



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“Efecto en pacientes con sospecha de diagnóstico
confirmatorio de cáncer de mama, en los factores: calidad
de vida, ansiedad y depresión”.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

**Rojas Flores Alejandra
No. de cuenta 310156749
alejandra.rojas1793@gmail.com**

DIRECTOR DE TESIS:

**Lic. Andrés Vidal Rivera
Ciudad Universitaria, Ciudad de México, 2019**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Índice

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO 1. CÁNCER DE MAMA	6
DEFINICIÓN	6
HISTORIA DEL CÁNCER DE MAMA	7
• GRECIA ANTIGUA Y EGIPTO	7
• SIGLO I, II, VI Y VII	8
• SIGLO XV Y XVI.....	9
• SIGLO XVII Y XVIII	10
• SIGLO XIX Y XX	10
• SIGLO XXI EN MÉXICO	12
INCIDENCIA	15
MUNDIAL	15
ESTADOS UNIDOS	15
MÉXICO.....	17
TABLA 1. NÚMERO DE MASTÓGRAFOS, ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA Y DISTRIBUCIÓN. 20	
FACTORES DE RIESGO.....	22
MASTOGRAFÍA.....	25
TABLA 2. CATEGORIZACIÓN BI-RADS ((AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY, MAMMOGRAPHY, 5TH, ED., 2013).....	26
ULTRASONIDO MAMARIO	27
RESONANCIA MAGNÉTICA.....	28
BIOPSIA	30
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	31
CLASIFICACIÓN TNM.....	31
TUMOR PRIMARIO.....	32
GANGLIOS LINFÁTICOS	33
METÁSTASIS A DISTANCIA	33
TRATAMIENTOS	34
INVESTIGACIONES DESDE LA PSICOLOGÍA	37
CAPÍTULO 2. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.....	41
2. 1 DEFINICIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	44
2.1.1 ANSIEDAD	44
2.2 DEPRESIÓN.....	49

2.3 DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA.....	55
2.4 CALIDAD DE VIDA	62
CAPÍTULO III. MÉTODO.....	70
3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	70
3.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	70
3.2.1 HIPÓTESIS	70
JUSTIFICACIÓN	71
3.4. OBJETIVOS GENERALES	76
3.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	76
3.6 TIPO DE ESTUDIO	77
3.6.1 ALCANCE DEL ESTUDIO	77
3.6.2 CORTE DE INVESTIGACIÓN.....	77
3.6.3 HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	77
3.6.4 HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS DE DATOS	78
3.7 MATERIALES A UTILIZAR	78
3.8 POBLACIÓN.....	82
3.8.1. MUESTRA	82
3.8.2. TÉCNICA DE MUESTREO	82
3.9 PROCEDIMIENTO	82
4 NOTAS ÉTICAS	83
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	90
4.1 ANÁLISIS DE DATOS PARA LA ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN. (HADS)	90
4.1.1. ALFA DE CRONBACH PARA LA ESCALA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.	90
4.1.2. PRUEBA T ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.....	90
4.1.3. FRECUENCIAS	92
4.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS PARA LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA QLQ-BR23.....	104
4.2.1. ALFA DE CRONBACH.....	104
4.2.2. PRUEBA T CALIDAD DE VIDA	105
4.2.3. FRECUENCIAS	107
CAPÍTULO V. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN.....	130
CONCLUSIÓN.....	130
DISCUSIÓN	137
ALCANCES.....	139
REFERENCIAS	141

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo central; evaluar la Calidad de Vida, Ansiedad y Depresión en pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de mama, la cual consiste, en dos semanas de inspección, donde las pacientes son sometidas a diversos estudios como: ultrasonido, mastografía, biopsia, entre otros. Por lo anterior, se establecieron los siguientes objetivos específicos: realizar una investigación bibliográfica con respecto a Cáncer de mama en mujeres con sospecha de diagnóstico confirmatorio, realizar una investigación bibliográfica con respecto a Ansiedad y Depresión en mujeres con sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de mama, realizar una investigación bibliográfica con respecto a Calidad de Vida en mujeres con sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de mama, evaluar los niveles de Ansiedad y Depresión que presentan las pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de mama, evaluar la Calidad de Vida que presentan las pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de mama; que nos permitan cumplir cabalmente con la investigación.

En el Capítulo I. Se describen datos relacionados con el Cáncer de Mama, donde se engloban datos relacionados con su definición, historia, incidencia (Mundial, de Estados Unidos y México), factores de riesgo (biológicos, iatrogenos o ambientales, antecedentes reproductivos, relacionados con estilo de vida), estudios de diagnóstico temprano (estudios de tamizaje, estudios de imagen), interpretación de resultados y tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).

En el Capítulo II. Se mencionan las variables independientes que fueron Ansiedad, Depresión y Calidad de Vida donde se investigaron las definiciones, historia, epidemiología, características y tratamientos de las variables antes mencionadas y cómo es que se ven afectadas por la sospecha de Cáncer de mama.

Por otra parte, en el Capítulo III. Se describe el método de estudio que se llevó a cabo, donde se incluyó el planteamiento del problema, preguntas de investigación, hipótesis, justificación, objetivos generales y específicos, tipo de estudio, alcance del estudio, corte de investigación, herramientas de recolección de datos, herramientas de análisis de datos, materiales a utilizar, población, muestra, técnica de muestreo y notas éticas.

En el Capítulo IV. Se describen los estudios llevados a cabo, en este caso se aplicó Alfa de Cronbach y T de Student para ambos constructos y frecuencias para los instrumentos de Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y el, Cuestionario de Calidad de vida en cáncer de mama (QLQ-BR23).

Por último, en el Capítulo V. Se reportan las conclusiones, al respecto de los objetivos propuestos, las preguntas de investigación y las hipótesis de trabajo planteadas para esta investigación, así como, la discusión donde se propone la inclusión de nuevas variables, las aplicaciones de este estudio en otras patologías relacionadas con el Cáncer.

Además, se proponen alcances, relacionados en la comprensión del sujeto de estudio desde una perspectiva biopsicosocial, así como, la importancia de la práctica profesional del psicólogo en ámbitos oncológicos, apoyándose de la Psicooncología y la Psicología de comunicación de urgencias y malas noticias. Por otra parte, es importante promover la participación del psicólogo en ámbitos médicos, en los procesos de acompañamiento desde la sospecha, el diagnóstico y el seguimiento del tratamiento, es decir, la participación de la psicología en todo lo relacionado en este proceso.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de Calidad de Vida, Ansiedad y Depresión, en la sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de Mama, podría generar que se realicen programas de atención psicológica o intervenciones a lo largo del periodo de diagnóstico confirmatorio, en este caso, dos semanas durante el proceso de valoración, donde son valoradas por médicos especialistas que realizan estudios como ultrasonido, mastografía, biopsia, entre otros.

La literatura reporta que no se han realizado estudios recientes (1999-2016) que evalúen la Calidad de Vida en pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama.

Por otro lado, no se han realizado estudios recientes (Pérez-Fortis, A. et al., 2017) sobre Ansiedad y Depresión en pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama.

De igual manera son muy pocos los estudios (Rodríguez, V. 1999; Wevers, M. et al. 2016) que han evaluado en conjunto Calidad de Vida, Ansiedad y Depresión. En este sentido hace falta se realicen estudios abarcando las variables de Calidad de Vida, Ansiedad y Depresión en el Instituto Nacional de Cancerología.

El Cáncer de Mama es una patología que afecta a nivel mundial, principalmente a mujeres de países en vías de desarrollo; en específico en México existe una mortalidad de 5,680 mujeres e incidencia de 20, 444 mujeres por cada 100 000 habitantes ajustado por edad.

El Cáncer de mama se caracteriza por ser una proliferación de células malignas que se extiende por los conductos o lobulillos de la mama. Para su diagnóstico general se da un proceso en el cual la paciente con sospecha de diagnóstico confirmatorio es sometida a estudios invasivos para determinar si existe el Cáncer y en qué nivel. En este proceso es acompañada por especialistas de la salud, entre ellos Médicos, Enfermeras y Psicólogos.

Las variables de estudio son en primer plano la Ansiedad y Depresión, estos son elementos psicológicos presentes en la cotidianidad del sujeto que son modificados ante la presencia de variables ajenas a su día a día, en este caso la variable de estudio es la sospecha de diagnóstico de Cáncer de mama.

En otro aspecto se estudia la variable Calidad de Vida, la cual es, de acuerdo a la literatura, un proceso de homeostasis en el cual, se procura equilibrar las condiciones biológicas y psicológicas del sujeto, el Cáncer de mama, es un factor nocivo para lograr una óptima Calidad de Vida.

Por lo anterior expuesto se propone el estudio de las variables: Ansiedad, Depresión y sospecha de Cáncer de Mama; Calidad de Vida y sospecha de Cáncer de Mama, con el propósito de identificar posibles afectaciones en las mismas y de ser así como se da el trabajo psicológico en los ámbitos médicos.

CAPÍTULO 1. CÁNCER DE MAMA

Definición

El cáncer se origina cuando las células saludables de la mama comienzan a cambiar o proliferar sin control hasta formar un conglomerado de células denominado como tumor. Un tumor puede ser canceroso o benigno: el primero es maligno, puede crecer y diseminarse a otras partes del cuerpo; el segundo, benigno, puede crecer, pero no diseminarse (American Society of Clinical Oncology, 2008).

El cáncer de mama es un problema de salud pública en México debido a su alta frecuencia y a sus implicaciones biológicas, además del impacto emocional y económico para la paciente y sus familiares, cuestiones que hacen de esta enfermedad uno de los problemas de salud más debatidos a nivel médico, familiar y en la sociedad en general (Beltrán, A. 2013).

En términos fisiológicos, la mama tiene una función única: es el órgano productor de alimento del recién nacido; además, es parte de la feminidad, personalidad, figura y belleza de la mujer. Por desgracia, también es un órgano en el que frecuentemente se desarrollan patologías, entre las que se encuentra el cáncer (Beltrán, A. 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018) define al cáncer de la siguiente manera: «término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del organismo, conocidas también como “tumores malignos” o “neoplasias malignas”». Específicamente, el cáncer de mama es una proliferación maligna de células presentes en conductos o lobulillos en la mama (OMS, 2018).

Además del saber biomédico sobre el cáncer de mama, se adhiere una discusión de la enfermedad no sólo como experiencia individual, sino también como un fenómeno colectivo, permeado por cuestiones sociales (Sánchez, E.; Sánchez, C. y Erazo, M., 2018), dado que no solamente se ve afectado el paciente, sino también sus cercanos.

HISTORIA DEL CÁNCER DE MAMA

- **Grecia Antigua y Egipto**

Este tipo de neoplasia era conocida desde la antigüedad; de hecho, la descripción más antigua del cáncer —sin utilizar ese término— data del 1600 a.C., aproximadamente, y proviene de Egipto. En los papiros de Edwin Smith y George Ebers, importantes escritos egipcios dedicados a la medicina y a la cirugía de los años 3000-2500 a.C., se describen ocho casos de tumores mamarios tratados mediante la cauterización con una herramienta llamada “orquilla de fuego”. El escrito refiere que no existe tratamiento para la enfermedad (Greaves, M. 2004 citado en Beltrán, A. 2013).

Fue Hipócrates (460 a.C.), padre de la medicina occidental, quien postuló que el cuerpo humano estaba compuesto por cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, y sugirió que el cáncer era causado por un exceso de la última (American Cancer Society, 2014). Hipócrates fue, además, quien dio el nombre de cáncer a las enfermedades malignas por sus semejanzas al cangrejo. Señaló en sus escritos posteriores la evolución mortal de las mujeres con tumores mamarios ocultos y recomendó evitar cualquier tratamiento, ya que precipitaba la muerte, que se presentaba por caquexia —pérdida de peso corporal, masa muscular y debilidad—; las pacientes sin tratamientos, entonces, vivían por largos períodos de tiempo (Beltrán, A., 2013).

En el segundo siglo de la era cristiana, Galeno (131-203 d. C.) reafirmó la etiología humoral del cáncer postulada por Hipócrates: consideró al cáncer de mama como una enfermedad sistémica causada por un aumento de la bilis negra — llamada, también, atrabilis—; a diferencia de Hipócrates, estableció que algunos tumores eran más peligrosos que otros. Galeno sugirió medicamentos como el opio, aceite de ricino, regaliz, azufre, ungüentos, entre otros, para la terapia medicinal del cáncer de mama, entonces una enfermedad que afectaba al cuerpo entero y para la que aún no se consideraba la cirugía (American Cancer Society, 2014).

- **Siglo I, II, VI y VII**

Aulo Cornelio Celso en el siglo I, y Galeno en el siglo II, refirieron la extirpación de los tumores mamarios y el uso de la cauterización para la cirugía mamaria. Celso creía que una intervención mal hecha sobre el cáncer podría ser dañina.

Se atribuye a Leónidas de Alejandría, médico griego, el primer procedimiento quirúrgico registrado para el cáncer de mama, antecedente de la moderna mastectomía. Además, Leónidas señaló la retracción del pezón como signo de malignidad para un tumor mamario (Junceada, E., 1984 citado en Beltrán, A., 2013).

En el siglo VI, Aecio de Amida señaló la posibilidad de que en el cáncer de mama coexistan tumefacciones satélites en el hueco axilar (Junceada, E., 1984 citado en Beltrán, A. 2013). Ya en el siglo VII Pablo de Engina, cirujano bizantino, buscó perfeccionar la técnica de extirpación del cáncer de mama mediante el raspado de los

ganglios de la axila (Junceada, E., 1984 citado en Beltrán, A. 2013). Por siglos, diversos médicos han descrito casos similares sin tener resultado alguno.

- **Siglo XV y XVI**

Fue durante la época del renacimiento, sobre todo entre los años 1450 a 1550, cuando artistas, pintores y escultores-científicos, como Miguel Ángel y Leonardo da Vinci, mostraron en sus pinturas y esculturas parte de la anatomía humana, conocimientos que posiblemente obtuvieron al realizar disecciones de cadáveres humanos, procedimiento prohibido en esa época. Sus trabajos culminaron con el magnífico tratado de anatomía de Andrés Vesalio (1514-1564), “De humani Corporis Fabrica”, de 1543 (Beltrán, A., 2013).

Los conocimientos de anatomía de Andrés Vesalio y el desarrollo de instrumentos médicos de la época dieron paso al tratamiento quirúrgico de los tumores mamarios mediante la mastectomía total, realizada con un instrumento circular, con cuchillas en su interior a modo de guillotina, colocando la mama entre dos hojas de la pinza y cortando con el cierre de las mismas. Otra técnica consistía en colocar riendas en forma circular en los bordes de la mama, jalándolas hacia arriba para hacer un corte rápido en toda la base de la glándula con una sola maniobra (Beltrán, A., 2013).

Fue Henry-François Le Dran (1685-1770) quién consideró al cáncer como una enfermedad local en sus etapas iniciales y subrayó que la única esperanza de curación era la cirugía temprana, hipótesis de enfermedad local (Beltrán, A., 2013).

En 1680, el médico francés Franciscus Sylvius desafió la teoría humoral del cáncer: postuló que el cáncer no era generado por un exceso de bilis negra, sino por un proceso químico. No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio, en el siglo XVII, que se lograron avances. Durante este siglo se pudo determinar la relación entre el cáncer de mama y los nódulos linfáticos axilares (Beltrán, A. 2013).

- **Siglo XVII y XVIII**

En 1730 el médico parisino, Claude Deshais-Gendron, también rechazó la teoría sistémica de Galeno y refirió que el cáncer, se generaba cuando el nervio y el tejido glandular se mezclaban con los vasos linfáticos (American Cancer Society, 2014).

El cirujano francés Jean-Louis Petit (1674-1750) y, posteriormente, el cirujano Benjamin Bell (1749-1806), fueron los primeros en remover los nódulos linfáticos, el tejido mamario y los músculos pectorales. Más adelante, el cirujano Alfred Velpeau (1795-1867) abrió el camino a la mastectomía moderna. Realizó la obra más importante en la materia de su época: “Tratado de las enfermedades del seno y de la región mamaria” (Junceada, E., 1984). Tiempo después, William Stewart Halsted, inventó la operación conocida como mastectomía radical (Beltrán, 2013).

- **Siglo XIX y XX**

En el año 1846 se propusieron cirugías más radicales: por una parte, se recomendaba la resección completa de la mama y el corte de los extremos superiores de los músculos pectorales para obtener una mayor exposición de la axila durante la

disección ganglionar; por otra parte, el médico alemán Theodor Billroth trató al cáncer de mama con “lumpectomía” —cirugía conservadora—, en etapas tempranas, recomendando, sin embargo, la extirpación completa de la mama en etapas avanzadas (Beltrán, A., 2013).

A pesar de los procedimientos quirúrgicos recomendados en esa época, aún se dudaba de la curación de esta enfermedad. Sir James Paget, por ejemplo, señalaba en 1863, en el Royal College of Surgeons de Inglaterra: “No conozco un solo caso de recuperación franca; es decir, que la paciente de cáncer de mama haya vivido más de 10 años libre de enfermedad”; se refería, entonces, a la hipótesis de enfermedad sistémica (Beltrán, A., 2013).

Treinta años después, en 1893, Halsted se refería a la hipótesis de enfermedad local tras afirmar que el cáncer se originaba en la mama, para después, a través de los ganglios linfáticos, extenderse a los ganglios axilares. Atribuía, además, a la alta tasa de recurrencia por falta de márgenes adecuados y proponía la resección en bloque de la mama, incluyendo gran porción de la piel que la recubre, los músculos pectorales mayor, menor y el contenido celulo-adiposo ganglionar de la axila, desde el borde anterior del dorsal ancho por fuera, hasta el ligamento costo-clavicular por dentro (Beltrán, A., 2013).

Halsted, igualmente, reportó sus resultados en el año 1907, con sobrevividas del 85% libre de enfermedad hasta tres años, cuando en los ganglios axilares resecaados no se encontraron metástasis, disminuyendo al 34% cuando estaban afectados (Beltrán, A., 2013). La mastectomía radical tipo Halsted, se popularizó y fue la intervención

quirúrgica estándar durante varias décadas, lo que produjo una baja significativa en las recurrencias locorregionales y marcó el inicio del tratamiento moderno de esta enfermedad (Beltrán, A., 2013).

En 1955, el cirujano estadounidense George Crile sugirió que si el cáncer no era localizado podría extenderse rápidamente en el cuerpo. Bernard Fisher, otro cirujano estadounidense, también sugirió la capacidad del cáncer para extenderse por metástasis. En 1976 Fisher publicó sus resultados tras realizar una cirugía de pecho conservadora, menos agresiva, aunada a la radiación o quimioterapia y observó que éstos eran apenas tan efectivos como una mastectomía radical (American Cancer Society, 2014).

Con la aparición del remedio moderno, en 1995, menos del 10% de mujeres con cáncer de mama eran sometidas a mastectomía. También se consideraron tratamientos nuevos, como hormonales, cirugías y terapias biológicas (American Cancer Society, 2014).

- **Siglo XXI en México**

Actualmente se realizan los mismos procedimientos, sin embargo, se han implementado mejores estrategias de prevención y detección.

En diciembre de 2007, el presidente de México, Felipe Calderón Hinojosa, anunció la inclusión del cáncer de mama en el Programa de Gastos Catastróficos cubierto por el Seguro Popular, lo que abrió la puerta de la atención médica especializada a todas las enfermas de cáncer de mama sin seguridad social, quienes ahora pueden ser atendidas en la red de centros oncológicos de alta especialidad, dependientes de la

Secretaría de Salud y hospitales universitarios, lo cual beneficia a las mujeres de escasos recursos (Beltrán, A. 2013).

Es importante señalar que el tratamiento de esta enfermedad no se limita al aspecto físico, sino que debe contemplar el ámbito psicológico. De esta forma la NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, destaca las directrices mínimas que los servicios de salud deben contemplar sobre la consejería y el acompañamiento emocional: tanto pacientes como familiares deben tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas respecto a la enfermedad, tratamiento y pronóstico; con el acompañamiento emocional, se busca que las pacientes puedan explorar y expresar todos los sentimientos que surgen al momento del diagnóstico y ante las opciones de tratamiento, posible mastectomía y efectos físicos de quimioterapia, radioterapia, y el seguimiento posterior a éste (Norma Oficial Mexicana, 2011).

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, los servicios de salud deben realizar el examen clínico de las mamas —palpación mamaria— a las mujeres desde los veinticinco años; esto, además de permitir la identificación de alguna anomalía, ayuda a determinar la edad de inicio de las mastografías, sobre todo si se tienen antecedentes familiares. La prueba de tamizaje debe realizarse cada dos años en mujeres de cuarenta a sesenta y nueve años de edad con o sin signos o síntomas. Para mujeres con antecedente personal de cáncer de

mama, como medida de seguimiento, se realizará cada año, incluyendo a aquellas de setenta años en adelante (Diario Oficial de la Federación, 2011).

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud, destina alrededor del 25% de los recursos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para la atención del cáncer de mama (Secretaría de Salud, 2015).

Las mujeres afiliadas al Seguro Popular tienen garantizada la cobertura médica total de esta enfermedad de manera gratuita a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (Secretaría de Salud, 2015). La cobertura médica del cáncer de mama incluye ultrasonido, mastografía, biopsia, hospitalización, quimioterapia, radioterapia, extirpación del tumor y consultas psicológicas y de tanatología (Secretaría de Salud, 2015).

Se informó que, durante 2014, se destinaron poco más de dos mil millones de pesos para financiar la atención de más de diez mil casos de cáncer de mama (Secretaría de Salud, 2015).

INCIDENCIA

Mundial

A nivel mundial esta enfermedad se presenta con mayor frecuencia en mujeres, sobrepasando al cáncer cérvico-uterino (Knaul et al., 2009). Cabe mencionar que el aumento de casos en los países desarrollados podría deberse a un mejor diagnóstico, dadas las condiciones de sus sistemas de salud, ya que la mortalidad por cáncer de mama tiende a ser mayor en los países menos desarrollados (Davis Tsu, Jeronimo y Anderson, 2013), lo que podría indicar que, cuando se detectan los casos, es durante las fases tardías de la enfermedad. Año con año, los casos de cáncer de mama se incrementan más en países desarrollados que en aquellos en vías de desarrollo (INEGI, 2016).

A nivel mundial se estima que cada año se detectan 1,38 millones de casos nuevos y hay 458 000 decesos por esta causa, siendo el tipo de cáncer con mayor incidencia entre las mujeres (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2016).

Estados Unidos

En Estados Unidos, aproximadamente 1 de cada 8 mujeres (casi 12%) desarrolla cáncer de mama invasivo en el transcurso de su vida. En 2017 se previó el diagnóstico de aproximadamente 255 180 casos nuevos de cáncer de mama en mujeres, junto con 63 410 casos nuevos de cáncer de mama no invasivo (in situ). En ese mismo año, se previó el diagnóstico de alrededor de 2470 casos nuevos de cáncer de mama invasivo en hombres. Para los hombres, el riesgo de ser diagnosticado con cáncer de mama es de 1 en 1000 (Breastcancer, 2017).

De acuerdo con el Breastcancer (2017), las tasas de incidencia de cáncer de mama en los Estados Unidos comenzaron a disminuir en el año 2000, después de aumentar durante las dos décadas anteriores. Descendieron en un siete por ciento de 2002 a 2003. Según una teoría, esta reducción se debió parcialmente al menor uso de terapia de reemplazo hormonal (TRH) por mujeres después de que se publicaran los resultados de un amplio estudio denominado Women's Health Initiative (Iniciativa para la salud de la mujer), en 2002, que sugerían una conexión entre el uso de TRH y el aumento de riesgo de cáncer de mama.

Se previó que, para 2017, morirían alrededor de 40 610 mujeres en los Estados Unidos a causa del cáncer de mama. Aunque las tasas de mortalidad están en descenso desde 1989, con mayor descenso en mujeres menores de cincuenta años. Se cree que estos descensos son consecuencia de los adelantos en los tratamientos, la detección temprana a través de la revisión y el aumento de la concientización sobre el tema (Breastcancer, 2017).

En Estados Unidos la tasa de mortalidad a causa del cáncer de mama en mujeres es más elevada que las de cualquier otro cáncer, aparte del cáncer de pulmón; además del cáncer de piel, el de mama es el diagnóstico de cáncer más común entre estas mujeres: casi un 30% de los cánceres que se diagnostican en mujeres corresponden al cáncer de mama (Breastcancer, 2017).

Las mujeres blancas son más propensas a desarrollar cáncer de mama que las mujeres afroamericanas; sin embargo, en mujeres menores de cuarenta y cinco años, el cáncer de mama es más común en las mujeres afroamericanas que en las mujeres blancas. En general, las mujeres afroamericanas tienen más probabilidades de morir a causa del cáncer de mama. Las mujeres asiáticas, latinas y nativas norteamericanas presentan un riesgo menor de desarrollar cáncer de mama y morir a causa de ello (Breastcancer, 2017).

México

En 1994 se firmó el convenio institucional de concentración de acciones para el establecimiento del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM), conformado por el Hospital General de México (perteneciente a la Secretaría de Salud), el Hospital General del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto Nacional de Cancerología (de la Secretaría de Salud) y el Hospital 20 de Noviembre (del Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los trabajadores del Estado). El registro tenía como objetivo obtener y difundir información sobre la frecuencia y la distribución de las neoplasias malignas en el ámbito nacional para, de esta forma, conocer la verdadera dimensión epidemiológica del cáncer en México, importante para la toma de decisiones en salud pública, de planeación de servicios, de educación e investigación (Sánchez, E., Sánchez, C., Erazo, M. 2015).

Respecto a la incidencia, los últimos datos que proporcionó el RNHM en materia de cáncer de mama fueron: del periodo de 1998 a 2003 se reportaron 63,833 diagnósticos histopatológicos de tumor maligno de mama, con un reporte de 9,498 casos en 1998, 9,598 en 1999, 10,905 en 2001, 11,705 en 2002 y 12,491 en 2003. La tasa de

mortalidad en el periodo estudiado fue de 14 a 16 defunciones por cada 100,000 mujeres mayores de 25 años de edad (Sánchez, E; Sánchez, C. y Erazo, M. 2015).

En 2006 el cáncer de mama superó al cáncer cérvico-uterino en cuanto a muertes por neoplasia maligna entre las mujeres mayores de 25 años de edad, con 4440 defunciones registradas y una tasa de mortalidad de 15.8 fallecimientos por cada 100 000 mujeres en este rango de edad, lo que representa un incremento de 9.7% en relación con 2000. En 6 años, las defunciones aumentaron 28.5%, al pasar de 3455 en 2000, a 4461 en 2006, lo cual significa que en promedio fallecieron 12 mexicanas por día. De acuerdo con los datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) —dependiente de la Secretaría de Salud—, en 2010 se reportaron 5062 defunciones, con una tasa de mortalidad de 9.2, mayor en las mujeres de 45 a 64 años y de 65 o más años de edad (Sánchez, E; Sánchez, C. y Erazo, M. 2015).

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), a partir de 2006 el cáncer de mama se convirtió en la primera causa de muerte, por cáncer, en las mujeres mexicanas. En 2012, las cifras del INEGI indican 5613 decesos atribuibles al cáncer de mama, lo que representó el 2.1 % del total de las defunciones ocurridas en mujeres (Sánchez, E; Sánchez, C. y Erazo, M. 2015).

La OMS (2011) refiere que México es el país en el que más mujeres son diagnosticadas. De acuerdo con estadísticas del Global Cancer Observatory (GLOBOCAN), existe una mortalidad de 5680 mujeres, e incidencia de 20 444 mujeres, por cada 100 000 habitantes ajustado por edad. Dentro del país, los estados

con mayor incidencia son los del norte y centro (GLOBOCAN, 2012). Durante 2012, las entidades mexicanas con mayor mortalidad por cáncer de mama fueron Coahuila (23.8), Colima (22.9), Sonora (22.7), la Ciudad de México (22.7) y Jalisco (22.2) (Sánchez, E; Sánchez, C. y Erazo, M. 2015).

La incidencia del cáncer de mama aumenta con la edad, y de 1,5 casos por cada 100 000 mujeres de entre los 75 a 79 años de edad, 95% de los casos nuevos ocurren en mujeres de 40 años o mayores, con una mediana de edad de diagnóstico de 61 años (Sánchez, E; Sánchez, C. y Erazo, M. 2015).

De acuerdo con la DGIS, INEGI (2016) señala que en 2014 había en el país 689 mastógrafos a nivel nacional en instituciones públicas de salud, concentrados principalmente en la Ciudad de México, que contaba con 126 mastógrafos, seguida de Jalisco con 55 y el Estado de México con 44, mientras que en Morelos y Nayarit sólo contaban con 3 mastógrafos. Respecto del total de estudios de mastografía realizados por las instituciones públicas, los mayores porcentajes se observan en la Ciudad de México (29.4%), Veracruz (6.7%) y Nuevo León (6.3%), mientras que en Colima obtuvo el porcentaje más bajo (0.4%).

Tabla 1. Número de mastógrafos, estudios de mastografía y distribución porcentual de mastografías realizadas en instituciones públicas de 2014

ENTIDAD FEDERATIVA	NÚMERO DE MASTÓGRAFOS	ESTUDIOS DE MASTOGRAFÍA	PORCENTAJE
Aguascalientes	7	2,849	1.4
Baja California	15	12,014	5.9
Baja California Sur	9	1,691	0.8
Campeche	14	1,267	0.6
Coahuila de Zaragoza	32	3,870	1.9
Colima	9	784	0.4
Chiapas	20	1,414	0.7
Chihuahua	24	4,549	2.2
Ciudad de México	126	59,411	29.4
Durango	18	2,477	1.2
Guanajuato	29	7,796	3.9
Guerrero	12	3,191	1.6
Hidalgo	7	2,332	1.2
Jalisco	55	12,077	6.0
México	44	7,599	3.8
Michoacán de Ocampo	14	3,933	1.9
Morelos	3	3,128	1.5
Nayarit	3	1,874	0.9

Nuevo León	37	12,643	6.3
Oaxaca	13	2,457	1.2
Puebla	25	6,022	3.0
Querétaro	8	1,579	0.8
Quintana Roo	18	994	0.5
San Luis Potosí	18	4,638	2.3
Sinaloa	13	1,911	0.9
Sonora	14	9,412	4.7
Tabasco	9	2,311	1.1
Tamaulipas	28	7,104	3.5
Tlaxcala	8	1,342	0.7
Veracruz de Ignacio de Llave	27	13,463	6.7
Yucatán	15	4,179	2.1
Zacatecas	15	1,756	0.9
TOTAL	689	202,067	100
Fuente: SSA, DGIS (2014) Boletín de Información Estadística, Núm 33, Vol.III y SSA, DGIS (2015). Recursos en salud 2014. Datos abiertos.			

Del total de mastógrafos, 6.1% correspondían a unidades móviles (SSA, DGIS, 2015), con los que se buscó incrementar la cobertura de detección temprana entre las mujeres de 40 años o más residentes de localidades de difícil acceso o que de forma cercana no cuentan con una unidad médica que ofrezca este servicio (Secretaría de Salud, 2015).

La Secretaria de Salud (2015) refiere que, por entidad federativa, se observa que en 2015 el cáncer de mama tuvo mayor incidencia en los estados de Colima, con 101.08, Campeche con 97.60, y Aguascalientes, con 96.85 casos nuevos por cada 100 000 mujeres de 20 o más años; sin embargo, los estados con menos de 10 casos nuevos por cada 100 000 mujeres durante ese año fueron: Tlaxcala, con 8.4, Guerrero, con 6.82, y Chiapas, con 4.94.

Actualmente en el 2018, se encontró que el cáncer de mama es la primera causa de muerte por tumores en las mujeres mexicanas, con un promedio de 10 decesos al día, debido a que el 80% de las pacientes se diagnostica en las etapas 3 o 4, cuando ya los tratamientos son limitados; la mayoría de estos casos se presenta de forma temprana, antes de los 50 años (Romero, L. 2018).

FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo conocidos para el desarrollo del cáncer de mama, de acuerdo con el Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario (2017) son:

a. BIOLÓGICOS

- Sexo femenino.
- Envejecimiento: a mayor edad, mayor riesgo.
- Antecedente personal o familiar en madre, hijas o hermanas.

- Antecedentes de hallazgos de hiperplasia ductal atípica, imagen radial o estrellada, así como carcinoma lobulillar in situ por biopsia.
- Vida menstrual mayor de 40 años (menarquía antes de los 12 años y menopausia después de los 52 años).
- Densidad mamaria.
- Ser portador de los genes BRCA1 o BRCA2.

b. IATRÓGENOS O AMBIENTALES

- Exposición a radiaciones ionizantes, principalmente durante el desarrollo o el crecimiento (in utero o en la adolescencia).
- Radioterapia en el tórax.

c. RELACIONADOS CON LOS ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS

- Nuligesta (condición de la mujer que nunca se ha embarazado).
- Primer embarazo a término después de los treinta años de edad.
- Terapia hormonal en la perimenopausia o posmenopausia por más de cinco años.

d. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL ESTILO DE VIDA

- Alimentación rica en carbohidratos y baja en fibra.
- Dieta rica en grasas tanto animales como ácidos grasos trans.
- Obesidad.

- Sedentarismo.
- Consumo de alcohol mayor de 15 g/día.
- Tabaquismo.

El factor de riesgo más importante relacionado con el estilo de vida es la obesidad y, dado que en nuestro país esta condición está presente en un porcentaje muy elevado de la población, representa un serio problema de salud pública (Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2017).

DIAGNÓSTICO TEMPRANO. EVALUACIÓN DE LA MAMA POR IMAGEN (Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2017).

a. ESTUDIOS DE TAMIZAJE

Recomendaciones generales:

- Autoexamen mamario mensual a partir de los dieciocho años (siete días después de terminada la menstruación).
- Examen clínico mamario anual a partir de los veinticinco años.
- Mastografía anual de tamizaje en mujer asintomática a partir de los cuarenta años. El ultrasonido mamario es el estudio de elección inicial en mujeres menores de treinta y cinco años con patología mamaria.

b. ESTUDIOS DE IMAGEN

El uso de los estudios de imagen como la mastografía, el ultrasonido (US), la resonancia magnética (RM) y, más recientemente, los moleculares, permite detectar, caracterizar, evaluar la extensión de la enfermedad y dar seguimiento a lesiones mamarias.

El estudio histopatológico es el estándar en el diagnóstico: las biopsias percutáneas con aguja de corte y sistemas corte aspiración con guía por rayos X o por ultrasonido son el método de elección en lesiones no palpables con sospecha de malignidad, aunque y en fecha más reciente también son aceptadas para las palpables.

MASTOGRAFÍA

Por muchos años, la mastografía fue considerada el único método de imagen que mostró una reducción de la mortalidad de 15% a 20% en mujeres de entre 40 a 74 años debido a la oportunidad de tener un diagnóstico temprano (Nelson, H., Tyne, K. y Naik et al. 2009).

Recientes estudios aleatorizados demuestran que el uso de mastografía de tamizaje no disminuye, al menos de manera significativa, el número de muertes por cáncer mamario (Miller, A., 2010); sin embargo, mejora la supervivencia global de las pacientes e incrementa el tiempo de vida (Kerlikowske, K, 1997).

Sin importar el tipo de técnica mastográfica empleada, debe existir un programa de garantía de calidad que involucre al área física, el equipamiento, el personal, la interpretación de estudios y la referencia de las pacientes.

La mastografía deberá ser interpretada y la conclusión emitida en sistema BI-RADS —Breast Imaging Reporting and Data Systems— (American College of Radiology, Mammography, 5th, ed., 2013). Véase la Tabla 2:

Tabla 2. Categorización BI-RADS ((American College of Radiology, Mammography, 5th, ed., 2013)

Categoría	Resultados	Recomendaciones
0	Insuficiente para diagnóstico. Existe 13% de posibilidad de malignidad.	Se requiere evaluación con imágenes mastográficas adicionales u otros estudios (ultrasonido, resonancia magnética) así como la comparación con estudios previos.
1	Negativos. Ningún hallazgo que reportar.	Mastografía anual en mujeres a partir de los 40 años.
2	Hallazgos benignos.	Mastografía anual en mujeres a partir de los 40 años.
3	Hallazgos probablemente benignos. Menos de 2% de probabilidad de malignidad.	Requiere seguimiento por imagen, unilateral del lado con hallazgos dudosos, de manera semestral por 2 o 3 años.
4	Hallazgos de sospecha de malignidad. Se subdivide en: 4a-Baja sospecha de malignidad.	

	4b-Sospecha intermedia de malignidad. 4c-Hallazgos moderados de sospecha de malignidad pero no clásicos.	Requiere biopsia.
5	Clásicamente maligno.	Requiere biopsia.
6	Diagnóstico histológico de malignidad.	En espera de tratamiento definitivo o valoración de respuesta a tratamiento.

ULTRASONIDO MAMARIO

El ultrasonido mamario es una herramienta complementaria por su utilidad para diferenciar entre nódulos sólidos o quísticos y entre benignos y malignos. Los hallazgos de malignidad en nódulos sólidos incluyen especulaciones, márgenes angulares, hiperecogenicidad marcada, sombra acústica posterior, microcalcificación, extensión ductal, patrón ramificado, microlobulaciones de 1 a 2 mm, más alto que ancho, engrosamiento de la piel y ligamentos de Cooper, descritos por el doctor Stavros desde 1995 (Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2017). El ultrasonido de tamizaje está indicado en pacientes con mama densa y mastografía negativa. Debe considerarse en pacientes con alto riesgo para cáncer de mama que no toleran la resonancia magnética (Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2017).

Algunas indicaciones clínicas para llevar a cabo el ultrasonido mamario son (Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2017) :

- Evaluación de anomalías palpables.
- Evaluación de anomalías detectadas en mastografía y resonancia magnética.
- Evaluación de implantes mamarios.
- Guía de procedimientos intervencionistas.
- Planeación del tratamiento de radioterapia.
- Evaluación de ganglios axilares.

La modalidad de visión extendida del ultrasonido mamario resulta útil para medir lesiones de gran tamaño, valorar la multifocalidad (MF) —lesiones en el mismo cuadrante, con distancia entre ellas menor de 5 cm dentro del mismo sistema ductal— y/o enfermedad multicéntrica, o multicentricidad (MC), —lesiones localizadas en diferentes cuadrantes, con distancia mayor de 5 cm entre ellas en sistemas ductales distintos— (Raza, S. Chikarmane, S., Neilsen, S. et al., 2008).

RESONANCIA MAGNÉTICA

Método de imagen complementario de la mastografía y el ultrasonido mamario en el diagnóstico, la estadificación —definir la extensión y gravedad de una enfermedad— y el seguimiento del cáncer de mama, así como en la detección de esta enfermedad en mujeres de alto riesgo.

Este método no utiliza radiación ionizante y proporciona información no sólo morfológica, sino también funcional a través de la inyección endovenosa de una sustancia paramagnética (Lee, C., Dershaw, D., Kopans, D. et al., 2010).

Para un diagnóstico certero es fundamental la integración de las características morfológicas y funcionales, aunadas a los hallazgos de la mastografía y el US (Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2017).

Algunas indicaciones clínicas para llevar a cabo la resonancia magnética contrastada son (Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2017):

- Valoración de márgenes después de escisión de tumor primario, recurrencia local, respuesta al tratamiento; búsqueda de primario oculto con metástasis axilares; embarazo, sospecha de cáncer mamario; tamizaje en paciente con alto riesgo y mama densa, alterando con mastografía y US; guía de biopsias en caso de lesiones, visible sólo a través de este método y no corroboradas en la segunda revisión intencionada por US.
- No se recomienda el uso preoperatorio de la RM de mama para evaluar la extensión de la enfermedad, porque no ha demostrado mejorar la supervivencia global o disminuir las tasas de re-escisión ni reducir los costos (Brasic, N., Wisner, D., Joe, B. 2013).
- La RM no contrastada está indicada en la valoración de la integridad de los implantes mamarios, particularmente con sospecha de ruptura intracapsular u otras complicaciones.

TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2017):

Imagen diagnóstica que combina tomografía computarizada (TC) con medicina nuclear (PET) y permite, de forma simultánea, un estudio no sólo morfológico, sino también molecular —metabólico— con la localización precisa de una lesión metastásica, previa inyección endovenosa de un radiotrazador, por lo general 18-fluorodesoxicglucosa (FDG). La PET/TC es una alternativa en la detección de recurrencia locorregional y metástasis a distancia, la evaluación de respuesta a la terapia y al seguimiento.

BIOPSIA

La biopsia con aguja de corte se ha convertido en una herramienta de evaluación diagnóstica en lesiones no palpables de la mama que evita biopsias escisionales en casos benignos, abate costos y reduce riesgos para la paciente, con mínimos cambios de tejido mamario que puedan alterar el seguimiento a través de mastografías posteriores (Bruening, W. Fontanarosa, J. Tipton, K. et al., 2010).

En casos de neoplasias malignas, permite al cirujano planear, en conjunto con la paciente, las alternativas terapéuticas. Debe elegirse el método guía en el cual la lesión se visualice mejor —microcalcificaciones mediante rayos X, masa o nódulo por US y RM—. La biopsia guiada por imagen aumenta la precisión diagnóstica, incluidos los casos de tumor palpable.

INDICACIÓN DE BIOPSIA: LESIONES CATEGORIZADAS COMO BI-RADS 4 Y 5 (Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario, 2017)

- Tumor o masa.
- Microcalcificaciones.
- Asimetría en la densidad mamaria.
- Neodensidad o cambios en una ya existente detectada en el seguimiento mastográfico.
- Distorsión arquitectónica.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

CLASIFICACIÓN TNM

Con base en los resultados ultrasonido, mastografía y biopsia; se procede a realizar la clasificación TNM —T: tamaño del tumor, N: presencia, o no, de células malignas en ganglios y M: presencia, o no, de metástasis—. Esta clasificación es útil para conocer en qué etapa se encuentra el cáncer con el fin de proporcionar un tratamiento adecuado y establecer un pronóstico.

Cuando se diagnostica en un estadio 0 es porque el cáncer no se ha diseminado y sólo permanece en el lugar donde se desarrolló; los estadios I-II se consideran un diagnóstico temprano, por lo que el pronóstico de mejora es bueno; en el estadio III, el tumor es de mayor tamaño y puede haber presencia de células malignas en los ganglios axilares mientras que, en estadio IV la enfermedad ya es metastásica. (Giuliano, A., Connolly, J., Edge, S., et al, 2017).

Tumor primario

TX	No se puede evaluar el tumor primario.
T0	No existe prueba de tumor primario.
Tis	Carcinoma in situ.
Tis (CDIS)	Carcinoma ductal in situ.
Tis (CLIS)	Carcinoma lobulillar in situ.
Tis (Paget)	Enfermedad de Paget del pezón que NO está relacionada con el carcinoma invasor o carcinoma in situ (CDIS o CLIS) en el parénquima mamario relacionados con la enfermedad de Paget. Se clasifican sobre la base del tamaño y las características de la enfermedad parenquimatosas, aunque la presencia de la enfermedad de Paget aún se debería señalar.
T1	El tumor mide ≤ 20 mm en su mayor dimensión.
T1mi	El tumor mide ≤ 1 mm en su mayor dimensión.
T1a	El tumor mide > 1 mm, pero ≤ 5 mm en su mayor dimensión.
T1b	El tumor mide > 5 mm, pero ≤ 10 mm en su mayor dimensión.
T1c	El tumor mide > 10 mm, pero ≤ 20 mm en su mayor dimensión.
T2	El tumor mide > 20 mm, pero ≤ 50 mm en su mayor dimensión.
T3	El tumor mide > 50 mm en su mayor dimensión.
T4	El tumor mide cualquier tamaño con extensión directa a la pared pectoral o la piel (ulceración o nódulos cutáneos).
T4a	Extensión a la pared torácica que no sólo incluye adherencia o invasión a los músculos pectorales.
T4b	Ulceración de la piel o nódulos satélites ipsilaterales o edema (incluida la piel de naranja), lo cual no satisface el criterio de carcinoma inflamatorio.
T4c	Ambos, T4a y T4b.
T4d	Carcinoma inflamatorio.

Ganglios linfáticos

N	Ganglios linfáticos regionales (clínico)
NX	No se puede evaluar el ganglio linfático regional (por ejemplo, fue extirpado previamente).
N0	Sin ganglios linfáticos regionales palpables.
N1	Metástasis palpables a uno o varios ganglios linfáticos homolaterales axilares móviles.
N2	Metástasis a ganglio(s) axilar(es) fijo(s) entre sí o a otras estructuras, o detectados clínicamente en la cadena mamaria interna homolateral en ausencia de metástasis axilares palpables.
N2a	Metástasis a ganglio(s) axilar(es) fijo(s) entre sí o a otras estructuras.
N2b	Metástasis clínicamente aparentes en la cadena mamaria interna sin evidencia clínica de metástasis axilares.
N3	Metástasis a ganglio(s) linfático(s) infraclavicular(es) homolateral(es) o a ganglios clínicamente aparentes de la cadena mamaria interna homolateral y en presencia de ganglio(s) axilar(es) palpable(s) o metástasis a ganglios de la región supraclavicular homolateral con o sin ganglios.
N3a	Metástasis a ganglios de la mamaria interna y axilar(es) homolateral(es).
N3b	Metástasis a ganglio(s) supraclavicular(es) y homolateral(es).
N3c	Metástasis a ganglio(s) supraclaviculares(es) homolateral(es).

Metástasis a distancia

MX	No evaluable.
M0	Sin metástasis a distancia.
M1	Con metástasis a distancia.

TRATAMIENTOS

Considerar el diagnóstico temprano, la etapa en la que se encuentra la paciente, así como el tipo de cáncer, puede contribuir significativamente al tratamiento específico que deba indicarse (Beltrán, 2013, p. 235). Entre los tratamientos oncológicos más utilizados para tratar este tipo de cáncer están la cirugía, la radioterapia, quimioterapia y la terapia hormonal (Beltrán, 2013, p. 235).

Existen diversos tipos de cirugía, específicas para cada paciente, sin embargo, principalmente se dividen en cirugía conservadora y mastectomía radical. En la cirugía conservadora se pretende, como lo dice su nombre, conservar la mama, por lo que este tipo de intervención resulta menos invasiva, comparada con la mastectomía, en la que se extrae la mama completa y, en algunos casos, ganglios linfáticos (Cárdenas et al., 2015).

Los efectos secundarios que pueden presentarse son: dolor después de la cirugía, cambio evidente en la forma de la mama, infecciones, linfedema, acumulación de sangre — hematoma— y/o acumulación de líquido transparente en la herida —seroma— e inflamación (American Cancer Society, 2014).

Se comprende por linfedema postmastectomía, como un edema crónico que se produce por acumulación de fluido en el tejido celular subcutáneo del miembro superior o de la pared torácica, debido al daño producido en el sistema linfático axilar, resultado directo del tumor, o bien, como efecto colateral del tratamiento tras la cirugía o radioterapia 15-25% (Gómez-Sadornil & Martín-Nogueras, 2013).

La prevalencia global de linfedema en pacientes con cáncer de mama es del 32.63%. La prevalencia de linfedema entre las pacientes sometidas a mastectomía es del 41.4%. La frecuencia de linfedema de grados 2 y 3 fue mayor entre las pacientes mastectomizadas.

Las pacientes en tratamiento conservador presentaron linfedema de grado 1. La prevalencia de linfedema en pacientes con tratamiento conservador fue del 7.14%. La aparición del grado máximo de linfedema tardó una media de 9.5 meses. Las pacientes sometidas a mastectomía presentan con mayor frecuencia linfedema en comparación con las que son sometidas a cirugía conservadora (Gutiérrez et al., 2014).

Por otra parte, en México se encontró que el linfedema es una complicación frecuente en pacientes con cáncer de mama postoperadas de mastectomía, con una frecuencia del 72.2% y su aparición fue en 12.8 ± 3.1 meses (Fernández, T., 2018).

Por otra parte, la radioterapia consiste en un tratamiento que utiliza rayos o partículas de alta energía para eliminar las células cancerígenas. Las radioterapias pueden ser externas o internas —braquiterapia— (Beltrán, 2013, p. 235), y los posibles efectos secundarios más comunes son: enrojecimiento e irritación y/o comezón en el área donde se aplicó la radiación.

La quimioterapia es un tratamiento a base de medicamentos contra el cáncer, que pueden ser administrados vía intravenosa u oral para pasar a través del torrente sanguíneo y llegar a las células cancerosas (Beltrán, 2013, p. 235). Esta terapia puede administrarse antes de

la cirugía —para disminuir o eliminar la enfermedad micrometástasica—, después de la cirugía —para disminuir el riesgo de recurrencia—, y paliativa —en presencia de metástasis—.

La hormonoterapia es el empleo de antiestrogénicos después del tratamiento primario —cualquiera de los tratamientos anteriormente descritos— con el fin de disminuir las probabilidades de recurrencia, éstos pueden ser los moduladores selectivos de los receptores estrogénicos e inhibidores de aromatasas. Los efectos físicos que puede provocar son sudores, sequedad vaginal, dolor muscular, cambios de humor, náuseas, etc. (Arce y Lara, 2013; ESMO, 2013). En algunos casos las pacientes tienen que pasar por una cirugía, aunado a alguno de los otros tratamientos, con el fin de erradicar por completo la enfermedad y disminuir las probabilidades de recurrencia (Barros, A., 2001).

Las pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio tienen miedo a que la enfermedad se propague rápidamente —metástasis—, a tener que lidiar con los efectos colaterales de los tratamientos, los problemas familiares o económicos, así como los cambios en su calidad de vida, por lo que suelen presentarse niveles altos de ansiedad y depresión en las pacientes, así como una menor calidad de vida (Barros, A., 2001).

La comunidad científica considera como tratamiento para linfedema, la fisioterapia descongestiva compleja como el tratamiento estándar del linfedema, que consta de drenaje linfático manual, vendajes compresivos (VC) y/o prendas textiles de compresión, ejercicios de cinesiterapia, cuidados de la piel y consejos para las actividades de la vida diaria (Gómez-Sadornil & Martín-Nogueras, 2013).

INVESTIGACIONES DESDE LA PSICOLOGÍA

La presencia del cáncer desorganiza todos los aspectos de la vida de la paciente: la estabilidad emocional y el mantenimiento del estilo de vida propio se ven sumamente afectados (Rodríguez, 1999).

Holland y Rowland (1989) argumentan que, durante el periodo del diagnóstico, las mujeres deben enfrentarse con la necesidad de reprimir su ansiedad, así como el temor de tomar una decisión acerca del tratamiento para la enfermedad. Recibir la noticia de la enfermedad, aunada a la toma de decisiones, suele ser el periodo más difícil del transcurso de la enfermedad.

Rodríguez, por su parte, (1999) ha observado que el momento de mayor estrés psicológico es el periodo transcurrido entre la detección del hallazgo del nódulo mamario y el diagnóstico, describiendo este periodo como la fase de anticipación, en el que las mujeres experimentan una ansiedad extrema del porvenir.

La Federación Mundial para la Salud Mental (2010) postula como factores de riesgo de problemas psiquiátricos especiales en los pacientes con cáncer los siguientes (citado en Sánchez, E., Sánchez, C., y Erazo, M., 2015):

- El tipo y la etapa del cáncer.
- Pacientes en los extremos de la vida (muy jóvenes o muy ancianos).
- Personas solteras.
- Personas con poco apoyo social.
- Pacientes con un historial de problemas psiquiátricos.

Entre las necesidades para la salud mental de los pacientes con cáncer resultan importantes las intervenciones psicosociales efectivas, orientadas al mejoramiento de su calidad de vida.

Existen diversas alteraciones en la salud mental relacionadas con el cáncer, entre las más comunes están los trastornos adaptativos, además de los episodios de depresión y ansiedad: cuando un paciente recibe el diagnóstico de cáncer puede experimentar estrés excesivo, sentimientos de ira, tristeza, entre otros. Aunque estos sentimientos generalmente disminuyen con el tiempo, pueden persistir y provocar depresión con conductas suicidas (Sánchez, E., Sánchez, C., y Erazo, M., 2015).

Algunos estudios realizados sobre el trastorno adaptativo, en relación con los padecimientos oncológicos, son los siguientes (Sánchez, E., Sánchez, C., y Erazo, M., 2015):

- El principal subtipo de trastorno adaptativo es el de ansiedad. Los factores asociados son: edad menor de sesenta años, sexo masculino, vivir solo, vivir cotidianamente con dolor, fatiga o con el presentimiento de que es una carga para otros.
- El uso práctico de herramientas eficaces es un componente esencial en el tratamiento óptimo del cáncer para la detección rápida de morbilidad psiquiátrica.
- Es relevante evaluar el estado psiquiátrico durante el tratamiento y el periodo de vigilancia, incluso en los pacientes con enfermedad benigna.

- El diagnóstico más frecuente es el trastorno adaptativo relacionado con la enfermedad; se requieren métodos de detección precoz para problemas psicológicos, incluido dicho trastorno.
- La prevalencia de trastornos mentales constituye un factor asociado con la enfermedad; entre los más frecuentes se encuentra el trastorno adaptativo, el cual disminuye la posibilidad de mejoría clínica.
- El tratamiento psicológico de orientación cognitivo-conductual ha resultado eficaz, principalmente en relación con el manejo de ansiedad.
- Ser joven, menor educación, el dolor, la fatiga, los problemas financieros, sentir que se es una carga para los demás, la pérdida de independencia y los antecedentes de depresión son factores asociados con los trastornos adaptativos.

Cualquier tipo de cáncer debe ser tratado en forma multidisciplinaria y transdisciplinaria, por lo que es preciso que el médico tratante, el psicooncólogo, el paciente y los familiares —cuidadores primarios— examinen las preocupaciones relacionadas con la salud mental. Los factores pronóstico de adaptación psicológica al cáncer son (Sánchez, E., Sánchez, C., y Erazo, M., 2015):

- 1) Buen pronóstico:
 - a. Información gradual y adaptada a la demanda del paciente.
 - b. Comunicación en el triángulo familia-paciente-médico.
 - c. Afrontamiento activo.
 - d. Percepción de capacidad de control.
 - e. Apoyo social y familiar.
 - f. Ausencia de antecedentes psicológicos.

2) Mal pronóstico:

- a. Negativa del paciente a informarse.
- b. Dificultad para expresar las emociones.
- c. Evitación cognitiva conductual.
- d. Indefensión.
- e. Aislamiento social.
- f. Falta de apoyo familiar o mala comunicación paciente-familia-médico.
- g. Antecedentes psiquiátricos.

En específico, el cáncer de mama es una enfermedad crónico-degenerativa que implica, para muchas mujeres, una afectación física y psicológica en su calidad de vida. Una de las fases con mayor deterioro emocional ocurre durante el tratamiento debido a los efectos secundarios, a los efectos colaterales y a las secuelas del mismo, así como a la cirugía, por lo que es importante desarrollar y proveer a las poblaciones de habilidades que fomenten un mejor cuidado de la salud, no sólo para prevenir, sino también para llevar un mejor control de ella (Sánchez, E., Sánchez, C., y Erazo, M., 2015).

CAPÍTULO 2. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

A menudo, los conceptos de ansiedad y depresión se prestan a la confusión debido al uso ambiguo de los mismos para nombrar cosas diferentes. En prácticamente toda la última década, la depresión y los trastornos de ansiedad parecieran disputarse el primer lugar en los primeros estudios epidemiológicos sobre diagnóstico de tipo psicológico o psiquiátrico (Sánchez- Sosa, J., 2004 citado en Galindo, O., 2010).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, publicada en Excélsior (2017), el 28.6% de la población adulta padecerá algún trastorno mental una vez en su vida, entre los que destacan tres: los trastornos de ansiedad (14.3%), por consumo de sustancias (9.2%) y afectivos (9.1%).

La prevalencia de depresión a nivel mundial es de 4.4% en Latinoamérica: el país que presenta mayores niveles de depresión es Brasil, con 5.8% de su población total, mientras que Argentina presenta un 4.7% y en México sólo el 4.2% (OMS, 2017).

Los datos epidemiológicos de diversas investigaciones demuestran que del 40 al 50% de todos los pacientes diagnosticados con cáncer, también desarrollan algún tipo de malestar psicosocial durante el transcurso de su enfermedad oncológica y alrededor de un 30% requieren apoyo o ayuda profesional (APA, DSM-V, 1999).

Factores como las conductas relacionadas con la salud, estados psicológicos o emocionales, las características personales y los modos de afrontamiento, han demostrado ser especialmente relevantes para la salud (Oblitas, 2004). La afirmación anterior es coherente

con la evidencia científica actual, que indica que cualquier trastorno denominado físico u orgánico suele implicar distintos niveles, alteraciones psicológicas y viceversa (Oblitas y Becoña, 2000).

Entre los factores psicológicos se encuentran la ansiedad y la depresión como reacciones emocionales y sus diferentes formas clínicas, tales como los denominados trastornos emocionales o psíquicos; por ejemplo: en periodos de estrés, durante los que tenemos que responder a una alta demanda de nuestro ambiente, desarrollamos diversas reacciones emocionales negativas y, bajo estos estados, es más probable desarrollar ciertas enfermedades relacionadas con el sistema inmunológico o adquirir determinados hábitos poco saludables, a la larga perjudiciales para la salud (Becoña, et al., 2004).

Así pues, en la actualidad existe un consenso acerca de que determinadas características de la personalidad pueden incrementar el riesgo de padecer enfermedades crónicas, pero parece ser que esto es así debido a que aumenta la probabilidad de que el sujeto adopte conductas perjudiciales —como las adicciones, la búsqueda de riesgos, entre otras— y/o sufra de estados emocionales negativos que afectan el funcionamiento del sistema inmunológico, el sistema endocrino-metabólico y, en general, de todas las funciones fisiológicas (Martín, M. & Crespo, D. 2000).

Algunos autores sostienen que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las negativas tienden a disminuirla (Fernández-Abascal y Palmero, 1999). Además, estos estados y necesidades emocionales concretos pueden desempeñar un papel primordial en las prácticas de salud: el malestar emocional evita que la gente se empeñe en mantener hábitos

que favorezcan su salud, tales como el no fumar, hacer ejercicio, desayunar, etc. (Leventhal, Prochaska y Hirschman, 1985); en cambio, las emociones positivas —como la alegría— ayudan a mantener, e incluso recuperar, la salud (Nezu, Nezu y Blissett, 1988).

La depresión y ansiedad se han considerado durante largo tiempo entidades clínicas distintas, sin embargo, su coexistencia es ahora más bien entendida como una norma que como la excepción, pues gran parte de los pacientes con uno de estos trastornos presentan síntomas del otro (Galindo, O., 2010).

En este contexto las variables psicológicas, particularmente la depresión y la ansiedad, en el seguimiento de los procesos de enfermedades como el cáncer, han recibido más atención de la comunidad científica, principalmente por el efecto negativo en el resultado del tratamiento que pueden conllevar (Nezu, et al., 2006; Rodgers et al., 2005 citado en Galindo, O. 2010).

Los pacientes oncológicos que experimentan episodios de depresión y ansiedad con frecuencia manifiestan mayor número de síntomas de mayor gravedad, pensamientos obsesivos, irritabilidad, mayor estancia hospitalaria, dolor mal controlado y peor calidad de vida (Nezu et al., 2006).

2. 1 DEFINICIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

2.1.1 ANSIEDAD

La ansiedad forma parte de un mecanismo conductual básico que cumple con funciones de supervivencia: nos mantiene alertas ante algún peligro, e inclusive nos permite mantener la concentración en una tarea para poder concluirla de la mejor forma (Rodríguez, A. et al 2010).

La ansiedad es considerada como uno de los síntomas de casi todas las psicopatologías, y particularmente en los desórdenes neuróticos desempeña un papel importante para el estudio de la psicología de las personas normales, pues son pocas las que pasan una semana de su vida sin experimentar, en alguna forma, una emoción que todos coincidan en llamar ansiedad.

Aunque los trastornos mentales caracterizados por la presencia de angustia como síntoma predominante se conocen desde la antigüedad, la decisión de agruparlos en categorías diagnósticas específicas corresponde Sigmund Freud (1894) (citado en Ayuso, 1988), quien describió los diversos tipos de neurosis, considerando a la angustia la expresión más simple del trastorno neurótico en el que el supuesto conflicto no se encuentra disfrazado, desplazado o simbolizado: “Damos a este complejo de síntomas — dice Freud— el nombre de neurosis de angustia por la circunstancia de que todos sus componentes pueden ser agrupados en torno a uno principal, que es la angustia”.

Gutiérrez (2006) indica que la ansiedad es una sensación experimentada por todos en mayor o menor medida, en diferentes momentos de la vida cotidiana y, cuando se presenta en niveles moderados, facilita el rendimiento e incrementa la motivación para actuar, además de alentar,

ante una situación amenazadora; sin embargo, cuando alcanza niveles exagerados puede suceder lo opuesto: impide enfrentarse a la situación, paraliza y trastoca la vida diaria.

En términos generales, se considera que la ansiedad es adaptativa si es proporcional a la amenaza, o transitoria, si sólo dura mientras persiste el estímulo temido y si facilita la puesta en marcha de recursos; pero la ansiedad se considera desadaptativa, y por lo tanto problemática, cuando es desproporcionada a la amenaza e implica un aumento anómalo de la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas, se mantiene en el tiempo y si puede tener un origen biológico (Gutiérrez, 2006).

Yurita y DiTomasso (2004) mencionan que algunos rasgos característicos del paciente ansioso son la percepción de una amenaza poderosa y la activación de los elementos fisiológicos asociados a un escenario de daño.

La ansiedad se considera un estado emocional que se manifiesta en el individuo a través de la tensión, nerviosismo, preocupación o un temor desagradable, que cursa con sintomatología física y psíquica generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas (Maté et al., 2004).

Otros autores definen a la ansiedad como un estado emocional displacentero, acompañado de cambios somáticos y psíquicos que puede presentarse como una reacción adaptativa, como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos (Castro, M. 2016).

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, lo que genera un grado evidente de disfuncionalidad en la persona (Castro, M. 2016).

Los síntomas físicos más referidos por personas con ansiedad son: aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de “cabeza vacía”, sudoración; hiperreflexia —respuesta excesiva a ciertos tipos de estimulación—, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, síncope —pérdida pasajera del conocimiento—; taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinaria, diarrea, entre otros (Castro, M. 2016).

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, entre otros (Castro, M. 2016).

Existen distintas estrategias para el tratamiento de la ansiedad, como la terapia farmacológica o las terapias psicológicas y alternativas naturales; sin embargo, se ha demostrado que el uso de terapia psicológica cognitiva conductual presenta resultados positivos ante el trastorno de ansiedad generalizada (Cujipers, P. et al 2014).

El uso de técnicas como la reestructuración cognitiva y de relajación son clave en el tratamiento, pues permiten que el paciente aprenda sobre la maleabilidad de sus problemas (Stein, 2015). El experto en el problema siempre será el paciente, por lo que es de suma importancia que aprenda sobre sí mismo. La combinación de psicoterapia con terapia farmacológica resulta ser la estrategia de intervención más apropiada y rápida.

Los factores detonantes de estrés físico y psicológico en la enfermedad médica a menudo pueden desencadenar ansiedad, especialmente en las personas con vulnerabilidad previa, poco apoyo social, mal pronóstico médico y estilos de afrontamiento evitativos (Epstein y Hicks, 2006).

En torno a los procesos oncológicos, Pollack et al. (2005) señalan que la ansiedad es una reacción transitoria esperable al entorno médico y ante el estrés que producen los cuadros orgánicos; sin embargo, una ansiedad excesiva o patológica repercute negativamente sobre el cumplimiento terapéutico y, por consiguiente, en su pronóstico.

En este sentido, Epstein y Hicks (2006) puntualizan que experimentar una afección médica como el cáncer con frecuencia conlleva la presencia de importantes síntomas de ansiedad, y aunque muchas personas con enfermedades médicas padecen trastornos de ansiedad, éstos a menudo pasan inadvertidos y no son tratados.

Durante el curso del tratamiento existen momentos críticos en los cuales se ha detectado que la ansiedad tiende a incrementarse, como lo son: el diagnóstico inicial, el inicio del

tratamiento, la recurrencia de la enfermedad, el fracaso del tratamiento y la percepción de muerte (Miller & Massie, 2006 citado en González, E. 2014).

La ansiedad puede ser parte de la reacción del paciente ante el diagnóstico o recurrencia del cáncer, que consiste en un periodo de shock inicial e incredulidad, tensión emocional, acompañada de ansiedad, irritabilidad, tristeza, trastornos del apetito y del sueño, además de provocar dificultad para concentrarse y ocasionar un bajo rendimiento en actividades del hogar o del trabajo (Massie & Holland, 1992). Esta reacción de ansiedad de corto plazo podría facilitar que el paciente se anticipe y prepare para lo que sigue en la trayectoria de la enfermedad, que lo motive a buscar apoyo y a poner en marcha estrategias de afrontamiento que ha utilizado de forma efectiva en otras situaciones, a la vez que disminuye las probabilidades de que sienta desesperanza de forma persistente. También existen respuestas de ansiedad que no son adaptativas y que pueden tornarse patológicas, caracterizadas por el deterioro del desempeño social y/o laboral (IASP, 2009).

2.2 DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno emocional que se caracteriza por un excesivo sentimiento de tristeza, pérdida de interés en las actividades diarias, aumento o pérdida de apetito, pensamientos suicidas, sentimiento de desesperanza, entre otras características (Heinze, 2010, citado en IMSS, 2015).

En cuanto a la depresión, su prevalencia en la población general se calcula entre 4% a 10%, (Börsbo, 2008), y para población con dolor crónico es de 34% a 57% (Morales-Vigil, et al., 2008). Aunque la prevalencia varía de acuerdo con el medio que se estudie, se observa, por una parte, una prevalencia menor del 3% en la comunidad; por otra parte, sujetos que presentan una historia de depresión tienen un mayor riesgo de desarrollar demencia que aquellos que no (Bastida, J. et al 2016).

El uso del término depresión se remonta hasta un cuarto de siglo en el pasado, pero el cuadro patológico fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de ‘melancolía’, término conformado por las voces griegas *μέλας* - melas (negro) y *χολή* - chole (bilis) (Polaino, 1985).

En el siglo IV a.C., Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy se conocen como psiquiátricos estaban relacionados por la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra que con frecuencia vomitaban los pacientes a causa de su irritabilidad y ansiedad.

Sorano de Éfeso, en su descripción del cuadro clínico, señalaba como síntomas principales de la melancolía a los siguientes: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y en ocasiones jovialidad (Calderón, 1989).

En el largo periodo medieval, la melancolía se conceptualiza como acedia; en la primera etapa de este periodo, se considera como un vicio capital más y, posteriormente, como un desorden de la vida emocional, introducido por Santo Tomás. En el periodo inicial, la acedia es tipificada como un estado del alma, cuyo padecimiento se restringía únicamente a los religiosos que vivían en el aislamiento y la soledad de sus respectivas celdas; en la etapa tardía de la Edad Media, la acedia es la aparición, o no, de ideas delirantes. Durante los siglos XV y XVI, la melancolía sustituye a la acedia: la pena, el desaliento y la desesperanza que la caracterizaban, son ahora síntomas que se transfieren al concepto de melancolía (Polaino, 1985).

A principios del siglo XIX, Philippe Pinel indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto —obsesivamente— y que la memoria y la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, lo que en ocasiones inducía al suicidio. Como causas posibles de la melancolía, señaló en primer lugar las psicológicas: miedo, desengaños amorosos, pérdida de propiedades y dificultades familiares; en segundo, las físicas: amenorrea y puerperio.

Cuando Emil Kraepelin, psiquiatra alemán, utilizó en 1896 el término ‘psicosis maniacodepresiva’, incluía “todo el campo de las llamadas demencias periódicas y circulares, la manía, una gran parte de los estados morbosos designados con el nombre de melancolía y

también ciertos casos de locura”. Basaba el enfoque del problema en su clasificación etiológica de enfermedades exógenas, causadas por toxinas bacterianas, químicas o de otro orden, y enfermedades endógenas causadas, a su parecer, por trastornos degenerativos y hereditarios (Mendels, 1989).

Lange (1928) trabajó sobre la dicotomía que menciona Kraepelin, pero propuso que podían existir formas mixtas con componentes dominantes endógenos o exógenos: dio el nombre de reactivos al grupo de depresiones endógenas que sucedían a ciertas tensiones de origen ambiental. Años más tarde, Gillespie (1929), psiquiatra inglés, propuso tres grados de depresión: reactiva —respuesta emocional a los cambios del ambiente—, autónoma —carencia de reacción ambiental— e involutiva.

La confusión aumentó a partir de 1940, con el empleo de la terapia de electrochoque. Entonces se sugirió que, si la depresión endógena respondía mejor a un tratamiento físico y la depresión exógena —o reactiva— a la psicoterapia, entonces la primera era un trastorno orgánico y la segunda un trastorno psíquico.

De esta forma, las clasificaciones terapéuticas dieron por sentado, a su vez, clasificaciones fenomenológicas de mayor importancia, mientras que las alteraciones afectivas se consideran a partir de dos puntos de referencia: su vinculación primitiva al grupo de la psicosis y el carácter alternante, bipolar o variable de los sentimientos a lo largo de la evolución de la enfermedad —de ahí los términos de circularidad, ciclotimia, fasofrenia y bipolaridad, con los que se adjetiva el concepto de psicosis, según distintos autores— (Mendels, 1989).

La depresión es definida como una alteración patológica del estado de ánimo en la que predominan los síntomas afectivos, entre los que se encuentran la tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, la 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.

De acuerdo con Rojtenberg y Moreno (2005), las formas clínicas de la depresión pueden ir desde aquellas más leves e indetectables, como lo son los trastornos depresivos subclínicos crónicos, hasta las más graves y riesgosas, como la depresión mayor; sin embargo, un mismo paciente puede padecer diferentes subtipos de depresión a lo largo de su vida, a lo que se denomina ‘pleomorfismo evolutivo de los subtipos’.

Igualmente, para Rojtenberg y Moreno (2005), la depresión no es un sentimiento de tristeza relacionado con una situación displacentera, tampoco es un estado de ánimo pasajero estable ni un síntoma o una estructura psicopatológica: su definición va mucho más allá y, en este sentido, consideran que referir los trastornos depresivos a una sola entidad resulta simplista e incompleto.

Según Plata-Muñoz et al, (2004) la ansiedad es la forma más común de deterioro del bienestar subjetivo en pacientes con dolor crónico, y puede ser:

- a) Situacional —procedimientos invasivos, p. ej.—. Causada por un problema médico —hipoxia, émbolos pulmonares, sepsis, delirium, etc.— o tumores secretores de hormonas.

- b) Secundaria al tratamiento —quimioterapia, radioterapia, entre otras—. Exacerbación de un trastorno de ansiedad preexistente.

Los pensamientos que acompañan a la ansiedad son muy particulares: en general, se orientan hacia el futuro, a menudo predicen catástrofes y con frecuencia también incluyen imágenes de peligro acompañadas de la percepción de riesgo o amenaza. Las amenazas o los riesgos pueden ser físicos, mentales o sociales, y la percepción de amenaza cambia en cada persona. La ansiedad incluye componentes afectivos, cognitivos, conductuales y fisiológicos, con sus respectivas fuentes de error (Plata-Muñoz et al., 2004).

En relación con el cáncer, Raison y otros (2007) mencionan que la depresión es un problema frecuente y grave que complica la vida de los pacientes oncológicos: mencionan la existencia de datos que demuestran que la depresión puede ser una respuesta al cáncer, y que su tratamiento puede inducir o intensificar una depresión.

Harrison y Maguirre (1994) han señalado una serie de predictores de trastornos afectivos en pacientes oncológicos, como antecedentes psiquiátricos, baja autoestima, preocupación por la imagen corporal, apoyo inadecuado; toxicidad por quimioterapia, gravedad de la enfermedad y complicaciones somáticas. Adicionalmente, Blazer (2005) señala que otro predictor importante de trastornos afectivos como la depresión es el apoyo social que, de estar presente, puede atenuar el desarrollo o progresión de procesos depresivos.

En relación con el cáncer de mama, Martín y Crespo (2000) puntualizan que la sintomatología depresiva es frecuente en las mujeres intervenidas para tratar este tipo de cáncer, en particular cuando ha sido preciso el tratamiento con cirugía mutilante pues se relaciona con repercusiones en la imagen corporal, por un lado, y con la afectación en de las funciones físicas implicadas, por otro.

Davison y Neale (2002) señalan que la presencia de episodios depresivos en la paciente con cáncer de mama se caracteriza por una gran tristeza y aprensión, sentimientos de minusvalía, culpa y aislamiento; pérdida del sueño, del apetito y del deseo sexual, además del desinterés por las actividades cotidianas.

De forma similar a la ansiedad, también pueden utilizarse instrumentos o escalas para complementar la valoración, entre los que se encuentran: el Inventario de Depresión de Beck (IDB), la subescala de depresión hospitalaria Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y el cuestionario sobre la salud del paciente (Castro, M. 2016).

2.3 DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

De acuerdo con Martin y Crespo (2000), existe una relación, bien documentada, entre los trastornos depresivos y de ansiedad y los diversos tipos de cáncer.

Al respecto, Groud (2004) señala que alrededor del 70% de los pacientes con enfermedades avanzadas como el cáncer se quejan de dolor, náuseas e insomnio. El sufrimiento del paciente, junto con la sensación de abandono, la impotencia, ansiedad y depresión, son síntomas que se pueden resolver con el apoyo de la familia y las personas que son atentas en su cuidado. No obstante, en ocasiones estos periodos de crisis se extienden, por lo que puede ser necesario el tratamiento farmacológico y psicológico (Novoa et al., 2008).

Los trastornos psicopatológicos más comunes en la población de pacientes con cáncer son la ansiedad, la depresión y los trastornos del sueño. La identificación de estas patologías durante el curso de la enfermedad es de vital importancia para determinar en cuáles casos la intervención psicológica, junto con la terapia farmacológica, podría dar mejores resultados (Mystakidou et al., 2005). Igualmente, la ansiedad, la fatiga y los trastornos de sueño se reportan frecuentemente en la literatura científica como efectos secundarios al tratamiento del cáncer de mama (Williams & Schreier, 2005).

El cáncer y la depresión pueden interactuar a largo plazo hasta provocar un efecto gravemente perjudicial sobre la calidad de vida. Se asocia a la depresión grave con un desarrollo más rápido del cáncer y un aumento de los síntomas, sobretodo del dolor (Spiegel y Bloom, 1983; Spiegen et al., 1994). En el caso de la ansiedad, Sharpley y Christine (2007) indican que su presencia en pacientes con cáncer de mama puede propiciar manifestaciones

conductuales y emocionales, como irritabilidad, hostilidad, constantes estados de hipervigilancia y estrés general.

Rojtenberg y Moreno (2005) mencionan que la presencia de la depresión y la ansiedad durante el proceso oncológico de mama se caracteriza por el abatimiento y el desgano, la retracción, la pérdida de interés por el mundo externo y anhedonia; la presencia de trastornos funcionales y del sueño, el pensamiento lento, entre otros, son todos factores que refieren a diferentes expresiones de una disfuncionalidad mayor, simultánea al cáncer.

Los cuadros de depresión y ansiedad en las pacientes con cáncer de mama pueden influir en su disposición para atender sus necesidades físicas y prolongar el periodo de recuperación, así como en rechazar procedimientos diagnósticos o intervenciones quirúrgicas, e incluso que soliciten su alta hospitalaria sin antes haber recibido asistencia médica (Epstein y Hicks, 2006; Mudgal et al., 2006).

Reuter y otros autores (2006) mencionan que los cuadros depresivos en pacientes con un diagnóstico reciente de cáncer de mama se relacionan con estrategias de afrontamiento pasivas y fatalistas, así como con mayores niveles de dolor y fatiga. Sharpley y Christine (2007) añaden que la presencia de ansiedad en el momento del diagnóstico se caracteriza por nerviosismo, dificultad para tomar decisiones, tristeza, desamparo y cansancio. La presencia de ansiedad en la sobrevida se caracteriza por sentimientos de inhabilidad para tratar las demandas de la vida y poco autocontrol.

De acuerdo con Belló y otros (2005), además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos mentales, existe una importante estigmatización, que lleva a la discriminación, de los enfermos oncológicos y de sus familias, y que provoca sufrimiento adicional al del cáncer para la/el paciente.

Rodríguez et al. (2007) señalan que las pacientes con cáncer que se encuentran deprimidas y ansiosas presentan mecanismos de afrontamiento caracterizados por evitación, desamparo, fatalismo y menor espíritu de lucha. Los autores identifican, también, a las variables psicológicas como las más asociadas a padecimientos depresivos en pacientes oncológicos.

Adicionalmente, Raison y otros autores (2007) puntualizan que está cada vez más claro que incluso los cuadros depresivos y ansiosos leves tienen un impacto negativo sobre la calidad de vida, el cumplimiento del tratamiento y la morbilidad de los pacientes con cáncer de mama.

Roth y Breitbart (2003) enfatizan que la depresión y la ansiedad pueden ser respuestas adecuadas en un paciente con cáncer, obligado a diferenciar, en primer lugar, los síntomas de los síndromes, pues el síntoma de tristeza o ánimo deprimido no es equivalente al síndrome de depresión mayor. En el proceso oncológico, la depresión y ansiedad también van acompañadas de cambios físicos adicionales, como problemas de concentración y la sensación de cansancio permanente (Wade y Tavris, 2003).

Calderón (2002) menciona que, en pacientes con cáncer de mama, además suelen presentarse otros síntomas como cefalea persistente, trastornos del ritmo cardíaco, colon irritable, ideación o intentos suicidas.

Con este horizonte clínico, en 1995 la American Medical Association reconoció la importancia y la frecuencia de los trastornos depresivos y ansiosos presentes en pacientes con enfermedades oncológicas, así como el hecho de que un buen tratamiento no sólo mejora notoriamente los síntomas afectivos, sino que al mismo tiempo incrementa la calidad de vida, fortalece los procesos inmunológicos y aumenta el tiempo de supervivencia.

Por su parte, Katón et al. (2001) menciona cuatro efectos nocivos de la depresión mayor en los pacientes con cáncer de mama: aumento de la mortalidad, mayor carga sintomática, menor calidad de vida y nivel de funcionamiento, aumento de la utilización y los costos de los servicios de salud. La discapacidad funcional entre los pacientes con cáncer que, además, padecen depresión, es extensa y conlleva a la exacerbación del padecimiento, lo que impacta en la salud física y puede influir en el aumento de la ansiedad y consumo de sustancias nocivas (Baum & Andersen, 2001; Evans et al 2005).

También se observa un deterioro significativo de la calidad de vida, que incluye actividades recreativas y sociales, relaciones familiares, autocuidado, actividades físicas, y el sueño (Baum & Andersen, 2001; Ciaramella & Poli, 2001). Estos pacientes experimentan una disminución en el funcionamiento del sistema inmunológico, progresión más rápida de los síntomas de la enfermedad, mayor riesgo de metástasis y dolor, además de mayor mortalidad

en comparación con pacientes no deprimidos (Ciaramella & Poli; Satin, Linden & Phillips, 2009; Spiegel & Giese-Davis, 2003).

Algunos autores han planteado la posibilidad de que las personas con cáncer sean más proclives a la depresión debido a que su organismo sufre alteraciones metabólicas y endócrinas, provocadas por la enfermedad, aunado a que los diferentes tratamientos tienden a ser demandantes y a modificar la respuesta inmunitaria y al dolor. También está el miedo a perder la autosuficiencia, tener alteraciones en la apariencia física, experimentar cambios en las funciones corporales y perder la compañía de las personas más cercanas (Rodríguez-Velázquez et al., 2010).

Las consecuencias de estos trastornos pueden ocasionar complicaciones en el tratamiento, en parte, debido a la inadecuada adhesión terapéutica por parte del paciente, lo que resulta en un deterioro aún mayor (Jadoon, Munir, Shahzad & Choudhry, 2010).

Frumin y Greenbeg (2005) mencionan que en la actualidad los pacientes con cáncer viven más tiempo o se curan por completo y, en ese sentido, la asistencia psicológica para estos pacientes puede ser importante en todas las fases de la enfermedad, principalmente aquellas asociadas con procesos de ansiedad. La depresión y la ansiedad deterioran la calidad de vida no sólo del paciente, sino también de sus cuidadores (Achury, Castaño, Gómez y Guevara, 2011).

Al respecto del afrontamiento y su relación con los procesos de depresión y ansiedad, Rodríguez, junto a otros autores (2007), mencionan que el afrontamiento caracterizado por

evitación depresiva y ansiosa se relaciona con sentimientos de desamparo, menor espíritu de lucha, exacerbación de sintomatología y menor calidad de vida a lo largo de todo el proceso de tratamiento al cáncer.

En términos de recolección de datos psicológicos en esta área, uno de los instrumentos más utilizados para evaluar, identificar y establecer la prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama es la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Este instrumento traducido, adaptado, y validado en diversas poblaciones, ha demostrado ser una herramienta de investigación útil para identificar individuos en riesgo de sufrir, o de estar sufriendo, alguna clase de malestar psicológico. Sin embargo, existe una gran variabilidad en los puntos de corte que se emplean para considerar posibles casos clínicos.

Las diferencias metodológicas que presentan estos estudios, así como los distintos momentos del proceso de enfermedad y el tratamiento sobre el que se realiza la evaluación a las pacientes, se añaden a esta variación. En pacientes con enfermedad metastásica la gama reportada va del 10% al 40%; en estadio temprano, cerca del 50% presentan sintomatología ansiosa y/o depresiva un año después de recibir el diagnóstico (Burgess et al., 2005); antes del diagnóstico, 48% han mostrado síntomas graves de ansiedad y 18% de depresión (Montazeri et al., 2000). Antes de iniciar la radioterapia, de 10% a 20% de los pacientes han reportado sintomatología ansiosa, y sólo de 1.5 a 8% reportaron síntomas de depresión (Stiegelis et al., 2004).

Probablemente debido a la posibilidad de usar datos de investigación para construir intervenciones clínicas y socialmente validadas, en años recientes la investigación en cáncer

de mama sobre variables como sintomatología ansiosa o depresiva y factores socioculturales, demográficos, ambientales, médicos y clínicos ha cobrado gran relevancia.

No obstante, las diferentes metodologías presentes en los estudios —tipo de estudio, instrumentos utilizados, número de participantes, momento de la medición, tipo de cáncer, género, estadios tempranos o combinados de la enfermedad— hacen que los resultados varíen considerablemente en consistencia. Esta variabilidad en las características metodológicas —principalmente en los momentos de la evaluación— y en la prevalencia de ansiedad y depresión advierte la necesidad de obtener datos representativos en participantes latinoamericanas en general, y mexicanas en particular.

La teoría cognitiva parece aportar algo a la dicotomía depresión-dolor: sugiere que los procesos cognitivos de ciertos pacientes con dolor e individuos deprimidos pueden ser similares. En el modelo cognitivo de la depresión, Beck considera que las distorsiones o errores cognitivos y creencias son factores que producen, y mantienen, la depresión; incluso se ha reportado una asociación entre depresión y niveles altos de dolor (Plata-Muñoz et al., 2004).

Además de presentar numerosos síntomas de ansiedad y depresión, las personas que viven con dolor crónico experimentan un deterioro de la calidad de vida, que incluye la salud mental, la vitalidad y la salud en general (Bekkering et al., 2011).

2.4 CALIDAD DE VIDA

Para fines de la presente investigación, se adoptó la definición proporcionada por la OMS, que define a la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su situación en la vida dentro del contexto cultural y de valores, relacionados con sus objetivos, expectativas, normas, preocupaciones e intereses. Por lo tanto, para la valoración completa de los beneficios producidos por un determinado tratamiento, es esencial medir su impacto en el estado de salud del paciente, lo que se denomina calidad de vida relacionada con la salud (Ferrer, 2002).

Según Torre, Martín-Corral, Callejo, Gómez-Vega, La Torre, Esteban, Vallejo y Arizaga (2008), la calidad de vida relacionada con la salud es una interpretación subjetiva del paciente sobre la satisfacción vital, de la repercusión de la enfermedad en su dinámica de vida y de los efectos secundarios que conlleva el tratamiento. Se pueden diferenciar dos dimensiones importantes: una funcional, que incluye las actividades diarias como el cuidado de uno mismo —bañarse, vestirse, comer, etc.— y las relaciones sociales con la familia o los amigos; otra subjetiva, es decir, el sentimiento de ‘cómo se encuentra uno mismo’, si la persona se siente feliz o triste, si se encuentra apagado o con mucha energía, con dolor o sin él.

La calidad de vida como concepto es relativamente nuevo, ya que aparece en las bases de datos especializados a partir de 1969 y, desde entonces, ha recibido atención, en gran medida por tratarse de un concepto que engloba varios aspectos del bienestar. Esto ha llevado a su adopción como indicador para disciplinas diversas tales como la economía, la política, la psicología y la medicina (Fernández-Ballesteros, 1997).

Desde la óptica de la psicología, la calidad de vida es un concepto que se refiere a la percepción del sujeto respecto a situaciones cotidianas, en las que la salud se ha tornado una variable que afecta y aglutina a otros componentes, como el trabajo, el ocio y la autonomía, relaciones sociales, etc. (Moreno & Ximénez, 1996).

La salud es esencial para el desempeño de cualquier actividad, por lo que su deficiencia también altera el funcionamiento cotidiano de quien la enfrenta. La OMS (1946) la define como: “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente de ausencia de enfermedad o discapacidad”.

El concepto de calidad de vida, entonces, adquiere relevancia por ser un aspecto inseparable de la salud. Su análisis implica aspectos del funcionamiento humano, cuya ausencia o deterioro imposibilita el realizar actividades cotidianas en áreas de suma importancia, tales como la educación, el empleo, la seguridad social, la recreación, la nutrición, la convivencia, entre otros (González-Puente & Sánchez-Sosa, 2001; OPS, 1999).

Aún no existe un consenso establecido sobre sus componentes, en parte porque se utiliza como medida en ámbitos tan diversos, como en el bienestar global de una población, el desarrollo económico y social; en el impacto de circunstancias como la pérdida de la salud y diferentes intervenciones, incluyendo las farmacológicas. Entonces, a partir del contexto, se compone de variables objetivas, subjetivas y otras derivadas de la interacción entre ambas, además de la evaluación del individuo en un proceso de comparación en el que los criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

Se asocia a la calidad de vida con variables objetivas y socioambientales, tales como la calidad del medio ambiente, disponibilidad de servicios sociales, el ingreso mensual y la posesión de bienes. De entre las variables subjetivas y personales, se consideran: la percepción de salud, el involucrarse en actividades recreativas, satisfacción de general con la vida, interacción social y habilidades funcionales (Fernández-Ballesteros, 1997; OMS, 2002). Se ha propuesto que las variables objetivas son útiles para obtener una evaluación de la calidad de vida en poblaciones generales, tal y como sería relevante para aspectos políticos y sociales, mientras que las subjetivas permiten evaluar el impacto de situaciones específicas y de intervenciones en rubros dirigidos a la salud (Velarde-Jurado & Ávila Figueroa, 2002).

Para algunos teóricos e investigadores, el componente esencial y determinante para evaluar la calidad de vida es la percepción subjetiva de cada persona (Schwartzmann, 2003). Estudios que exploraron la congruencia entre la evaluación de la calidad de vida que puede ofrecer el médico tratante, con la percibida por el paciente oncológico, encontraron que la correlación entre la evaluación del médico y del paciente fue baja, es decir, que los médicos no determinan con precisión la forma en que se sienten sus pacientes, por lo que se insiste en que las evaluaciones relativas a la calidad de vida deben hacerlas los pacientes y no el personal de salud (Stevin, Plant, Lynch, Drinkwater & Gregory, 1988).

Así, la mejor fuente de información sobre la calidad de vida es el propio individuo, pues será él quien determine los aspectos más importantes, ya sea respecto al bienestar percibido antes y después de una intervención, a la satisfacción que obtiene en su propia vida, o la percepción de funcionalidad con respecto a sus actividades diarias (Fernández-Ballesteros, 1997).

Las escalas de calidad de vida relacionadas con la salud incluyen aspectos generales que suelen verse afectados tras la pérdida de esta, como las funciones físicas, interacciones sociales y síntomas. Dichas escalas miden aspectos que contribuyen a que el sujeto perciba su grado de bienestar o malestar respecto de su vida y su salud. El énfasis se hace sobre dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción, que suelen ser las principales afectadas por un proceso de enfermedad; sin embargo, normalmente no se incluyen aspectos específicos, como el ambiente hospitalario y las relaciones del paciente con el equipo de salud (Craner & Spilker, 1998).

Se argumenta que el concepto de calidad de vida en medicina es relevante para:

- a) La planificación de la atención a la salud con base en las necesidades de una población.
- b) La evaluación de resultados en ensayos clínicos y de investigación sobre servicios de salud.
- c) Para tomar las mejores decisiones en cuanto distribución de recursos (Albrecht & Fitzpatrick, 1994).

Existen diversos instrumentos para evaluar la calidad de vida, y es especialmente importante considerar su confiabilidad, validez y sensibilidad al cambio, es decir, que reflejen los efectos de intervenciones. En este sentido, la OMS desarrolló el World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL) (u OMSQOL) apeándose a tres criterios secuenciados para su elaboración, mismos que recomienda:

1. Que se construyan para una cultura en su idioma, a partir de la cual se puedan realizar traducciones y re-traducciones.

2. Que se identifique un conjunto de ítems comunes como relevantes para un amplio espectro de culturas.
3. Que expertos de diferentes culturas identifiquen y contribuyan a la definición de todos los aspectos de vida necesarios para una evaluación comprehensiva que caracterice la calidad de vida (Gladis, Gosck, Dishuk & Crits-Christoph, 1999).

En el caso del OMSQOL se definieron cuatro dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente.

Otro instrumento que siguió lineamientos similares es el propuesto por el Grupo europeo de Calidad de Vida, el EuroQol, en el que las dimensiones se derivaron a partir de una discusión multinacional (Brooks, 1996). La recomendación general es que, siempre que se trate de evaluar intervenciones, se utilicen escalas con propiedades psicométricas adecuadas a la población blanco (Cramer & Spilker, 1998). En el caso de la medición de la calidad de vida relativa a la salud, son especialmente relevantes características como: brevedad y sencillez en su administración; inclusividad en la evaluación de condiciones de salud; minimizar efectos de techo y piso; contar con criterios de precisión —consistencia interna y confiabilidad—; precisión longitudinal —estabilidad test-retest— y validez, incluyendo sensibilidad clínica al cambio y evidencia de validez en aplicaciones individuales (McHorney & Tarlov, 2002).

El diagnóstico

Representa para muchas personas uno de los momentos con mayor estrés y, por lo tanto, suele valorarse como un acontecimiento altamente traumático, en especial para las mujeres más jóvenes —menores de 45 años— con sensación de poco control sobre los acontecimientos (Zabora, Blanchard, Smith, Roberts, Glajchen, Sharp et al., 1997). El estrés es especialmente elevado en los primeros días, sobre todo si la persona no considera esta posibilidad de resultado diagnóstico, y suele remitir al cabo de una o dos semanas (Loscalzo & Brintzenhofeszoc, 1998).

En este periodo se puede observar que las reacciones con fines adaptativos pasan por tres fases:

- a) La reacción inicial, en la que predominan los sentimientos y actitudes de incredulidad, negación o desesperación. Algunas pacientes han descrito periodos de azoro o aturdimiento, e incluso de alineación que les permite un cierto distanciamiento emocional de las implicaciones de la crisis. Otras pacientes experimentan una sensación inmediata de desesperación y desmoralización, que a menudo se expresa en frases como: “sabía que iba a ocurrir”.
- b) La segunda fase, o disforia, en la que sobresalen signos clínicos de ansiedad, humor depresivo, problemas cognitivos —atención y concentración— y alteración de las actividades diarias.
- c) La tercera fase, o adaptación, en la que se produce el ajuste a la nueva situación y se comienzan a atisbar razones de optimismo (Amayra, Etxeberria, Valdosedá, 2011).

Fase terapéutica

Los pacientes refieren sentimientos de mayor esperanza: se sienten protegidos, debido a que se encuentra en tratamiento y se ataca a la enfermedad que lo pone en riesgo de muerte. No obstante, el equilibrio emocional puede quebrarse de nuevo y las principales dificultades dependerán de los efectos colaterales que vengan del tratamiento.

Con frecuencia se observa una variabilidad individual, donde los factores psicológicos tales como los estilos de afrontamiento y la capacidad de adaptación son los principales moduladores a considerar. Los problemas dependen, en parte, del tipo de tratamiento — náuseas anticipatorias y la producida por la quimioterapia, trastornos de la imagen corporal después de la cirugía, etc.—, mientras que otros son comunes a las diferentes terapias, como el miedo, la fatiga y la situación paradójica de sentirse mucho peor que antes de los tratamientos (Font-Guiteras, 2006).

La mastectomía suele producir sentimientos de pérdida, mutilación, desvalorización de la imagen corporal y pone a prueba la eficacia de sus estrategias para afrontar tales situaciones. La amenaza al auto concepto de femineidad sería más intensa en las mujeres jóvenes cuyo atractivo y fertilidad está en auge, especialmente en aquellas que son solteras y no tienen pareja (Massie, Holland, 1990). La experiencia de la quimioterapia parece ser, sin embargo, aún más estresante en el caso de los casos de cáncer de mama recidivante. Cuando tiene carácter adyuvante, la percepción de control frente al desarrollo de la enfermedad permite paliar los síntomas de ansiedad y depresión reactiva relacionados con la náusea, el vómito, la debilidad y el cansancio (Amayra, 1994).

Se aprecia una vulnerabilidad psicológica mayor en:

- a) Personas con una discrepancia mayor de expectativas respecto a los efectos secundarios del tratamiento, pues interpretan signos iatrogénicos como indicativos de progreso de la enfermedad, y presentan mayor susceptibilidad de desarrollo de sensaciones de náusea o episodios de vómito pre y post quimio-terapéuticos (Morrow, Lindke, Black, 1991).
- b) Personas que conciben la belleza física como primordial para su autoconcepto y que puedan interpretar la caída del cabello como un ataque intolerable a su identidad, pueden experimentar sensaciones de desintegración corporal.
- c) Pacientes jóvenes que perciben la modificación parcial o total de los ciclos menstruales como signos de esterilidad definitiva.

Finalmente, la radioterapia es un tratamiento en el que las pacientes se muestran temerosas de someterse a un tratamiento invisible que les obliga a permanecer inmóviles, en silencio y a solas debajo de una gran máquina. Existen, además, otros prejuicios más específicos como los de resultar quemadas, desfiguradas o perder funciones fisiológicas esenciales, a lo que se añade la incertidumbre de poder resultar contaminadas por radiación, percepción con frecuencia acompañada por sentimientos de abandono, alineación y soledad (Guex, 1988). Así, el apoyo psicológico debe enfocarse a mejorar el control de síntomas, analizar la información que está asimilando el paciente —para corregir información o interpretaciones erróneas— y aumentar la percepción de los beneficios tiene el tratamiento (Font-Guiteras, 2006).

CAPÍTULO III. MÉTODO

3.1 Planteamiento del problema

De acuerdo con cifras estadísticas de GLOBOCAN (2012) existe una mortalidad de 5680 mujeres e incidencia de 20,444 mujeres, por cada 100,000 habitantes ajustado por edad. Dentro del país los estados con mayor incidencia son los del norte y centro. Esta tendencia de repetición al respecto de la patología “cáncer de mama” es acompañada de elementos psicológicos en los cuales el paciente se ve envuelto. Entre ellos se caracteriza sintomatología relacionada con depresión, ansiedad y calidad de vida.

Por lo tanto, es prioridad para el psicólogo clínico conocer las características del cáncer de mama, tanto biológicas, como psicológicas. Para poder prevenir en medida de sus capacidades la incidencia de los tópicos psicológicos, antes mencionados. Así mismo, intervenir en las diferentes etapas del cáncer de mama.

3.2 Pregunta de investigación

¿Qué efecto que tiene la sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama en los factores: calidad de vida, ansiedad y depresión?

3.2.1 Hipótesis

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre la sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama y ansiedad, depresión y calidad de vida.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativa entre la sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama y ansiedad, depresión y calidad de vida.

Justificación

Al realizar la búsqueda bibliográfica, se concluye: que no se encontraron estudios recientes (1999-2015) que evalúen la calidad de vida en pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorios de cáncer de mama. Por otra parte, no se han realizado estudios recientes (Pérez-Fortis, A. et al., 2017) sobre ansiedad y depresión en pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorios de cáncer de mama. Además, son muy pocos los estudios encontrados (Rodríguez, V. 1999; Wevers, M. et al. 2016) que han evaluado en conjunto calidad de vida, ansiedad y depresión.

Por lo antes mencionado, hace falta que se realicen estudios abarcando las variables de calidad de vida, ansiedad y depresión en el Instituto Nacional de Cancerología.

Por lo que la evaluación de calidad de vida, ansiedad y depresión en la sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama podría generar que se realicen programas de atención psicológica o intervenciones a lo largo del periodo de confirmación de diagnóstico, en este caso, dos semanas durante la inspección.

Tabla 1

Búsqueda bibliográfica de tesis, tesina y artículo de investigación.

Tesis/Tesina/ Artículo de investigación	Título	Autor	Objetivo
Artículo de investigación	Prevalence and factor associated with supportive care needs among newly diagnosed Mexican breast cancer patients.	Pérez-Fortis, A. et al. (2017)	Evaluar los niveles de necesidades de cuidado en pacientes recién diagnosticados con cáncer de mama en México. E identificar características sociodemográficas y clínicas, así como, síntomas psicológicos (ansiedad y depresión) asociados con el apoyo de necesidades en pacientes.
Artículo de investigación	Incidence of depression and anxiety among women newly diagnosed with breast or genital organ cancer in Germany.	Jacob, L., Kalder, M., Kostev, K. (2017)	Analizar incidencia de depresión y ansiedad entre mujeres de recién diagnóstico con cáncer de mama o genital en Alemania.

Artículo de investigación	Predicting general and cancer-related distress in women with newly diagnosed	Gibbons, A., Groarke, A., Sweeney, K. (2016)	Relación entre ansiedad y depresión en el momento de detección de cáncer de mama.
Artículo de investigación	Does rapid genetic counseling and testing in newly diagnosed breast cancer patients cause additional psychosocial distress? Results from a randomized clinical trial	Wevers, M. et al. (2016)	Evaluar impacto psicosocial, calidad de vida, ansiedad y depresión de asesoría y pruebas genéticas rápidas en mujeres con recién diagnóstico de cáncer de mama.
Artículo de investigación	Detetminants of quality of life for breast cancer patients in Shanghai, China.	Yan, B., et al. (2016)	Evaluar la asociación de apoyo social, seguro médico y factores clínicos con la calidad de vida de mujeres con cáncer en China.
Artículo de investigación	Emotional supression and depressive symptoms in women newly	Li, L. et al. (2015)	Investigar la incidencia de síntomas depresivos en mujeres recién diagnosticadas con cáncer de mama temprano en China y

	diagnosed with early breast cancer		examinar las relaciones entre la supresión emocional y los síntomas depresivos en esta población.
Artículo de investigación	Social support and health-related quality of life in women breast cancer: a longitudinal study.	Leung, J., Pachana, N., McLaughlin, D. (2014)	Identificar las relaciones longitudinales entre diagnóstico de cáncer de mama, apoyo social y calidad de vida relacionada con salud.
Artículo de investigación	Quality of life in Malay and Chinese women newly diagnosed with breast cancer in Kelantan, Malaysia.	Yusuf, A., Ahmad, Z., Keng, S. (2013)	Examinar la calidad de vida en mujeres malayas y chinas recién diagnosticadas con cáncer de mama.
Tesis	Calidad de vida y redes de apoyo en mujeres con cáncer de mama de la UMF #21 en 2013	Reyes, I. (2014)	Determinar la calidad de vida y el apoyo social de mujeres con cáncer de mama.
Tesis	Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con	Mirosalava, K. (2016)	Conocer la frecuencia de alteraciones emocionales en pacientes mexicanas con

	sospecha diagnóstica de cáncer de mama.		sospecha de cáncer de mama, particularmente ansiedad y depresión, con el fin de establecer estrategias de acción para el futuro.
Tesis	Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: Depresión y ansiedad.	Galindo, O. (2010)	Identificar estilos de afrontamiento activos-positivos ante el cáncer de mama, que presentan una mejor adaptación al proceso oncológico, permitirán intervenir a pacientes cuyas características de afrontamiento estén en riesgo de padecer sintomatología ansiosa y depresiva.
Tesis	Depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología	Rodríguez, V. (1999)	Denotar que el psicólogo resalta y profundiza la importancia y repercusión de los aspectos emocionales en los pacientes, la evolución de su proceso neoplásico y las diferentes técnicas psicológicas que pueden ser adaptadas para ellos.

Como se puede observar, la investigación es relacionada al respecto de los tópicos: ansiedad, depresión y calidad de vida, en relación con el cáncer de mama, son muy pocos. Por lo planteado anteriormente, se considera importante realizar investigación al respecto de los tópicos psicológicos relacionados con el cáncer de mama.

3.4. Objetivos Generales

- Evaluar calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio (dos semanas de inspección) de Cáncer de mama.

3.5. Objetivos específicos

- Realizar una investigación bibliográfica con respecto a Cáncer de mama en mujeres con sospecha de diagnóstico confirmatorio.
- Realizar una investigación bibliográfica con respecto a ansiedad y depresión en mujeres con sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de mama.
- Realizar una investigación bibliográfica con respecto a calidad de vida en mujeres con sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de mama.
- Evaluar los niveles de ansiedad y depresión que presentan las pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de mama.
- Evaluar la calidad de vida que presentan las pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de mama.

3.6 Tipo de estudio

Para esta investigación el tipo de estudio con el que se trabajará es cuantitativo, estadístico, correlacional, con tres variables independientes y una dependiente.

3.6.1 Alcance del estudio

De diferencia. Se pretende buscar las diferencias entre las variables independientes: depresión, ansiedad y calidad de vida, con la variable dependiente, sospecha de diagnóstico de cáncer de mama. Para encontrar la relación existente entre las variables y la patología de investigación.

3.6.2 Corte de investigación.

Cuantitativo estadístico transversal.

3.6.3 Herramientas de recolección de datos.

- **Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS):** es un instrumento que considera dimensiones cognitivas y afectivas, que omite aspectos somáticos (insomnio, fatiga, pérdida del apetito, etc.) y así evita atribuirlos a la enfermedad. Es un instrumento con 12 reactivos que evalúa los constructos de ansiedad y depresión durante la estancia hospitalaria. La consistencia interna es de $\alpha = 0.86$ (Zigmond & Snaith, 1983; adaptado por Galindo et al, 2015) El instrumento tiene una validez concurrente adecuada, mediante asociaciones significativas con el BDI (Inventario de depresión de Beck) y el BAI (Inventario de ansiedad de Beck), que incluyen elementos somáticos, así como el distrés, que es un malestar emocional que interfiere con la habilidad para enfrentar el cáncer.

- **Módulo de cáncer de mama QLQ-BR23** (Sprangers et al., 1996): Este cuestionario puede ser utilizado en cualquier etapa de la enfermedad y en cualquier modalidad de tratamiento. Consiste en 23 preguntas, las cuales evalúan síntomas de la enfermedad, efectos secundarios de los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia), imagen corporal, funcionalidad sexual y perspectiva del futuro. El instrumento se divide en dos escalas: funcional y de síntomas. En su versión validada en población mexicana obtuvo una confiabilidad α .70 para las escalas de múltiples ítems, excepto para la escala cognitiva (.52) y de síntomas (.65). Por otra parte, obtuvo una validez de < 0.0001 (Cerezo et al., 2012).

3.6.4 Herramientas de análisis de datos

Software estadístico SPSS 21

3.7 Materiales a utilizar

Se utilizaron dos instrumentos para recolección de datos.

1) Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)



Servicio de Psicooncología INCA

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria – HADS – M –

Instrucciones: Este cuestionario se ha construido para ayudar al equipo de salud que le atiende para saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy.

- | | |
|--|---|
| 1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)
3 Todos los días
2 Muchas veces
1 A veces
0 Nunca | 2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
0 Como siempre
1 No tanto como antes
2 Solo un poco
3 Nunca |
| 3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder
3 La mayoría de las veces
2 Con bastante frecuencia
1 A veces, aunque no muy a menudo
0 Sólo en ocasiones | 4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas
0 Igual que siempre
1 A veces
2 Casi nunca
3 Nunca |
| 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones
3 La mayoría de las veces
2 Con bastante frecuencia
1 A veces, aunque no muy a menudo
0 Sólo en ocasiones | 6. Me siento alegre
0 Casi siempre
1 A veces
2 No muy a menudo
3 Nunca |
| 7. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago
0 Nunca
1 En ciertas ocasiones
2 Con bastante frecuencia
3 Muy a menudo | 8. He perdido el interés en mi aspecto personal
3 Totalmente
2 No me preocupo tanto como debiera
1 Podría tener un poco más de cuidado
0 Me preocupa igual que siempre |
| 9. Me siento inquieto(a), como si no pudiera parar de moverme
3 Mucho
2 Bastante
1 Poco
0 Nada | 10. Me siento optimista respecto al futuro
0 Igual que siempre
1 Menos de lo acostumbrado
2 Mucho menos de lo acostumbrado
3 Nada |
| 11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico
3 Siempre
2 Muy a menudo
1 No muy a menudo
0 Nunca | 12. Me divierto con un buen libro, el radio o un programa de televisión
0 A menudo
1 A veces
2 No muy a menudo
3 Rara vez |

Servicio de Psicooncología INCA



EORTC QLQ – BR23

Las pacientes dicen que en ocasiones tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor, indique hasta qué punto usted ha experimentado alguno de estos síntomas o problemas durante la última semana.

Durante la semana pasada:	Para nada	Un Bastante poco	Bastante	Mucho
31. ¿Ha tenido la boca seca?	1	2	3	4
32. ¿Sintió la comida y la bebida con sabor diferente a lo normal?	1	2	3	4
33. ¿Tuvo los ojos irritados, llorosos o con dolor?	1	2	3	4
34. ¿Tuvo algo de pérdida de cabello?	1	2	3	4
35. Conteste esta pregunta solo si se ha tenido pérdida de cabello: Si es así, ¿Estuvo preocupada por la caída de cabello?	1	2	3	4
36. ¿Se sintió enferma o con malestar?	1	2	3	4
37. ¿Tuvo bochornos?	1	2	3	4
38. ¿Tuvo dolor de cabeza?	1	2	3	4
39. ¿Se ha sentido menos atractiva desde el punto de vista físico como resultado de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
40. ¿Se ha sentido menos femenina como resultado de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
41. ¿Le resultó difícil verse sin ropa?	1	2	3	4
42. ¿Se ha sentido insatisfecha con su cuerpo?	1	2	3	4
43. ¿Ha estado preocupada sobre su salud en el futuro?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la siguiente página

Durante las últimas cuatro semanas:

	Para nada	Un poco	Bastante	Mucho
44. ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?	1	2	3	4
45. ¿Hasta qué punto tuvo vida sexual activa? (teniendo o no relaciones sexuales)	1	2	3	4
46. Conteste esta pregunta solamente si ha estado sexualmente activa: ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

	Para nada	Un poco	Bastante	Mucho
47. ¿Tuvo dolor en el brazo o en el hombro?	1	2	3	4
48. ¿Se le hinchó el brazo o la mano?	1	2	3	4
49. ¿Fue difícil levantar el brazo o moverlo hacia los lados?	1	2	3	4
50. ¿Ha tenido dolor en el área del pecho afectado?	1	2	3	4
51. ¿Estuvo hinchada el área del pecho afectado?	1	2	3	4
52. ¿Sintió que la zona del pecho afectado estaba más sensible que de costumbre?	1	2	3	4
53. ¿Ha tenido problemas de la piel en la zona del pecho afectado (por ejemplo, comezón, resequedad o descamación)?	1	2	3	4

3.8 Población

Instituto Nacional de Cancerología (INCan), Servicio de Tumores mamarios

3.8.1. Muestra

El tamaño de la muestra estará conformado por 37 pacientes femeninos, muestra paramétrica, no estratificada.

3.8.2. Técnica de muestreo

Asignación aleatoria simple accidental.

3.9 Procedimiento

La presente investigación y recolección de datos se realizó en el periodo de 2016-2017, durante la estancia de servicio social, bajo la supervisión de la Dra. Lizzette Gálvez en el Instituto Nacional de Cancerología, en el programa multidisciplinario de mujeres jóvenes con cáncer de mama, con clave: 2015-93/19-3692, dentro del área de Subdirección de Investigación Básica.

Donde se aplicaron los instrumentos: Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS) y el Cuestionario de Calidad de vida, Módulo de Cáncer de mama (QLQ-BR23), con la participación de 37 pacientes del Instituto Nacional de Cancerología en el área de Tumores mamarios, en el momento en que pasaban a la Unidad Funcional, donde son acompañadas por psicólogos, enfermeras y médicos oncólogos, por lo que la aplicación de los instrumentos fue antes del diagnóstico confirmatorio.

4 Notas éticas

De acuerdo a los artículos 118 y 124 del Código Ético del Psicólogo, en la aplicación de los instrumentos se les informó claramente a las participantes el fin de la investigación y el proceso del llenado de esta.

Apegándose al artículo 133 del Código ético del Psicólogo (2010) relacionado con la confidencialidad, se omitió el nombre de los participantes, con el fin de no ser identificados y por ende ser evidenciados.

A todos los participantes se les entregó un consentimiento informado en el que se menciona detalladamente las características del estudio y el propósito de éste. Teniendo en cuenta que en ningún momento están en riesgo y que toda la información proporcionada es confidencial.

**FORMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Lista de espera)**

Dolor post- quirúrgico en cáncer de mama: efecto del entrenamiento en relajación asistido con retroalimentación biológica.

Nombre corto: Entrenamiento en relajación en dolor post-quirúrgico en CaMa.

Investigadora Principal: Dra. Lizette Gálvez Hernández

Nombre de la institución: Instituto Nacional de Cancerología.

Dirección: Av. San Fernando 22, Sección XVI. Tlalpan, México, D.F. C.P. 14080

Teléfono: 5628-0400 ext. 34016 y 4423467009

Iniciales participante (Apellidos, Nombre)	
Número de participante	

JUSTIFICACIÓN:

La invitamos a que participe en un estudio de investigación en el Instituto Nacional de Cancerología. En esta carta de consentimiento informado se explican las razones por las que se planea realizar este estudio y cuál sería su papel si usted decide participar en el mismo. Después de revisar esta información con la persona responsable de este estudio, usted conocerá la información necesaria para tomar una decisión informada acerca de si decide o no participar en este estudio de investigación. El presente documento de consentimiento informado es parte del protocolo del estudio y ha sido aprobado por el Comité de Ética correspondiente.

Usted ha sido diagnosticada con cáncer de mama y próximamente está programada a un tratamiento quirúrgico dentro del área de Tumores Mamarios del Instituto Nacional de Cancerología. Por lo anterior, se le considera candidata a participar en el presente estudio.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El presente estudio tiene el propósito de *conocer cómo cambian las respuestas de su cuerpo* (en los músculos trapecios los cuales se encuentran en sus hombros; en las falanges distales de sus dedos índice y anular, es decir en la parte superior de lado de su palma; y en el dorso de su mano, abajo del dedo pulgar), la percepción de la intensidad del dolor debido a la cirugía, su concepto de calidad de vida y sus niveles de ansiedad y depresión. Para ello, se observarán las diferencias entre cómo se encontraba antes y después de la cirugía en estas actividades: a) resolver operaciones aritméticas en su mente, b) que se relaje como acostumbra, c) recordar y platicar cómo fue y qué sintió en el momento del

diagnóstico de cáncer, y *saber desde su punto de vista*: a) cuánto dolor percibe, b) cuál es su calidad de vida a lo largo de este proceso y c) cuáles son sus niveles de ansiedad y depresión. Se incluirá un total de 102 pacientes en el Instituto.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

Esto es, haremos una evaluación de la intensidad de dolor percibida, calidad de vida y niveles de ansiedad y depresión por medio de 3 cuestionarios. Además de una evaluación de las reacciones de su cuerpo donde se registrará las señales de sus músculos, temperatura de sus manos y sudoración.

Para la mejor comprensión de lo que Ud. tiene que hacer, le pondremos tres imágenes que resumen en qué consiste el proceso y lo que haremos. Se planea que la duración de todo sea de 7 sesiones (de aproximadamente 1 hora cada una).

Fig. 1 Evaluación de intensidad de dolor, calidad de vida, ansiedad y depresión.

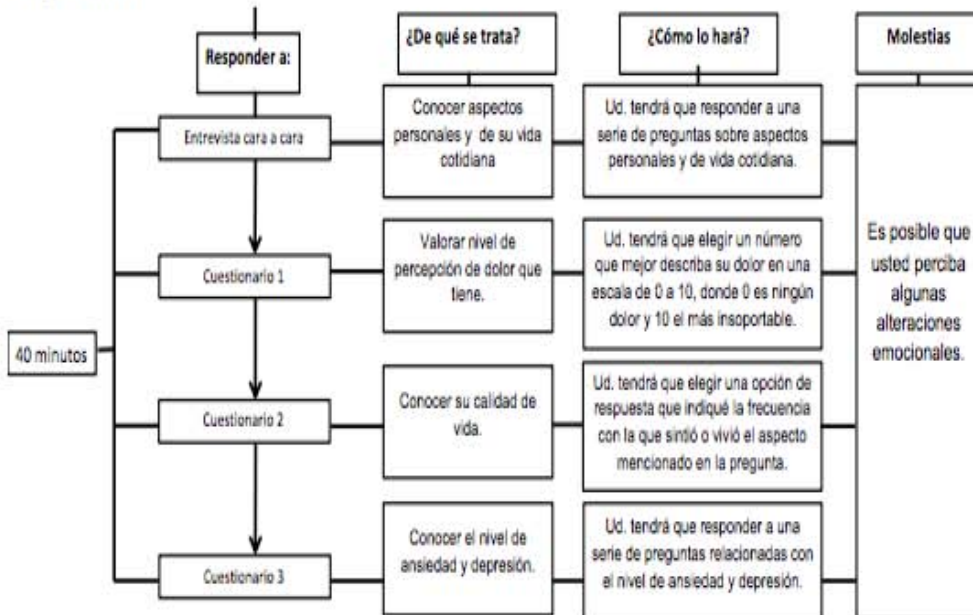


Fig. 1. Evaluación de intensidad de dolor percibido, calidad de vida, ansiedad y depresión que contempla a qué va a responder, de qué se trata, cómo lo hará, las posibles molestias y el tiempo de duración.

Fig.2 Evaluación psicofisiológica

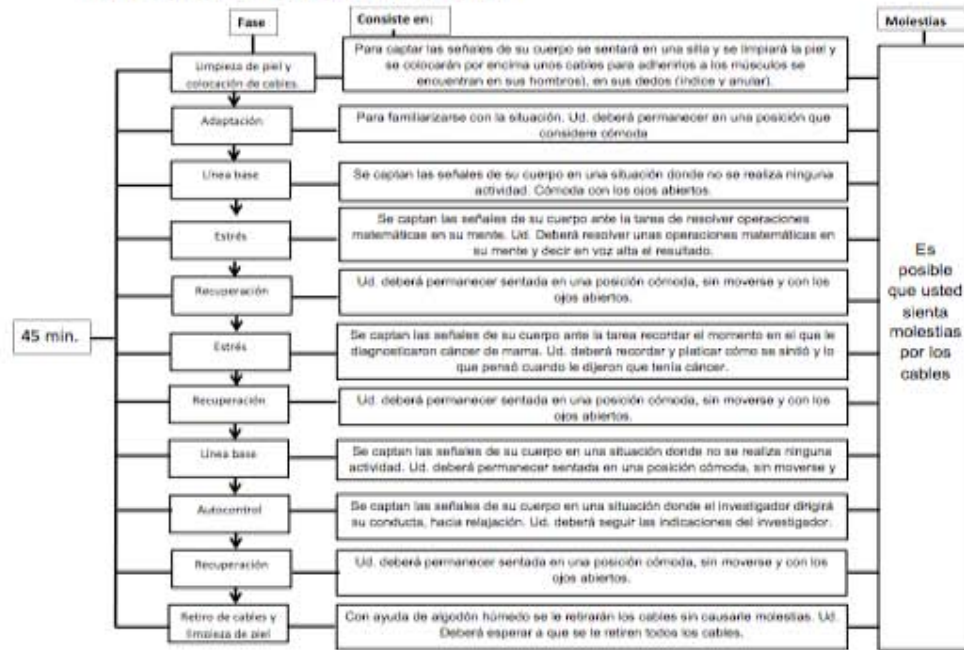


Fig. 2 Evaluación psicofisiológica contempla qué va a responder, en qué consiste, las posibles molestias y el tiempo de duración.

Estas evaluaciones son independientes de las que le realicé el personal médico o de enfermería.

Si usted acepta participar de forma voluntaria en el estudio, serían 3 encuentros (en un tiempo máximo de 50 minutos). Lo que usted tendría que hacer es:

Fig.3 Encuentros

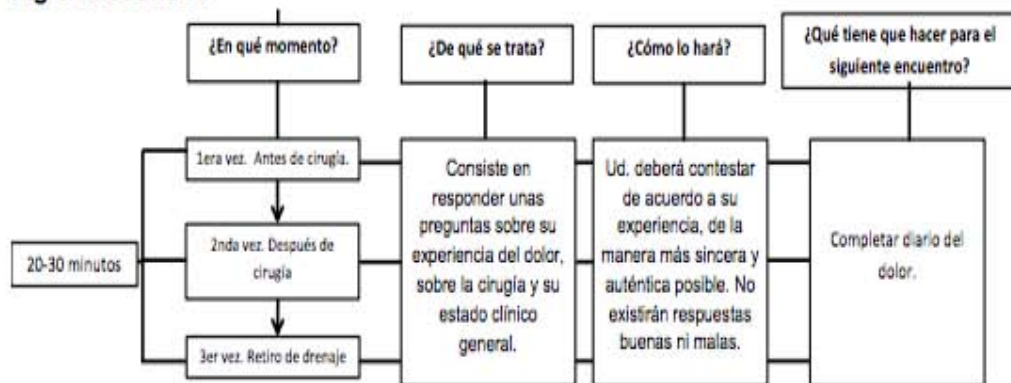


Fig. 3 Encuentros, contempla el número de sesiones, en qué momento se realizará, de qué se trata, cómo lo hará, qué tiene que hacer para el siguiente encuentro y el tiempo de duración.

Al finalizar los encuentros de seguimiento se volverá a aplicar la evaluación que se realizó antes de éstos.

RESPONSABILIDAD PARA EL PACIENTE:

Al aceptar participar en este estudio, usted no se compromete a terminarlo (evaluación y encuentros), podrá abandonarlo en el momento que usted lo desee, si es el caso favor de informar al investigador.

En total, Ud. tiene que proporcionar información personal y sobre su experiencia después de la cirugía. En dos ocasiones diferentes tendrá que: a) llenar 3 cuestionarios que evalúan diferentes aspectos de su vida (cómo percibe su calidad de vida, cuánto dolor percibe y que nivel de ansiedad y depresión tiene); y, b) participar en una evaluación fisiológica donde por medio de cables se captarán las señales de su cuerpo en sus hombros y manos ante tres tareas (una donde se le pide resolver operaciones aritméticas en la mente, otra en donde se relaje como acostumbra, y otra donde recuerde y comente el momento de su diagnóstico de cáncer), la cual no ocasiona ninguna incomodidad. También tendrá que participar en distintos encuentros de seguimiento clínico sobre su experiencia del dolor y de la cirugía de su mama, así como llenar diarios de dolor percibido durante el proceso. En total nos encontraremos durante 7 sesiones de 1 hora cada una, a lo largo de su proceso quirúrgico.

RIESGOS Y MOLESTIAS:

Para este tipo de estudios no existen riesgos. Es importante que sepa que aunque puede existir incomodidad por los cables, usted no sentirá ninguna sensación desagradable, además esta es una evaluación que se realiza en la superficie de su cuerpo (hombros y manos) y de ninguna manera lo dañará.

POSIBLES BENEFICIOS:

Los investigadores esperan encontrar información relevante para poder proponer otros estudios futuros que pudieran beneficiar al equipo de salud al brindarles mayor conocimiento e información actualizada; así como a Ud. para que eventualmente se apliquen intervenciones que ayuden a mejorar su calidad de vida. Sin embargo, existe la posibilidad de que usted no se beneficie de participar en este estudio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Su participación en este estudio clínico es completamente voluntaria, puede decidir participar en él o no. Si decide participar en el estudio, podrá retirar su información y/o participación cuando así lo desee. En cualquier caso, su decisión no afectará la atención ni los cuidados médicos a los que usted tiene derecho en este Instituto.

En el caso particular, de dar respuesta a los cuestionarios, Ud. tiene la opción de no responder a alguna de las preguntas por incomodidad personal.

PAGOS Y COMPENSACIONES:

No habrá compensación económica por su participación en el estudio.

CONFIDENCIALIDAD:

La información de sus datos personales y de su tratamiento es de carácter confidencial; no serán divulgados a terceros ajenos a la investigación, ni su identidad, ni los detalles personales de la historia clínica, salvo al investigador, auditor(es) u otra agencia reguladora que inspeccionarán y/o registrarán los resultados para asegurar la calidad y análisis de los datos, y para verificar los procedimientos y/o datos clínicos del ensayo sin violar la confidencialidad de sus datos, en México es la COFEPRIS y dentro del Instituto de Cancerología, el Comité de Ética en Investigación. En caso de cualquier duda sobre sus derechos puede dirigirse al Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Cancerología, Dra. Myrna Gloria Candelaria Hernández (Presidente del Comité de Ética) y/o Dra. Alejandra Monroy López (Secretaria del Comité de Ética), Tel 56-28-04-00, ext. 37015. Cualquier duda sobre aspectos particulares de su participación en el estudio (procedimientos, etc.) deberá consultarla con el investigador principal del estudio, Dra. Lizette Gálvez Hernández, al teléfono 56280400 ext. 34016 o al 4423467009.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____, declaro que he leído este formulario de consentimiento, cuyo contenido me fue explicado a mi entera satisfacción. Por lo que ejerciendo mi libre poder de elección y voluntad expresado por este medio, doy mi consentimiento para ser incluido como paciente en el **Protocolo: Dolor post-quirúrgico en cáncer de mama: efecto del entrenamiento en relajación asistido con retroalimentación biológica.**

Por favor firmar y escribir con tinta negra

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA
(DD/MMM/AAAA)

NOMBRE COMPLETO DEL PARTICIPANTE _____

TESTIGO DEL CONSENTIMIENTO

He estado presente durante la explicación del estudio al que hace referencia el presente documento

FIRMA DEL TESTIGO 1 (DISTINTO DEL MÉDICO O EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)

FECHA
(DD/MMM/AAAA)

NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO 1 _____

PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE _____

DOMICILIO _____

TELÉFONO _____

FIRMA DEL TESTIGO 2 (DISTINTO DEL MÉDICO O EL INVESTIGADOR PRINCIPAL) FECHA
(DD/MMM/AAAA)

NOMBRE COMPLETO DEL TESTIGO 2 _____

PARENTESCO CON EL PARTICIPANTE _____

DOMICILIO _____

TELÉFONO _____

PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO

He conversado acerca de este estudio de investigación con la participante y/o con su representante autorizado, utilizando un lenguaje apropiado y entendible. He informado completamente a la participante acerca de la naturaleza de este estudio, así como de sus posibles beneficios y riesgos, y considero que la participante comprendió esta explicación.

FIRMA DE LA INVESTIGADOR PRINCIPAL O DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO FECHA
(DD/MMM/AAAA)

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Con una N total de 37 sujetos que representan el 100% de la muestra y teniendo en consideración el grado de error para esta investigación igual 0.05 para aceptar la Hipótesis de trabajo.

4.1 Análisis de datos para la escala de ansiedad y depresión. (HADS)

Tabla 1

4.1.1. Alfa de Cronbach para la escala ansiedad y depresión.

Se obtiene un coeficiente de confiabilidad de .839 lo cual indica que la prueba es confiable y puede ser aplicada.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.839	12

Tabla 2

4.1.2. Prueba T ansiedad y depresión

Se realiza la prueba estadística T de Student para una muestra, en la cual se analizan los constructos Depresión y Ansiedad.

Prueba para una muestra						
	Valor de prueba = 0					
	t	Gl	Sig. (bilatera l)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
Me siento tenso(a) o nervioso (a)	9.390	36	.000	1.37838	1.0807	1.6761
Todavía disfruto con lo que antes me gustaba	5.625	36	.000	.81081	.5185	1.1031
Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder	5.321	36	.000	.83784	.5185	1.1572
Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas	5.150	36	.000	.51351	.3113	.7157
Tengo mi mente llena de preocupaciones	5.417	36	.000	.97297	.6087	1.3373
Me siento alegre	5.795	36	.000	.67568	.4392	.9121
Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago	5.380	36	.000	.78378	.4883	1.0792
He perdido el interés en mi aspecto personal	3.782	36	.001	.59459	.2758	.9134
Me siento inquieto (a) como si no pudiera parar de moverme	5.199	36	.000	.78378	.4780	1.0895
Me siento optimista respecto al futuro	4.553	36	.000	.70270	.3897	1.0157
Me asaltan sentimientos repentinos de pánico	5.625	36	.000	.81081	.5185	1.1031
Me divierto con un buen libro, el radio o un programa de televisión	3.852	36	.000	.48649	.2304	.7426

Por lo tanto, al obtener un grado de significancia inferior a 0.05 en los reactivos relacionados para Depresión y Ansiedad, podemos aceptar la H1.

4.1.3. Frecuencias

Tabla 3

Frecuencias. Pregunta 1. Me siento tenso (a) o nervioso (a).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	3	8.1	8.1	8.1
A veces	24	64.9	64.9	73.0
Válidos Muchas veces	3	8.1	8.1	81.1
Todos los días	7	18.9	18.9	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100% de los sujetos 27% reportó sentirse todos los días o muchas veces, tenso o nervioso antes del diagnóstico confirmatorio, lo cual indica: que comienzan a presentar alteraciones respecto a la ansiedad.



Gráfica 1.

Se puede observar que para la pregunta 1. El 27% de la población total reportó sentirse todos los días o muchas veces, tenso o nervioso antes del diagnóstico confirmatorio.

Tabla 4.

Frecuencias. Pregunta 2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Como siempre	18	48.6	48.6	48.6
No tanto como antes	8	21.6	21.6	70.3
Sólo un poco	11	29.7	29.7	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100% de los sujetos 29.7% reportó disfrutar sólo un poco lo que antes le gustaba antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante mencionar que el 21.6% reportó no disfrutar tanto como antes la sintomatología mencionada. Lo cual indica: que comienzan a presentar alteraciones respecto a la depresión.



Gráfica 2.

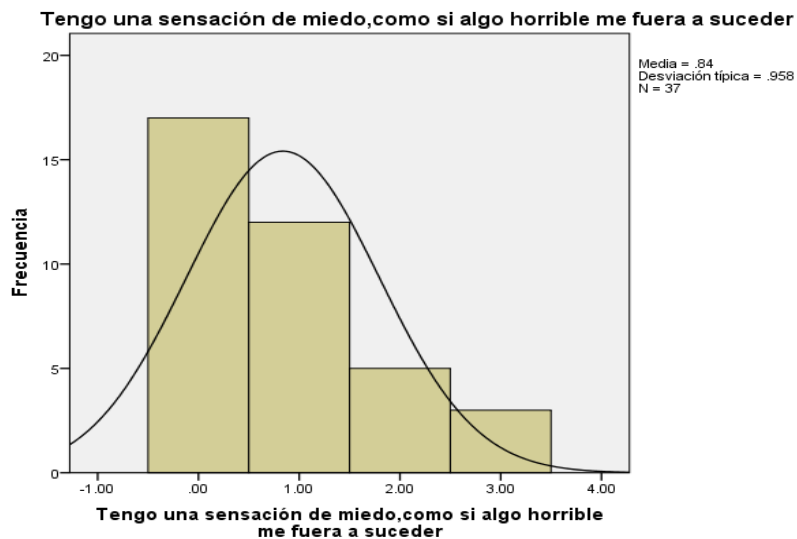
Se puede observar que para la pregunta 2. El 29.7% de la población total reportó disfrutar sólo un poco lo que antes le gustaba antes del diagnóstico confirmatorio.

Tabla 5.

Frecuencias. Pregunta 3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sólo en ocasiones	17	45.9	45.9	45.9
A veces, aunque no muy a menudo	12	32.4	32.4	78.4
Válidos Con bastante frecuencia	5	13.5	13.5	91.9
La mayoría de las veces	3	8.1	8.1	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100% de los sujetos 21.6% reportó tener la mayoría de las veces o con bastante frecuencia una sensación de miedo, como si algo horrible le fuera a suceder, antes del diagnóstico confirmatorio, lo cual indica: que comienzan a presentar alteraciones respecto a la ansiedad.



Gráfica 3.

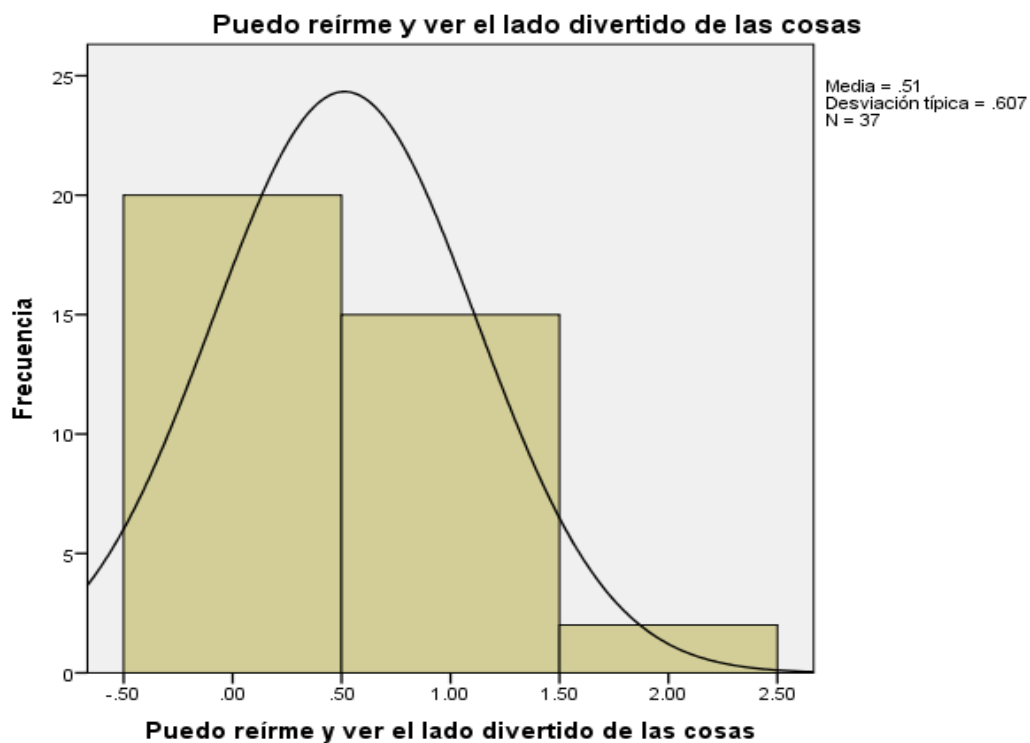
Se puede observar que para la pregunta 3. El 21.6% de la población total reportó tener una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder, antes del diagnóstico confirmatorio.

Tabla 6.

Frecuencias. Pregunta 4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Igual que siempre	20	54.1	54.1	54.1
Válidos A veces	15	40.5	40.5	94.6
Casi nunca	2	5.4	5.4	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100% de los sujetos 45.9% reportó que casi nunca o a veces puede reírse y ver el lado divertido de las cosas, antes del diagnóstico confirmatorio, lo cual indica: que comienzan a presentar alteraciones respecto a la depresión.



Gráfica 4.

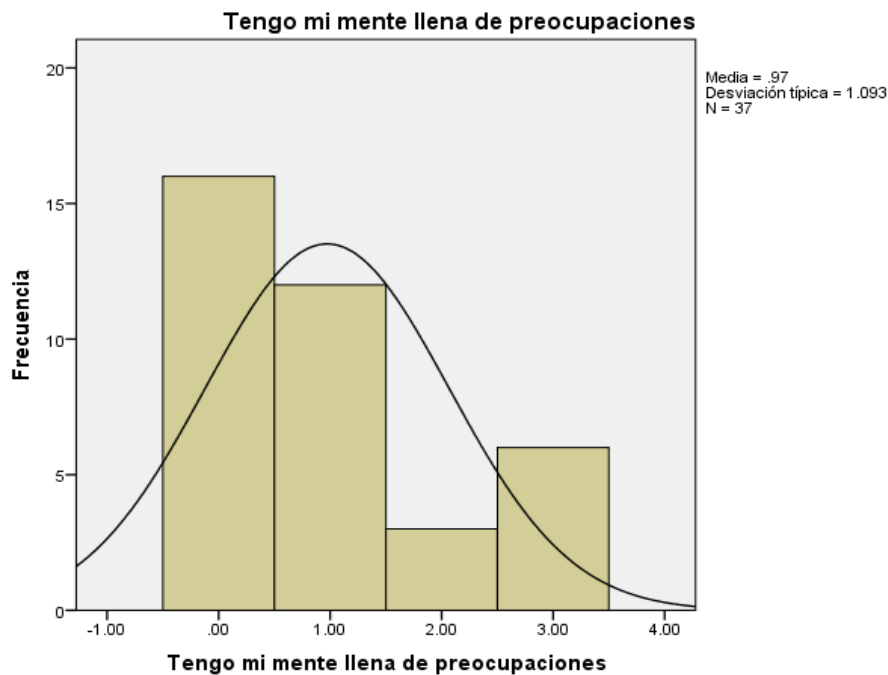
Se puede observar que para la pregunta 4. El 45.9% de la población total reportó que casi nunca o a veces puede reírse y ver el lado divertido de las cosas, antes del diagnóstico confirmatorio.

Tabla 7.

Frecuencias. Pregunta 5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sólo en ocasiones	16	43.2	43.2	43.2
A veces, aunque no muy a menudo	12	32.4	32.4	75.7
Válidos Con bastante frecuencia	3	8.1	8.1	83.8
La mayoría de las veces	6	16.2	16.2	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100% de los sujetos 24.3% reportó la mayoría de las veces o con bastante frecuencia, tener la mente llena de preocupaciones, antes del diagnóstico confirmatorio, lo cual indica: que comienzan a presentar alteraciones respecto a la ansiedad.



Gráfica 5.

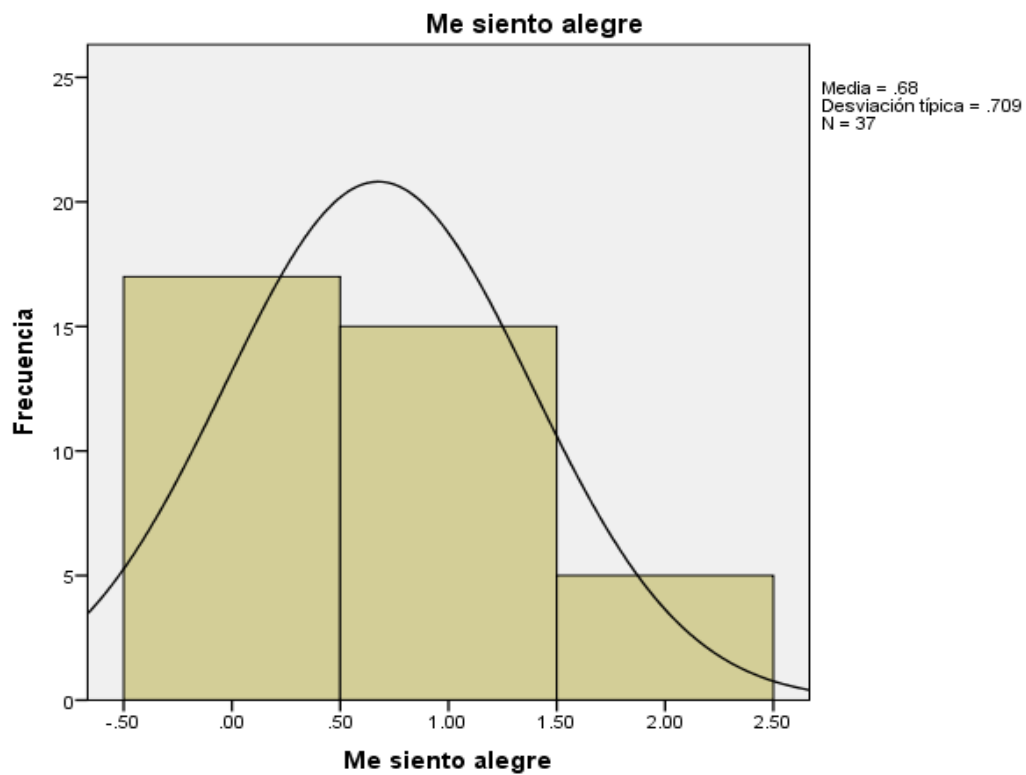
Se puede observar que para la pregunta 5. El 24.3% de la población total reportó la mayoría de las veces o con bastante frecuencia tener la mente llena de preocupaciones antes del diagnóstico confirmatorio.

Tabla 8.

Frecuencias. Pregunta 6. Me siento alegre.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casi siempre	17	45.9	45.9
	A veces	15	40.5	86.5
	No muy a menudo	5	13.5	100.0
	Total	37	100.0	100.0

Del 100% de los sujetos 54% reportó no muy a menudo o a veces sentirse alegre muy a menudo o a veces, antes del diagnóstico confirmatorio, lo cual indica: que comienzan a presentar alteraciones respecto a la depresión.



Gráfica 6.

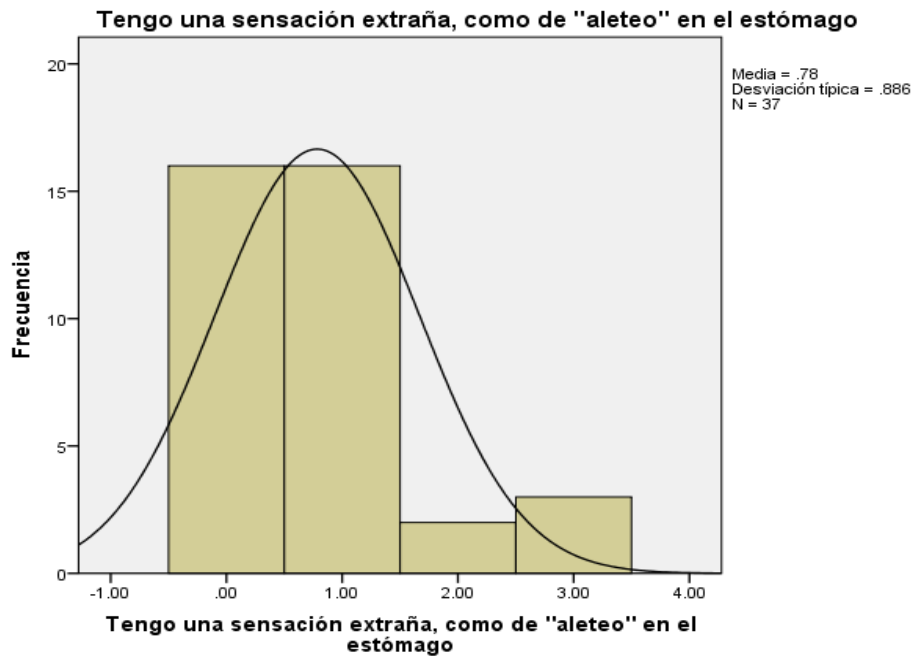
Se puede observar que para la pregunta 6. El 54% de la población total reportó no muy a menudo o a veces sentirse alegre muy a menudo o a veces, antes del diagnóstico confirmatorio.

Tabla 9.

Frecuencias. Pregunta 7. Tengo una sensación extraña, como de “aleteo” en el estómago.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	16	43.2	43.2	43.2
En ciertas ocasiones	16	43.2	43.2	86.5
Válidos Con bastante frecuencia	2	5.4	5.4	91.9
Muy a menudo	3	8.1	8.1	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100% de los sujetos 13.5% reportó muy a menudo o con bastante frecuencia tener una sensación extraña como de “aleteo” en el estómago, antes del diagnóstico confirmatorio, lo cual indica: que comienzan a presentar alteraciones respecto a la ansiedad.



Gráfica 7.

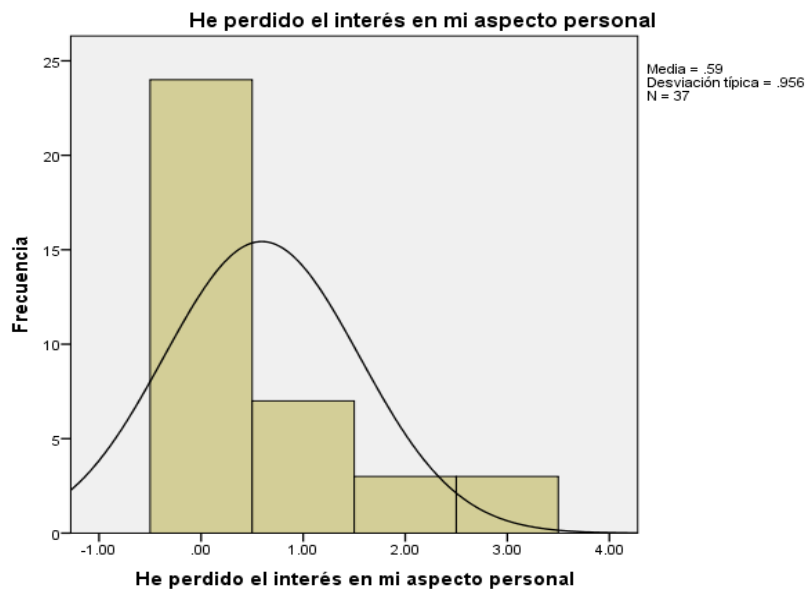
Se puede observar que para la pregunta 7. El 13.5% de la población total reportó muy a menudo o con bastante frecuencia tener una sensación extraña como de “aleteo” en el estómago, antes del diagnóstico confirmatorio.

Tabla 10.

Frecuencias. Pregunta 8. He perdido el interés en mi aspecto personal.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Me preocupa igual que siempre	24	64.9	64.9
	Podría tener un poco más de cuidado	7	18.9	83.8
	No me preocupo tanto como debería	3	8.1	91.9
	Totalmente	3	8.1	100.0
	Total	37	100.0	100.0

Del 100% de los sujetos 35.1 % reportó totalmente, no tanto como debería o podría tener más interés en su aspecto personal, antes del diagnóstico confirmatorio, lo cual indica: que comienzan a presentar alteraciones respecto a la depresión.



Gráfica 8.

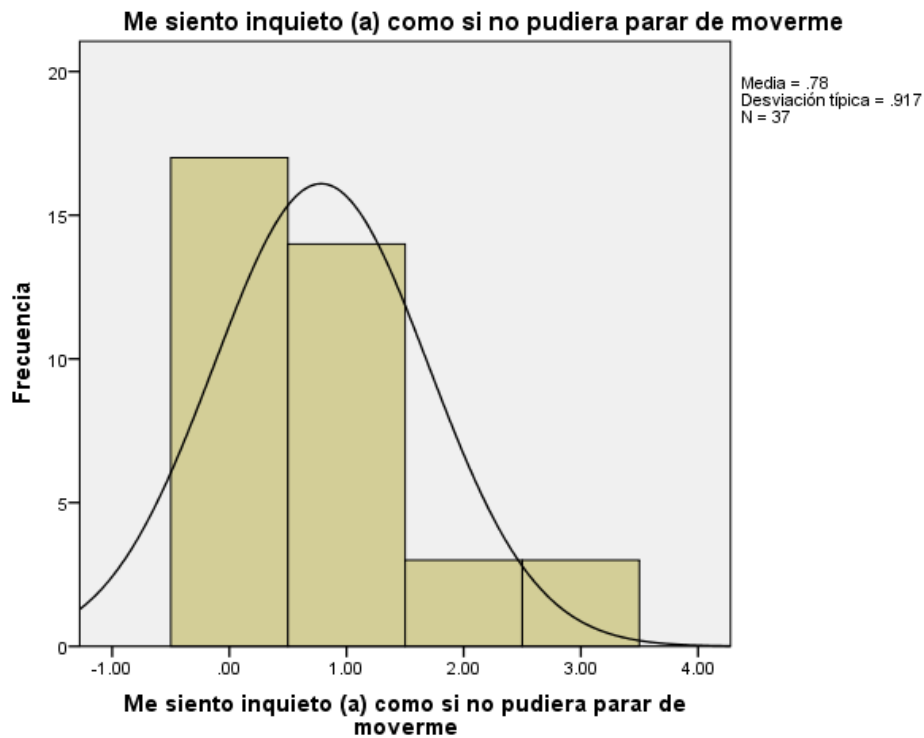
Se puede observar que para la pregunta 8. El 35.1% de la población total reportó totalmente, no tanto como debería o podría tener más interés en su aspecto personal, antes del diagnóstico confirmatorio.

Tabla 11.

Frecuencias. Pregunta 9. Me siento inquieto (a) como si no pudiera parar de moverme.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	17	45.9	45.9	45.9
Poco	14	37.8	37.8	83.8
Válidos Bastante	3	8.1	8.1	91.9
Mucho	3	8.1	8.1	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100% de los sujetos 16.2% reportó sentirse muy o bastante inquieta como si no pudiera parar de moverse, antes del diagnóstico confirmatorio, lo cual indica: que comienzan a presentar alteraciones respecto a la ansiedad.



Gráfica 9.

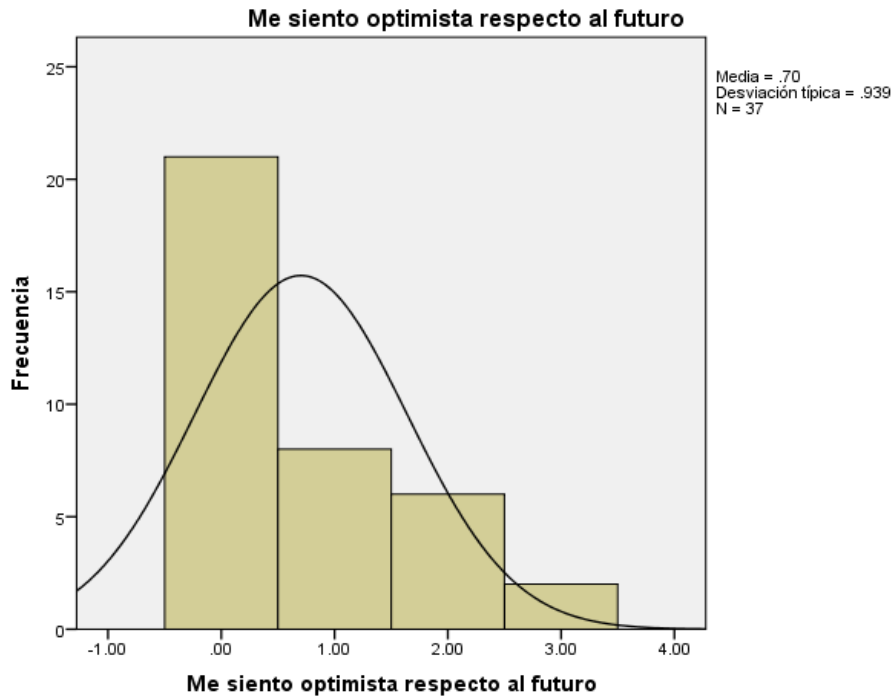
Se puede observar que para la pregunta 9. El 16.2% de la población total reportó sentirse muy o bastante inquieta como su no pudiera parar de moverse, antes del diagnóstico.

Tabla 12.

Frecuencias. Pregunta 10. Me siento optimista respecto al futuro.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Igual que siempre	21	56.8	56.8	56.8
Menos de lo acostumbrado	8	21.6	21.6	78.4
Mucho menos de lo acostumbrado	6	16.2	16.2	94.6
Nada	2	5.4	5.4	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100% de los sujetos 21.6% reportó sentirse nada o mucho menos de lo acostumbrada, optimista con respecto al futuro, antes del diagnóstico confirmatorio, lo cual indica: que comienzan a presentar alteraciones respecto a la depresión.



Gráfica 10.

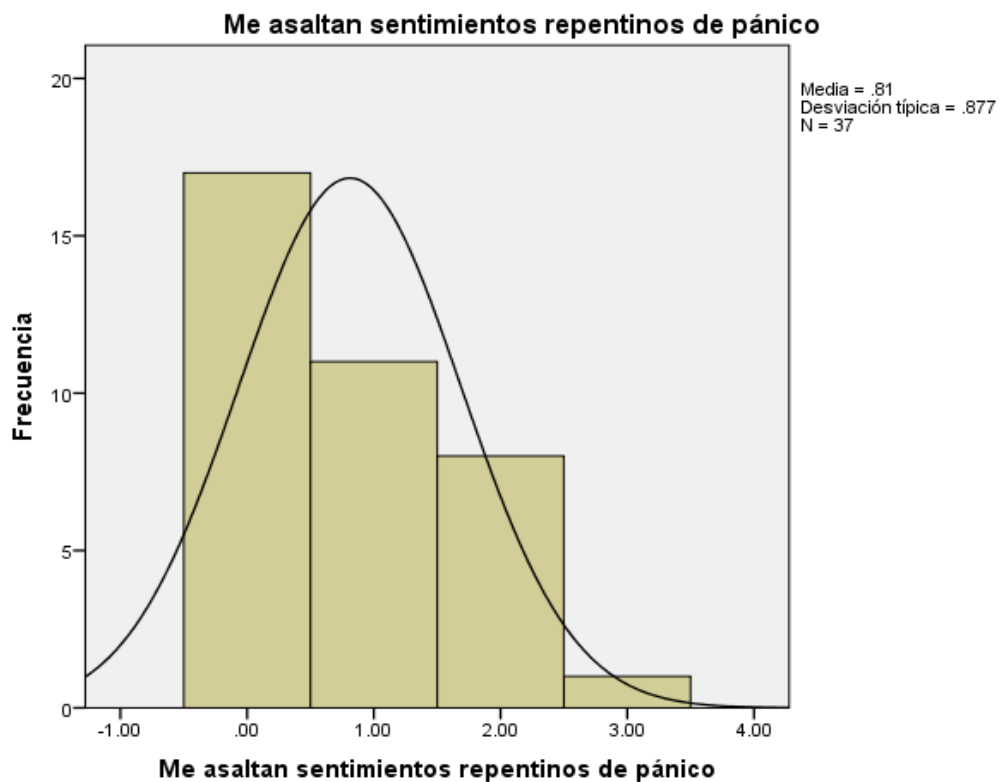
Se puede observar que para la pregunta 10. El 21.6% de la población total reportó sentirse nada o mucho menos de lo acostumbrada, optimista con respecto al futuro, antes del diagnóstico confirmatorio.

Tabla 13.

Frecuencias. Pregunta 11. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nunca	17	45.9	45.9	45.9
No muy a menudo	11	29.7	29.7	75.7
Válidos Muy a menudo	8	21.6	21.6	97.3
Siempre	1	2.7	2.7	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100% de los sujetos 24.3% reportó siempre o muy a menudo, tener sentimientos repentinos de pánico, antes del diagnóstico confirmatorio, lo cual indica: que comienzan a presentar alteraciones respecto a la ansiedad.



Gráfica 11.

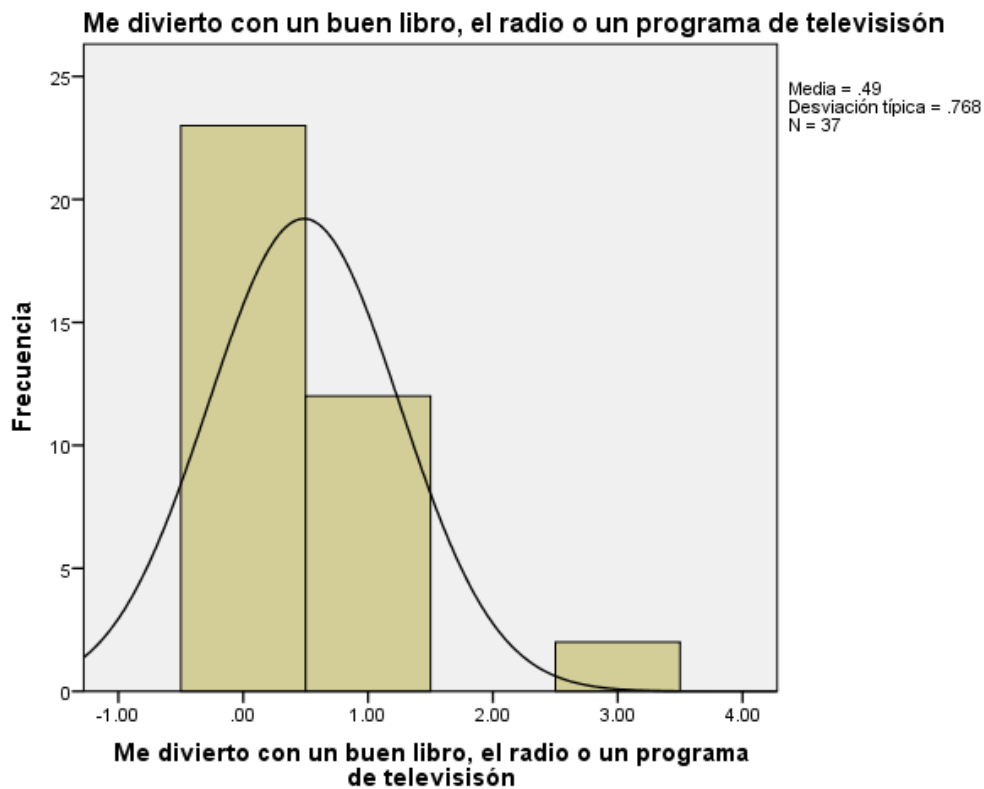
Se puede observar que para la pregunta 11. El 24.3% de la población total reportó siempre o muy a menudo, tener sentimientos repentinos de pánico, antes del diagnóstico confirmatorio.

Tabla 14.

Frecuencias. Pregunta 12. Me divierto con un buen libro, el radio o un programa de televisión.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
A menudo	23	62.2	62.2	62.2
A veces	12	32.4	32.4	94.6
Rara vez	2	5.4	5.4	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100% de los sujetos 37.8% reportó rara vez o a veces divertirse con un buen libro, el radio o un programa de televisión, antes del diagnóstico confirmatorio, lo cual indica: que comienzan a presentar alteraciones respecto a la depresión.



Gráfica 12.

Se puede observar que para la pregunta 12. El 37.8% de la población total reportó rara vez o a veces, divertirse con un buen libro, el radio o un programa de televisión, antes del diagnóstico confirmatorio.

4.2. Análisis de resultados para la escala de calidad de vida QLQ-BR23

Con una N total de 37 sujetos que representan el 100% de la muestra y teniendo en consideración el grado de error para esta investigación igual 0.05 para aceptar la Hipótesis de trabajo.

4.2.1. Alfa de Cronbach.

Se obtiene un coeficiente de confiabilidad de .808 lo cual indica que la prueba es confiable y puede ser aplicada.

Tabla 15

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.808	23

4.2.2. Prueba T Calidad de vida

Se realiza la prueba estadística T de Student para una muestra, en la cual se analiza el constructo Calidad de vida.

	Valor de prueba = 0					
	T	gl	Sig. (bilatera l)	Diferencia de medias	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
					Inferior	Superior
¿Ha tenido la boca seca?	12.757	36	.000	1.70270	1.4320	1.9734
¿Sintió la comida y la bebida con sabor diferente a lo normal?	11.215	36	.000	1.40541	1.1512	1.6596
¿Tuvo los ojos irritados, llorosos o con dolor?	10.714	36	.000	1.40541	1.1394	1.6714
¿Tuvo algo de pérdida de cabello?	11.938	36	.000	1.29730	1.0769	1.5177
¿Estuvo preocupada por caída de cabello?	11.752	36	.000	1.16216	.9616	1.3627
¿Se sintió enferma o con malestar?.	10.407	36	.000	1.54054	1.2403	1.8408
¿Tuvo bochornos?	10.439	36	.000	1.43243	1.1541	1.7107
¿Tuvo dolor de cabeza?	11.743	36	.000	1.81081	1.4981	2.1236
¿Se ha sentido menos atractiva desde el punto de vista físico como resultado de su enfermedad o tratamiento?	11.571	36	.000	1.45946	1.2037	1.7153
¿Se ha sentido menos femenina como resultado de su enfermedad o tratamiento?	12.043	36	.000	1.32432	1.1013	1.5474
¿Le resultó difícil verse sin ropa?	10.798	36	.000	1.48649	1.2073	1.7657

¿Se ha sentido insatisfecha con su cuerpo?	11.488	36	.000	1.35135	1.1128	1.5899
¿Ha estado preocupada sobre su salud en el futuro?	16.072	36	.000	2.86486	2.5033	3.2264
¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?	17.386	36	.000	1.24324	1.0982	1.3883
¿Hasta qué punto tuvo vida sexual activa?	15.204	36	.000	1.27027	1.1008	1.4397
¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	11.792	36	.000	1.40541	1.1637	1.6471
¿Tuvo dolor en el brazo o en el hombro?	10.940	36	.000	1.72973	1.4091	2.0504
¿Se le hinchó el brazo o la mano?	12.893	36	.000	1.13514	.9566	1.3137
¿Fue difícil levantar el brazo o moverlo hacia los lados?	10.583	36	.000	1.51351	1.2235	1.8036
¿Ha tenido dolor en el área del pecho afectado?	14.405	36	.000	1.86486	1.6023	2.1274
¿Estuvo hinchada el área del pecho afectado?	11.551	36	.000	1.75676	1.4483	2.0652
¿Sintió que la zona del pecho afectado estaba más sensible que de costumbre?	11.534	36	.000	1.97297	1.6261	2.3199
¿Ha tenido problemas de la piel en la zona del pecho afectado?	11.203	36	.000	1.54054	1.2616	1.8194

Por lo tanto, al obtener un grado de significancia inferior a 0.05 en los reactivos relacionados para Calidad de Vida, podemos aceptar la H1.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas entre la sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama y calidad de vida.

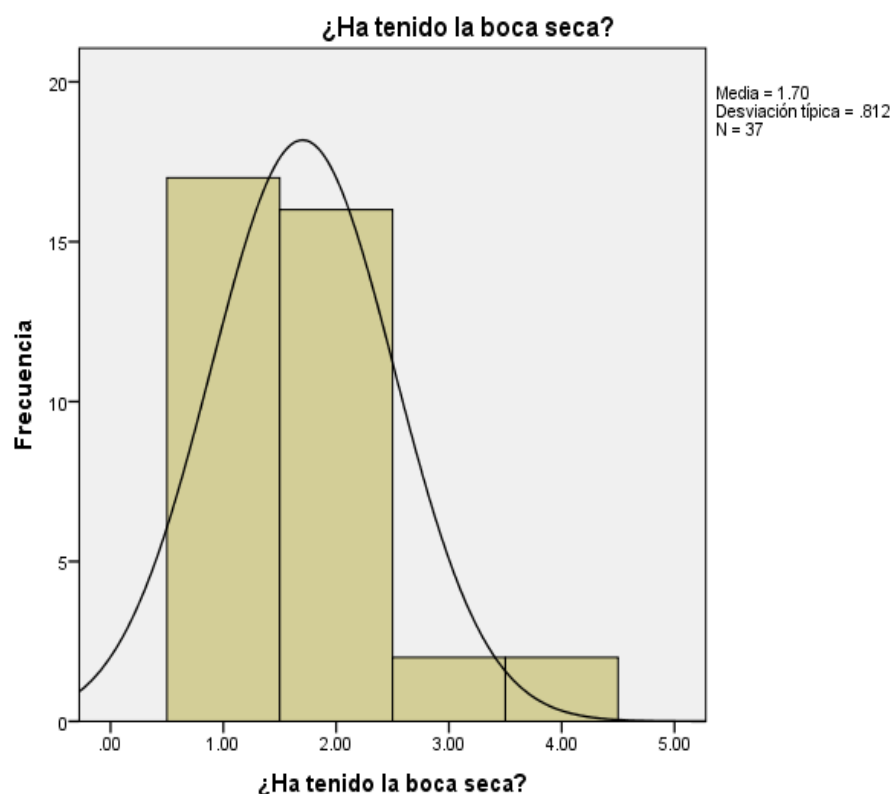
4.2.3. Frecuencias

Tabla 16.

Frecuencias. Pregunta 1. ¿Ha tenido la boca seca?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	17	45.9	45.9	45.9
Un poco	16	43.2	43.2	89.2
Válidos Bastante	2	5.4	5.4	94.6
Mucho	2	5.4	5.4	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100% de los sujetos 10.8% reportó tener mucho o bastante, la boca seca, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 43.2% reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 13.

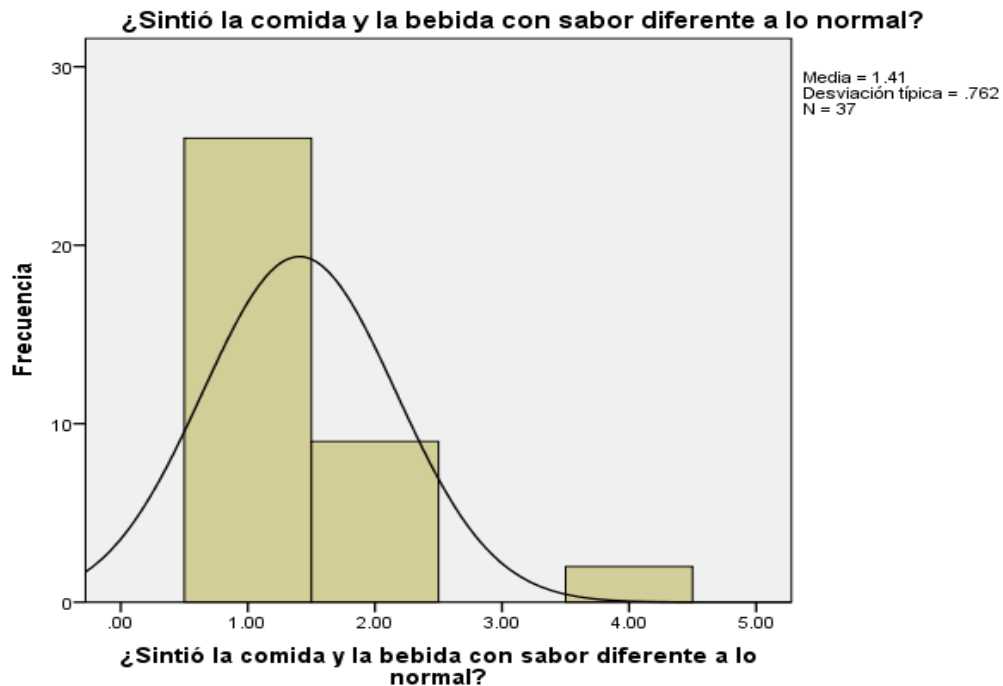
Se puede observar que para la pregunta 1. El 10.8% de la población total reportó tener mucho o bastante, la boca seca, antes del diagnóstico confirmatorio.

Tabla 17.

Frecuencias. Pregunta 2. ¿Sintió la comida y la bebida con sabor diferente a lo normal?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Para nada	26	70.3	70.3
	Un poco	9	24.3	94.6
	Mucho	2	5.4	100.0
	Total	37	100.0	100.0

Del 100% de los sujetos 5.4% reportó sentir mucho, que la comida y la bebida tenían un sabor diferente a lo normal, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 24.3% reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 14.

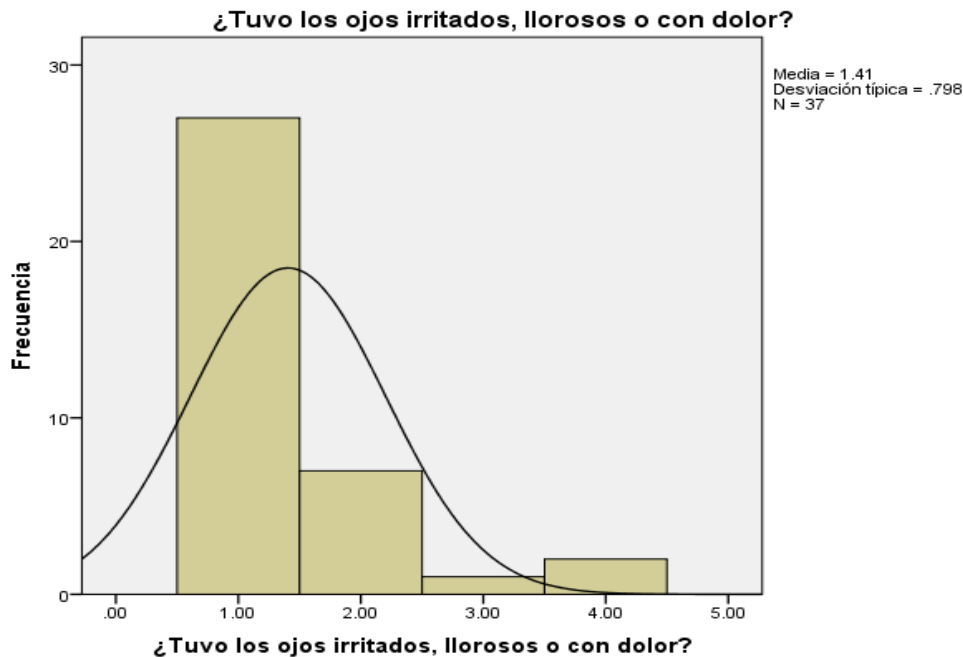
Se puede observar que para la pregunta 2. El 5.4% de la población total reportó sentir mucho que la comida y la bebida tenían un sabor diferente a lo normal, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 24.3% reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 18.

Frecuencias. Pregunta 3. ¿Tuvo los ojos irritados, llorosos o con dolor?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	27	73.0	73.0	73.0
Un poco	7	18.9	18.9	91.9
Bastante	1	2.7	2.7	94.6
Mucho	2	5.4	5.4	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100% de los sujetos 8.1% reportó sentir mucho o bastante, los ojos irritados, llorosos o con dolor, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 18.9% reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 15.

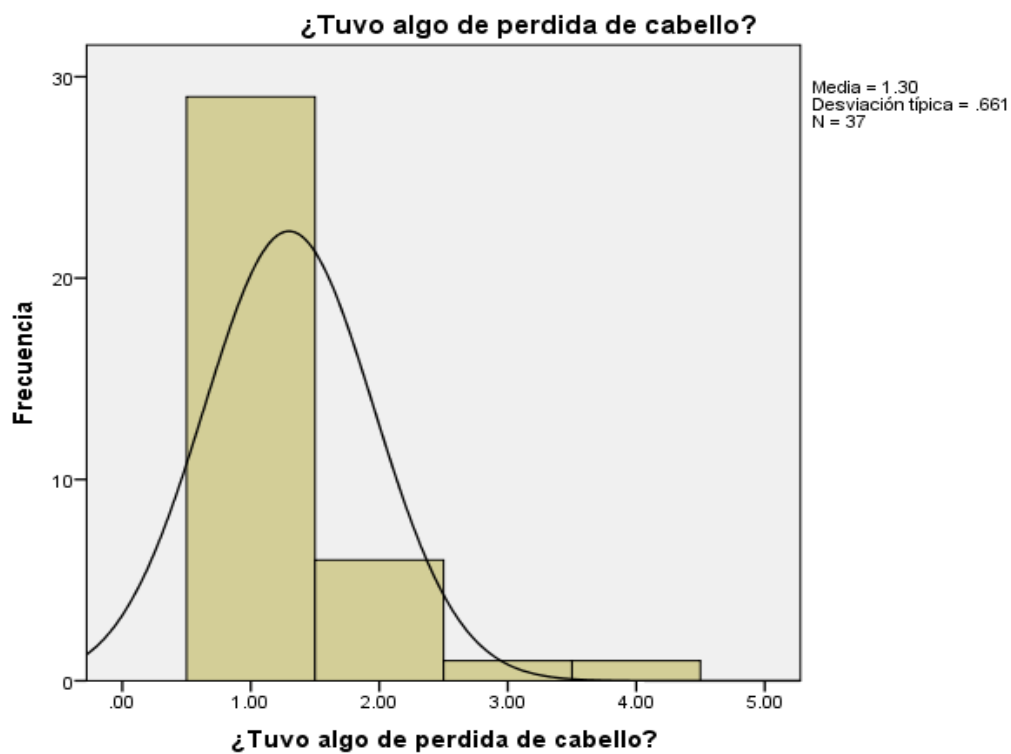
Se puede observar que para la pregunta 3. El 8.1% de la población total reportó sentir los ojos irritados, llorosos o con dolor, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 18.9% reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 19.

Frecuencias. Pregunta 4. ¿Tuvo algo de pérdida de cabello?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	29	78.4	78.4	78.4
Un poco	6	16.2	16.2	94.6
Válidos Bastante	1	2.7	2.7	97.3
Mucho	1	2.7	2.7	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100% de los sujetos 5.4% reportó sentir mucho o bastante, pérdida de cabello, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 16.2% reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 16.

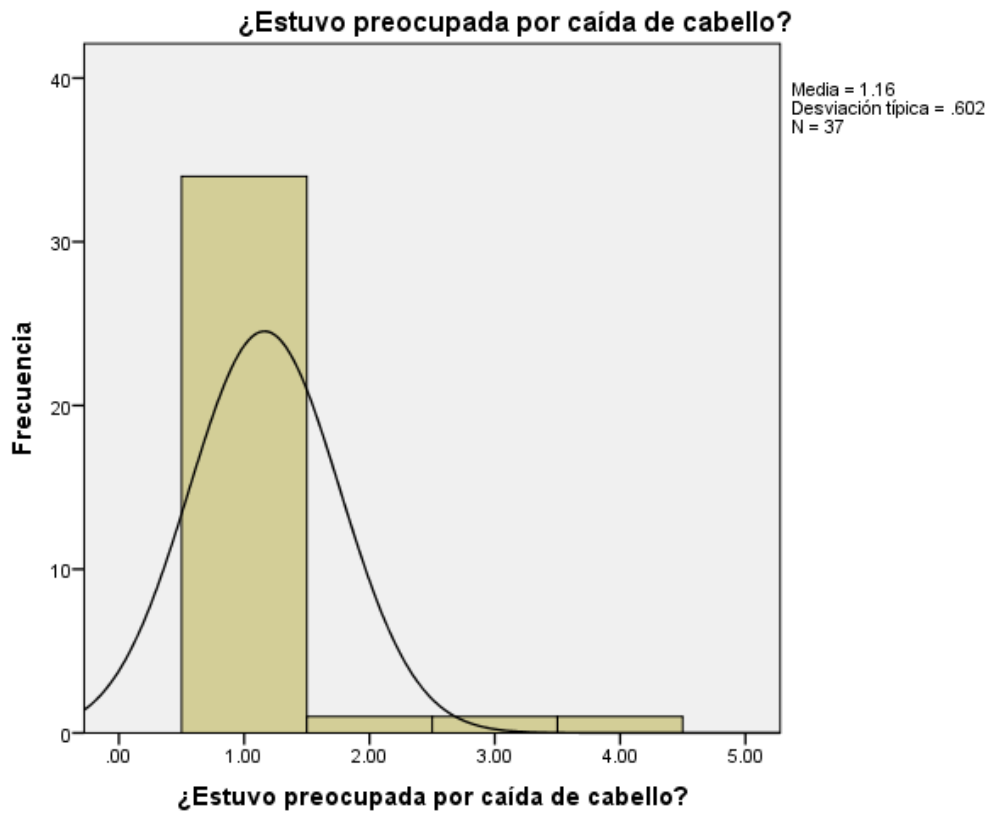
Se puede observar que para la pregunta 4. El 5.4% de la población total reportó sentir mucho o bastante pérdida de cabello, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 16.2% reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 20.

Frecuencias. Pregunta 5. ¿Estuvo preocupada por la caída de cabello?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	34	91.9	91.9	91.9
Un poco	1	2.7	2.7	94.6
Válidos Bastante	1	2.7	2.7	97.3
Mucho	1	2.7	2.7	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100% de los sujetos 5.4% reportó sentir mucho o bastante, pérdida de cabello, antes del diagnóstico confirmatorio.



Gráfica 17.

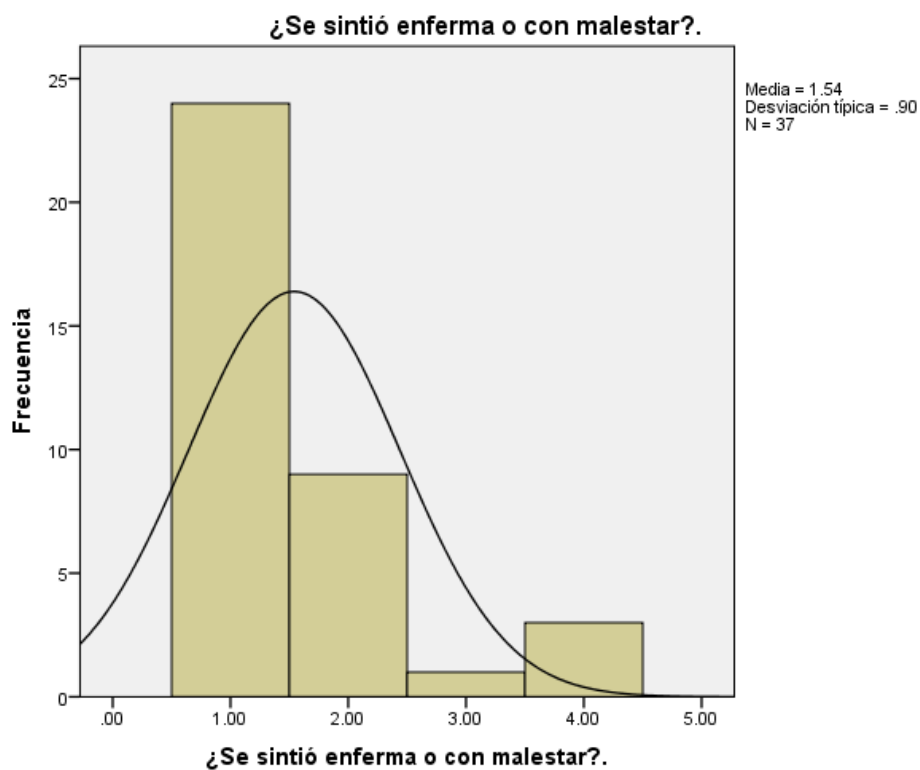
Se puede observar que para la pregunta 4. El 5.4% de la población total reportó sentir mucha o bastante preocupación por la caída de cabello, antes del diagnóstico confirmatorio.

Tabla 21.

Frecuencias. Pregunta 6. ¿Se sintió enferma o con malestar?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	24	64.9	64.9	64.9
Un poco	9	24.3	24.3	89.2
Válidos Bastante	1	2.7	2.7	91.9
Mucho	3	8.1	8.1	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 10.8% reportó sentirse muy o bastante enferma o con malestar, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 24.3 % reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 18.

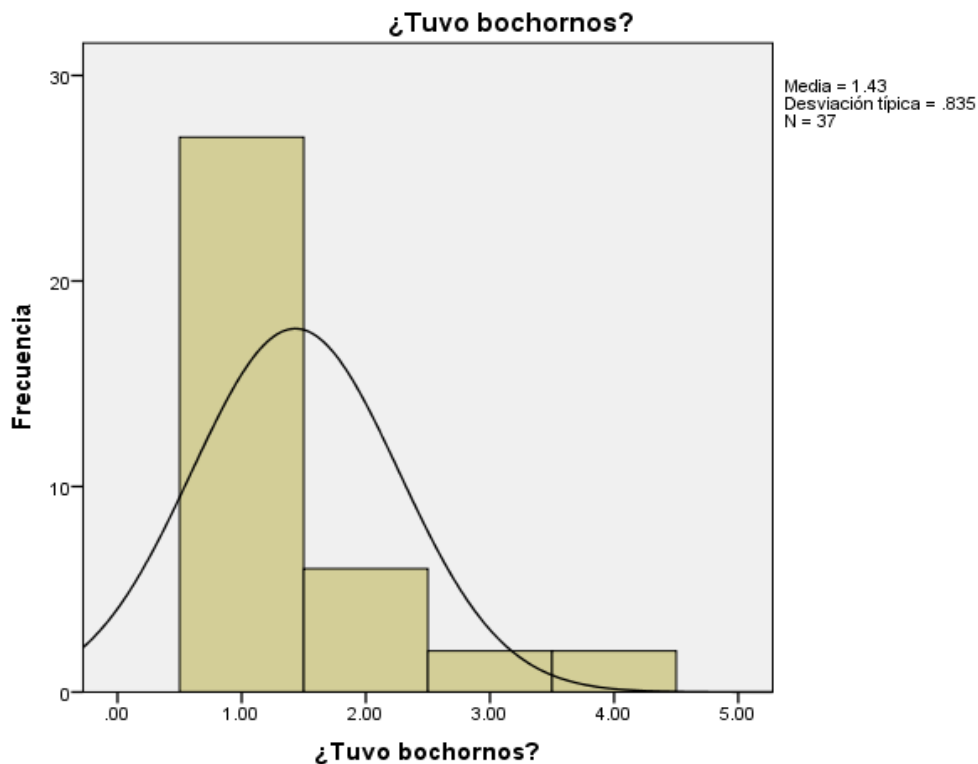
Se puede observar que para la pregunta 6. El 10.8% de la población total reportó sentirse muy o bastante enferma o con malestar, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 24.3% reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 22.

Frecuencias. Pregunta 7. ¿Tuvo bochorno?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	27	73.0	73.0	73.0
Un poco	6	16.2	16.2	89.2
Válidos Bastante	2	5.4	5.4	94.6
Mucho	2	5.4	5.4	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 10.8% reportó sentirse con mucho o bastante bochorno, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 16.2 % reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 19.

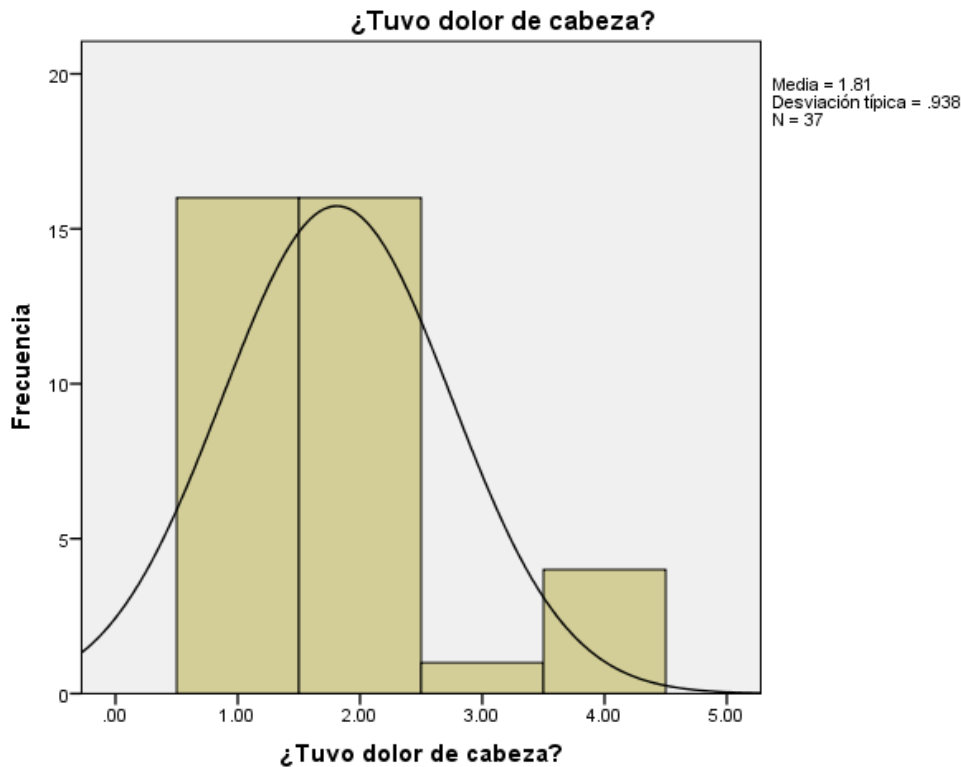
Se puede observar que para la pregunta 7. El 10.8% de la población total reportó sentirse con mucho o bastante bochorno, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 16.2% reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 23.

Frecuencias. Pregunta 8. ¿Tuvo dolor de cabeza?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	16	43.2	43.2	43.2
Un poco	16	43.2	43.2	86.5
Válidos Bastante	1	2.7	2.7	89.2
Mucho	4	10.8	10.8	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 13.5% reportó tener mucho o bastante dolor de cabeza, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 43.2% reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 20.

Se puede observar que para la pregunta 8. El 13.5% de la población total reportó tener mucho o bastante dolor de cabeza, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 43.2% reportó un poco la sintomatología mencionada.

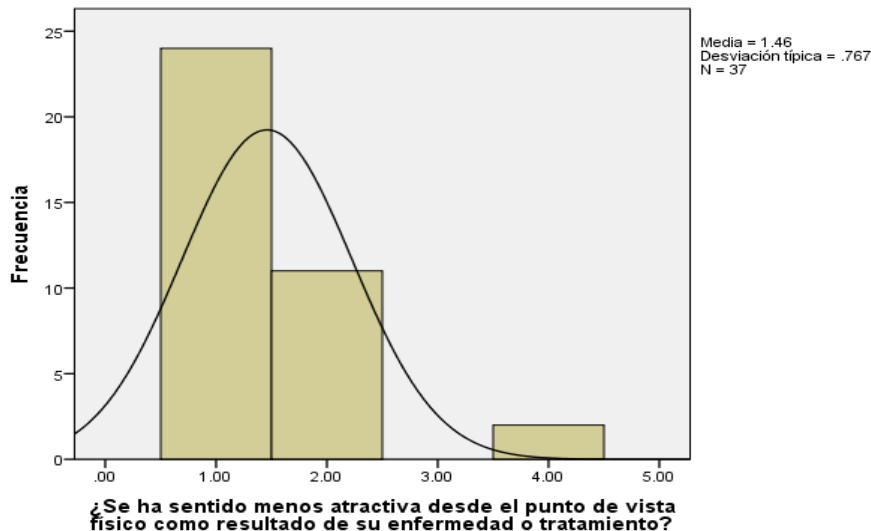
Tabla 24.

Frecuencias. Pregunta 9. ¿Se ha sentido menos atractiva desde el punto de vista físico como resultado de su enfermedad o tratamiento?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	24	64.9	64.9	64.9
Un poco	11	29.7	29.7	94.6
Mucho	2	5.4	5.4	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 5.4 % reportó sentirse mucho menos atractiva desde el punto de vista físico como resultado de su enfermedad o tratamiento, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 29.7 % reportó un poco la sintomatología mencionada.

¿Se ha sentido menos atractiva desde el punto de vista físico como resultado de su enfermedad o tratamiento?



Gráfica 21.

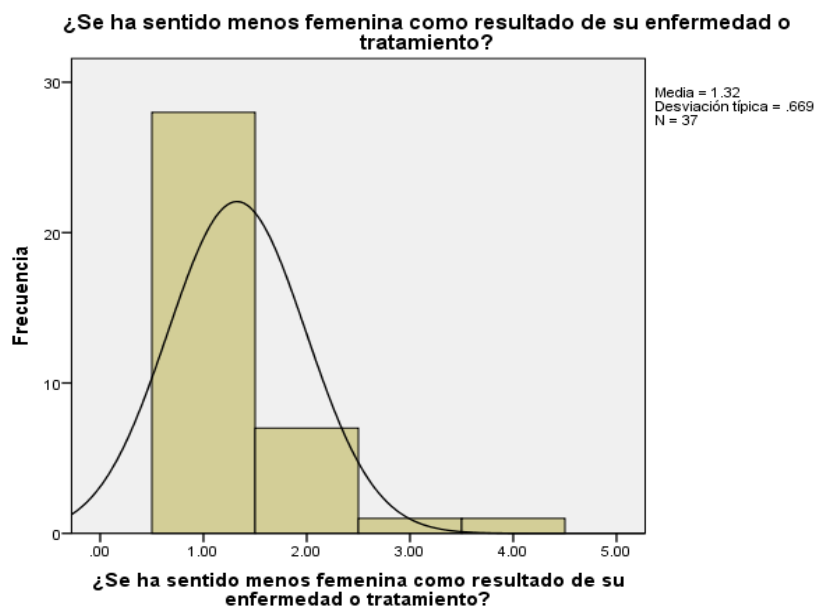
Se puede observar que para la pregunta 9. El 5.4 % de la población total reportó sentirse menos atractiva desde el punto de vista físico como resultado de su enfermedad o tratamiento, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 29.7 % reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 25.

Frecuencias. Pregunta 10. ¿Se ha sentido menos femenina como resultado de su enfermedad o tratamiento?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	28	75.7	75.7	75.7
Un poco	7	18.9	18.9	94.6
Válidos Bastante	1	2.7	2.7	97.3
Mucho	1	2.7	2.7	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 5.4 % reportó sentirse mucho o bastante menos femenina como resultado de su enfermedad o tratamiento, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 18.9% reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 22.

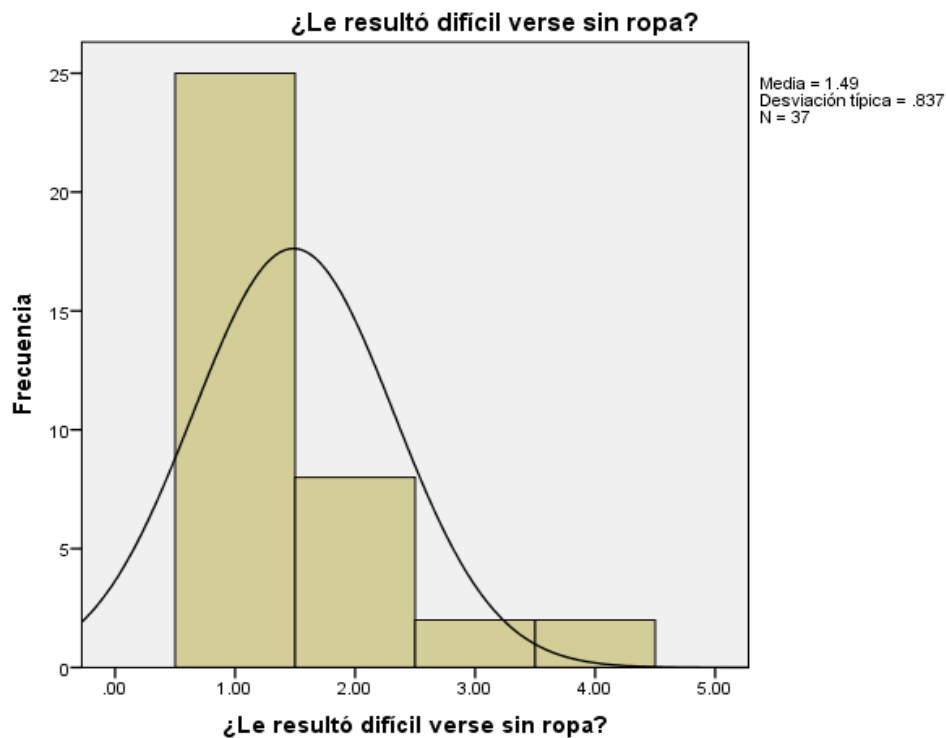
Se puede observar que para la pregunta 10. El 5.4 % de la población total reportó sentirse mucho o bastante menos femenina como resultado de su enfermedad o tratamiento, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 18.9 % reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 26.

Frecuencias. Pregunta 11. ¿Le resultó difícil verse sin ropa?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	25	67.6	67.6	67.6
Un poco	8	21.6	21.6	89.2
Válidos Bastante	2	5.4	5.4	94.6
Mucho	2	5.4	5.4	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 10.8 % reportó que le resultó muy o bastante difícil verse sin ropa, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 21.6 % reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 23.

Se puede observar que para la pregunta 11. El 10.8 % de la población total reportó que le resultó muy o bastante difícil verse sin ropa, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 21.6 % reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 27.

Frecuencias. Pregunta 12. ¿Se ha sentido insatisfecha con su cuerpo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	28	75.7	75.7	75.7
Un poco	6	16.2	16.2	91.9
Válidos Bastante	2	5.4	5.4	97.3
Mucho	1	2.7	2.7	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 8.1 % reportó sentirse muy o bastante insatisfecha con su cuerpo, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 16.2 % reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 24.

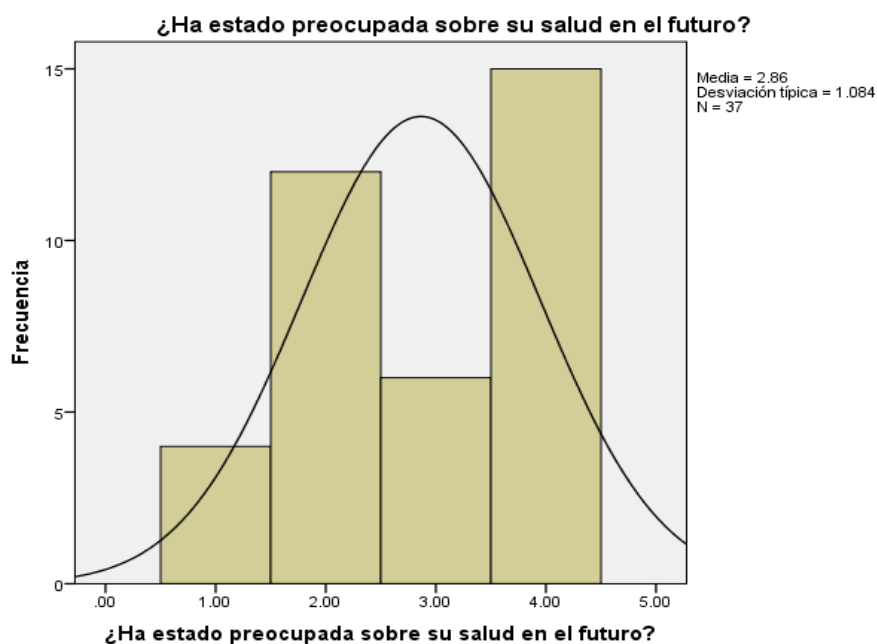
Se puede observar que para la pregunta 12. El 8.1 % de la población total reportó sentirse muy o bastante insatisfecha con su cuerpo, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 16.2 % reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 28.

Frecuencias. Pregunta 13. ¿Ha estado preocupada sobre su salud en el futuro?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	4	10.8	10.8	10.8
Un poco	12	32.4	32.4	43.2
Válidos Bastante	6	16.2	16.2	59.5
Mucho	15	40.5	40.5	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 56.7% reportó que se ha sentido muy o bastante preocupada sobre su salud en el futuro, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 32.4 % reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 25.

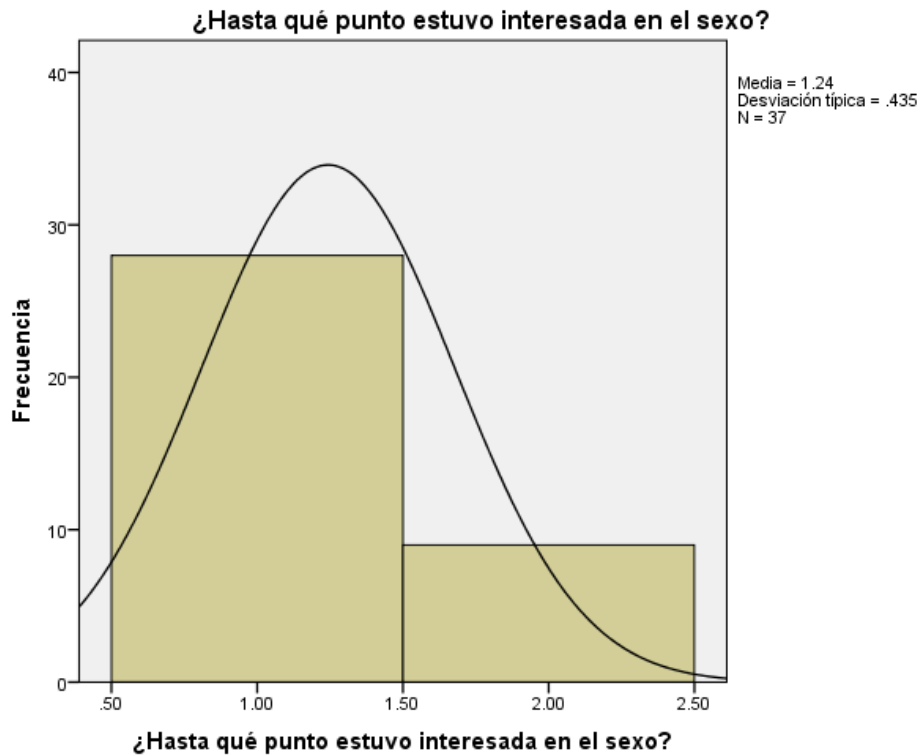
Se puede observar que para la pregunta 13. El 56.7 % de la población total reportó que se ha sentido muy o bastante preocupada sobre su salud en el futuro, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 32.4 % reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 29.

Frecuencias. Pregunta 14. ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	28	75.7	75.7	75.7
Válidos Un poco	9	24.3	24.3	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 75.7 % reportó que no ha estado para nada interesada en el sexo, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 24.3 % reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 26.

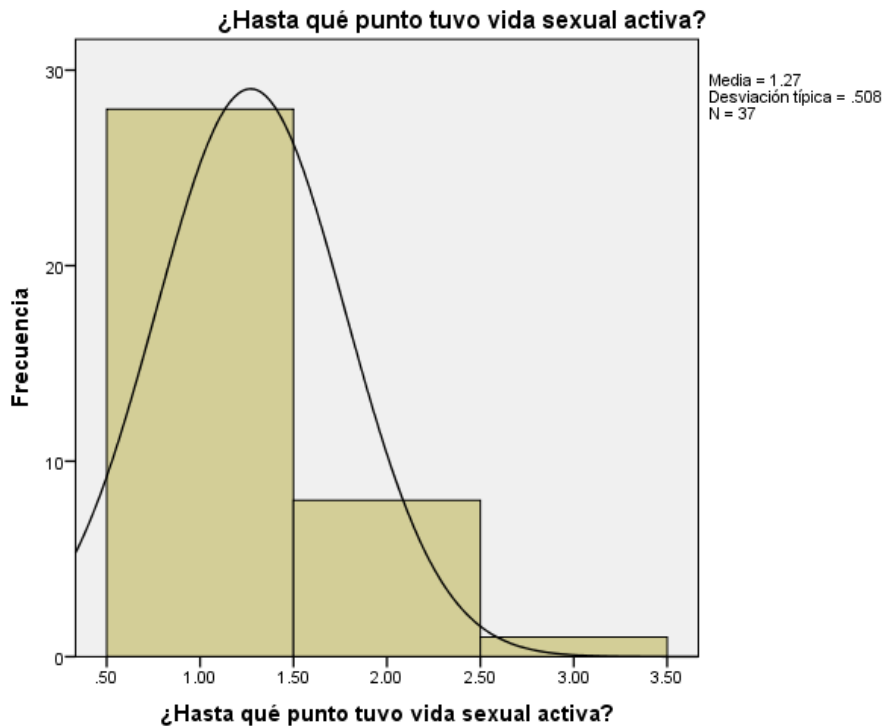
Se puede observar que para la pregunta 14. El 75.7 % de la población total reportó que no ha estado para nada interesada en el sexo, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 24.3 % reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 30.

Frecuencias. Pregunta 15. ¿Hasta qué punto tuvo vida sexual activa?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Para nada	28	75.7	75.7
	Un poco	8	21.6	97.3
	Bastante	1	2.7	100.0
	Total	37	100.0	100.0

Del 100 % de los sujetos 75.7 % reportó que para nada tuvo vida sexual activa, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 21.6 % reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 27.

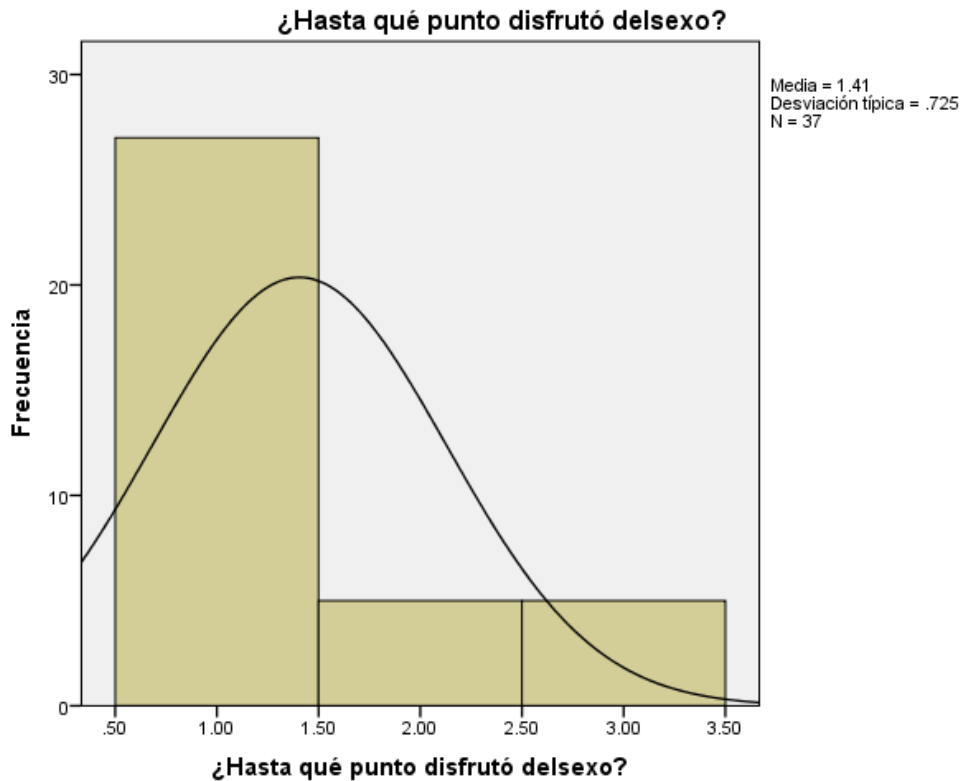
Se puede observar que para la pregunta 15. El 75.7 % de la población total reportó que para nada tuvo vida sexual activa, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 21.6 % reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 31.

Frecuencias. Pregunta 16. ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	27	73.0	73.0	73.0
Un poco	5	13.5	13.5	86.5
Bastante	5	13.5	13.5	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 73.0 % reportó que para nada disfrutó del sexo, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 13.5 % reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 28.

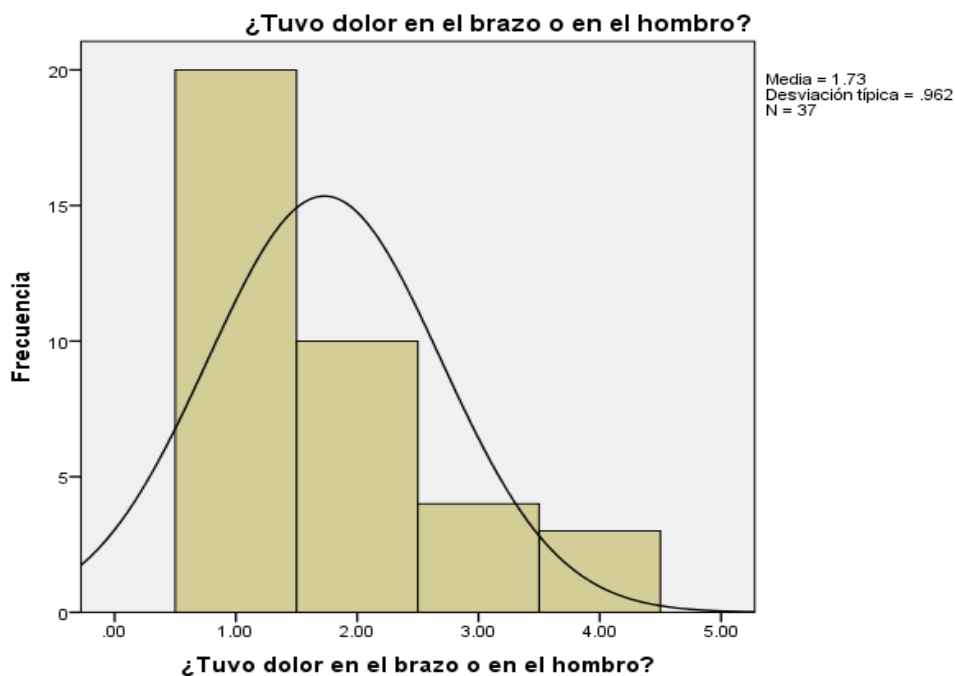
Se puede observar que para la pregunta 16. El 73.0 % de la población total reportó que para nada disfrutó del sexo, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 13.5 % reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 32.

Frecuencias. Pregunta 17. ¿Tuvo dolor en el brazo o en el hombro?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	20	54.1	54.1	54.1
Un poco	10	27.0	27.0	81.1
Válidos Bastante	4	10.8	10.8	91.9
Mucho	3	8.1	8.1	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 18.9 % reportó haber tenido mucho o bastante dolor en el brazo o en el hombro afectado, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 27.0 % reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 29.

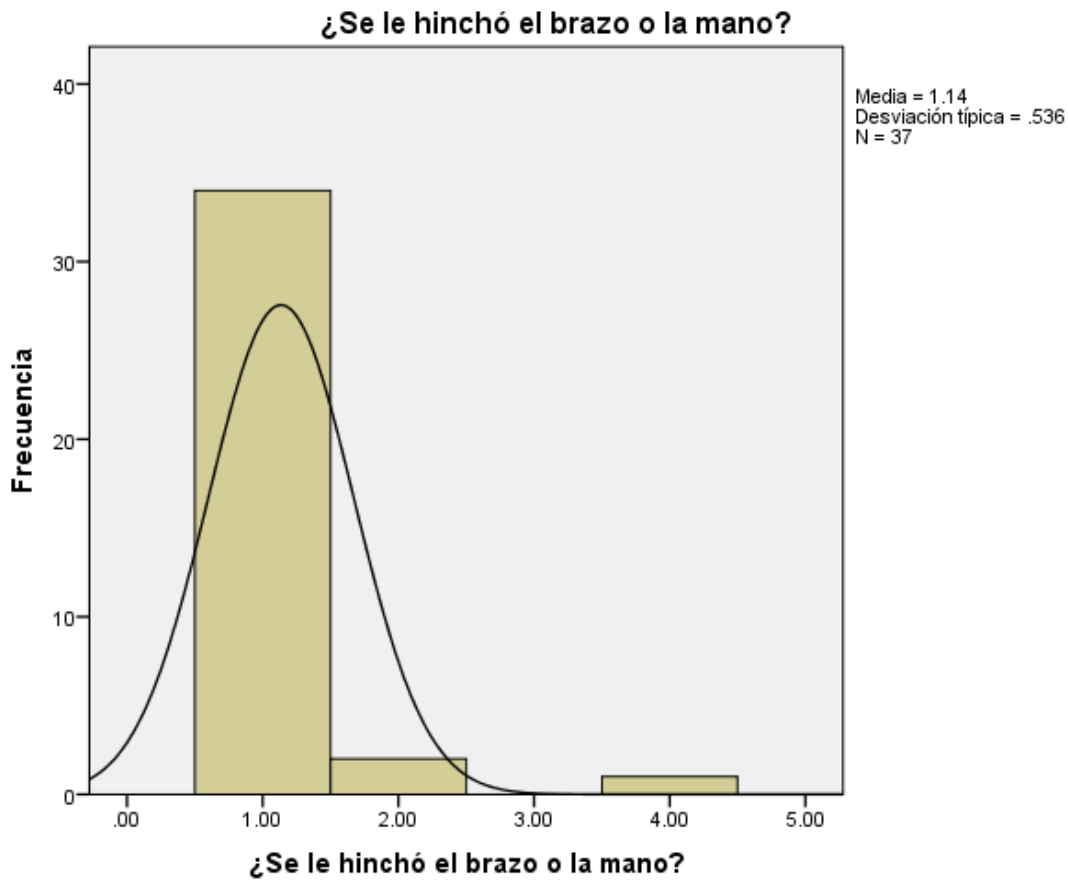
Se puede observar que para la pregunta 17. El 18.9 % de la población total reportó haber tenido mucho o bastante dolor en el brazo o en el hombro afectado, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 27.0 % reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 33.

Frecuencias. Pregunta 18. ¿Se le hinchó el brazo o la mano?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	34	91.9	91.9	91.9
Un poco	2	5.4	5.4	97.3
Mucho	1	2.7	2.7	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 8.1 % reportó sentir muy o un poco hinchado el brazo o la mano, antes del diagnóstico confirmatorio.



Gráfica 30.

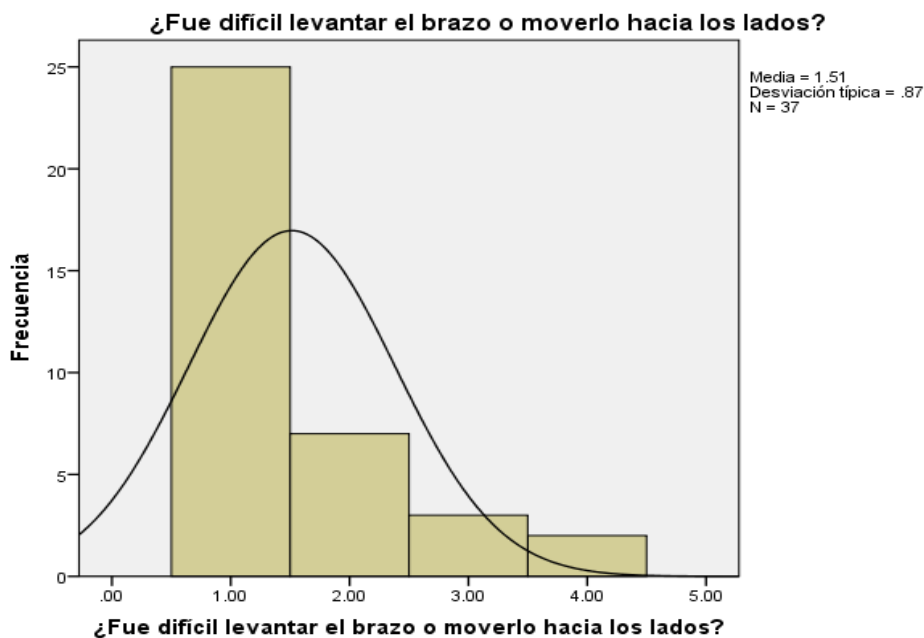
Se puede observar que para la pregunta 18. El 8.1 % de la población total reportó sentir muy o un poco hinchado el brazo o la mano, antes del diagnóstico confirmatorio.

Tabla 34.

Frecuencias. Pregunta 19. ¿Fue difícil levantar el brazo o moverlo hacia los lados?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	25	67.6	67.6	67.6
Un poco	7	18.9	18.9	86.5
Válidos Bastante	3	8.1	8.1	94.6
Mucho	2	5.4	5.4	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 13.5 % reportó que le fue muy o bastante difícil levantar el brazo o moverlo hacia los lados, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 18.9% reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 31.

Se puede observar que para la pregunta 19. El 13.5 % de la población total reportó que le fue muy o bastante difícil levantar el brazo o moverlo hacia los lados, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 18.9% reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 35.

Frecuencias. Pregunta 20. ¿Ha tenido dolor en el área del pecho afectado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	13	35.1	35.1	35.1
Un poco	17	45.9	45.9	81.1
Válidos Bastante	6	16.2	16.2	97.3
Mucho	1	2.7	2.7	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 18.9 % reportó que ha tenido mucho o bastante dolor en el área del pecho afectado, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 45.9% reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 32.

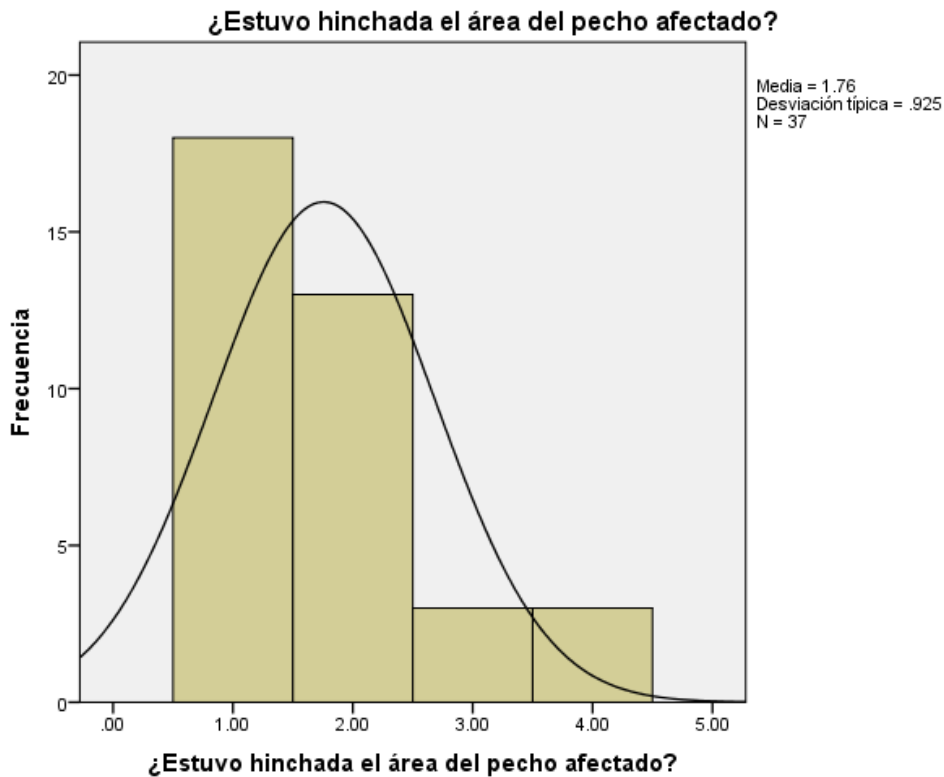
Se puede observar que para la pregunta 20. El 18.9 % de la población total reportó que ha tenido mucho o bastante dolor en el área del pecho afectado, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 45.9% reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 36.

Frecuencias. Pregunta 21. ¿Estuvo hinchada el área del pecho afectado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	18	48.6	48.6	48.6
Un poco	13	35.1	35.1	83.8
Válidos Bastante	3	8.1	8.1	91.9
Mucho	3	8.1	8.1	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 16.2 % reportó tener muy o bastante hinchada el área del pecho afectado, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 35.1% reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 33.

Se puede observar que para la pregunta 21. El 16.2 % de la población total reportó tener muy o bastante hinchada el área del pecho afectado, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 35.1% reportó un poco la sintomatología mencionada.

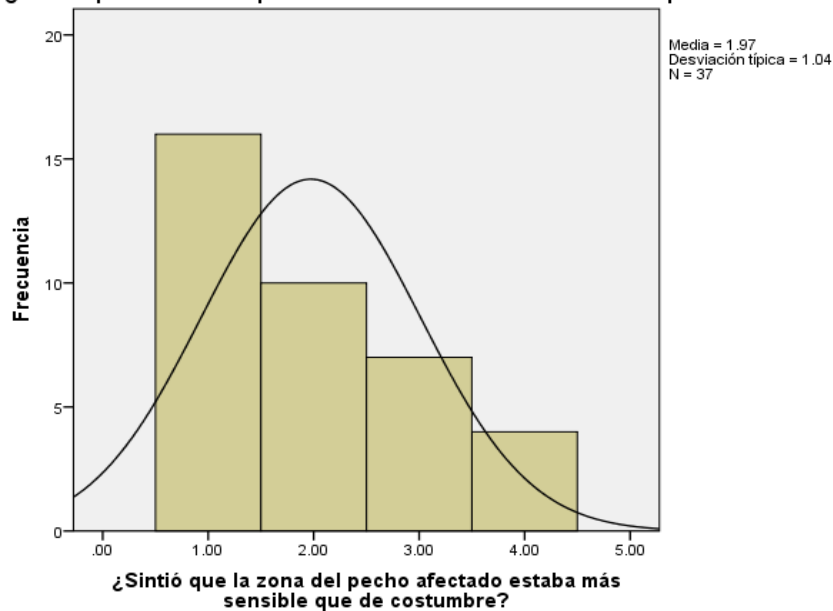
Tabla 37.

Frecuencias. Pregunta 22. ¿Sintió que la zona del pecho afectado estaba más sensible que de costumbre?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	16	43.2	43.2	43.2
Un poco	10	27.0	27.0	70.3
Válidos Bastante	7	18.9	18.9	89.2
Mucho	4	10.8	10.8	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 29.7 % reportó sentir que la zona del pecho afectado estaba más sensible que de costumbre, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 27.0% reportó un poco la sintomatología mencionada.

¿Sintió que la zona del pecho afectado estaba más sensible que de costumbre?



Gráfica 34.

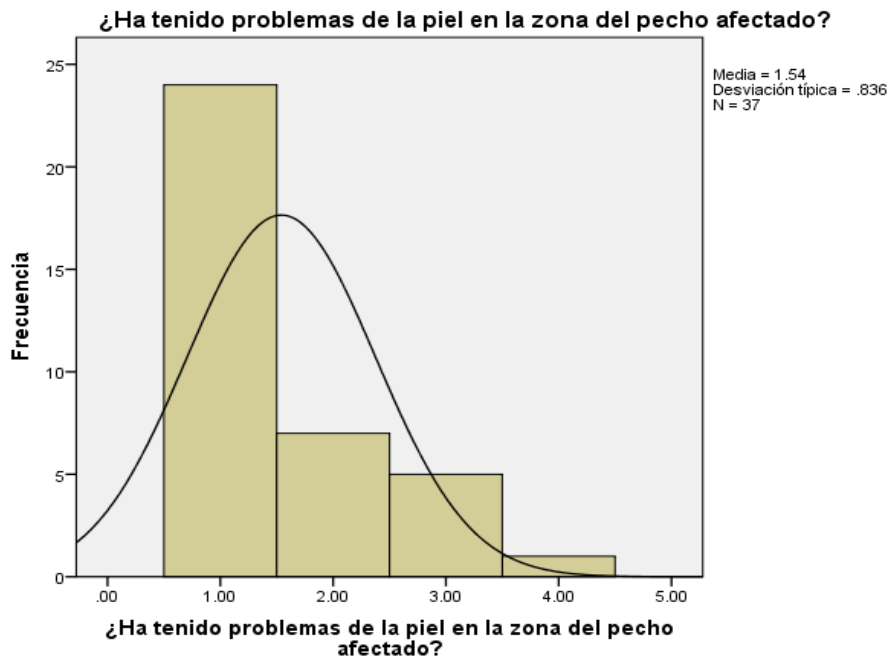
Se puede observar que para la pregunta 22. El 29.7 % de la población total reportó sentir que la zona del pecho afectado estaba más sensible que de costumbre, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 27.0 % reportó un poco la sintomatología mencionada.

Tabla 38.

Frecuencias. Pregunta 23. ¿Ha tenido problemas de la piel en la zona del pecho afectado?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Para nada	24	64.9	64.9	64.9
Un poco	7	18.9	18.9	83.8
Válidos Bastante	5	13.5	13.5	97.3
Mucho	1	2.7	2.7	100.0
Total	37	100.0	100.0	

Del 100 % de los sujetos 16.2 % reportó haber tenido problemas de la piel en la zona del pecho afectado, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 18.9% reportó un poco la sintomatología mencionada.



Gráfica 35.

Se puede observar que para la pregunta 23. El 16.2 % de la población total reportó haber tenido problemas de la piel en la zona del pecho afectado, antes del diagnóstico confirmatorio. Es importante señalar que el 18.9% reportó un poco la sintomatología mencionada.

CAPÍTULO V. CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

CONCLUSIÓN

A partir de los datos obtenidos en la presente investigación; Efecto en pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama en los factores: calidad de vida, ansiedad y depresión, se puede determinar al respecto de los objetivos generales, los cuales están relacionados con; la evaluación de la calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama, que consiste en dos semanas de inspección, donde las pacientes son sometidas a diversos estudios como ultrasonido, mastografía, biopsia, entre otros.

Al aplicar los instrumentos: Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y Módulo de cáncer de mama QLQ-BR23, ambos instrumentos cuentan con coeficientes internos (Alfa de Cronbach) óptimos para dar continuidad a la investigación.

Se realizó la prueba estadística T de Student la cual, por sus características, permite analizar si en las variables independientes, Ansiedad, Depresión y Calidad de Vida se encuentran diferencias al respecto de la variable dependiente Cáncer de Mama, en pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama.

Por último, se aplicaron análisis de frecuencias para conocer las características y la distribución de estas, en la población aplicada.

Para los objetivos específicos propuestos para la investigación, se encontró que; en relación del objetivo específico 1. Realizar una investigación bibliográfica al respecto de Cáncer de

Mama, en pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio, se puede determinar que se cumplió la 100% y los resultados de esta investigación se ven plasmados en el capítulo I. Bajo el nombre de Cáncer de Mama, donde se encuentran datos relacionados con: definición, historia, incidencia (Mundial, Estados Unidos y México), factores de riesgo (biológicos, iatrógenos o ambientales, antecedentes reproductivos, relacionados con estilo de vida), estudios relacionados con diagnóstico temprano (estudios de tamizaje, estudios de imagen), interpretación de resultados, tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).

Al respecto del objetivo específico 2. Realizar una investigación bibliográfica al respecto de Ansiedad y Depresión en mujeres con sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de mama, se puede determinar que se cumplió al 100% y los resultados de esta investigación se ven plasmados en el capítulo II. Bajo el nombre de Ansiedad, Depresión y Calidad de Vida donde se encuentran datos relacionados con: definición, historia, epidemiología, características y tratamientos con relación al cáncer de mama

Al respecto del objetivo específico 3. Realizar una investigación bibliográfica al respecto de Calidad de Vida en mujeres con sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de mama, se puede determinar que se cumplió al 100% y los resultados de esta investigación se ven plasmados en el capítulo II. Bajo el nombre de Ansiedad, Depresión y Calidad de Vida donde se encuentran datos relacionados con: definición, historia, epidemiología, características y tratamientos, con relación al cáncer de mama.

Por otra parte, el objetivo específico 4. Evaluar los niveles de Ansiedad y Depresión que presentan las pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de mama, se

puede determinar que se cumplió al 100% y los resultados de esta investigación se ven plasmados en el capítulo IV. Bajo el nombre de Análisis de resultados, donde se encuentran datos relacionados con: Alfa de Cronbach, T de Student y frecuencias.

Al respecto del objetivo específico 5. Evaluar la calidad de vida que presentan las pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de mama, se puede determinar que se cumplió al 100% y los resultados de esta investigación se ven plasmados en el capítulo IV. Bajo el nombre de Análisis de resultados, donde se encuentran datos relacionados con: Alfa de Cronbach, T de Student y frecuencias.

En relación de los objetivos generales y específicos, propuestos para esta investigación, se puede concluir: desde la psicología es de gran importancia conocer en amplios rasgos la patología a estudiar, en este caso el cáncer de mama, debido a que el ser humano por naturaleza es un ser integral, biopsicosocial, por lo que a partir de ello radica la importancia de conocer, como el ser humano reacciona ante ciertas situaciones o circunstancias y si estas, podrían desencadenar alteraciones en ansiedad, depresión y por lo tanto, modificar su calidad de vida. Con base en lo anterior, el psicólogo pueda generar estrategias que permitan intervenir y acompañar de manera correcta estas sintomatologías, con el propósito de poder afrontar la patología o situación presentada, por ende, se establece como elemento principal de trabajo en pacientes con Cáncer de Mama, el acompañamiento de un profesional de la salud mental, el cual podrá ayudar a prevenir las complicaciones, en el pre, durante y en el post, del proceso a seguir.

Para el presente trabajo se estableció una pregunta de investigación eje, la cual permite establecer un punto de partida en el desarrollo de la misma.

Al respecto de la pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto que tiene la sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama en los factores: calidad de vida, ansiedad y depresión?

Se puede concluir, que el efecto es evidente en pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio, esto se manifiesta en el apartado del Capítulo IV, donde se registra y describen las tablas y gráficas de frecuencias en las cuales un porcentaje elevado manifiesta una modificación en las variables: ansiedad, depresión y calidad de vida.

A partir de lo anterior, podemos concluir que el cáncer de mama es un patología, que de acuerdo con la literatura, tiene una presencia constante en la vida de las mujeres con determinadas características como: edad, antecedentes familiares y estilos de vida., al presentarse la sospecha de cáncer de mama, los pacientes muestran indicios relacionados con ansiedad y depresión, éstos se ven manifestados en lo reportado en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), de acuerdo con las respuestas proporcionadas por las participantes de este estudio, en este sentido, al manifestarse las variables de trabajo (ansiedad y depresión) en la población de estudio, se determina la importancia del trabajo psicológico en la intervención de pacientes con estas características.

Para la variable calidad de vida, se determina que ésta es una construcción psicológica que significa una interpretación subjetiva de la persona, sobre la satisfacción vital, se pueden diferenciar dos dimensiones importantes: una funcional, que incluye las actividades de la vida diaria, y las relaciones sociales, con la familia o los amigos; y otra subjetiva, que es el

sentimiento de cómo se encuentra uno mismo. Se puede manifestar la relación o impacto que tiene la depresión y la ansiedad en la calidad de vida, como esta se modifica y se deteriora ante altos índices de ansiedad o depresión. En relación con el cáncer de mama, este por sus características, desarrolla altos índices de ansiedad y depresión, afectando en el prediagnóstico, parcialmente la calidad de vida. Por tanto, a partir de las tablas de frecuencia expuestas en el capítulo IV se puede determinar que la ansiedad y depresión son factores resultantes de la sospecha de Cáncer de Mama y éstos a su vez se reflejan directamente en la calidad de vida de estas pacientes.

En este trabajo se establecen una variable dependiente, como fenómeno de estudio, la cual es la sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama, mismo que se relaciona, con tres variables independientes: ansiedad, depresión y calidad de vida, como punto de análisis se proponen dos hipótesis de trabajo:

H0: No existen diferencias estadísticamente significativas entre la sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama y ansiedad, depresión y calidad de vida.

H1: Existen diferencias estadísticamente significativa entre la sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama y ansiedad, depresión y calidad de vida.

Al respecto de la hipótesis de trabajo, se puede aceptar la H1, la cual propone que existen diferencias estadísticamente significativas entre la sospecha de diagnóstico confirmatorio de cáncer de mama y ansiedad, depresión y calidad de vida.

Esto de acuerdo, a los resultados obtenidos en la prueba T de Student con un nivel de significancia de 0.000 en todas las preguntas de la Escala de Ansiedad y Depresión

Hospitalaria (HADS), en este sentido, al encontrar diferencias entre las variables Ansiedad y Depresión y el Cáncer de mama, en pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio, las tablas y gráficas de frecuencia determinan que en menor grado, la ansiedad y la depresión son elementos manifiestos en estos pacientes, aunque no se presente una correspondencia entre las variables, es importante tomar en cuenta la Ansiedad y Depresión como punto de análisis para su intervención, procuración y cuidado, desde el trabajo psicológico.

Por otra parte, en los resultados obtenidos en la prueba T de Student con un nivel de significancia de 0.000 en todas las preguntas del cuestionario QLQ-BR23, en este sentido, al encontrar diferencias estadísticamente significativas entre la variable Calidad de Vida y el Cáncer de Mama, en pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio, las tablas y gráficas de frecuencia determinan que en menor grado, la calidad de vida es afectada evidentemente en estos pacientes, aunque no se presente una correspondencia entre las variables, es importante tomar en cuenta la Calidad de Vida como punto de análisis para su intervención, procuración y cuidado, desde el trabajo psicológico.

Al respecto de las hipótesis, podemos concluir que las diferencias encontradas entre las variables: a) Ansiedad, Depresión, Cáncer de mama, b) Calidad de Vida, Cáncer de Mama; son el resultado del punto de proceso en el cual es aplicado el estudio, siendo éste la sospecha en pacientes con diagnóstico confirmatorio para Cáncer de Mama, lo cual es un elemento que influye en el estado psicológico del paciente, otro elementos que posiblemente influya en los resultados, es el no estar involucradas, aun, en un proceso médico, a pesar de que las pruebas aplicadas para el diagnóstico final son de carácter invasivo, estas no influyen en el estado de ánimo de los pacientes, por último, en el proceso de Unidad Funcional del pre

diagnóstico, las pacientes son canalizadas al área de Tumores Mamarios, donde son acompañadas por psicólogos, enfermeras y médicos oncólogos, el acompañamiento, en este punto, es factor que puede reducir los índices de ansiedad y Depresión.

DISCUSIÓN

Para las futuras investigaciones relacionadas con la temática se sugiere: contar con un mayor número de muestra, con el objetivo de obtener datos que aporten información sobre cómo viven otras pacientes este proceso. Por otra parte, se propone buscar una relación entre variables, en este caso conocer si la ansiedad y la depresión afectan la calidad de vida de estos pacientes, en la literatura revisada, no se encontraron instrumentos de análisis que permitan la relación de estas variables. Por lo cual es fundamental el diseño de nuevos instrumentos de recogida de datos.

Además, se sugiere realizar una evaluación de las mismas variables, pero posterior al diagnóstico confirmatorio, debido a que este estudio fue aplicado sólo con la sospecha del diagnóstico confirmatorio, así como realizar una evaluación posterior a los tratamientos y en el seguimiento, en este caso, en posibles recaídas.

Así mismo, se propone que el estudio se lleve a cabo en instituciones donde no haya un acompañamiento por parte de los especialistas, porque como se mencionó anteriormente, estas pacientes reciben un acompañamiento por parte de otras áreas como Psicología o Enfermería. También se propone que este estudio se realice o se compare con otros tipos de cáncer como el cérvico-uterino, de próstata o testículo, que también tienen altos índices de incidencia, sin embargo, no reciben tanto apoyo o recursos de otras asociaciones.

Por otra parte, se sugiere incluir otras variables de análisis como estrés y estilos de afrontamiento, para poder realizar un análisis multivariable sobre la patología de investigación, o bien, se podría realizar un estudio cualitativo o de casos para conocer a profundidad las características y sintomatologías de estas pacientes.

Por último, se propone actualizar los datos de dicho estudio, debido a que este fue aplicado en 2017 y por ende los datos no reflejan en su totalidad la realidad de los sujetos de estudio, dando por sentado que la actualización de datos es fundamental en todo proceso de investigación.

ALCANCES

Los alcances para la investigación al respecto de Efecto en pacientes con sospecha de diagnóstico confirmatorio de Cáncer de mama en los factores: Calidad de vida, Ansiedad y Depresión son: en primer lugar, analizar variables como ansiedad y depresión al respecto del cáncer de mama y como esta patología afecta la calidad de vida de los pacientes. Al realizar este estudio se posibilita la inclusión de nuevos factores como: estrés y estilos de afrontamiento, así como redes de apoyo que el sujeto puede desarrollar en acompañamiento de expertos de la salud mental, psicólogos.

Este estudio da pauta para la práctica profesional del psicólogo en ámbitos oncológicos, apoyándose de la Psicooncología y de la Psicología de Comunicación y malas noticias, en este sentido es necesario que el psicólogo aprenda a problematizar las variables de estudio y de trabajo, ya que como se muestra en esta investigación, las poblaciones de estudio cambian constantemente y lo que hoy es un hecho establecido, puede verse modificado por el proceso en que se encuentra.

La comprensión de la persona desde una perspectiva biopsicosocial es fundamental en el trabajo del psicólogo clínico. Esta tesis pone de manifiesto la importancia del trabajo colaborativo y la formación integral en el desarrollo del estudiante de Psicología.

La práctica profesional del psicólogo, estará determinada a partir de su formación, en este sentido, la Facultad de Psicología de la UNAM, da los elementos necesarios en el desarrollo

teórico aprendido en clase y en las prácticas especializadas en los centros médicos para aprender lo necesario para las problemáticas con las que el psicólogo se debe enfrentar, sin embargo, es necesaria la especialización del Psicólogo.

Esta investigación por sus características da pauta para su presentación en coloquios y congresos nacionales e internacionales especializados en Oncología, así como, para artículos de investigación y tesis de posgrado.

En la presente investigación se muestra el compromiso social adoptado por los estudiantes al cuidado de los pacientes en procesos médicos, dando cuenta de la responsabilidad social que la UNAM da a sus estudiantes.

Referencias

- Achury, Castaño, Gómez & Guevara (2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Investigación en enfermería, imagen y desarrollo*, 13 (1): 27-46.
- Albrecht, G. & Fitzpatrick, R. (1994). A sociological perspective on health-related. Quality of life research. En G.L. Albrecht & R. Fitzpatrick (Eds.) *Advances in Medical Sociology. Quality of life in Health Care*. 5, 1-21.
- Amayra, I., Etxeberria, A. & Valdoseada, M. (2001). Manifestaciones clínicas de las complicaciones emocionales del cáncer de mama y su tratamiento. Departamento de Psicología de la Universidad de Deusto en Bilbao, 98, 10-15.
- Amayra, I. (1994). *Calidad de vida y quimioterapia del cáncer de mama*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- American Cancer Society (2014) Cirugía para el cáncer de seno. Recuperado en <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeseno/resumen/resumen-sobre-el-cancer-de-seno-treating-surgery>
- American Medical Association (1995) Frecuencia de trastornos depresivos y ansiosos en pacientes con enfermedades oncológicas.

American Psychiatric Association, APA (1999). Estudio de casos. DSM- IV. Barcelona: Masson.

American Society of Clinical Oncology (2008) Cáncer de mama: Introducción. Estados Unidos.

Cancer.Net. URL: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-mama/introducci%C3%B3n>

Arce, C., Lara, F. (2013) Quimioterapia. En Beltrán, A. “Cáncer de mama”. Ed. Trillas. México: 277-298.

Bastida, J., Puig, N., Jofre, S., & Fetscher, A. (2016). La depresión un predictor de demencia. Revista española de geriatría y gerontología. 51 (2):112-118.

Baum, A. & Andersen, B. (2001). Quality of life. Measurement in Oncology. Psychosocial Interventions for Cancer. Washington. American Psychological Association. 57-76.

Barros, A., Barbosa, E., Gebrim, L. (2001) Diagnóstico y tratamiento de cáncer de mama. Asociación médica brasileña y consejo federal de medicina.

Becoña, E. (2004). Prevalencia del juego patológico en Galicia mediante el NODS ¿Descenso de la prevalencia o mejor evaluación del trastorno? Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela. 16(3): 173-184.

Bekkering, G., Bala, M., Reid, K., Kellen, E., Harker, J., Riemsma, R., Huygen, F., & Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic pain and its treatment in the Netherlands. *The Journal of Medicine*. 69 (3).

Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud pública de México*. 47(1): 18-23.

Beltrán, A. (2013) *Cáncer de Mama*. México: Trillas.

Blazer, D. (2005). Depression and social support in late life.: A clear but not obvious relationship. *Aging & Mental Health*. 9(6): 497-499.

Börsbo, B., Peolsson, M. & Gerdle, B. (2008). Catastrophizing, depression, and pain: correlation with and influence on quality of life and health- a study of chronic whiplash- associated disorders. *J. Rehabil Med*. 40 (7): 562-569.

Brasic, N., Wisner, D., Joe, B. (2013) Breast MR imaging for extent of disease assessment in patients with newly diagnosed breast cáncer. *Magn Resonance Imaging Clinic*. 21(3): 519-532.

Breast Cancer.org (2017) Estadísticas del cáncer de mama en los Estados Unidos.

URL:http://www.breastcancer.org/es/sintomas/cancer_de_mama/estadisticas

- Bruening, W., Fontanarosa, J., Tipton, K. et al. Systematic review: comparative effectiveness of core-needle and open surgical biopsy to diagnose breast lesions. *Ann Intern Med* 2010; 152 (4): 238-246.
- Burguess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M. & Ramírez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*. 330: 702.
- Calderón, G. (2002). Comorbilidad entre los trastornos oncológicos y los trastornos afectivos. *Psiquiatría* 18(3): 161-179.
- Calderón, G. (1989). *Depresión: causas, manifestaciones, tratamiento*; Edit. Trillas; México.
- Cárdenas, J., Bargalló, J., Erazo, A., Poitevin, A., Valero, V. y Pérez, V. (2015) *Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario*. El Sevier. Colima
- Castro, M. (2016) *Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con sospecha diagnóstica de cáncer de mama*. Tesis para obtener diploma de especialidad en: Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Ciamarella, A., & Poli, P. (2001). Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment. *Psychooncology*. 10(2): 156-165.

Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Séptima revisión.

Colima. Pág.8.

Cramer, J. & Spilker, B. (1998). Quality of life pharmacoeconomics An introduction, 1-48.

Philadelphia: Lippincott-Raven.

Cujipers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berkin, M. & Andersson, G. (2014).

Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. Clinical Psychological Review. 34(2): 130-140.

Davison, G. & Neale, J. (2002). Psicología de la conducta anormal. México: Limusa- Wiley.

Davis Tsu, V., Jeronimo, J. Anderson, B. (2013) Why the time is right to tackle breast and cervical cáncer in low-resource settings. Bulletin of the World Health Organization, 91 (9), 683-690. Recuperado el 7 de septiembre de 2016 de:

<http://www.who.int/bulletin/volumes/91/9/12-116020.pdf?ua=1>

Epstein, S. & Hicks, D. (2006). Trastornos de ansiedad. En: Levenson, J. (Coord.). Tratado de medicina psicosomática. Barcelona: Ars Medica.

ESMO (2013) Cáncer de mama: una guía para pacientes. Información para el paciente, basada en la Guía Clínica de la ESMO. European Society for Medical Oncology.

- Evans, D., Charney, D., Lewis, L., Golden, R., Gorman, J., Jrishnan, K. et al., (2005). Mood disorders in the medically ill. Scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry*, 58. 175-189.
- Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999). Emociones y salud. En F. Palmero y E. Fernández-Abascal. (Coord.) *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel: 5-18.
- Fernández-Balleteros, R. (1997) Quality of life: Concept and assessment. En J.G. Adair, D. Belanger & K. L. Dion (Eds). *Advances in Psychological Science. Social, Person and Cultural Aspects 1*, 387-406. Montreal: Psychological Press.
- Ferrer, O. (2002). Impacto del estado de salud del paciente, calidad de vida relacionada con la salud. *Revista de Psicología*.
- Font-Guiteras, A. (2006) Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En Pérez, M. Fernández, J. Amigo, I (Eds.) *Guía de tratamientos Psicológicos eficaces II*, 57-86. Madrid Ediciones pirámide.
- Galindo, O. (2010). Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: **DEPRESIÓN Y ANSIEDAD**. Tesis para obtener título de maestro en Ciencias de la Salud.
- Gladis, M., Gosch, E., Dishuk, N. & Crits-Christoph, P (1999). Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 67, 320-331.

Gillespie, R. (1929). The clinical differentiation of types of depression. Guy's Hospital Report. 9: 306-344.

Giuliano, A., Connolly, J., Edge, S., et al (2017) Breast cancer-major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth cancer staging manual. CA Cancer J Clin. Doi: 10.3322/caac.21393.

González-Puente, J. & Sánchez-Sosa, J. (2001). Systematic Assessment of quality of life in HIV-positive patients at three clinical stages of the infection. International Journal of Clinical and Health Psychology, 1 (3), 519-528.

GLOBOCAN (2012) Breast- Estimated mortality, all ages. Recuperado de: http://globocan.iarc.fr/old/summary_table_site-html.asp?selection=3152&title=Breast

Groud, S. (2004). Síntomas más representativos de los pacientes que se encuentran en medicina paliativa. Clínica del dolor. Universidad Martín Luther de Halle- Wittenberg.

Gutierrez, E. (2006). Evaluación e intervención psicológica en pacientes con tumores óseos: calidad de vida, ansiedad, depresión y dolor. Tesis para obtener grado de Doctora en Psicología. Programa de maestría y doctorado en Psicología. Doctorado en Psicología y Salud.

Guex P. (1988). Psicología e cancro. Un approccio globale al malato e alla sua famiglia. 1ª ed. Milán Italia: Franco Angeli.

Harrison, J., & Maguire, P. (1994). Predictors of Psychiatry morbidity of cancer patients. *British Journal of Psychiatry*. 165: 593-598.

Holland, J. y Rowland, J. (1989) *Handbook of Psychooncology*. New York, Oxford University Press.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI (2016) “Estadísticas a propósito del... día mundial de la lucha contra el cáncer de mama (19 de octubre)”. Aguascalientes 1-13. URL: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/mama2016_0.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (2015). Diagnóstico y tratamiento de la patología mamaria benigna en primer y segundo nivel de atención.

International Association for the Study of Pain [IASP] (2009). The cancer patient with anxiety and chronic pain. *Pain Clinical Updates*, 27(4), 1-6.

Jadoon, N., Munir, W., Shahzad, M. & Choudhry, Z. (2010). Assessment of depression and anxiety n adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC Cancer*.

Junceada, E. (1984) *Cáncer de mama*. España: Universidad de Oviedo, p.15.

Katón, W., Sullivan, M. and Walker, E. (2001) Medical Symptoms without Identified Pathology: Relationship to Psychiatric Disorders, Childhood and Adult Trauma, and Personality Traits. *Annals of Internal Medicine*, 134, 917-925.

Kerlikowske , K. (1997) Efficacy of screening mammography among women aged 40 to 49 years and 50 to 69 years: comparison of relative and absolut benefit. *Journal National Cancer Insitute Monogr.* (22): 79-86.

Knaul,F., López-Carrillo, L., Lazcano-Ponce, E., Gómez, H., Romieu, I., y Torres, G. (2009) “Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud”. *Salud Pública de México*, 51(2) 135-137.

Lange, D. (1928). *Melancolía por mudanza. La depresión y sus máscaras. Aspectos terapéutico*

Lee, C., Dershaw, D., Kopans, D. et al (2010) Breast cáncer screening with imaging: recommendations from the Society of Breast Imaging and the ACR on the use of mammography, breast MRI, breast ultrasound, and other technologies for the detection of clinically occult breast cáncer. *J Am Coll Radiol.* 7: 18-27.

Leventhal, H., Prochaska, T. y Hirschman, R. (1985). Preventive health behavior across the life-span. En J.C. Rosen y L.J. Solomon (Eds.), *Prevention in health psychology*. Hanover, NH: University Press of New England.

- Loscalzo, M. & Brintzenhofeszco, K. (1998). Brief crisis counseling. En Holland, J. C. (Ed).
Psycho-Oncology, 662-675. New York Oxford University Press.
- Lugones, M., Ramírez, M. (2009) Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama.
Revista Cubana de Medicina General Integral, 25(3).
- McHorney, C. & Tarlov, A. (2002). Individual- patient monitoring in clinical practice: are
available health status surveys adequate? Quality of life research: an international journal of
quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 4, 293-307.
- Martin, M. & Crespo, D. (2000). Trastornos afectivos en oncología. En: Leal, C. (Edit). Trastornos
depresivos en la mujer. España: Masson.
- Massie, M. & Holland, J. (1992). Depression and the cancer patient. Journal of clinical Psychiatry,
51, 12-17.
- Maté, J., Hollenstein, M. & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente
oncológico. Psicooncología. 1(2): 211-230.
- Mayer, J. & Salovey, P. (1997). "What is emotional intelligence". En P. Salovey y D. Sluyter.
Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for educators. New
York. 3-31.

Mendels, F. (1989). Técnicas de reestructuración cognitiva. En Olivares, J & Méndez, F. X. (Eds.),
Madrid: Biblioteca Nueva.

Miller, A. (2010) Conundrums in screening for cáncer. Mini review. International Journal Cancer.
126: 1039-1046.

Miller, K. & Massie, M. (2006). Depression and anxiety. Cancer Journal. 12(5), 388-397.

Montazeri et al. (2000). Anxiety and depression in Iranian breast cancer patients before and after
diagnosis. European Journal of Cancer Care. 9 (3): 151-157.

Morales-Vigil, T., Alfaro-Ramírez, O., Sánchez-Román, S., Guevara-López, U. & Vázquez-
Pineda, F. (2008). Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo.
Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 46 (5): 479-484.

Moreno, B. & Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela-Casal, V.E.
Caballo & C. Sierra (Eds). Manual de evaluación en psicología Clínica y de la salud.
Madrid: Siglo XXI editores.

Morrow, G., Lindke, J. & Black, P. (199). Anticipatory nausea development in cancer patients:
replications and extension of a learning model. British Journal of Psychology, 82. 61-72.

Mudgal, J., Gulmaraes, B. , Diaz-Montiel, J. Flores, Y. & Salmerón, J. (2006). Depression among health workers: the role of social characteristics, work stress, and chronic diseases. *Salud mental*. 29(5).

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A. & Vlahos, L. (2005). Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of life Research*. 14: 1825-1833.

Nelson, H., Tyne, K., Naik, A. et al (2009) Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*; 151(10): 727-737.

Nezu, A. (2006). Terapia de solución de problemas para pacientes con cáncer. *Revista Mexicana de Psicología*. 18 (2): 185-192.

Nezu, A., Nezu, C. & Blissett, S. (1988). Sense of humor as a moderator of the relation between stressful events and psychological distress: a prospective analysis.

Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S., Faddis, S. & Houts, P. (1988). *Helping cancer patients cope: A problem-solving approach*. Washington, DC: American Psychological Association.

Norma Oficial Mexicana NOM-041- SSA- 2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Secretaría de Salud, México.

Novoa, M., Caycedo, C., Aguillón, M. & Suárez, R. (2008). Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo en Bogotá. *Pensamiento Psicológico*. 4(10): 177-192.

Oblitas, L. (2008). *Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad*. Psicología. 16 (1)

OMS (2011) Cáncer de mama. Organización Mundial de la Salud. URL:
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>

OMS (2018) Cáncer de mama. Organización Mundial de la Salud. URL:
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>

OMS (2016) Cáncer de mama. Organización Mundial de la Salud. URL:
<http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (1999). Declaración de Medellín “Mejor calidad de vida para los habitantes de las Américas en el siglo XXI”. III Congreso de las Américas de Municipios y Comunidades Saludables, del 8 al 12 de Marzo, Medellín, Colombia.

Recuperado el 20 de Marzo del 2019 de:

<http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/DeclarMedellinSpa.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2017). Depression and other common mental disorders, Global Health Estimates. Recuperado de:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=843478B8D0D3976651DF00B56A4AE61D?sequence=1>

Plata-Muñoz, M., Castillo-Olivares, M. y Guevara-López, U. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 27 (1), 16-23.

Polaino-Lorente, (1985). *La depresión*. Editorial Martínez Roca. España.

Pollack, L., Greer, G., Rowland, J., Miller, A., Doneski, D., Coughlin, S., Stovall, E., & Ulman, D. (2005). Cancer survivorship: a new challenge in comprehensive cancer control. *Cancer causes control*. 16 (1): 51-59.

Raza, S. Chikarmane, S., Neilsen, S. et al. (2008) Birads 3,4 and 5 lesions, value of US in management follow-up and outcome. *Radiology*. 248(3) 773-781.

Raison, C., Giese-Davis, J., Miller, A. & Spiegel, D. (2007). Depresión en el cancer: Mecanismos, consecuencias y tratamiento. En: Evans, D., Charney, D. & Lewis, L. (Coord.), *Guía para el médico: Depresión y trastornos bipolares*. España: Mc GrawHill.

Reuter, K., Classe, K., Roscoe, J., Morrow, G., Kirshner, J., Rosenbluth, R., Flynn, P., Shedlock, k. & Spiegel, D. (2006). Association of coping style, pain, age, and depression with fatigue in woman with primary breast cancer. *Psycho-Oncology*. 15: 772-779.

- Rodríguez, A. & Alvarado, S. (2009). Impacto psicológico de la comunicación en las salas de espera de la quimioterapia ambulatoria. *Cancerología*. 4(1): 31-38.
- Rodríguez, B., Bayón, C., Orgaz, P., Torres, G., Mora, F. & Castelo, B. (2007). Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. *Psicooncología*. 4(1): 7-19.
- Rodríguez, V. (1999) Depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama en el Instituto Nacional de Cancerología. Tesis para obtener título de Licenciado en Psicología.
- Rodríguez-Velázquez, A., Alvarado-Aguilar, S., Cuellar-Hübbe, M., Villavicencio-Valencia, V., & Gómez-García, F. (2010). Nivel de ansiedad y depresión en pacientes amputados por sarcomas: estudio piloto. *GAMO* 9(1), 11-18.
- Rojtenberg, S. & Moreno, F. (2005). Trastornos depresivos monopolares. En: Alarcon, R., Mazzotti, G. & Nicolini, H. (Coord.) *Psiquiatría*. Washington: OPS.
- Roth, A., Breitbart, M. Rosendelf, B., Gibson, C. & Scher, H. (2003). The memorial anxiety scale for prostate cancer. *Cancer*. 97(11)
- Sánchez, E., Sánchez, C. y Erazo, M. (2015) “Cáncer de mama: Actualidades y controversias. Alfil.

Sánchez-Sosa, J. (2004). Taller: Terapia cognitiva conductual para el tratamiento de la depresión. XII Congreso Mexicano de Psicología.

Sánchez-Sosa, J. & González-Celis, A. (2006) Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V.E. Caballo (Dir.) Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos, (pp.473-492). Madrid: Psicología Pirámide.

Satin, J., Linden, W. & Phillips, M. (2009) Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. *Cancer*. 115(22): 5349-5361.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21.

Sedesa. Excelsior (2018) Depresión y ansiedad, mayores problemas de salud mental. Publicado el 22 de agosto de 2017. Recuperado de:
<https://www.excelsior.com.mx/comunidad/2017/08/22/1183326>

Secretaría de Salud, SSA (2014) Dirección General de Información en Salud, DGIS. (2015) Recursos de salud 2014. Datos abiertos. Recuperado el 22 de marzo de 2018. URL:
http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/Datos_Abiertos.html

Secretaría de Salud, SSA(2015) Cáncer de mama. Unidades móviles. Recuperado el 22 de marzo de 2018. URL: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-mama-unidades-moviles>

- Spiegel, D. & Bloom, J. (1983). Pain in metastatic breast cancer. *Cancer*, 52: 341-345.
- Spiegel, D. & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54(3)- 269-282.
- Spiegel, D., Sands, S. & Koopman, C. (1994). Pain and depression in patients with cancer. *Cancer*, 74: 2570-2578.
- Stein, D. (2015). Advances in the understanding the anxiety disorders: The cognitive-affective neuroscience of “False Alarms”. *Ann Clinical Psychiatry*, 18(3): 73-182.
- Stiegelis, H., Ranchor, A. & Sanderman, R. (2004). Psychological functioning in cancer patients treated with radiotherapy. (Review). *Patient education and counseling*, 52: 131-141.
- Stevin, M., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J. & Gregory, W. (1998). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57 (1), 109-112.
- Velarde-Jurado, E. & Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la Calidad de Vida. *Salud Pública de México*, 44(4), 349-361.
- Wade, C. & Tavris, C. (2003). *Psicología*. México: Pearson

- Welch, H. (2010) Over-diagnosis and mammography screening. *Journal National Cancer Institute*; 102: 605-613.
- Williams, S. & Schreier, A. (2005). The role of education in managing fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Applied Nursing Research* 18: 138-147.
- Yurita, C. & DiTomasso, R. (2004). Cognitive Distorsions. En A. Freeman, S., Felgoide, A., Nezu, C., Nezu, A., Reinecke (Eds), *Encyclopedia of Cognitive Behavior Therapy*. 117-121. Springer.
- Zabora, J., Blanchard, C., Smith, D., Roberts, C., Glajchen, M, & Sharp, J. (1997). Prevalence of psychological distress among cancer patients across the disease continuum. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15, 73-87.