edad con depresión y cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 fue el de 41-50 con depresión moderada, con el 34.37%.

El tipo histológico con depresión y cáncer de mama en la Unidad de Medicina Familiar No. 62 fue adenocarcinoma ductal infiltrante con depresión moderada, equivalente al 34.37 %.

XII. RECOMENDACIONES

1. **Al gobierno de la república y autoridades competentes:** Es menester que destinen mayores recursos para prevenir el cáncer de mama y en su caso, dar un tratamiento integral a estos pacientes.
2. **A las autoridades del Instituto Mexicano del Seguro Social:** Es requerido que tengamos los recursos necesarios en el equipo; multidisciplinarios entre ellos como oncólogos, psiquiatras y psicólogos para llegar a tener menor incidencia de cáncer y así menor casos de depresión en pacientes con cáncer de mama.
3. **A las autoridades de la Unidad de Medicina Familiar No. 62:** Para el apoyo necesario, se requiere poder enviar a mastografías y ultrasonido a las mujeres pertenecientes al grupo de edad de 40-69 años, así como psicólogos en la unidad para el apoyo psicológico de nuestras pacientes con depresión y cáncer de mama.
4. **A los médicos familiares:** Para que en equipo trabajemos al 100% en el control y prevención de cáncer de mama, enviando a las mujeres de 40-69 años a mamografías y de 25-69 a exploración de mama y enseñar a la autoexploración mensualmente.
5. **A los investigadores y personal de formación:** Para que sigan realizando investigaciones de este tipo de apoyo para pacientes con este padecimiento.

Para mejorar el estado depresivo en las mujeres de cáncer de mama es necesario el apoyo psicosocial, del perfil sociodemográfico, estado emocional y calidad de vida de la persona, además del nivel socioeconómico y el tipo del diagnóstico.

De acuerdo a mi criterio, las personas que sufren este padecimiento deben ser valoradas además de en oncología por un psicólogo y psiquiatra que los ayude a pasar por este proceso, ya que como se sabe no es tan fácil y se necesita mucho apoyo moral, pues en distintos estudios se ha dado a conocer que no sólo es el problema físico el que afecta al paciente, sino que el problema psicológico suele ser más grave. La mastectomía simple aumenta la posibilidad de caer en la depresión porque las mujeres suelen sentirse incompletas e incómodas con su cuerpo por la falta de una mama que las mujeres con plastia mamaria.

XIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marie Knual F, López Carrillo L, Lazcano Ponce E, Gómez Duarte H, Romieu I, et al. "Cáncer de mama. Un reto para la sociedad y los sistemas de salud". Salud pública de México, 2009 vol. 31, (2): 138-140.
2. Cabrera Gaytán D.A, De la Rosa Montaña BM, Kuri Morales PA. "Cáncer de mama en México: perfil epidemiológico a partir de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica", 1998-2006. GAVO vol. 7, Septiembre-2008: 162-163.
3. Anderson BO et al. (2008). Global Initiative Summit 2007 cáncer, 113, 2221-43 "OMS Cáncer de mama: prevención y control de Cáncer". 113, 2221-43. Y Coleman MP et al (2008). "Causes survival in five continents: worldwide population- based study (CONCORD)". Lancet Oncology; 9730- 56.
4. Hui cochea Castellanos S, González Balboa P, Tovar Calderón I.L, et al "Cáncer de mama." Artículo Anales de Radiología México. Enero Marzo 2009, (1): 117-126.
5. Robles R, Morales M, Jiménez L. M. y Morales J. "Depresión y Ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la efectividad y el soporte social Psico-oncología"; 2009 Vol. 6 (1):191-201.
6. Cashin Garbutt. Revisado en Abril, VAGOS Hons (Cantab) Cita Electrónica 1: [http:// www.news-medical.net/health/History-of-Breast-Cancer-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/History-of-Breast-Cancer-(Spanish).aspx). Por el Dr. Anaya Mandal.
7. Nigenda G MSC, PhD, Caballero M, González –Robledo L. M, MA, PhD, Salud Pública de México; 2009; vol. 51(2): 254-255.
8. Almanza Muñoz J. J, Juárez I R et al "Distres psicosocial y trastornos mentales en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer" Rev. Sanid Milit México 2009, 63(4) Julio- Agosto: 148.
9. Aguayo Alcaraz G, Jiménez- Pérez L M, Celis de la Rosa A, Canales Muñoz J L." Mortalidad por cáncer de mama. Tendencia y distribución geográfica "1981-2001 Rev. Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social 2008; 46 (4): 367-368.

10. Marie Knaul F, PhD, Arreola Órnelas H, M en C, Velázquez E, MD, Dorantes J, et al, "El costo de la atención médica del cáncer mamario en el Instituto Mexicano del Seguro Social" Salud Pública de México; 2009 7 vol. 52 (2): 286-287.
11. Censo Nominal de Casos de Cáncer de mama 2012 Delegación Chihuahua y Ciudad Juárez (todas las unidades y principalmente UMF 62).
12. Braunwald E, Kurt J.I, Petersdorf R G, Wilson Jean D, Martin J B, Fauci S. "Principios de Medicina Interna Harrison", Definición de cáncer, edición 11 Vol.1: 553.
13. Robbins S.L, M.D, Contran R.S, Kumar V. Patología Estructural y funcional 3era. Edición." Definición de cáncer" editorial Interamericana, México, D.F 1988: 1158.
14. Guía práctica. Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Depresión IMSS 201:161-09.
15. Henrikdson M.M, Bodurka Bevers D, Lloyd Williams M y col." Depresión del Instituto Nacional del Cáncer. Salud Mental. -Instituto Nacional de los Estados Unidos del Cáncer. Descripción de Depresión. Actualización del 29 de marzo del 2013.
16. Wagner F. A, González Forteza C, Sánchez García S at al "Enfocando la depresión como problema de salud pública en México" Salud Mental 2012,35:3-11.
17. Purriños M.J., Servicio de epidemiología, Dirección Xeral de Saúde. Pública. Servicio Galeno de Saúde· Hamilton M, A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960 (23): p. 56-62, Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness.Br J Soc Clin Psychol 1967 (6): Escala de Hamilton- Hamilton Depression Rating Scale (HDRS): 278-296.
18. Órnelas Mejorada R. E, Tifiño Tifiño M. A, Sánchez Sosa. J. J, "Ansiedad y Depresión en mujeres con cáncer de mama" Acta de investigación Psicológica, 2011, 1 (3), 401-414.

19. Santiago Hernández R, Huerta Franco M.R, "Determinación del Grado de depresión que experimentan las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama." *Desarrollo Científico Enferm* vol. 17 (10) Noviembre-Diciembre 2009:421.
20. Guía práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama en segundo y tercer nivel de atención. No. De registro: IMSS 232-09: 2-30.
21. Arce-C, Bargalló Enrique, Villaseñor et al. *Oncología Cáncer de mama*: 78-84.
22. Winslow T "Lic. Instituto Nacional del cáncer. Seno de mama "Versión actualizada 2013 mayo 24; [www.cancer.gov/ español/ pdq/ tratamiento/seno/paciente](http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/seno/paciente): 2.
23. Mendoza-N H, Cisneros L, Martin Ramos J, Aragón Jaime. "BI- RADS 3. ¿Realmente son hallazgos benignos? Variabilidad inter observador". *Anales de Radiología México* 2009:173-176.
24. Cavazos Galván M, Villarreal Cárdenas J. R. "Rapid desensitization to chemotherapy drugs in oncologic patient. A good and safe option. A two-case presentation". *Revista Alergia México*, 2010 mayo-junio; vol. 57 (3): p 99.
25. Ramírez Prieto M, Flores de la Torre C.B, Rivera Samuel, Cruz Esquivel I. "Hormonoterapia en cáncer de mama metastásica" *Artículo Ginecología y Obstetricia de México* 2009; 77(10) 482-6.
26. Tratamiento de Trastornos Depresivos de Guías prácticas Clínica: IMSS -161-09: 9.
27. Flores Luna L, Salazar Martínez E, Duarte Torres R. M y Col. "Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama." *Salud Pública de México*; 2008. marzo-abril vol. 50(2): 119.
28. Pérez Martínez V.T, Arcia Chávez N. "Comportamiento de los factores biosociales en la depresión del adulto mayor ". 2008 sep. Anexo de escala de Hamilton.
29. Rincón Fernández M.E, Pérez San Gregorio M.A, Bordas Más M, Rodríguez A M, "Diferencias psicológicas en pacientes con cáncer de mama según tipo de cirugía. *Cirugía plástica iberoamericana.*"; 2010 Oct-Nov. Vol. 36(4): 359-368.

30. Lara Tapia H, Vidargas Vega B, Bernal Butrón M. “Depresión y miedo a la muerte en pacientes con cáncer de mama.” Revista neurología neurocirugía 2008 abril-junio 36(2) 55-59.
31. Villegas Moreno M. J. “Depresión y ansiedad en mujeres con mastectomizadas“. Revista Académica e institucional de la UCPR; 2009 Marzo 3:39-61.
32. Sagardoy Muniesa L, Romero M, Meneses S.” Prevalencia de Depresión en pacientes con cáncer de mama “Revista científica de enfermería, Recién ISSN: 1989-6409 2013 Noviembre, vol. 7: 1-9.
33. Fresche de Souza B, Andrade de Moraes, Inocenti A. J, dos Santos M.A, et al. “Mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapéuticos: síntomas depresivos y adhesión al tratamiento.” Rev. Latino-Am. Enfermagem. Nov.-Dic. 2014; 22(6); 866- 873.



XV Anexo 1 CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Lugar y fecha:

Por medio de la presente yo: _____
autorizo y accedo a participar en el protocolo de investigación titulado: Depresión
en las Mujeres con Diagnóstico de Cáncer de Mama; en la UMF No.62 del IMSS
de Ciudad Juárez, Chihuahua México.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es Investigar: Depresión en las Mujeres con Diagnóstico de
Cáncer de Mama; en la UMF No.62 del IMSS de Ciudad Juárez, Chihuahua
México.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario.
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos,
inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio,
que son los siguientes: ninguno.
El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna
sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso
para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier
duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los
riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con
mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en
cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la
atención médica que recibo en el Instituto. El Investigador Responsable me ha
dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o
publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi
privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido
a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio,
aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de
mi representado (a) en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre firma del 1er testigo

Nombre firma de 2do testigo

Dra. Agustina Micaela Osuna Lerma. Matricula. 10395237, (656) 5580063 en
 caso de requerir comunicación por cualquier duda.



Anexo 2

Datos socio demográfico:

Iniciales _____ No. Afiliación _____ Edad _____

Ocupación _____ Escolaridad _____ Estado Civil _____

Escala de Hamilton:

<p>Humor depresivo(tristeza, desesperanza, desamparado, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan Como se siente. - Estas sensaciones las relata espontáneamente - Sensaciones no comunicadas verbalmente(expresión facial, Postura, voz, tendencia al llanto) -manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Sentimiento de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusadoras o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir - Ideas de suicidio o amenazas - Intento de suicidio (cualquier intento serio) 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir por ejemplo más de media hora de conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche 	<p>0 1 2</p>
<p>Insomnio intermedio</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad 	<p>0</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en dos (excepto motivos de evacuar) 	<p>1</p> <p>2</p>
<p>Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero no vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos y pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejo de trabajar por la presente enfermedad, solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar ésta sin ayuda 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida y disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normal - Ligeramente retrasado en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabellos, etcétera - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos y se muerde los labios 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: resequeza de boca, diarrea, eructos, indigestión, etcétera; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas;</p>	

<p>respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementado; traspiración)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligero - Moderado - Severo - Incapacitante 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito pero como sin necesidad de que lo estimule. - Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no le insisten. - Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza, dorsalgia, cefalea, algias musculares. Perdida de energía y fatigabilidad. - Cualquier síntoma bien definido 	<p>0 1 2</p>
<p>Síntomas genitales (disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Débil - Grave 	<p>0 1 2</p>
<p>Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Preocupado de sí mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 	<p>0 1 2 3</p>
<p>Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana - Pérdida de más de 500 gramas en una semana - Pérdida de más de un kilo en una semana 	<p>0 1 2</p>
<p>Introspección (insight)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se da cuenta que está deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descansó, etcétera - No se da cuenta que está enfermo 	<p>0 1 2</p>



Anexo 3 Cédula de captura de la Información:

Folio _____

Tipo histológico de cáncer de mama _____

Edad: _____

Estado Civil: 1. Soltera 2. Casada, 3. Unión libre, 4. Divorciada o separada y 5. Viuda

Escolaridad: 1. Analfabeta, 2. Primaria incompleta, 3. Primaria completa, 4. Secundaria, 5. Preparatoria o equivalente, 6. Profesional.

Ocupación:

1) ama de casa

2) obrera

3) comerciante

4) Profesional

5) otros.

Depresión:

1. no deprimido 0-7 puntos

2. depresión ligera/menor: 8-13

3. moderada: 14-18

4. severa de 19-22

5. Muy severa mayor de 23 puntos

Anexo 4. Cronograma de actividades

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES											
año estudio	2013			2014				2015			
ACTIVIDAD	ABRIL JUNIO	JULIO SEPT	OCT DIC	ENE MAR	ABRIL JUNIO	JULIO SEPT	OCT DIC	ENE MAR	ABRIL JUNIO	JULIO SEPT	OCT DIC
Delimitación del tema a estudiar		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Revisión bibliográfica			—	—	—	—	—	—	—	—	—
Revisión del proyecto con asesores			—	—	—	—	—	—	—	—	—
Elaboración del protocolo			—	—	—	—	—	—	—	—	—
Revisión del protocolo por clis	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—
Aceptación del protocolo por el comité CLIS	—			—	—	—	—	—	—	—	—
Aplicación de instrumento de medición	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—
Recolección de datos	—	—	—			—	—	—	—	—	—
Elaboración de la base de datos	—	—	—	—	—		—	—	—	—	—
Codificación de datos	—	—	—	—	—			—	—	—	—
Análisis de resultados	—	—	—	—	—	—	—			—	—
Conclusiones	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Estructura de tesis e informes	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Resultados	—	—	—	—	—	—	—	—	—		