



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 4
LUIS CASTELAZO AYALA**

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES
CON SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE CÁNCER DE MAMA**

R-2016-1905-8

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Dra. Karen Miroslava Castro Mondragón

TUTOR DE LA TESIS

Dra. en C. Eunice López Muñoz

ASESORES CLÍNICOS

Dr. Fernando Enrique Mainero Ratchelous

Psic. María Juana Leyva Chimal

Ciudad de México, Mayo 2016.





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.

CARTA DE ACEPTACIÓN DEL TRABAJO DE TESIS

Por medio de la presente informo que la **Dra. Karen Miroslava Castro Mondragón**, residente de la Especialidad en Ginecología y Obstetricia ha concluido la escritura de su **tesis y otorgo la autorización para su presentación y defensa de la misma.**

Encargado de la Dirección de la UMAE

Dr. OSCAR MORENO ÁLVAREZ

**Director de Enseñanza e Investigación, UMAE Hospital de Gineco Obstetricia
No. 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS.**

Dr. JUAN CARLOS MARTÍNEZ CHEQUER.

Tutor de Tesis

DRA. EN C. EUNICE LÓPEZ MUÑOZ

AGRADECIMIENTOS

A mi padre y madre (Ulises y Luisa), por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por cada día confiar, creer en mí e impulsarme a convertirme en una mujer profesionalista. Por todos esos momentos de esfuerzo y sacrificio, para que recibiera la mejor herencia que me pudieron dar, mi educación, sus ejemplos de vida, su amor, son la inspiración para el logro de este objetivo; por siempre todo mi corazón y agradecimiento para ustedes.

A mis hermanas les agradezco no solo por estar presentes y acompañarme en este camino, si no por todas las cosas buenas que aportan a mi vida, los grandes lotes de felicidad y diversas emociones vividas. Siempre estaremos juntas, más que hermanas somos amigas y representan todo para mí.

Agradecer sinceramente a mi tutora de tesis la Dra. Eunice López Muñoz, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también por haber tenido toda la paciencia del mundo para guiarme y motivarme durante el desarrollo de esta tesis, su sentido de seriedad, responsabilidad, me permiten admirarla y respetarla por siempre. Sus conocimientos, su manera de trabajar, son ejemplos claros del patrón profesional que debo seguir y en lo que quiero convertirme. Mi agradecimiento aquí no termina.

Al HGO4 Luis Castelazo Ayala esta noble institución, por darme la oportunidad de llevar a cabo esta tesis y haber sido parte de mi formación como médico Especialista, a todas mis pacientes, por las que día a día, lucho para ser mejor médico y persona, las que con un sencillo gesto de agradecimiento, reafirman mi decisión de seguir en el camino de la Medicina, difícil pero no imposible de alcanzar.

A todos los maestros parte de esta catedral de Ginecobstetricia, que a lo largo de 4 años, sembraron una parte de ellos en mí, su amistad, sus muestras de apoyo y conocimientos compartidos.

Gracias a todos....

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Agradecimientos	3
Resumen	5
Marco teórico	7
Justificación	13
Planteamiento del problema	13
Pregunta de investigación	13
Objetivos	14
Hipótesis	14
Material y métodos	14
Diseño del estudio	14
Ubicación y población de estudio	14
Criterios de selección	14
Variables de estudio	16
Muestreo	19
Tamaño de la muestra	19
Estrategia de trabajo	19
Análisis estadístico	21
Procesamiento de datos	21
Aspectos éticos	22
Recursos, financiamiento y factibilidad	23
Resultados	25
Discusión	41
Conclusión	44
Referencias bibliográficas	45
Anexo 1. Hoja de recolección de datos	49
Anexo 2. Inventario de ansiedad de Beck	50
Anexo 3. Inventario de depresión de Beck	51
Anexo 4. Carta de consentimiento informado	54

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Tasa de mortalidad por cáncer de mama en México	7
Figura 2. Algoritmo de procecimientos	20
Figura 3. Distribución de la variable edad	25
Figura 4. Escolaridad	26
Figura 5. Ocupación	26
Figura 6. Estado civil	27
Figura 7. Tabaquismo	27
Figura 8. Distribución de la edad de inicio de tabaquismo	28
Figura 9. Índice tabáquico	28
Figura 10. Alcoholismo	29
Figura 11. Antecedente de cáncer de mama familiar	29
Figura 12. Comorbilidad	30
Figura 13. Tipo de comorbilidad	31
Figura 14. Antecedente de pruebas de tamizaje	32
Figura 15. Asesoría para pruebas de tamizaje	32
Figura 16. Persona que asesoró para pruebas de tamizaje	33
Figura 17. Autoexploración mamaria	33
Figura 18. Edad de inicio de autoexploración mamaria	34
Figura 19. Personal que realizó la exploración clínica	35
Figura 20. Distribución de la edad de inicio de exploración clínica	35
Figura 21. Distribución del intervalo paciente	36
Figura 22. Puntaje de inventario de ansiedad de Beck	37
Figura 23. Puntaje de inventario de depresión de Beck	38

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Número de familiares con cáncer de mama	30
Tabla 2. Método de tamizaje para referencia a oncología	36
Tabla 3. Frecuencia de ansiedad	37
Tabla 4. Frecuencia de ansiedad y comorbilidad	38
Tabla 5. Frecuencia de ansiedad y biopsias mamarias	39
Tabla 6. Frecuencia de ansiedad y enfermedad benigna de la mama	39
Tabla 7. Frecuencia de ansiedad y antecedente familiar de cáncer	40
Tabla 8. Frecuencia de ansiedad y pruebas de tamizaje	40

FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE CÁNCER DE MAMA

Castro Mondragón Karen Miroslava¹, Leyva Chimal María Juana², Mainero Ratchelous Fernando Enrique³, López Muñoz Eunice⁴.

¹Ginecología y Obstetricia, ²Servicio de Psicología, ³Servicio de Oncología Mamaria, ⁴Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva, UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS.

RESUMEN

Antecedentes: El cáncer de mama es la causa más frecuente de cáncer y muerte por tumor maligno en mujeres mayores de 25 años de edad. La detección temprana y el tratamiento efectivo son los factores más importantes que pueden reducir la morbilidad y la mortalidad asociada con cáncer de mama. La mamografía y la exploración clínica son dos métodos de tamizaje que se consideran efectivos para la detección de cáncer de mama y la posibilidad de mejorar las tasas de supervivencia. En cuanto a la autoexploración mamaria, no es una práctica que actualmente sea recomendada ampliamente dada la evidencia que indica que dicha práctica no incrementa la tasa de supervivencia. Al contrario, hay evidencia del posible riesgo que la instrucción en autoexploración mamaria implica, incluyendo incremento significativo en el número de visitas al médico para la evaluación, exposición excesiva a biopsias mamarias e incluso un impacto psicológico negativo en las pacientes, es decir mayor grado de preocupación, ansiedad y depresión. Aunque estas alteraciones emocionales también han sido reportadas posterior a un resultado anormal de tamizaje por exploración clínica o mamografía. En oncología, es bien conocido que las alteraciones emocionales pueden ser definidas como trastornos adaptativos ante un diagnóstico de cáncer y las más frecuentes son la ansiedad y depresión. Sin embargo, hasta el momento existen pocos estudios a nivel mundial sobre la frecuencia de alteraciones emocionales y ninguno en población mexicana, después de un resultado anormal en el tamizaje para cáncer de mama (autoexploración, exploración clínica o mamografía). **Objetivo:** Conocer la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con sospecha diagnóstica de cáncer de mama por un resultado anormal en la autoexploración, exploración clínica o mastografía. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, que incluyó 105 pacientes con sospecha diagnóstica de cáncer de mama que acudieron por primera vez al Servicio de Oncología Mamaria de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS. Se solicitó carta de consentimiento informado. Se realizó interrogatorio dirigido y se aplicaron las escalas o inventarios de ansiedad y depresión de Beck. La información fue captada en la hoja de recolección de datos. Se realizó estadística descriptiva con tablas y gráficos de frecuencias para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Se realizó estadística inferencial para determinar diferencias en la frecuencia de ansiedad por cada variable sociodemográfica y clínica (Prueba chi cuadrada de Pearson y exacta de Fisher). **Resultados:** La edad promedio de las pacientes fue de 51.16 años (DE±13.162). La escolaridad más frecuente fue secundaria completa (36.2%) y bachillerato (33.3%). La ocupación más frecuente fue ama de casa (47.6%) y empleada (44.8%). El estado civil más frecuente fue casada (53.3%) y unión libre (17.1%). El 18% de las pacientes presentaba tabaquismo activo al momento el estudio, con una edad promedio de inicio de 19.84 años (DE±6.83) y 3% presentaban alcoholismo con una edad promedio de inicio de 19.67 años (DE±5.03). El 26% de las pacientes tenían antecedente heredofamiliar de cáncer mamario. El 37% de las pacientes tenían comorbilidad asociada, siendo las más frecuentes, la hipertensión arterial crónica (20.95%), la diabetes mellitus tipo 2 (18.09%) y la obesidad (9.52%). 9.5% de los casos tenían antecedente de biopsia mamaria previa con un reporte de enfermedad benigna de la mama. 3.8% de las pacientes tenían antecedente de cáncer de mama contralateral. En 47% de los casos se habían realizado pruebas de tamizaje para detección oportuna de cáncer de mama en forma regular, siendo sólo 66% de las pacientes asesoradas al respecto por el médico ginecólogo, médico familiar y personal de enfermería. El método de tamizaje por el que se identificó probable cáncer de mama fue la mastografía (61.9%) y autoexploración mamaria (36.2%). El promedio de tiempo desde la identificación de alteración mamaria y la primera evaluación clínica en oncología (tiempo paciente)

fue de 21 días ($DE \pm 15.614$). La frecuencia de diagnóstico de ansiedad mínima fue de 57.1% y no se reportó ningún caso sugestivo de depresión mediante la escala o inventario de ansiedad y depresión de Beck. Se observó mayor frecuencia de ansiedad mínima en pacientes con antecedente de realización de pruebas de tamizaje y biopsias mamarias, antecedente de diagnóstico de enfermedad benigna de la mama, antecedente de cáncer de mama familiar y comorbilidad asociada. **Conclusión:** Se observó una mayor frecuencia de sintomatología ansiosa que depresiva en las pacientes con sospecha diagnóstica de cáncer de mama. La frecuencia de ansiedad mínima fue de 57.14%, mientras que no se observó ningún caso de depresión (22.9% de las pacientes presentó entre 1 y 8 puntos del inventario de Beck asociado a sintomatología depresiva). **Perspectivas:** Se observó mayor frecuencia de ansiedad en pacientes con antecedente de realización de pruebas de tamizaje y biopsias mamarias, antecedente de diagnóstico de enfermedad benigna de la mama y comorbilidad asociada, por lo que las pacientes con dichos antecedentes pueden beneficiarse de la evaluación y apoyo psicológico desde el momento de la sospecha de cáncer de mama y no necesariamente hasta la confirmación del mismo. También se observó mayor frecuencia de ansiedad en pacientes con antecedente de cáncer de mama familiar, por lo que estas pacientes pudieran beneficiarse del asesoramiento genético oportuno.

FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE CÁNCER DE MAMA

1. MARCO TEÓRICO

El cáncer de mama es una enfermedad que ha acompañado a la humanidad desde épocas antiguas. Se ha mencionado en cada período de la historia registrada y debido a los síntomas visibles, especialmente en los estadios avanzados, ha sido registrado por los médicos desde épocas muy tempranas (1).

A diferencia de otros tipos de cáncer, esta enfermedad fue considerada una cuestión de tabú y de vergüenza, haciendo que su detección y diagnóstico fuera raro. Así, la mención de los tumores de mama en la literatura médica fue escasa (1).

Los Egipcios fueron los primeros en observar la enfermedad hace más de 3.500 años, siendo descrita en los papiros de Edwin Smith y de George Ebers, en donde se documentan ocho casos de cáncer mamario (1).

En 460 a.c., Hipócrates fue quien dió el nombre de *Cáncer* a las enfermedades malignas y las describió como enfermedades humorales. Él, postuló que el cuerpo humano consistía de cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y sugirió que el cáncer era causado por el exceso de bilis negra (1).

En 1680, el médico Francés Francois de la Boe Sylvius, comenzó a desafiar la teoría humoral del cáncer. Él, presumió que el cáncer no venía de un exceso de la bilis negra, sino que provenía de un proceso químico que transformaba los líquidos linfáticos de ácido a acre (1).

Posteriormente, Guillermo Halstead de Nueva York realizó cirugías radicales de mama, el patrón de oro por los 100 años próximos. Él, desarrolló la mastectomía radical, extirpando totalmente la mama, los ganglios axilares y ambos músculos del pecho como el único procedimiento para prevenir la extensión del cáncer de mama (1).

En 1955, Bernard Fisher mencionó la capacidad del cáncer para extenderse por metástasis y en 1976, publicó el uso de la cirugía conservadora seguida por la

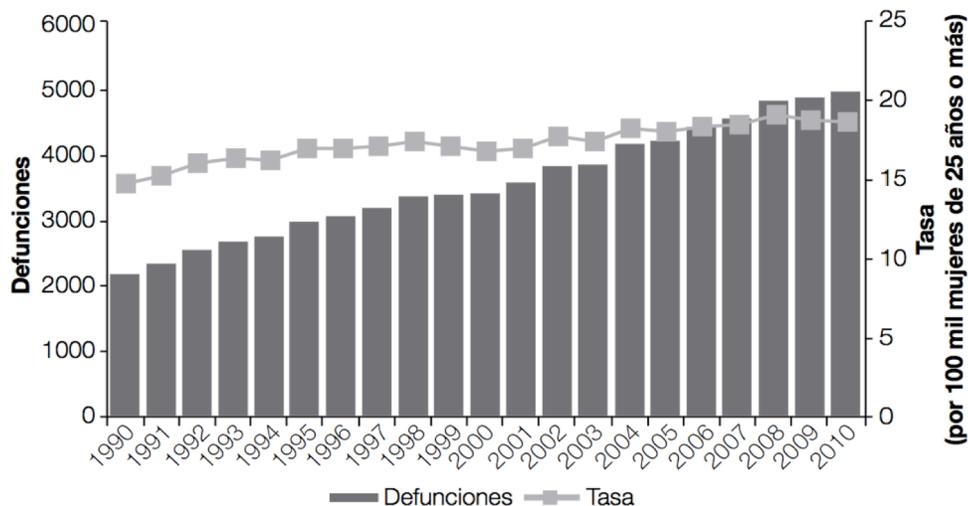
radiación o la quimioterapia, reportando que estos eran tan efectivos como la mastectomía radical (1).

Así, en 1995, al menos 10 por ciento de las mujeres con cáncer de mama ya habían sido sometidas a una mastectomía y se consideró el uso de terapias nuevas para el cáncer de mama, incluyendo tratamientos hormonales y terapias biológicas. La mamografía fue desarrollada para la detección temprana y los investigadores identificaron genes de predisposición al cáncer de mama (1).

Actualmente, el cáncer de mama es considerado como uno de los cánceres más comunes en la mujer, siendo estimado que a nivel mundial, una de cada 13 mujeres estará afectada por esta enfermedad a lo largo de su vida.

En México, a partir de 2006 el cáncer de mama ocupa el primer lugar de mortalidad por tumor maligno en las mujeres mayores de 25 años de edad. En 2010, la tasa estandarizada de mortalidad fue de 18.7 por 100 mil mujeres de 25 años y más, lo que representa un incremento del 49.5% en los últimos 20 años (2) (Figura 1).

Figura 1. Tasa de mortalidad por cáncer de mama en México (estandarizada con la población mundial de 25 años o más) (2).



Fuente: CENIDSP/INSP. Base de datos de defunciones generales 1990-2010

En vista del incremento en la tasa de mortalidad a nivel mundial, se han realizado diversos programas de detección de masas tumorales mamarias consistentes en autoexploración, examen físico y estudios mamográficos en mujeres asintomáticas. Estos procedimientos, han logrado identificar aproximadamente 10 cánceres por 1000 mujeres mayores de 50 años de edad y cerca de 2 cánceres por 1000 mujeres en menores de 50 años. Casi el 80% de estas mujeres tiene ganglios axilares negativos al momento de la cirugía, mientras que en la práctica médica ordinaria, particularmente en países como el nuestro, más del 55% de las pacientes con cáncer de mama, tiene ganglios axilares positivos afectados, lo cual disminuye notablemente la probabilidad de supervivencia. Tanto el examen físico como la mamografía, resultan necesarios para lograr resultados óptimos en los programas de detección, ya que sólo 35-50% de los cánceres mamarios pueden descubrirse sólo mediante mamografía y otro 40% puede detectarse únicamente por palpación (3-5).

En cuanto a la autoexploración mamaria, es considerado el método más simple de tamizaje en cáncer de mama, ya que es barato y con aparente baja tasa de morbilidad. Aunque no resulta tan efectiva como la mamografía o la exploración física por un médico, se ha considerado de gran valor, particularmente en ciudades donde no se encuentran disponibles servicios sofisticados de tamizaje para toda la población femenina (6).

La autoexploración mamaria fue introducida y ampliamente promovida desde 1950, como una técnica pensada para la detección temprana del cáncer de mama, la cual a su vez permitiría mejorar el tratamiento y la supervivencia (6).

Sin embargo, dicha técnica fue estudiada científicamente hasta muchos años después, cuando en 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con un grupo de expertos formularon un ensayo clínico controlado aleatorizado para evaluar la participación de la autoexploración mamaria en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama. Inicialmente, el estudio se realizó en Leningrado y se incluyeron 150,000 mujeres de 40 a 64 años de edad sin historia familiar de cáncer de mama. Un subgrupo de estas mujeres fue asignado aleatoriamente para recibir un programa educacional sobre autoexploración mamaria, mientras que

otro subgrupo no lo recibió. Durante los primeros 15 meses de seguimiento, 62,252 mujeres fueron estudiadas, de las cuales 31,186 recibieron entrenamiento, mientras que 31,066 pertenecieron al grupo control. Se demostró que la autoexploración mamaria permitía un significativo incremento en el número de casos diagnosticados con anomalías mamarias, un acortamiento en el tiempo entre la detección y la solicitud de valoración médica, así como un diagnóstico más temprano de la enfermedad (7). A los cinco años de iniciado el estudio, se habían incluido 120,310 mujeres, de las cuales 60,221 recibieron entrenamiento y 60,098 no lo recibieron. Se observó una alta frecuencia de visitas a los médicos especialistas y una alta tasa de biopsias escisionales innecesarias por lesión benigna (RR=1.5 IC 95%=1.1-1.9) en el grupo de entrenamiento con respecto al grupo control. Además no se observaron diferencias con respecto al tamaño del tumor primario y la incidencia de lesión metastásica en ganglios linfáticos regionales entre el grupo de entrenamiento y el grupo control (8). En cuanto a la tasa de mortalidad, tampoco se observaron diferencias significativas en el grupo de entrenamiento y el grupo control a los 5 y 10 años de seguimiento, por lo que concluyeron que la enseñanza intensiva de la técnica de autoexploración mamaria no reduce la mortalidad en cáncer de mama (9,10).

Un estudio realizado en Shangai, en el que se incluyeron 267,040 mujeres trabajadoras textiles, para realizar un entrenamiento repetitivo y riguroso en autoexploración mamaria en forma aleatoria a un subgrupo de 133,375 (casos) y a otro subgrupo de 133,665 no se les dio dicho entrenamiento (controles), demostró que después de una década de seguimiento, no hubo diferencias en el estadio del diagnóstico o la supervivencia entre las mujeres que fueron entrenadas y las que no fueron entrenadas; además, las mujeres que recibieron instrucción tuvieron significativamente más biopsias que las que no recibieron entrenamiento, lo cual llevó a los autores a concluir que la autoexploración mamaria no era una herramienta efectiva de tamizaje, ya que para que una prueba de tamizaje sea considerada efectiva, debe disminuir la morbilidad, y la detección temprana mejorar la supervivencia (11,12).

Otros estudios, entre ellos un ensayo cuasi experimental (13,14), un estudio de cohorte (15) y diversos estudios de casos y controles (16-18), han fallado para demostrar un beneficio al ejecutar la autoexploración mamaria comparado con no realizarla. Al contrario, hay evidencia del posible riesgo que la instrucción en autoexploración mamaria implica, incluyendo incremento significativo en el número de visitas al médico para la evaluación, exposición excesiva a biopsias mamarias e incluso un impacto psicológico negativo en las pacientes, es decir mayor grado de preocupación, ansiedad y depresión (19,20). Aunque estas alteraciones emocionales también han sido reportadas posterior a un resultado anormal de tamizaje por exploración clínica o mamografía (21,22).

En este contexto, existe evidencia que muchas pacientes experimentan alteraciones emocionales en el transcurso de la enfermedad. En oncología, las alteraciones emocionales pueden ser definidas como trastornos adaptativos ante un diagnóstico de cáncer y las más frecuentes son la ansiedad y depresión (23). Sin embargo, existen pocos estudios sobre la frecuencia de estas alteraciones emocionales en la fase de diagnóstico en pacientes con sospecha de cáncer de mama. Estos estudios han demostrado una frecuencia de alteraciones emocionales de 30% hasta 70% (24-30).

La ansiedad es definida como un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona.

Los síntomas físicos más referidos por personas con ansiedad son: aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de "cabeza vacía", sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, diarrea, entre otros.

Los síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) predominantes son: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente.

Para establecer el diagnóstico, se da preferencia a la entrevista clínica y los instrumentos o escalas se utilizan para completar la valoración, siendo preferibles los cuestionarios breves, fáciles de manejar e interpretar como la Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Los pacientes deben ser referidos al segundo nivel de atención cuando presenten trastorno de ansiedad con dificultad o duda diagnóstica, comorbilidad psiquiátrica u orgánica (depresión mayor, dependencia etílica y/o abuso de sustancias) y en caso de ideación suicida se debe realizar referencia urgente incluso al tercer nivel de atención (31).

En el caso de la depresión es definida como una alteración patológica 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 las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica. En forma similar a la ansiedad, también puede hacerse uso de instrumentos o escalas para completar la valoración, entre los que se encuentran, el Inventario de Depresión de Beck (IDB), la Subescala de depresión del *Hospital Anxiety and Depression Scale* y el Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9).

Si los pacientes cumplen con criterios diagnósticos de depresión y existe riesgo alto de suicidio y síntomas de gravedad, deben ser referidos al tercer nivel de atención (32).

Cabe mencionar que tanto el Inventario de Ansiedad de Beck como el Inventario de Depresión de Beck han sido validados en población mexicana (33,34).

2. JUSTIFICACIÓN

Es necesario conocer la frecuencia de alteraciones emocionales en pacientes mexicanas con sospecha de cáncer de mama, particularmente ansiedad y depresión, con el fin de establecer estrategias de acción en el futuro para la atención multidisciplinaria de las pacientes, sea o no confirmado el diagnóstico de cáncer de mama.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama es la causa más frecuente de cáncer y muerte por tumor maligno en mujeres mayores de 25 años de edad. La detección temprana y el tratamiento efectivo son los factores más importantes que pueden reducir la morbilidad y la mortalidad asociada con cáncer de mama. La mamografía y la exploración clínica son dos métodos de tamizaje que se consideran efectivos para la detección de cáncer de mama y la posibilidad de mejorar las tasas de supervivencia. En cuanto a la auto exploración mamaria, no es una práctica que actualmente sea recomendada ampliamente dada la evidencia que indica que dicha práctica no incrementa la tasa de supervivencia.

Hasta el momento existen pocos estudios a nivel mundial sobre la frecuencia de alteraciones emocionales y ninguno en población mexicana, después de un resultado anormal en el tamizaje para cáncer de mama (autoexploración, exploración clínica o mamografía).

Pregunta de investigación

¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes referidas con sospecha diagnóstica de cáncer de mama al Servicio de Oncología Mamaria de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, Instituto Mexicano del Seguro Social (UMAE HGO No. 4 , IMSS)?

4. OBJETIVOS

Conocer la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con sospecha diagnóstica de cáncer de mama por un resultado anormal en la autoexploración, exploración clínica o mastografía.

5. HIPÓTESIS

La frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con sospecha diagnóstica de cáncer de mama es de al menos 50%.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Observacional, descriptivo, transversal.

Lugar o sitio del estudio

El estudio se llevó a cabo en los Servicios de Oncología Mamaria y Psicología, así como en la Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva de la UMAE HGO No. 4 LCA, IMSS.

Población de estudio

Pacientes con sospecha diagnóstica de cáncer de mama en el servicio de Oncología Mamaria de la UMAE HGO No. 4 LCA, IMSS.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Mujeres con sospecha diagnóstica de cáncer de mama por autoexploración, exploración clínica, mamografía o ultrasonido.
- Derechohabientes IMSS
- Atendidas por primera vez en el Servicio de Oncología Mamaria de la UMAE HGO No. 4 LCA, IMSS.

Criterios de exclusión

- Mujeres que cuenten con diagnóstico confirmatorio por biopsia de cáncer de mama
- Mujeres con alteración psicológica/psiquiátrica conocida (previa a la sospecha diagnóstica de cáncer de mama)
- Mujeres con retraso mental
- Mujeres con antecedente de cáncer en otra región anatómica
- Mujeres embarazadas

Criterios de eliminación

- Mujeres que no deseen participar en el estudio

Variables de estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Unidad de medición
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la pacientes hasta el momento del estudio.	Cuantitativa continua	Años
Escolaridad	Máximo nivel educativo alcanzado por una persona	Máximo nivel educativo alcanzado por la paciente.	Nominal	0= Analfabeta 1=Primaria 2=Secundaria 3=Preparatoria 4=Licenciatura 5=Posgrado
Ocupación	Actividad laboral realizada diariamente con remuneración económica	Actividad laboral realizada diariamente con remuneración económica	Nominal	0=Ninguna/hogar 1=Comerciante 2=Técnico 3=Profesional
Estado civil	Estado de convivencia con una pareja sentimental	Estado de convivencia con una pareja sentimental	Nominal	0=Soltera 1=Unión libre 2=Casada 3=Divorciada 4=Viuda
Tabaquismo	Hábito de consumo de cigarrillos	Hábito de consumo de cigarrillos	Nominal dicotómica	0=NO 1=SI
Índice de tabaquismo	Cantidad de cigarrillos consumidos por día	Cantidad de cigarrillos consumidos por día	Cuantitativa discreta	Cigarrillos por día
Edad de inicio de tabaquismo	Tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta el inicio del consumo de cigarrillos	Tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta el inicio del consumo de cigarrillos	Cuantitativa continua	Años
Alcoholismo	Hábito de consumo de alcohol	Hábito de consumo de alcohol	Nominal dicotómica	0=NO 1=SI
Índice de alcoholismo	Cantidad de alcohol consumido por semana	Cantidad de alcohol consumido por semana	Cuantitativa discreta	mL/semana
Edad de inicio de alcoholismo	Tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta el inicio del consumo de alcohol	Tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta el inicio del consumo de alcohol	Cuantitativa continua	Años
Drogadicción	Hábito de consumo de sustancias tóxicas	Hábito de consumo de sustancias tóxicas	Nominal dicotómica	0=NO 1=SI
Sustancia tóxica consumida	Sustancia con efectos tóxicos que causa dependencia	Sustancia con efectos tóxicos que causa dependencia	Nominal	Especificar nombre
Edad de inicio de drogadicción	Tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta el inicio del consumo de sustancias tóxicas	Tiempo trascurrido desde el nacimiento hasta el inicio del consumo de sustancias tóxicas	Cuantitativa continua	Años
Comorbilidad	Presencia de otras enfermedades excepto cáncer o alteración psicológica/psiquiátrica o retraso mental	Presencia de otras enfermedades excepto cáncer o alteración psicológica/psiquiátrica o retraso mental	Nominal dicotómica	0=NO 1=SI

Tipo de comorbilidad	Enfermedad diagnosticada en la paciente	Enfermedad diagnosticada en la paciente	Nominal	Especificar: diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad autoinmune, etc.
Antecedente de cáncer de mama en la familia	Presencia o no de algún familiar de primer y segundo grado con cáncer de mama	Presencia o no de algún familiar de primer y segundo grado con cáncer de mama	Nominal dicotómica	0=NO 1=SI
Número de familiares con antecedente de cáncer de mama	Cantidad de familiares de primer o segundo grado con cáncer de mama	Cantidad de familiares de primer o segundo grado con cáncer de mama	Cuantitativa discreta	Número
Familiar con cáncer de mama	Parentesco con el familiar de primer y segundo grado con cáncer de mama	Parentesco con el familiar de primer y segundo grado con cáncer de mama	Nominal dicotómica	Especificar: madre, padre, hermano, hermana, tía, tío, prima, primo, hijo, hija
Realización de tamizaje para cáncer de mama	Antecedente de realización de autoexploración, exploración clínica, mamografía o USG mamario	Antecedente de realización de autoexploración, exploración clínica, mamografía o USG mamario	Nominal dicotómica	0=NO 1=SI
Asesoría para la realización de tamizaje para cáncer de mama	Antecedente de asesoramiento para la realización de pruebas de tamizaje para cáncer de mama	Antecedente de asesoramiento para la realización de pruebas de tamizaje para cáncer de mama	Nominal dicotómica	0=NO 1=SI
Persona que otorgó la asesoría para la realización de tamizaje para cáncer de mama	Persona que otorgó la asesoría para la realización de tamizaje para cáncer de mama	Persona que otorgó la asesoría para la realización de tamizaje para cáncer de mama	Nominal dicotómica	0=Ninguna, autoaprendizaje por medios de comunicación, folletos, internet, etc. 1=Familiar 2=Amiga/compañera de trabajo 3=Enfermera 4=Médico familiar 3=Médico especialista en Ginecología y Obstetricia 4=Otro
Autoexploración mamaria	Realización de la autoexploración mamaria en forma rutinaria	Realización de la autoexploración mamaria en forma rutinaria	Nominal dicotómica	0=NO 1=SI
Edad de inicio de la autoexploración mamaria	Tiempo transcurrido desde el nacimiento y el inicio de la autoexploración mamaria rutinaria	Tiempo transcurrido desde el nacimiento y el inicio de la autoexploración mamaria rutinaria	Cuantitativa continua	Años
Exploración clínica mamaria	Realización de la exploración clínica mamaria	Realización de la exploración clínica mamaria	Nominal dicotómica	0=NO 1=SI
Edad de inicio de la exploración clínica mamaria	Tiempo transcurrido desde el nacimiento y el inicio de la exploración clínica mamaria	Tiempo transcurrido desde el nacimiento y el inicio de la exploración clínica mamaria	Nominal dicotómica	Años
Persona que realiza la exploración clínica mamaria	Persona que realiza la exploración clínica mamaria en forma habitual	Persona que realiza la exploración clínica mamaria en forma habitual	Nominal	0=Enfermera IMSS 1=Médico Familiar IMSS 2=Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia IMSS 3=Enfermera medio privado 4=Médico familiar privado

Frecuencia con la que se realiza la exploración clínica mamaria	Frecuencia con la que se realiza la exploración clínica mamaria	Frecuencia con la que se realiza la exploración clínica mamaria	Nominal	5=Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia privado 6=Otro (especificar) 0=Semestral 1=Anual 2=Biennial 3=Otro (especifique)
Mamografía	Realización de la mamografía	Realización de la mamografía	Nominal dicotómica	0=NO 1=SI
Edad de inicio de la realización de la mamografía	Tiempo transcurrido desde el nacimiento y el inicio de la realización de mamografía	Tiempo transcurrido desde el nacimiento y el inicio de la realización de mamografía	Cuantitativa continua	Años
Antecedente de enfermedad benigna de la mama	Antecedente o no de enfermedad benigna de la mama	Antecedente o no de enfermedad benigna de la mama	Nominal dicotómica	0=NO 1=SI
Antecedente de biopsias mamarias independientes del padecimiento actual	Antecedente de biopsias mamarias independientes del padecimiento actual	Antecedente de biopsias mamarias independientes del padecimiento actual	Nominal dicotómica	0=NO 1=SI
Método de tamizaje por el que se sospechó la presencia de cáncer de mama	Método de tamizaje por el que se sospechó la presencia de cáncer de mama	Método de tamizaje por el que se sospechó la presencia de cáncer de mama	Nominal	0=Autoexploración mamaria 1=Exploración clínica mamaria 2=Mastografía 3=Ultrasonido mamario 4=Otro (especifique)
Intervalo de paciente (35)	Tiempo entre el descubrimiento de los síntomas y la primera consulta médica en servicio de oncología	Tiempo entre el descubrimiento de los síntomas y la primera consulta médica	Nominal	Meses
Ansiedad	Grado de ansiedad de acuerdo al puntaje obtenido al aplicar la escala o inventario de ansiedad de Beck (33)	Grado de ansiedad de acuerdo al puntaje obtenido al aplicar la escala o inventario de ansiedad de Beck (33)	Ordinal	0-7 puntos=Ansiedad mínima 8-15 puntos=Ansiedad leve 16-25 puntos=Ansiedad moderada 26-63 puntos=Ansiedad severa
Depresión	Grado de depresión de acuerdo al puntaje obtenido al aplicar la escala o inventario de Beck (34)	Grado de depresión de acuerdo al puntaje obtenido al aplicar la escala o inventario de Beck (34)	Ordinal	0-9=Sin depresión 10-16=Depresión leve 17-29=Depresión moderada 30-63=Depresión severa

Muestreo

Muestreo de casos consecutivos.

Tamaño de la muestra

Se efectuó cálculo de tamaño de muestra online con el software Sample Size Calculator, Clinical & Translational Science Institute (<http://www.sample-size.net>), para una proporción esperada de ansiedad y depresión de 0.5 (no se conoce la frecuencia en pacientes mexicanas en la fase de sospecha de cáncer de mama) con un intervalo de confianza del 95% y una amplitud del intervalo de confianza de 0.2 (la proporción reportada en algunos estudios va de 0.30 a 0.70), obteniéndose una n de 104 pacientes.

Estrategia de trabajo

Las pacientes fueron captadas en la consulta de primera vez del servicio de Oncología Mamaria. Se les informó del proyecto y si la paciente decidió participar, firmó la carta de consentimiento informado. Se realizó interrogatorio dirigido sobre las variables referidas en la tabla de variables y se recolectaron los datos en la hoja de recolección diseñada específicamente para la realización de este estudio. Se aplicó escala o inventario de ansiedad de Beck y escala o inventario de depresión de Beck, ambas escalas validadas y estandarizadas en población mexicana. Se evaluaron las escalas y se establecieron el grado de ansiedad y depresión. Las pacientes que presentaron ansiedad o depresión severa fueron referidas al servicio de Psiquiatría de esta unidad para confirmación diagnóstica.

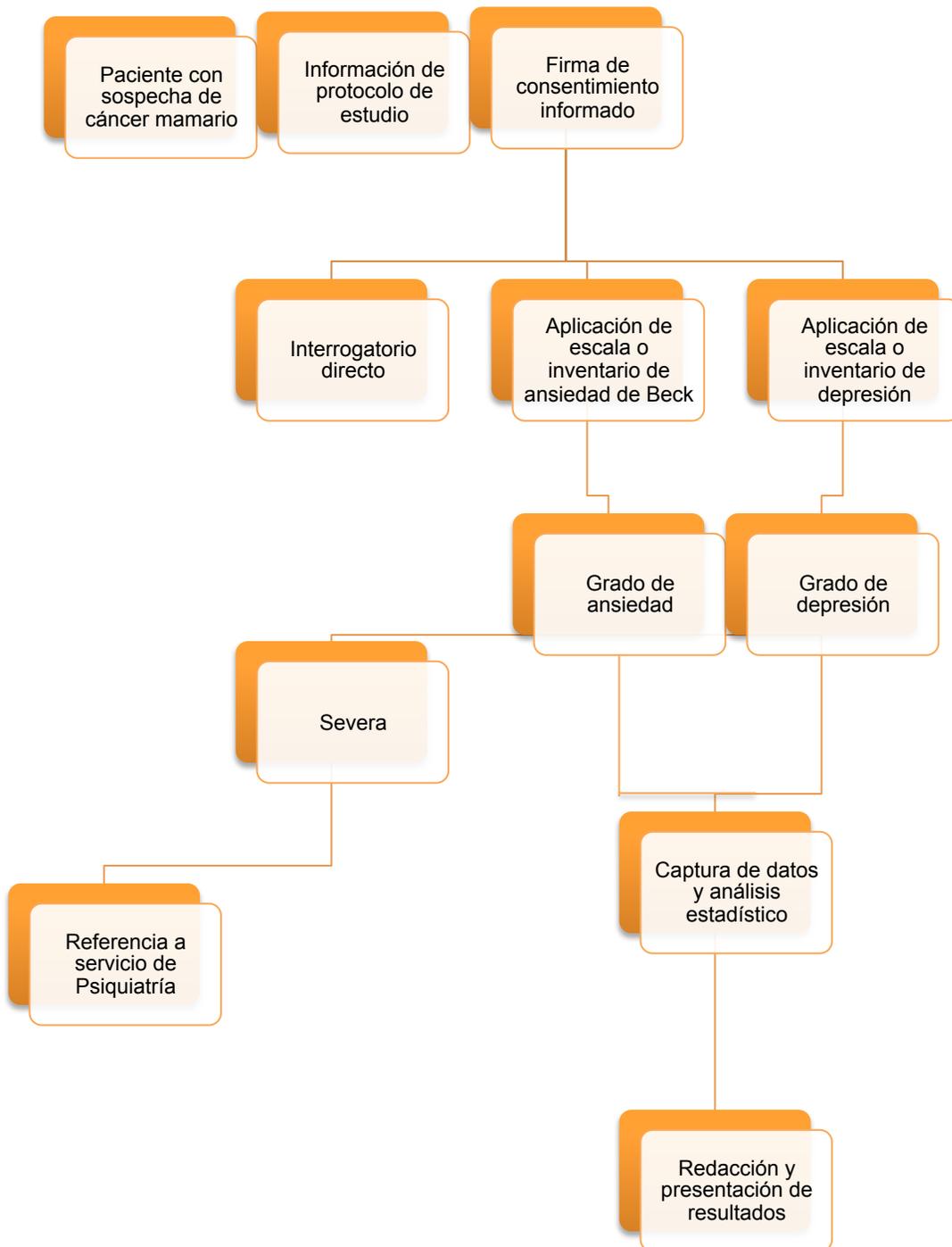


Figura 2. Algoritmo de procedimientos

Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva con tablas y gráficos de frecuencias para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

Procesamiento de datos.

Se utilizó Software Microsoft Excel 2012 para Mac, Versión 14.4.6 para elaboración de base de datos.

El análisis de datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS IBM para Mac, Versión 22.

ASPECTOS ÉTICOS

1. El investigador garantiza que este estudio tuvo apego a la legislación y reglamentación de la Ley General de salud en materia de Investigación para la Salud, lo que brindó mayor protección a los sujetos del estudio.
2. De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación el riesgo de esta investigación fue considerado como mínimo dada la aplicación de escalas o inventarios para identificar la presencia de alteraciones emocionales.
3. Los procedimientos de este estudio se apegaron a las normas éticas, al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación y se llevó a cabo en plena conformidad con los siguientes principios de la “Declaración de Helsinki” (y sus enmiendas en Tokio, Venecia, Hong Kong y Sudáfrica) donde el investigador garantiza que:
 - a. Se realizó una búsqueda minuciosa de la literatura científica sobre el tema a realizar.
 - b. Este protocolo fue sometido a evaluación y registrado con el número R-2016-1905-8 por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1905 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
 - c. Este protocolo fue realizado por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un equipo de médicos clínicamente competentes y certificados en su especialidad.
 - d. Este protocolo guardó la confidencialidad de las personas. El investigador responsable firmó una carta de confidencialidad sobre el protocolo y sus resultados de manera que garantice reducir al mínimo el impacto del estudio sobre la integridad física, mental y la personalidad de las participantes.
 - e. En este protocolo los riesgos no superaron a los posibles beneficios, por lo que no fue suspendido.
 - f. La publicación de los resultados de esta investigación se preservará la exactitud de los resultados obtenidos.
 - g. Al tratarse de un estudio con riesgo mínimo, requirió consentimiento informado por escrito.
4. Se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Nuremberg y el Informe Belmont.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Recursos humanos

- ***Responsable técnico y tutor principal de la tesis***

Dra. en C. Eunice López Muñoz

Médico Especialista en Genética, Maestra y Doctora en Ciencias Médicas. Investigador Asociado de la Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva de la UMAE HGO No. 4 LCA, IMSS, con amplia experiencia en la realización de investigación clínica, así como en análisis estadístico.

Llevó a cabo la supervisión global de la redacción del proyecto de investigación. Realizó el análisis estadístico, revisión y aprobación final de la tesis.

- ***Investigadores asociados adscritos al IMSS***

Psic. María Juana Leyva Chimal

Psicóloga Clínica y Maestra en Terapia Familiar. Servicio de Psicología de la UMAE HGO No. 4 LCA, IMSS. Teléfono 55 50 64 22, Extensión 28015.

Llevó a cabo la asesoría para la aplicación de las escalas o inventarios de ansiedad y depresión de Beck.

Dr. Fernando Enrique Mainero Ratchelous

Médico Subespecialista en Oncología Quirúrgica. Servicio de Oncología Mamaria de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS. Teléfono 55 50 64 22, Extensión 28037

Llevó a cabo la asesoría clínica de la tesista.

- ***Médico Residente y Tesista***

Dra. Karen Miroslava Castro Mondragon

Médico residente en la especialidad de Ginecología y Obstetricia de la UMAE HGO No. 4 LCA, IMSS.

Llevó a cabo la redacción del protocolo de investigación, aplicó el cuestionario y las escalas o inventarios de ansiedad y depresión de Beck, así como la redacción de la tesis.

RECURSOS MATERIALES

- Hojas de papel bond las cuales fueron suministradas por los participantes del estudio.
- Equipo de cómputo de cada uno de los participantes.
- Software para procesamiento de textos y base de datos proporcionados por los participantes del estudio.

RECURSOS FINANCIEROS

Este proyecto fue financiado con los recursos personales de los participantes del estudio.

FACTIBILIDAD

La UMAE HGO No. 4 LCA, IMSS, constituye un centro de referencia para las pacientes con sospecha de cáncer de mama, por lo que este estudio fue factible.

RESULTADOS

Se incluyeron 105 pacientes que habían sido referidas al servicio de oncología mamaria con la sospecha diagnóstica de cáncer de mama. La edad mínima de las pacientes fue de 22 y la máxima de 80 años, con un promedio de 51.16 (DE±13.162) años. Mediante prueba de Kolmogorov-Smirnov se obtuvo una $p > 0.005$ para la distribución de la edad (Distribución normal) (Figura 3).

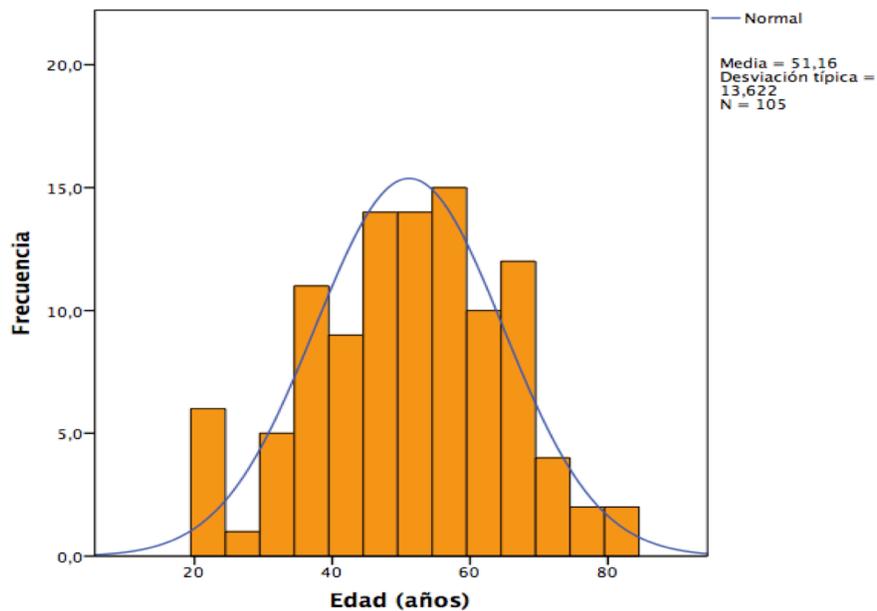


Figura 3. Distribución de la variable edad.

La escolaridad más frecuente de estas pacientes fue secundaria completa (36.2%), seguida de bachillerato (33.3%), licenciatura completa (17.1%), primaria (9.5%) y por último licenciatura incompleta (3.8%) (Figura 4).

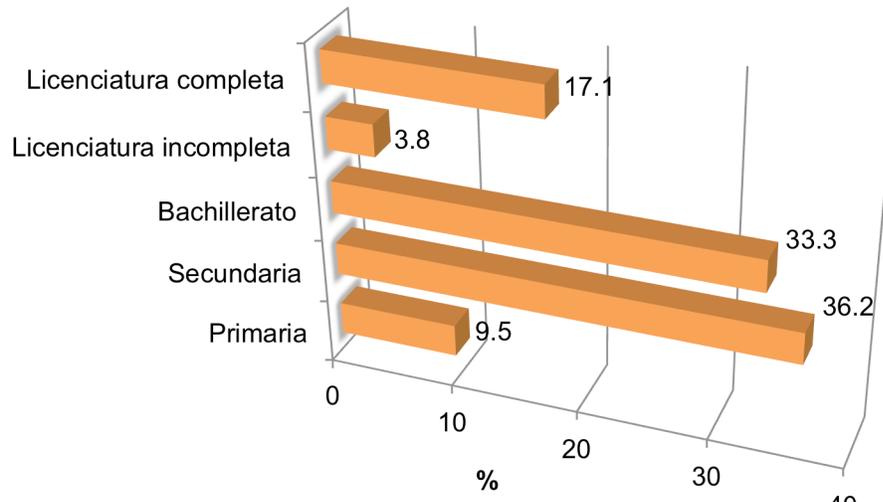


Figura 4. Escolaridad.

La ocupación de las pacientes en el 47.6% de los casos fue ama de casa, 44.8% empleada, 4.8% estudiante y 3% pensionada (Figura 5).

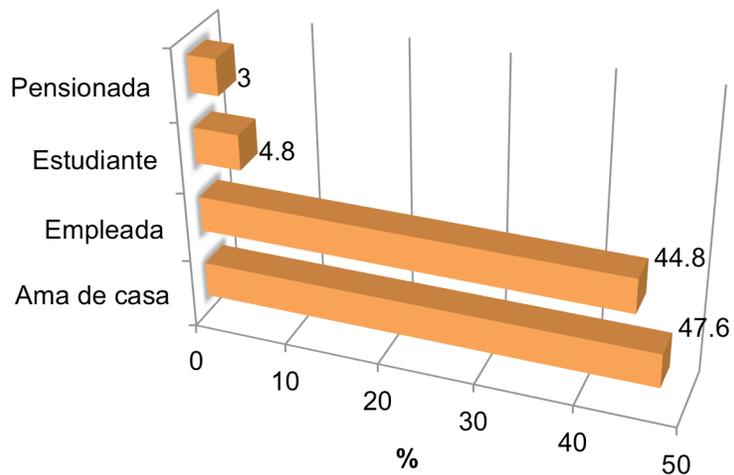


Figura 5. Ocupación.

En lo que respecta al estado civil de las pacientes, 53.3% eran casadas, 17.1% vivía en unión libre, 11.4% eran solteras, 10.5% eran viudas y 7.6% se encontraban divorciadas (Figura 6).

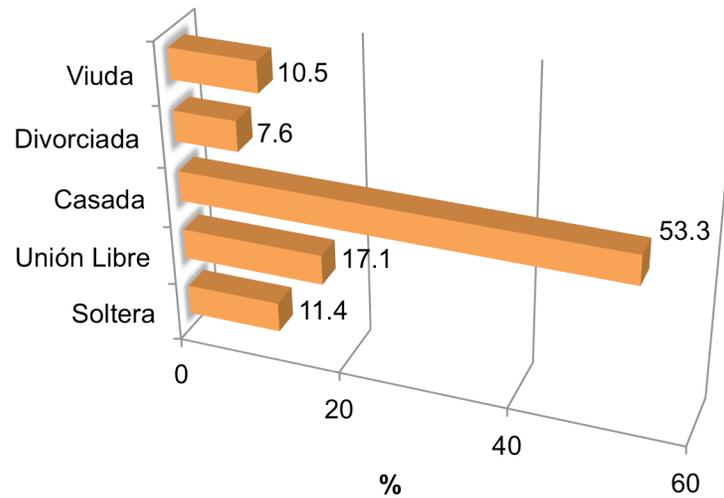


Figura 6 . Estado civil.

El 82% de las pacientes no fumaban al momento del estudio y 18% presentaba tabaquismo activo (Figura 7).

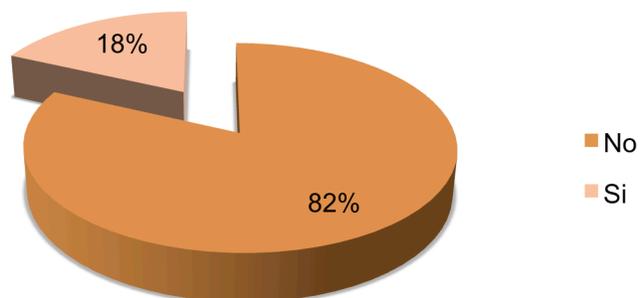


Figura 7. Tabaquismo.

La edad promedio de inicio de tabaquismo fue a los 19.84 (DE±6.833) años, con una edad mínima de 14 años y la máxima de 42 años (Figura 8.)

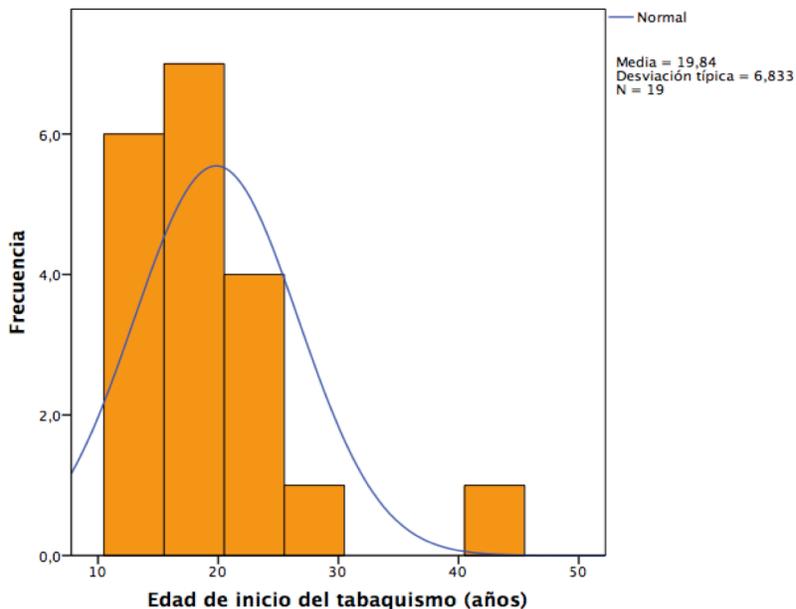


Figura 8. Distribución de la edad de inicio de tabaquismo.

Del total de pacientes con tabaquismo considerado como activo, el 16% tenían un índice tabáquico moderado y el 84% un índice nulo (Figura 9).

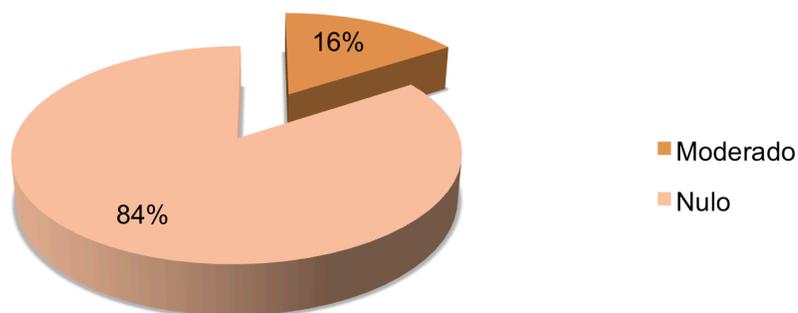


Figura 9. Índice tabáquico.

El 97% de los casos no presentaba alcoholismo al momento del estudio, mientras que el 3% si lo presentaba (Figura 10). La edad promedio de inicio del alcoholismo fue a los 19.67 años de edad (DE±5.03).

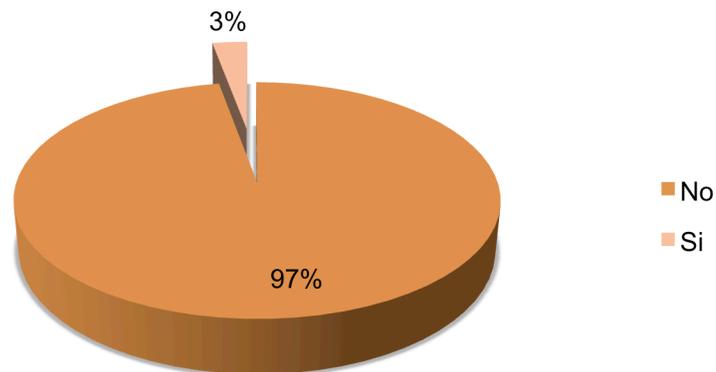


Figura 10. Alcoholismo.

Sólo un paciente refirió consumo de drogas (marihuana), desde los 19 años de edad.

El 26% de las pacientes tenían antecedente heredofamiliar de cáncer mamario, mientras que el 74% no lo tenían (Figura 11).

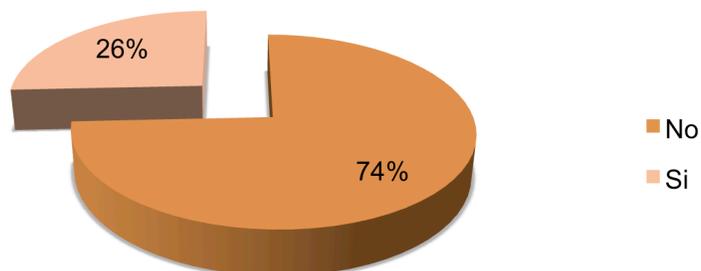


Figura 11. Antecedente de cáncer mamario familiar.

En la tabla 1, se observa que de las 27 pacientes con antecedente heredofamiliar de cáncer, 20 tenían un familiar afectado, 4 pacientes tenían 2 familiares afectados y una paciente tenía 3, 4 y hasta 5 familiares con este antecedente (Tabla 1).

Tabla 1 . Número de familiares con antecedente de cáncer de mama.

Número de familiares	N	%
1	20	74.07
2	4	14.81
3	1	3.70
4	1	3.70
5	1	3.70
Total	27	100.00

El 37% de las pacientes presento otras enfermedades asociadas, mientras que el 63% de los casos no las presento (Figura 12).

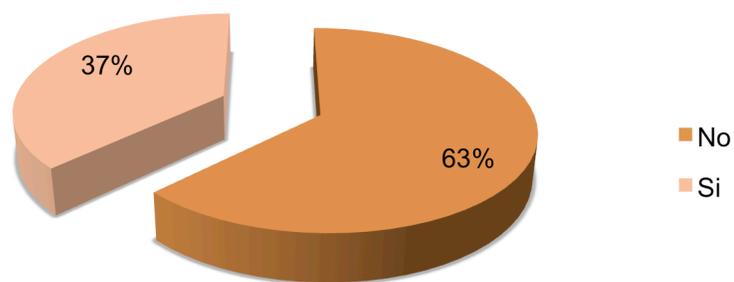


Figura 12. Comorbilidad.

La comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial crónica con 22 pacientes afectadas (20.95%), diabetes mellitus tipo 2 con 19 pacientes afectadas (18.09%) y obesidad con 10 pacientes afectadas (9.52%) (Figura 13).

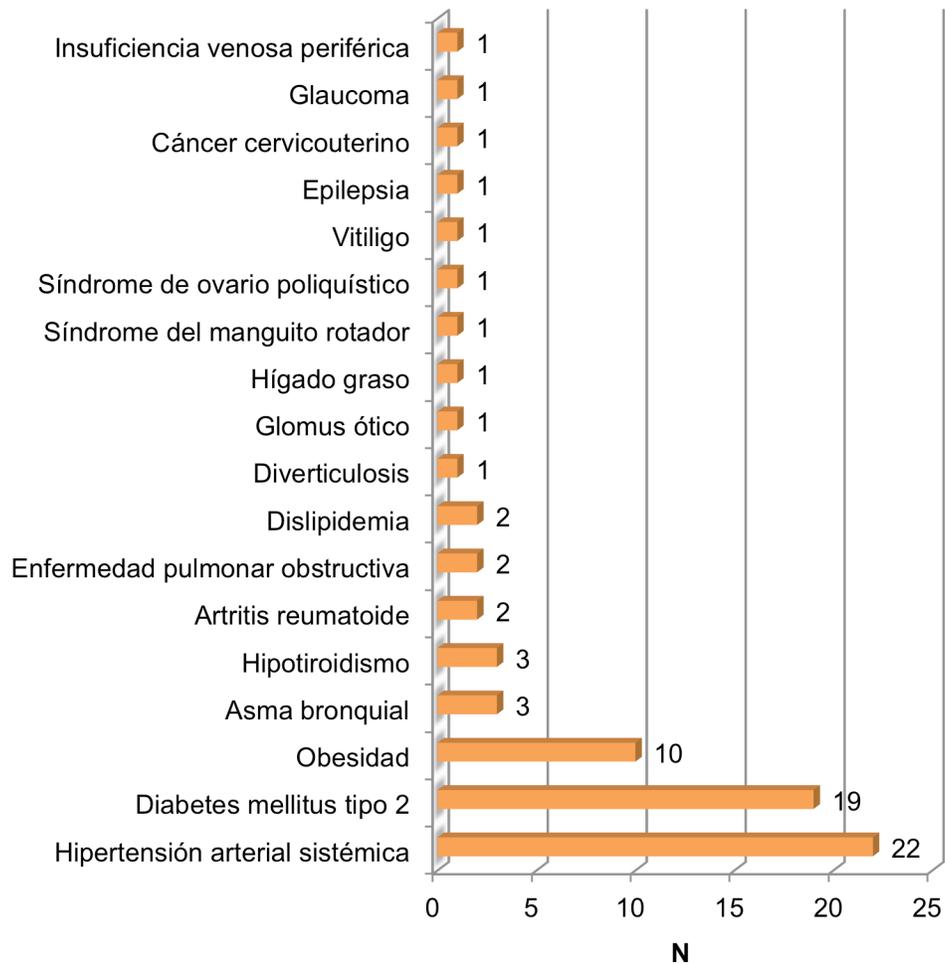


Figura 13. Tipo de comorbilidad.

10 pacientes (9.5%) tenían antecedente de biopsia mamaria con reporte de enfermedad benigna de la mama, de las cuales en el 50% era ipsilateral y en el 50% contralateral. La edad promedio del diagnóstico fue a los 37.9 años (± 8.53 DE).

Por otro lado, 4 pacientes (3.8%) tenían antecedente de cáncer de mama contralateral, con una edad promedio de diagnóstico a los 47.25 años (± 3.59 DE).

Del total de pacientes incluidas en el estudio, el 47% habían realizado pruebas de detección oportuna de cáncer de mama y el 53% no las había efectuado (Figura 14).

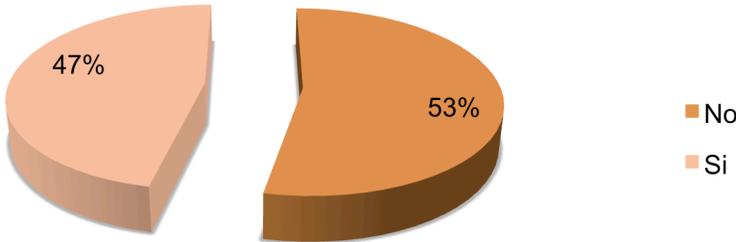


Figura 14. Antecedente de pruebas de tamizaje para detección de cáncer de mama.

El 66% de las pacientes recibieron asesoría para la realización de pruebas de detección oportuna de cáncer de mama y el 34% no habían recibido asesoría (Figura 15).

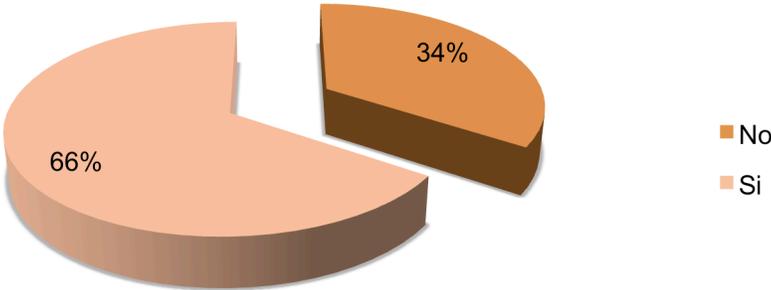


Figura 15. Asesoría para la realización de pruebas de tamizaje.

Las personas que otorgaron asesoramiento para la realización de pruebas de detección oportuna con mayor frecuencia fueron el medico ginecólogo (49.28%), el médico familiar (34.78%) y personal de enfermería (15.94%) (Figura 16).

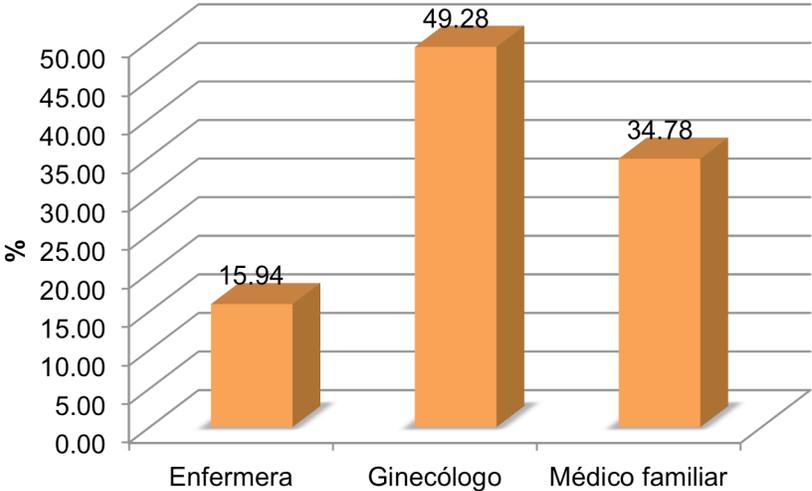


Figura 16. Persona que otorgó asesoramiento para pruebas de tamizaje.

El 96.2% de los casos realizaban autoexploración mamaria de manera habitual y solo el 3.8% de los casos nunca la habían realizado (Figura 17).

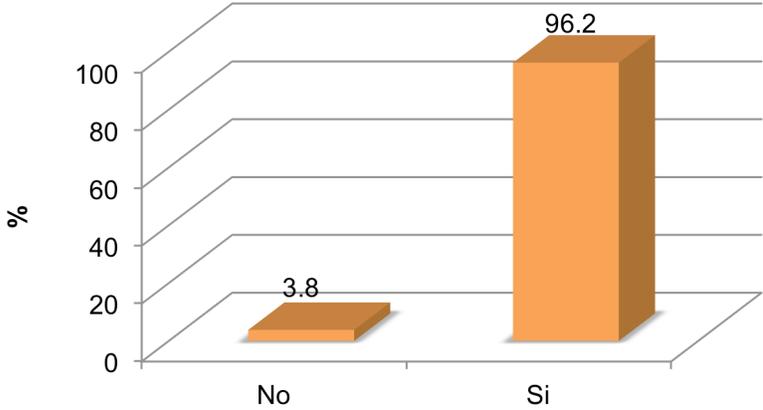


Figura 17. Autoexploración mamaria.

La edad promedio en que las pacientes iniciaron la autoexploración mamaria fue de los 26 años ($DE \pm 8.523$), con una edad mínima de 12 años y una máxima de 50 años (Figura 18).

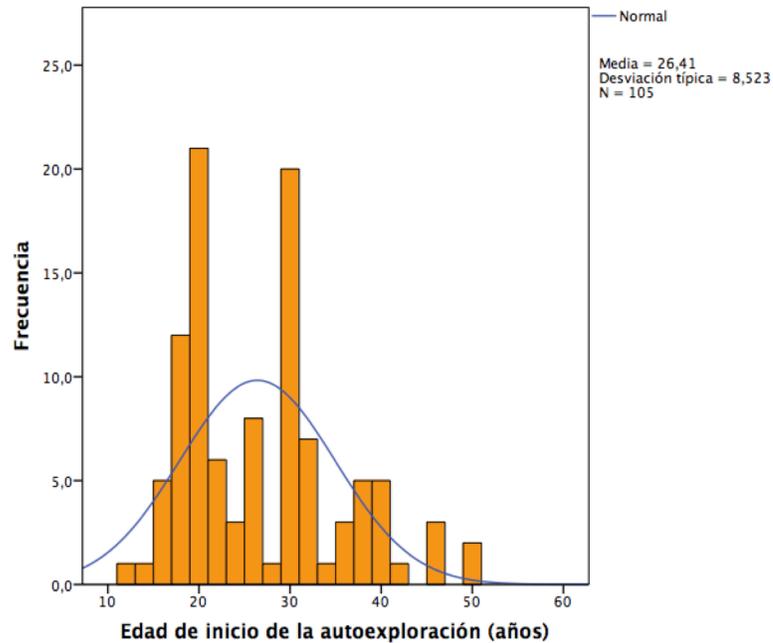


Figura 18. Distribución de la edad de inicio de la autoexploración.

En cuanto a la exploración clínica realizada por personal de salud como método de tamizaje para la detección oportuna de cáncer de mama, las pacientes refirieron que el médico ginecólogo del IMSS es la persona que con mayor frecuencia realizó la exploración clínica mamaria con 52.4%, en segundo lugar el médico familiar del IMSS con 34.3% y en tercer lugar el personal de enfermería IMSS y el médico ginecólogo de medio privado con 6.7% cada uno (Figura 19).

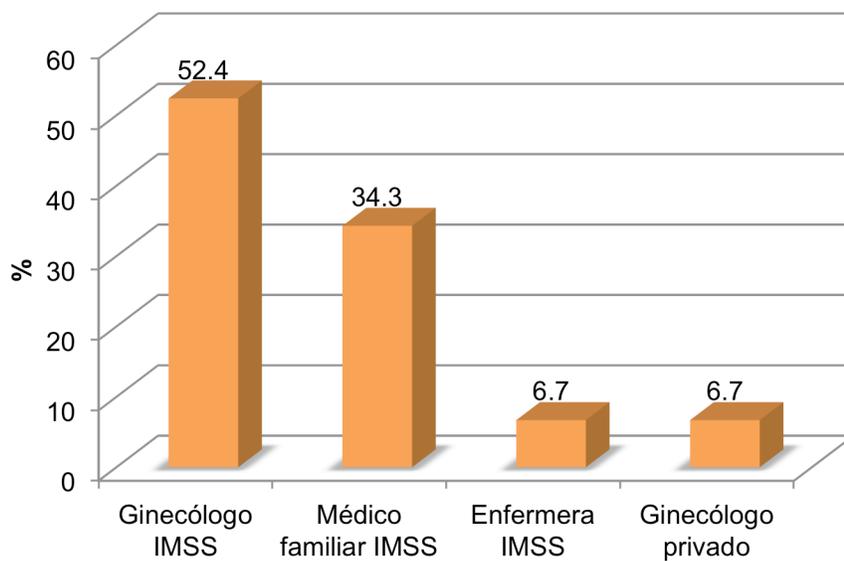


Figura 19. Personal de salud que realizó la exploración física mamaria.

La edad promedio en que las pacientes iniciaron la exploración física mamaria como método de detección oportuna de cáncer, fue a los 27 años (DE±8.119), con una edad mínima de 14 años y máxima de 50 años (Figura 20).

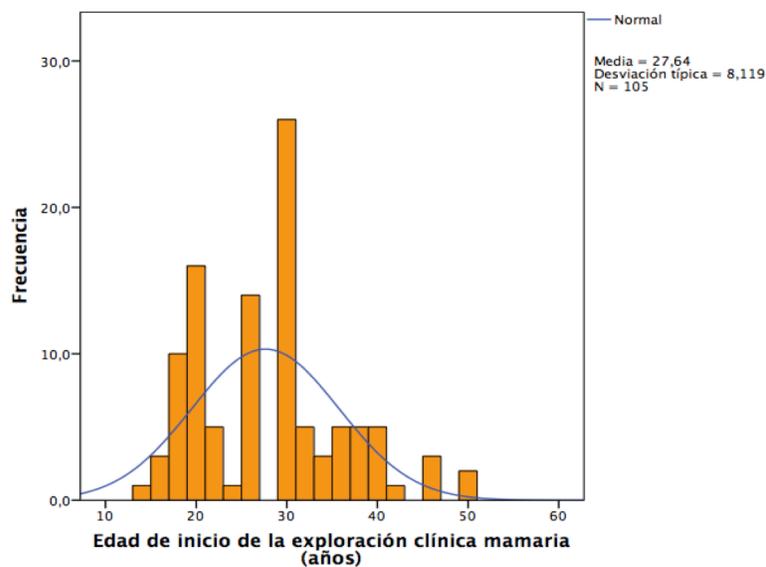


Figura 20. Distribución de la edad de inicio de la exploración clínica mamaria.

En lo que respecta al método de tamizaje por el cual se identificó la probable alteración mamaria motivo de referencia al servicio de oncología, el más frecuente fue la mastografía (61.9%) (Tabla 2).

Tabla 2. Método de tamizaje por el que se identificó probable cáncer de mama.

	N	%
Autoexploración mamaria	38	36.2
Mastografía	65	61.9
Ultrasonido mamario	2	1.9
Total	105	100

El promedio de tiempo transcurrido desde la identificación de alteración mamaria y la primera evaluación clínica (intervalo paciente) en oncología fue de 21 días (DE ± 15.614), con un mínimo de 7 días y un máximo de 120 días (Figura 21).

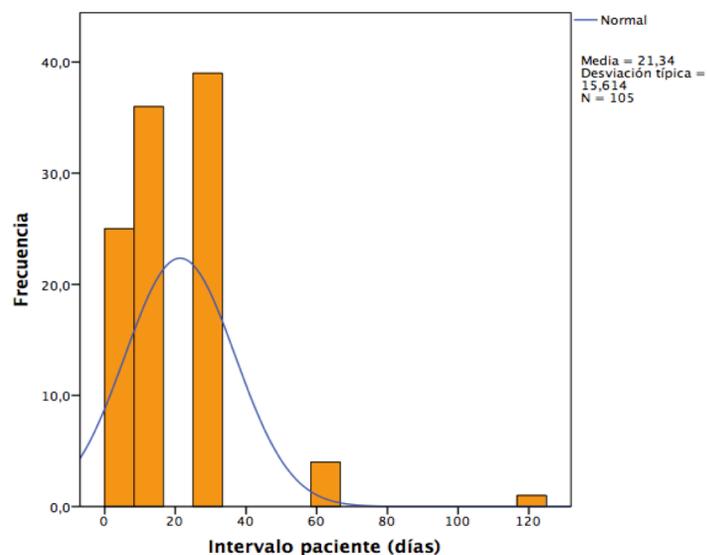


Figura 21. Distribución del intervalo paciente.

Cuando las pacientes acudieron por primera vez al servicio de oncología mamaria de la UMAE HGO No.4 LCA, IMSS, con diagnóstico de sospecha de cáncer de mama, se aplicaron los inventarios de Beck para ansiedad y depresión.

En el caso del inventario de Beck para ansiedad, el 43.8% de los casos tuvieron puntuación de 0 puntos, seguido de 19% con un puntaje de 3 puntos y 18.1% con puntaje de 2 puntos, mientras que sólo el 3.8% obtuvo un puntaje de 6 (Figura 22).

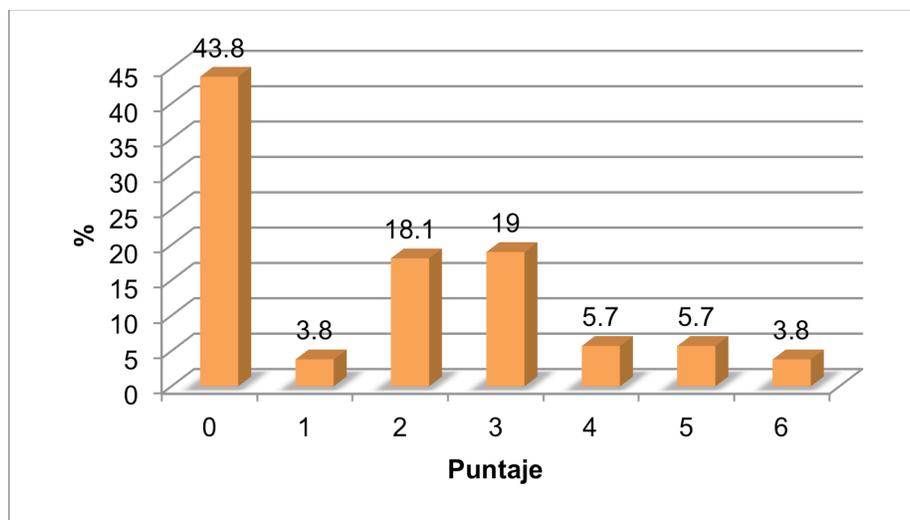


Figura 22. Puntaje obtenido en el inventario de ansiedad de Beck.

La frecuencia de diagnóstico de ansiedad mínima fue de 57.1%. De las 60 pacientes que mostraron ansiedad mínima, 15 pacientes fueron referidas al servicio de psiquiatría, a solicitud de las propias pacientes (Tabla 3).

Tabla 3. Frecuencia del diagnóstico de ansiedad en pacientes con sospecha diagnóstica de cáncer de mama.

Diagnóstico	N	%
Sin ansiedad	45	42.9
Ansiedad mínima	60	57.1
Total	105	100

En el caso del inventario de Beck para depresión, el 77.1% de los casos tuvieron puntaje de 0, el 15.2 % un puntaje de 1, el 3.8% un puntaje de 2. Sólo 2 pacientes (1.9%) con puntaje de 4 y una paciente con puntaje de 3 y 8 respectivamente (Figura 23).

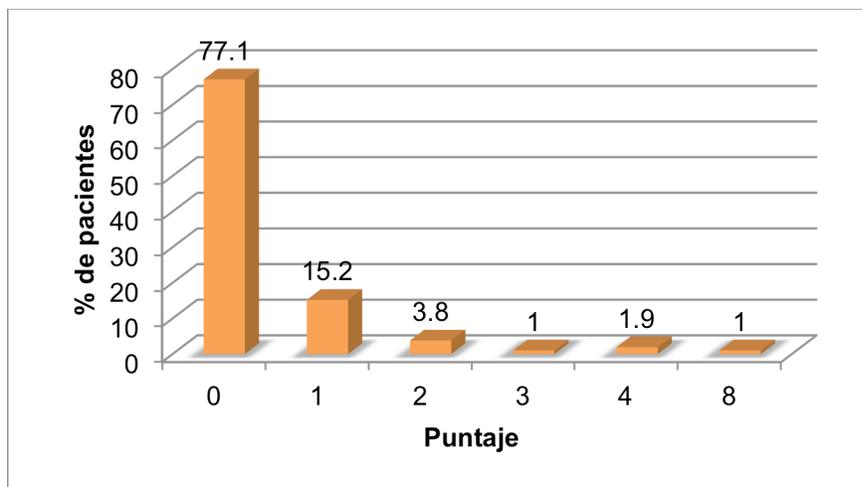


Figura 23. Puntaje obtenido en el inventario de depresión de Beck.

Ninguna paciente alcanzó un puntaje para establecer el diagnóstico de depresión, por lo que ninguna fue referida al servicio de psiquiatría por este diagnóstico.

Al clasificar a las pacientes de acuerdo a la presencia o no de otras enfermedades, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de ansiedad mínima, siendo mayor en las que tenían otras enfermedades (Chi cuadrada de 7.509 con una $p=0.05$) (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de ansiedad en pacientes con o sin enfermedades asociadas.

		Enfermedad asociada			
		No		Si	
		N	%	N	%
Ansiedad	Ansiedad mínima	31	47.0	29	74.4
	Sin ansiedad	35	53.0	10	25.6
Total		66	100	39	100

En la tabla 5, se observa que las pacientes con antecedente de otras biopsias mamarias presentaron ansiedad con más frecuencia (Prueba exacta de Fisher 4.051 con una $p=0.043$).

Tabla 5. Frecuencia de ansiedad en pacientes con o sin antecedente de otras biopsias mamarias.

		Otras biopsias mamarias			
		No		Si	
		N	%	N	%
Ansiedad	Ansiedad mínima	52	54.2	8	88.9
	Sin ansiedad	44	45.8	1	11.1
Total		96	100	9	100

En la tabla 6, se observa que las pacientes con antecedente de diagnóstico de enfermedad benigna de la mama presentaron ansiedad con más frecuencia (Prueba exacta de Fisher 4.872 con una $p=0.026$).

Tabla 6. Frecuencia de ansiedad en pacientes con o sin antecedente de enfermedad benigna de la mama.

		Antecedente de enfermedad benigna de la mama			
		No		Si	
		N	%	N	%
Ansiedad	Ansiedad mínima	51	53.7	9	90
	Sin ansiedad	44	46.3	1	10
Total		95	100	10	100

En la tabla 7, se observa que las pacientes con antecedente de cáncer de mama familiar presentaron ansiedad con más frecuencia (Prueba exacta de Fisher 11.671 con una $p=0.000$).

Tabla 7. Frecuencia de ansiedad en pacientes con o sin antecedente de cáncer de mama familiar.

		Antecedente de cáncer de mama familiar			
		No		Si	
		N	%	N	%
Ansiedad	Ansiedad mínima	37	47.4	23	85.2
	Sin ansiedad	41	52.6	4	14.8
Total		78	100	27	100

En la tabla 8, se observa que las pacientes con antecedente de realizarse pruebas de tamizaje para detección oportuna de cáncer de mama presentaron ansiedad con más frecuencia (Prueba exacta de Fisher 7.656 con una $p=0.005$).

Tabla 8. Frecuencia de ansiedad en pacientes con o sin antecedente de pruebas de tamizaje para detección de cáncer de mama.

		Antecedente de tamizaje			
		No		Si	
		N	%	N	%
Ansiedad	Ansiedad mínima	25	44.6	35	71.4
	Sin ansiedad	31	55.4	14	28.6
Total		56	100	49	100

DISCUSIÓN

La investigación sobre las alteraciones psicológicas que presentan las pacientes con cáncer de mama se ha realizado con frecuencia en países desarrollados y es escasa en pacientes provenientes de países en vías de desarrollo. Se ha reportado una prevalencia de ansiedad de 15 a 20% y una prevalencia de depresión de 3-39% (35-37). En México, al menos tres estudios han reportado la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama. La prevalencia reportada en dichos estudios oscila entre 14 y 88.5% para la ansiedad y entre 14 y 43.6% para la depresión (37-39).

Sin embargo, aún con menos frecuencia se han realizado estudios sobre las alteraciones emocionales que presentan las pacientes en la fase de sospecha de cáncer de mama tanto a nivel mundial (24-30) como en nuestro país. Dado que en las pacientes con cáncer de mama, las principales manifestaciones de compromiso psicológico reportadas en diferentes momentos desde el tamizaje, sospecha diagnóstica e incluso durante los tratamientos oncológicos, son ansiedad y depresión(23), en este trabajo decidimos evaluar la frecuencia de estas dos alteraciones emocionales en 105 pacientes con sospecha de cáncer de mama.

En las pacientes con sospecha diagnóstica de cáncer de mama la literatura refiere que en la primera semana después de haberseles comunicado dicha sospecha, la sintomatología ansiosa es la que se presenta con mayor frecuencia (21,22), similar a lo observado en nuestro estudio, donde el 57.14% de las pacientes presentó datos sugestivos de ansiedad mínima y ninguna paciente presentó datos sugestivos de depresión (aunque el 22.9% presentó entre 1 y 8 puntos de sintomatología depresiva) de acuerdo al puntaje obtenido mediante la escala o inventario de ansiedad y depresión de Beck. Las pacientes que presentaron ansiedad mínima tenían con más frecuencia, comorbilidad asociada. Por otro lado, las pacientes con ansiedad tenían con más frecuencia antecedente de biopsias mamarias previas, diagnóstico de enfermedad benigna de la mama, antecedente de cáncer de mama familiar y de realización de pruebas de tamizaje para detección oportuna de cáncer de mama, con respecto a las que no tenían dichos

antecedentes. Esto probablemente relacionado con la información que tienen estas pacientes sobre las implicaciones de un diagnóstico confirmatorio de cáncer, del tratamiento oncológico y sus potenciales efectos secundarios, los cuales pueden estar presentes por varios meses o ser prácticamente permanentes. Sin embargo, no necesariamente saben cuáles serán sus propios síntomas, ni la intensidad de los mismos, riesgos, complicaciones y pronóstico, lo que les condiciona un estado de ansiedad.

En la literatura mundial hay evidencia de la asociación que tienen los métodos de tamizaje (autoexploración mamaria, exploración clínica periódica y la mastografía) para la detección oportuna de cáncer de mama con un mayor número de visitas al médico para la evaluación, exposición excesiva a biopsias mamarias e incluso un impacto psicológico negativo en las pacientes, es decir mayor grado de preocupación, ansiedad y depresión (19,20). En nuestro estudio, se observó mayor frecuencia de ansiedad en pacientes con antecedente de realización de pruebas de tamizaje y biopsias mamarias, por lo que este grupo de pacientes pudieran beneficiarse de la atención multidisciplinaria oportuna, incluyendo evaluación y apoyo psicológico de las pacientes desde el momento de la sospecha de cáncer de mama y no necesariamente hasta la confirmación del mismo, momento en el que la sintomatología pudiera haberse agudizado dado el tiempo de espera hasta recibir el reporte del estudio histopatológico definitivo (40) y por lo tanto la confirmación o no del diagnóstico de cáncer de mama.

Además, el antecedente familiar de cáncer, constituye un factor de riesgo biológico para las pacientes, que de no recibir asesoramiento genético oportuno y adecuado puede llevarlas a desarrollar falsas creencias sobre las implicaciones que este tiene (riesgo de heredar la susceptibilidad a cáncer y no del cáncer en sí mismo, así como de las medidas preventivas, incluyendo edad de inicio y frecuencia de realización de pruebas de tamizaje) y por lo tanto una percepción alterada de la enfermedad, con la consecuente ansiedad que esta genera (41).

Los hallazgos del presente estudio contribuyen a ampliar lo reportado en la literatura internacional, en el sentido de confirmar que las mujeres mexicanas con sospecha de cáncer de mama al igual que mujeres de otras nacionalidades

presentan sintomatología ansiosa y depresiva durante las diferentes fases que un diagnóstico de cáncer de mama implica. Aún con la variabilidad metodológica de los estudios, existen algunos factores que se han observado con frecuencia en las pacientes con sintomatología ansiosa y depresiva, por lo que se sugiere la realización de un estudio de los factores de riesgo implicados en el desarrollo de alteraciones emocionales, de tal manera que una vez identificados, todas aquellas pacientes que los presenten, sean referidas oportunamente para recibir atención psicoterapéutica.

Por otro lado, es importante considerar en futuras investigaciones el rol que juegan algunas variables cognitivas y creencias específicas así como los procesos de adaptación y aceptación (relacionadas tanto con la enfermedad como con el tratamiento) para lidiar con el estrés que generan estos cuadros clínicos.

Parece claro, a partir de los resultados del presente estudio y de otros, que hace falta desarrollar, instrumentar y evaluar intervenciones psicológicas específicas para las características médicas y psicológicas de pacientes con sospecha de cáncer de mama.

CONCLUSIÓN

- En este estudio se observó una mayor frecuencia de sintomatología ansiosa que depresiva en las pacientes con sospecha diagnóstica de cáncer de mama.
- La frecuencia de ansiedad mínima en pacientes con sospecha de cáncer de mama observada en este estudio fue de 57.14%.
- No se observó ningún caso de depresión, aunque 22.9% de las pacientes mostraron entre 1 y 8 puntos del inventario de Beck asociado a sintomatología depresiva.
- Las pacientes con antecedente de cáncer de mama familiar, antecedente de biopsias mamarias y diagnóstico de enfermedad benigna de la mama, múltiples pruebas de tamizaje y comorbilidades asociadas presentan la más alta frecuencia de ansiedad.

PERSPECTIVAS

- Se observó mayor frecuencia de ansiedad en las pacientes con antecedente de cáncer de mama familiar, por lo que las pacientes con dicho antecedente deben ser referidas para recibir asesoramiento genético.
- En poblaciones donde no se tiene el mismo acceso que en países desarrollados al estudio mastográfico (como método de tamizaje), la autoexploración y la exploración clínica continúan siendo el método de tamizaje más accesible (a pesar de su baja sensibilidad), sin embargo, el otorgar información a las pacientes sobre los alcances de las pruebas de "tamizaje" y las diferencias con respecto a una prueba "diagnóstica", pudieran reducir la ansiedad que un resultado sospechoso de cáncer mamario genera en las pacientes.
- Se requiere un estudio de factores de riesgo implicados en el desarrollo de ansiedad y depresión en pacientes con sospecha de cáncer de mama, ya que las pacientes en riesgo, pudieran beneficiarse de la evaluación y apoyo psicológico desde el momento de la sospecha de cáncer de mama y no necesariamente hasta la confirmación del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mandal A. Historia del Cancer de Pecho. Consultado el 5 de octubre de 2015 en: [http://www.news-medical.net/health/History-of-Breast-Cancer-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/History-of-Breast-Cancer-(Spanish).aspx)
2. Quinta Revisión del Consenso Nacional sobre el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer Mamario, Colima 2013. AMC 2013;21:44:53.256761.
3. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, et al . Breast cancer screening: a summary of the evidence for de U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002;137:347-360.
4. Nyström L, Andersson I, Bjurstam N, et al . Long term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomized trials. Lancet 2002;359:909-919.
5. Smith RA, Cokkinides V, von Eschenbach AC, et al , American Cancer Society. American cancer Society guidelines for the early detection of cancer. CA Cancer J Clin 2002;52:8-22.
6. Mark K, Temkin S, Terplan M. Breast self-awareness The evidence behind the euphemism. Obstet Gynecol 2014;123:734-736.
7. Semiglazov VF, Moiseenko VM. Breast self-examination for the early detection of breast cancer: a USSR/WHO controlled trial in Leningrad. Bulletin of the World Health Organization 1987;65:391-396.
8. Semiglazov VF, Moiseyenko VM, Bavli JL, et al. The role of breast self-examination in early breast cancer detection (Results of the 5-years USSR/WHO randomized study in Leningrad. Eur J Epidemiol 1992;8:498-502.
9. Semiglazov V, Moiseyenko V, Protsenko C, et al . Russia (St.-Petersburg)/WHO randomized prospective study of the role of BSE in reduction of breast cancer mortality. Eur J Cancer 1998;34(suppl.5):S92.
10. Semiglazov VF, Mikhailov EA, Manikhas , et al . Final Results of Russia/WHO prospective randomized trial of breast self-examination (1985-2003). Eur J Cancer 2004;2:87.

11. Thomas DB, Gao DL, Self SG, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: methodology and preliminary results. *J Natl Cancer Inst* 1997;89:355-365.
12. Thomas DB, Gao DL, Self SG, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shanghai: final results. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:1445-1457.
13. UK Trial of Early Detection of Breast Cancer Group. First results on mortality reduction in the UK trial of early detection of breast cancer. *Lancet* 1988;2:411-416.
14. UK Trial of Early Detection of Breast Cancer Group. 16-year mortality from breast cancer in the UK Trial of Early Detection of Breast Cancer. *Lancet* 1999;353:1909-1914.
15. Holmberg L, Ekblom A, Calle E, et al . Breast cancer mortality in relation to self-reported use of breast self-examination. A cohort study of 450,000 women. *Breast Cancer Res Treat* 1997;43:137-140.
16. Harvey BJ, Miller AB, Baines CJ, et al . Effect of breast self-examination techniques on the risk of death from breast cancer. *CMAJ* 1997;157:1205-1212.
17. Muscat JE, Huncharek MS. Breast self-examination and extent of disease: a population-based study. *Cancer Detect Prev* 1991;15:155-159.
18. Newcomb PA, Weiss NS, Storer BE, et al . Breast self-examination in relation to the occurrence of advanced breast cancer. *J Natl Cancer Inst* 1991;83:260-5.
19. Fletcher SW, O'Malley MS, Earp JL, et al . How best to teach women breast self-examination. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 1990;112:772-779.
20. Calnan MW, Chamberlain J, Moss S. Compliance with a class teaching breast self examination. *J Epidemiol Community Health* 1983;37:264-270.
21. Tosteson ANA, Fryback DG, Hammond, et al. Consequences of false-positive mammograms. *JAMA Intern Med* 2014;174:954-961.

22. Kitano A, Yamauchi H, Hosaka T, et al. Psychological impact of breast cancer screening in Japan. *Int J Clin Oncol* DOI 10.1007/s10147-015-0845-0, 2015.
23. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer 1. *Cancer* 2007;110:1665–1676.
24. Meechan GT, Collins JP, Moss-Morris RE, et al. Who is not reassured following benign diagnosis of breast symptoms? *Psychooncology* 2005;14:239–246.
25. Montgomery M. Uncertainty during breast diagnostic evaluation: state of science. *Oncol Nurs Forum* 2010;37:77-83.
26. Okazaki S, Iwamitsu Y, Masaru K, et al. The psychological responses of outpatient breast cancer patients before and during first medical consultation. *Palliat Support Care* 2009;7:307–314.
27. Montgomery M, McCrone SH. Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: systemic review. *J Adv Nurs* 2010;66:2372–2390.
28. Brocken P, Prins JB, Dekhuijzen PN. The faster the better? -A systematic review on distress in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of rapid diagnostic pathways. *Psychooncology* 2012;21:1-10.
29. Iwatani T, Matsuda A, Kawabata H, et al. Predictive factors for psychological distress related to diagnosis of breast cancer. *Psychooncology* 2013;22:523-529.
30. Vahdaninia M, Omidvari S, Montazeri. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? *Soc Psychiat Epidemiol* 2010;45:355-361.
31. GPC. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. IMSS-392-10.
32. GPC. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo. IMSS-161-09.
33. Robles R, Varela R, Jurado S, et al. Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Rev Mex Psicol* 2001;18:211-217.

34. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, et al. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental* 1998;21:26-31.
35. Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, et al. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord* 2012;141:343-351.
36. Safford L, Judd F, Gibson P, et al. Screening for depression and anxiety in women with breast and gynaecologic cancer: course and prevalence of morbidity over 12 months. *Psycho-Oncology* 2013;22:2071-2078.
37. Pérez-Fortiz, Schroevers MJ, Fleer J. Psychological burden at the time of diagnosis among Mexican breast cancer patients. *Psycho-Oncology* 2016:1-5.
38. Morales-Chavez M, Robles-García R, Jiménez-Pérez M, et al. Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. *Salud publica Mex* 2007;49:247-248.
39. Ornelas-Mejorada RE, Tufiño-Tufiño MA, Sánchez-Sosa JJ. Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: prevalencia y factores asociados. *Acta de Investigación Psicológica* 2011;1:401-4014.
40. Unger-Saldaña K, Miranda A, Zarco-Espinosa G, et al. Health system delay and its effect on clinical stage of breast cancer: multicenter study. *Cancer* 2015. DOI:10.1002/cncr.29331.
41. Catania C, Feroce I, Barile M, et al. Improved health perception after genetic counselling for women at high risk of breast and/or ovarian cancer: construction of new questionnaires-an Italian exploratory study. *J Cancer Res Clin Oncol* 2016;142:633-648.



ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE CÁNCER DE MAMA

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Folio	Nombre	
Afiliación		
Edad	Escolaridad	
Ocupación	Estado civil	
Tabaquismo SI () NO ()	Edad de inicio de tabaquismo	
Índice de tabaquismo		
Alcoholismo SI () NO ()	Edad de inicio de alcoholismo	
Índice de alcoholismo		
Drogadicción SI () NO ()	Edad de inicio de drogadicción	
Sustancia (s) tóxicas consumidas		
Otras enfermedades SI () NO ()	Cuáles	
Antecedente de biopsias mamarias independientes de enfermedad actual SI () NO ()		
Antecedente de enfermedad benigna de la mama SI () NO ()	Edad del diagnóstico	
Lateralidad de enfermedad benigna de la mama IPSILATERAL () CONTRALATERAL ()		
Antecedente de cáncer de mama contralateral SI () NO ()	Edad del diagnóstico	
Antecedente de cáncer de mama familiar SI () NO ()		
Número de familiares con cáncer de mama		
Familiares con cáncer de mama		
Realización de pruebas de tamizaje para cáncer de mama SI () NO ()		
Asesoría para la realización de pruebas de tamizaje SI () NO ()		
Persona que le otorgo asesoría NINGUNA () FAMILIAR () AMIGA/TRABAJO () ENFERMERA ()		
MÉDICO FAMILIAR () GINECOLOGO () OTRO () QUIEN		
Autoexploración mamaria SI () NO ()		
Edad de inicio de la autoexploración mamaria		
Exploración clínica mamaria SI () NO ()		
Edad de inicio de exploración clínica mamaria		
Persona que realiza la exploración clínica mamaria ENFERMERA IMSS () MÉDICO FAMILIAR IMSS ()		
GINECOLOGO IMSS () ENFERMERA PRIVADA () MÉDICO FAMILIAR PRIVADO ()		
GINECOLOGO PRIVADO ()		
Frecuencia de realización de exploración clínica mamaria SEMESTRAL () ANUAL () BIENAL ()		
OTRO () ESPECIFICAR		
Método de tamizaje por el que se refirió a este Servicio AUTOEXPLORACIÓN ()		
EXPLORACIÓN CLÍNICA () MASTOGRAFÍA () ULTRASONIDO () OTRO ()		
ESPECIFICAR		
Intervalo paciente (desde descubrimiento a primera consulta en este Servicio)		
Escala de Ansiedad de Beck Puntaje		
Diagnóstico probable		
Amerita referencia a Psiquiatría SI () NO ()		
Escala de Depresión de Beck Puntaje		
Diagnóstico probable		
Amerita referencia a Psiquiatría SI () NO ()		



**ANEXO 2. INVENTARIO DE ANSIEDAD
(BECK, EPSTEIN, BROWN Y STEER, 1988)**

Nombre: _____

Fecha: _____

Folio: _____

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor le corresponda:

0= en absoluto (no)

1= Levemente, no me molesta mucho

2=Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3=Severamente, casi no podía soportarlo

	Síntomas	Valoración			
		0	1	2	3
1	Hormigueo o entumecimiento				
2	Sensación de calor (no debida al ambiente o actividad física)				
3	Temblores o debilidad de piernas				
4	Incapacidad de relajarse				
5	Miedo a que suceda lo peor				
6	Mareo, vértigo o aturdimiento				
7	Palpitaciones o taquicardia				
8	Sensación de inestabilidad e inseguridad física				
9	Sensación de estar aterrorizado				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				
12	Temblores de manos				
13	Temblores generalizados o estremecimiento				
14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				
16	Miedo a morir				
17	Sobresaltos				
18	Molestias digestivas o abdominales				
19	Palidez o sensación de desmayarse				
20	Rubor facial				
21	Sudoración (no debida al calor o actividad física)				
	TOTAL				
	Interpretación:				

ANEXO 3. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre: _____

Fecha: _____

Folio: _____

Describe como se ha sentido ya sea la semana pasada, incluso hoy. Lea todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección y marque una.

A		
0	No me siento triste	
1	Me siento triste	
2	Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer	
3	Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar	

B		
0	No estoy particularmente desilusionada del futuro	
1	Estoy desilusionada del futuro	
2	Siento que no tengo perspectiva del futuro	
3	Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará	

C		
0	No siento que fallé	
1	Siento que fallé más que una persona normal	
2	Siento que existen muchas fallas en mi pasado	
3	Siento una falla completa en mi persona	

D		
0	Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre	
1	No disfruto de las cosas como antes	
2	No encuentro ya satisfacción real de nada	
3	Estoy insatisfecha o aburrida de todo	

E		
0	No me siento particularmente culpable	
1	Me siento culpable buena parte del tiempo	
2	Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo	
3	Me siento culpable todo el tiempo	

F		
0	No siento que he sido castigada	
1	Siento que podría ser castigada	
2	Espero ser castigada	
3	Siento que he sido castigada	

G		
0	No me siento desilusionada de mí	
1	Estoy desilusionada de mí	
2	Estoy disgustada conmigo	
3	Me odio	

H		
0	No me siento peor que nadie	
1	Me critico por mi debilidad o por mis errores	
2	Me culpo todo el tiempo por mis faltas	
3	Me culpo por todo lo malo que sucede	

I		
0	No tengo pensamientos de suicidarme	
1	Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaría	
2	Me gustaría matarme	
3	Me mataría si pudiera	

J		
0	No lloré más de lo usual	
1	Lloro más que antes	
2	Lloro ahora todo el tiempo	
3	Podía llorar antes pero ahora aunque quiera, no puedo	

K		
0	No soy más irritable de lo que era antes	
1	Me siento molesta o irritada más fácil que antes	
2	Me siento irritada todo el tiempo	
3	No me irrito ahora por las cosas que antes sí	

L		
0	No he perdido el interés en otra gente	
1	Estoy menos interesada en otra gente que antes	
2	He perdido mi interés en otra gente	
3	He perdido todo mi interés en otra gente	

M		
0	Tomo decisiones igual que siempre	
1	Evito tomar más decisiones que antes	
2	Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora	
3	No puedo tomar decisiones por completo	

N		
0	No siento que me vea peor que antes	
1	Me preocupa verme vieja o poco atractiva	
2	Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir fea	
3	Creo que me veo fea	

*Para diagnóstico ver tabla de variables.

O		
0	Puedo trabajar tan bien como antes	
1	Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo	
2	Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo	
3	No puedo hacer nada	

P		
0	Puedo dormir tan bien como siempre	
1	No puedo dormir tan bien como antes	
2	Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir	
3	Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir	

Q		
0	No me canso más de lo usual	
1	Me canso más fácil que antes	
2	Me canso de hacer casi cualquier cosa	
3	Me siento muy cansada de hacer cualquier cosa	

R		
0	Mi apetito es igual que lo usual	
1	Mi apetito no es tan bueno como antes	
2	Mi apetito es mucho peor ahora	
3	No tengo nada de apetito	

S		
0	No he perdido peso	
1	He perdido más de 2.5 Kg	
2	He perdido más de 5 Kg	
3	He perdido más de 7.5 Kg	
	He intentado perder peso comiendo menos	
	SI () NO ()	

T		
0	No estoy más preocupada por mi salud que antes	
1	Estoy preocupada por problemas físicos como dolores y molestias	
2	Estoy muy preocupada por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas	
3	Estoy tan preocupada con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más	

U		
0	No he notado cambios en mi interés por el sexo	
1	Estoy menos interesada en el sexo que antes	
2	Estoy mucho menos interesada en el sexo ahora	
3	He perdido completamente el interés en el sexo	

Resultados			
INCISOS	PUNTOS	INCISOS	PUNTOS
A		L	
B		M	
C		N	
D		O	
E		P	
F		Q	
G		R	
H		S	
I		T	
J		U	
K		TOTAL	

DIAGNÓSTICO
OBSERVACIONES

*Para diagnóstico ver tabla de variables.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

**ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio: **Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con sospecha diagnóstica de cáncer de mama.**

Patrocinador externo (si aplica)*: No aplica

Lugar y Fecha: _____

Número de registro: R-2016-1905-8

Justificación y objetivo del estudio:

Se le esta invitando a participar en un estudio de investigación que se llevará a cabo en la Unidad de Investigación Médica en Medicina Reproductiva y en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia No.4 Luis Castelazo Ayala del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Justificación: Al realizar autoexploración, exploración clínica mamaria o mamografía y obtener un resultado alterado y tener la sospecha de cáncer de mama, algunas pacientes presentan síntomas de ansiedad y depresión.

El **objetivo** de este estudio es conocer la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con sospecha de cáncer de mama, así como determinar si el uso de la autoexploración, exploración clínica mamaria y mamografía incrementan la ansiedad y depresión en pacientes que acuden a consulta médica de primera vez en el Servicio de Oncología Mamaria de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, IMSS.

Usted ha sido invitada a participar en este estudio porque fue referida al Servicio de Oncología Mamaria porque se encontró alteración en la autoexploración, exploración clínica mamaria o la mastografía.

Al igual que usted, otras pacientes serán invitadas a participar en esta investigación.

Su participación es voluntaria. Se le invita a leer la información de este documento y a realizar las preguntas que desee antes de tomar una decisión:

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se realizará lo siguiente:

- Interrogatorio o cuestionario
- Aplicación de dos escalas, una de ansiedad y una de depresión, que consisten en una serie de preguntas en donde deberá indicar como se ha sentido la semana pasada o incluso el mismo día de la aplicación de la escala y en que grado se han presentado los síntomas.

Posibles riesgos y molestias:

Ninguno aparente.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

No recibirá dinero o pago por su participación en esta investigación, ni le causará gastos.

En caso de detectarse ansiedad o depresión severa mediante las escalas aplicadas, usted será referida al servicio de Psiquiatría de este hospital para confirmar o descartar el diagnóstico de ansiedad y/o depresión y recibir el tratamiento adecuado.

Su participación en el estudio tendrá beneficios en el futuro, ya que determinaremos la necesidad de iniciar un programa de atención multidisciplinaria a las pacientes con sospecha de cáncer de mama.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Al finalizar la aplicación de las escalas, únicamente le será informado si será no referida al servicio de Psiquiatría para complementación diagnóstica.

Participación o retiro:

Su participación en esta investigación es voluntaria. Usted puede decidir libremente si participa o no en esta investigación, ya que la atención médica y el tratamiento que amerite serán los mismos independientemente de su decisión y estarán de acuerdo a los procedimientos establecidos en el IMSS.

Si usted inicialmente decide participar en esta investigación y posteriormente cambia de opinión y quiere retirar su autorización, puede hacerlo sin ningún problema y en cualquier momento.

Privacidad y confidencialidad:

La información que se obtenga de esta investigación es estrictamente confidencial. Sus datos personales serán guardados de forma confidencial. Los médicos del Servicio de Oncología Mamaria de la UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 sabrán que usted esta participando en este estudio.

Los resultados finales de esta investigación serán presentados en conferencias, congresos o artículos científicos, sin embargo su identidad será protegida, ya que sólo se presentarán resultados globales de todas las participantes en este estudio.

En la base de datos que contendrá los resultados de las escalas, su nombre será abreviado y vinculado a un número de folio. Las bases de datos serán guardadas en equipos de computo a los cuales se tiene acceso mediante una contraseña.

Toda su información será destruida cinco años después de concluir el estudio.

En caso de colección de material biológico (NO aplica):

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): Las pacientes serán referidas al servicio de Psiquiatría en caso de detectar ansiedad o depresión severa.

Beneficios al término del estudio:

Posible inclusión de la aplicación de escalas de ansiedad y depresión en pacientes con sospecha de cáncer de mama para posteriormente y en caso de requerirlo recibir atención multidisciplinaria.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante de esta investigación podrá dirigirse a: Comisión de Ética de la Comisión Nacional de Investigación Científica del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330, 4to piso, Bloque B de la Unidad de Congresos, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Colonia Doctores, México, D.F., C.P. 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00, Extensión 21230. Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma