



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

“DR. BERNARDO SEPULVEDA G”

CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

**SALUD MENTAL DE MUJERES PRE Y POST-
RECONSTRUCCIÓN DE SENO POSTERIOR A
CÁNCER DE MAMA EN MUJERES
DERECHOHABIENTES DEL IMSS**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA:

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

PRESENTA:

DRA. ROCÍO HINOJOSA VEGA



ASESORES

M en C. DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN

DR. JOSÉ G. GONZÁLEZ MARTÍNEZ

D en C. GUADALUPE AGUILAR MADRID

M en C. DR. CUAUHTÉMOC JUÁREZ PÉREZ

MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2012.



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TÍTULO

**SALUD MENTAL DE MUJERES PRE Y POST RECONSTRUCCIÓN DE SENO
POSTERIOR A CANCER DE MAMA EN DERECHOHABIENTES DEL IMSS**

TESIS QUE PRESENTA

DRA. ROCÍO HINOJOSA VEGA

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

ASESORES: DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
DR. JOSÉ G. GONZÁLEZ MARTÍNEZ
ASESORES METODOLÓGICOS: DRA. GUADALUPE AGUILAR MADRID
DR. CUAUHTÉMOC JUÁREZ PÉREZ

MÉXICO, D. F

FEBRERO 2012



REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación: Sur D. F. **Unidad de adscripción:** UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI
Asesor Nombre: Dr. Felipe Vázquez Estupiñán **Matrícula:** 7159366
Paterno: Hinojosa **Materno:** Vega **Nombre:** Rocío
Matrícula: 99377341 **Especialidad:** Psiquiatría **Fecha Grad.** 29 / 02 / 2012

Título de la tesis:

SALUD MENTAL DE MUJERES PRE Y POST RECONSTRUCCIÓN DE SENO POSTERIOR A CÁNCER DE MAMA EN DERECHOHABIENTES DEL IMSS

Resumen:

Antecedentes: El cáncer de mama es un importante problema de salud en la sociedad moderna, es la neoplasia maligna más frecuente entre mujeres a nivel mundial, con una gran morbi-mortalidad. En México, el número de casos se ha incrementado paulatinamente, ocupando actualmente el primer lugar como causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres de 25 años en adelante. El tratamiento de la enfermedad depende del estadio, histología y biomarcadores; implicando el manejo quirúrgico tumorectomía o mastectomía, siendo esta última una experiencia traumática para la mujer, con implicaciones sexuales y psicológicas. La reconstrucción de seno es una opción decisiva que contribuye a disminuir o evitar posibles trastornos emocionales, proporciona beneficio significativo social y psicológicamente, así como efectos positivos en la autoestima, sexualidad e imagen corporal. Diferentes estudios han confirmado la asociación existente entre reconstrucción mamaria y elevada satisfacción por parte de la paciente; otros autores exponen que cumple un papel importante en el fortalecimiento de la relación afectiva y sexual con la pareja.

Objetivos: Evaluar la percepción de la sexualidad, ansiedad, depresión, imagen corporal y calidad de vida en las pacientes pre y post-reconstrucción de seno por cáncer de mama en mujeres derechohabientes de IMSS.

Material y Métodos: Se realizó un estudio trasversal de medidas repetidas pre y post-reconstrucción mamaria posterior a cáncer de mama, en las pacientes que asistieron a la consulta externa de Cirugía Reconstructiva durante el periodo del estudio comprendido de 01 de Septiembre de 2010 al 30 de Abril de 2011. Como técnica de recolección de información se utilizaron un cuestionario sociodemográfico, escala ECORT QLQ-C30, QLQ-BR23, imagen corporal Hopwood y HADS. El análisis de la información se realizó en el paquete estadístico STATA 11. Se realizó diferencias de medias pre y postcirugía para todas las escalas.

Resultados: La muestra total estudiada se conformo de 18 mujeres, siendo la media de edad de 48.4 años (DE 8.5). Para la percepción de calidad de vida, en la escala EORTC QLQ-C30 Y BR-23, no observamos diferencias significativas en las diferencias de los promedios en las puntuaciones pre y postreconstrucción mamaria. En cuanto a la percepción de la imagen corporal se observo una mejoría en la puntuación media postcirugía. En relación a la ansiedad y depresión, observamos diferencias de proporciones en la valoración pre y postreconstrucción de mama, con mejoría en los niveles de síntomas ansiosos y depresivos.

Discusión: Este estudio es el único realizado en México, y proporciona datos sobre la calidad de vida, imagen corporal, ansiedad y depresión de 18 pacientes con antecedente de mastectomía por cáncer de mama y a quienes se les realizo reconstrucción mamaria.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que es relevante para la salud mental de las pacientes con antecedente de mastectomía por cáncer de mama, que reciban un manejo integral, el cual incluya que las valoraciones psiquiátrica acompañen de manera transversal todo el proceso de atención hasta su alta médica, con el objetivo de manejar adecuadamente y de manera oportuna los posibles trastornos emocionales.

Palabras Clave:

Cáncer Mama

Calidad de vida

Imagen corporal

Salud mental

Reconstrucción de mama

Págs. 48

Ilus 13

Tipo de Investigación: _____

Tipo de Diseño: _____

Tipo de Estudio: _____

DRA. DIANA G. MENEZ DIAZ
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADE CMN SIGLO XXI

M. en C. DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DR. JOSÉ G. GONZÁLEZ MARTÍNEZ
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

D. en C. GUADALUPE AGUILAR MADRID
INVESTIGADORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN SALUD EN EL TRABAJO
CMN SIGLO XXI

M. en C. DR. CUAUHTÉMOC JUÁREZ PÉREZ
INVESTIGADOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN SALUD EN EL TRABAJO
CMN SIGLO XXI



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 3601
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO
XXI, 3 SUROESTE DEL D.F.

FECHA **27/04/2011**

DRA. GUADALUPE AGUILAR MADRID

P R E S E N T E

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

**SALUD MENTAL DE MUJERES PRE Y POST RECONSTRUCCIÓN DE SENO POSTERIOR A
CANCER DE MAMA EN DERECHOHABIENTES DEL IMSS**

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

Núm. de Registro
R-2011-3601-36

ATENTAMENTE


DR. CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Agradecimientos

A la vida, por permitirme formar parte de este mundo maravilloso, la psiquiatría.

A Paula Celic por estar en mi vida, tu paciencia y comprensión, por todos los abrazos y besos que me hacían seguir adelante, por ser la luz de mi vida y mi motivo de lucha. Te quiero con todo el corazón.

Mis pensamientos y las palabras se quedan cortos para agradecer el que me brindes tu mano en las derrotas y los logros, por el interés en mi persona y superación, por motivarme a continuar en momentos difíciles, este logro también es tuyo. Jesús te amo.

A toda mi familia, en especial a mi madre Triny y mis hermanos Javier, Abril, Citlali, Angélica, por su esfuerzo, apoyo y confianza. Gracias por ayudarme cada día a cruzar con firmeza el camino de la superación, saben que me hicieron el camino más fácil. Los quiero mucho.

Mi eterno agradecimiento a la Dra. Guadalupe Aguilar, y al Dr. Cuauhtémoc Juárez, por la paciencia, la oportunidad, con su apoyo y ayuda permanente logre seguir avanzando en esta aventura de la investigación, gracias por dirigirme en la tesis.

Al servicio de cirugía reconstructiva, Dr. José González, Dr. Mario Campos, por abrirme las puertas de su área de trabajo, por la confianza y el apoyo.

Agradezco infinitamente a cada uno de mis maestros por darme su tiempo y conocimientos que fueron determinantes en el proceso de mi preparación profesional, en especial al Dr. Armando Anaya y al Dr. Omar Campos, por su apoyo, por los momentos compartidos y formar parte de lo que ahora soy.

A mis compañeros y amigos, sin excluir a ninguno en especial a Joaquín, por todo el tiempo compartido en estos 4 años, por darme la mano cuando la necesite , por las conversaciones y la amistad; a Andrés por el tiempo para escuchar mis problemas y hacerme sonreír, sobre todo por la amistad. Pilar, Janet, Lorena, Graciela, Martha, Claudia, Jorge, Héctor por el ánimo de todos los días.

Dedicatoria

A los que ya no están conmigo, pero que los llevo en mi recuerdo y mi corazón.

A cada una de las mujeres que amablemente aceptaron participar en el estudio, por mostrarme una forma diferente de mirar y vivir la vida. Mi admiración y respeto por su lucha diaria.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS.....	12
HIPÓTESIS.....	12
MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
ASPECTOS ÉTICOS.....	17
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	18
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	19
RESULTADOS.....	20
DISCUSIÓN.....	22
CONCLUSIONES.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
TABLAS Y GRÁFICAS.....	28
ANEXOS.....	37

RESUMEN

SALUD MENTAL DE MUJERES PRE Y POST RECONSTRUCCIÓN DE SENO POSTERIOR A CANCER DE MAMA EN DERECHOHABIENTES DEL IMSS

Antecedentes: El cáncer de mama es un importante problema de salud en la sociedad moderna, es la neoplasia maligna más frecuente entre mujeres a nivel mundial, con una gran morbi-mortalidad. En México, el número de casos se ha incrementado paulatinamente, ocupando actualmente el primer lugar como causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres de 25 años en adelante, la incidencia en el 2008 fue de 13939 casos, con una tasa 27.2% y una mortalidad de 5217 que corresponde 37.4%. El tratamiento de la enfermedad depende del estadio, histología y biomarcadores; implicando el manejo quirúrgico tumorectomía o mastectomía, siendo esta última una experiencia traumática para la mujer, con implicaciones sexuales y psicológicas. La reconstrucción de seno es una opción decisiva que contribuye a disminuir o evitar posibles trastornos emocionales, proporciona beneficio significativo social y psicológicamente, así como efectos positivos en la autoestima, sexualidad e imagen corporal. Diferentes estudios han confirmado la asociación existente entre reconstrucción mamaria y elevada satisfacción por parte de la paciente; otros autores exponen que cumple un papel importante en el fortalecimiento de la relación afectiva y sexual con la pareja.

Objetivos: Evaluar la percepción de la sexualidad, ansiedad, depresión, imagen corporal y calidad de vida en las pacientes pre y post-reconstrucción de seno por cáncer de mama en mujeres derechohabientes de IMSS.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal de medidas repetidas pre y post-reconstrucción mamaria posterior a cáncer de mama, en las pacientes que asistieron a la consulta externa de Cirugía Reconstructiva del IMSS durante el periodo del estudio comprendido de Septiembre 01 de 2010 a Abril 30 de 2011. Como técnica de recolección de información se empleo un cuestionario sociodemográfico, escalas ECORT QLQ-C30, QLQ-BR23, imagen corporal, Hospital Anxiety and Depression Scale. El análisis de la información se realizó en el paquete estadístico Stata 11. Se realizó diferencias de medias pre y poscirugía para todas las escalas.

Resultados: La muestra total estudiada se conformo de 18 mujeres, siendo la media de edad 48.4 (DE 8.5). En cuanto a la percepción de la imagen corporal se observo una mejoría en la puntuación media postcirugía de 9.9 vs 3.1 siendo estadísticamente significativa. En relación a la ansiedad y depresión, observamos diferencias de proporciones en la valoración pre y postreconstrucción de mama, con mejoría en los niveles de síntomas ansiosos y depresivos. Para la percepción de calidad de vida, en la escala EORTC QLQ-C30 Y

BR-23, no observamos diferencias significativas en las diferencias de los promedios en las puntuaciones pre y postreconstrucción mamaria.

Discusión: Este estudio es el único realizado en México, y proporciona datos sobre la calidad de vida, imagen corporal, ansiedad y depresión de 18 pacientes con antecedente de mastectomía por cáncer de mama y a quienes se les realizó reconstrucción mamaria.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que es relevante para la salud mental de las pacientes con antecedente de mastectomía por cáncer de mama, que reciban un manejo integral, el cual incluya que las valoraciones psiquiátricas acompañen de manera transversal todo el proceso de atención hasta su alta médica, con el objetivo de manejar adecuadamente y de manera oportuna los posibles trastornos emocionales.

1. Datos del alumno

Hinojosa
Vega
Rocío
55 79 09 05
Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Médico Cirujano
091353223

2. Datos de los asesores

Vázquez
Estupiñán
Felipe

González
Martínez
José G

Aguilar
Madrid
Guadalupe

Juárez
Pérez
Cuauhtémoc

3. Datos de la tesis

Salud mental de mujeres pre y post-reconstrucción de seno posterior a cáncer de mama en mujeres
derechohabientes del IMSS
p. 48
2012

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es un importante problema de salud en la sociedad moderna (Stavrou D, Weissman O, et al 2009), siendo la neoplasia maligna más frecuente entre las mujeres a nivel mundial y responsable de una gran morbi-mortalidad (Fann JR, Tomas-Rich AM 2008), con más de un millón de casos nuevos cada año en el mundo, aproximadamente la mitad ocurre en países desarrollados. Sin embargo, es en los países en vías de desarrollo donde ocurren la mayoría de las muertes por esta causa (Cárdenas J; Sandoval F 2008). The National Cancer Institute estima que 12.7% de las mujeres nacidas hoy en día serán diagnosticadas con cáncer de mama durante el curso de su vida (Stavrou D, Weissman O, et al 2009).

En México, la mortalidad y el número de casos se han incrementado paulatinamente. En 1979 ocupaba el séptimo lugar como causa de muerte entre la población mexicana, para 1990 ocupó la segunda posición (Agarwal G, Ramakant P et al 2009), a partir de 2006 ocupa el primer lugar como causa de muerte por neoplasia maligna en las mujeres de 25 años en adelante y desplazando de esta posición al cáncer cervicouterino. En ese mismo año se registraron 4,440 defunciones con una tasa de mortalidad de 15.8 fallecimientos por cada 100 mil mujeres de 25 y más años, lo que representa un incremento de 9.7% en relación con el 2000; el 68% ocurrió en mujeres mayores de 50 años, con una edad promedio al morir de 58.3 años. De las 4461 muertes que se produjeron en el 2006 en México, el 47.7% (2128) ocurrió en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (Cárdenas J, Sandoval F 2008).

Respecto a la incidencia, según los últimos datos del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNM), en 2003 se presentaron 12,433 nuevos casos de cáncer de mama, 316 más que en el año anterior. La mayor parte en los grupos de 40 a 59 y de 70 años y más. Ello significa que en 2003, las instituciones del Sistema Nacional de Salud diagnosticaron más de 50 casos de cáncer mamario por cada día laborable; la mayoría descubiertos en etapas avanzadas. El porcentaje promedio de diagnóstico, de acuerdo con el estadio clínico, es el siguiente: estadio 0 y I, 7.4%; estadio II, 34.4%; estadio III y IV 42.1%; no clasificable 16.1%. Aún así, ya sea en estadios tempranos o avanzados, esta enfermedad representa una enorme carga emocional, familiar, social y económica (Cárdenas J, Sandoval F 2008). El costo promedio de atención médica en el primer año de tratamiento de pacientes con cáncer de mama fue de \$66,642.00 con un valor máximo de \$92,217.00 para el año 2005 (Borja AV, Aguilar MG et al 2005).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social existe una evidente relevancia de los tumores malignos en la salud de la población derechohabiente, siendo responsables del 5 a 6% del total de egresos, contribuyendo el cáncer de mama con un 11.2% y un ascenso de manera notable en los últimos 10 años (Fernández CS, 2005).

El tratamiento de la enfermedad depende del estadio, histología y biomarcadores; implicando el manejo quirúrgico tumorectomía o mastectomía, siendo esta última una experiencia traumática para las mujeres (Rubino C, Figus A, et al 2007) y comúnmente asociada con un fuerte impacto emocional, en donde las pacientes pueden experimentar pérdida de la feminidad y autoestima o cambios en su autopercepción y sexualidad, afectando en algunas mujeres su nivel de vida social e incluso laboral (Fernández DJ et al 2008).

Cáncer de mama

El cáncer se caracteriza por el crecimiento incontrolado, desarrollo y multiplicación de células que tienden a invadir el tejido circundante, capaces de producir metástasis. Puede causar la muerte cuando estas células impiden el funcionamiento normal de los órganos vitales afectados o se extienden por todo el cuerpo y dañan otros sistemas.

El cáncer de mama se manifiesta como un nódulo palpable diferente al resto del tejido de la mama que se localiza en cualquier parte del seno y tiende a crecer rápidamente sin dolor. Existen diversos factores de riesgo para el incremento de cáncer en mama entre los más frecuentes esta la edad mayor de 50 años, menarca a edad temprana, nuliparidad, menopausia tardía y el primer hijo vivo después de los 30 años de edad, los cuales han incrementado los índices de mortalidad (Bañuelos BP, Bañuelos BY, et al 2007).

Mastectomía

La palabra mastectomía proviene del griego *mastos*, que significa mama y *ektoméé*, que significa extirpación, es decir, “extirpación de la glándula mamaria”.

Se puede decir que el cáncer de mama es tan antiguo como la humanidad, así como la mastectomía. Hacia el siglo XIX se considera el cáncer de mama como una enfermedad locorregional, por tanto se debían realizar grandes cirugías de este tipo. El mayor empuje histórico al desarrollo y expansión del uso de la mastectomía en el tratamiento de cáncer de mama se le debe a Halsted y a Meyer, que en 1890 introdujeron la mastectomía radical.

Tipos de mastectomía en indicaciones

Mastectomía radical. Conocida como mastectomía radical de Halsted y de Meyer, es la clásica mastectomía, y consiste en la extirpación de la glándula mamaria, ambos pectorales y vaciamiento axilar completo. Tratamiento quirúrgico estándar de cáncer de mama hasta hace 25 años. En la actualidad tiene indicación en los siguientes casos: 1) casos avanzados en su afectación locorregional; 2) tumores que invaden el pectoral mayor, 3) determinados casos en estadio III-A tras quimioterapia de inducción, 4) tumores localmente avanzados que no mejoran con quimioterapia, 5) cuando existen los ganglios interpectores de Rotter claramente afectados.

Mastectomía radical ampliada. A la mastectomía radical se asocia la extirpación de los ganglios de la mamaria interna, de forma discontinua o en bloque con la pared ósea torácica que se reforzaba con fascia lata o mallas. Prácticamente en desuso en la actualidad.

Mastectomía superradical. A la mastectomía radical ampliada se le asocia la disección de los ganglios supraclaviculares, bien de forma discontinua o en monobloque extirpando parte de la clavícula y de la primera y segunda costilla. Prácticamente no tiene indicaciones en la actualidad.

Mastectomía superradical de Prudente. Además de todo lo realizado en la superradical, se asocia una desarticulación interescapulotorácica del brazo homolateral. Prácticamente no tiene indicaciones en la actualidad.

Mastectomía radical modificada. A) Mastectomía radical modificada de Patey, en la que se extirpa la glándula mamaria con el pectoral menor y la fascia del pectoral mayor, con vaciamiento axilar completo. B) Mastectomía radical modificada de Madden y Auchincloss, en la que se extirpa la glándula mamaria sin pectorales, con vaciamiento axilar a poder ser completo. La incisión es horizontal, lo que mejora el resultado cosmético. De todas las mastectomías, la que más indicaciones y más se realiza en la actualidad, es la mastectomía radical modificada, en cualquiera de sus dos variantes, siendo sus indicaciones fundamentales las siguientes: 1) tumores de más de 3cm, 2) tumores multifocales, 3) algunos sarcomas sin invasión de pectorales, 4) tumores en estadio I y II, 5) tumores en estadio III como parte de un tratamiento multimodal, 6) cáncer de mama durante el embarazo, 7) recidiva tras cirugía conservadora, 8) cáncer de mama en el varón.

Mastectomía simple. Consiste en la extirpación de la glándula mamaria, sin vaciamiento axilar, generalmente con incisión horizontal, su indicación o finalidad es más paliativa que curativa. Está indicada en los siguientes casos: 1) lesiones multicentricas de carcinoma canalicular *in situ*, 2) cistosarcoma *phylloides* y sarcomas invasivos, cuando no están fijados a pared torácica subyacente, fascia o músculo, 3) lesiones de mama poco frecuentes (melanoma, dermatofibrosarcoma *protuberans*, linfoma, actinomicosis, tuberculosis, etc), 4) debe ser valorada como profilaxis en pacientes de alto riesgo.

Mastectomía subcutánea. Extirpación de la mayor parte de la glándula mamaria conservando piel, pezón y areola, sin realizar vaciamiento axilar. Tiene dos indicaciones fundamentales: mujeres de alto riesgo que desarrollan cáncer de mama y enfermedad mamaria benigna extensa, que pueda hacer confundir por sus hallazgos en la exploración física o mamográfica (del Val JM, López MF, et al 2001).

Reconstrucción mamaria

La reconstrucción de mama es comúnmente realizada después de la mastectomía para el cáncer de mama y generalmente se cree que mejora la calidad de vida de las mujeres (Lee C, Sunus C, Pignone M 2009), ya que puede ayudar a estas pacientes a recobrar una imagen corporal aceptable y restablecer un equilibrio psicológico (Fernández DJ, López PM, et al 2008), al parecer proporciona beneficio significativo emocional, social y psicológicamente así como efectos positivos en la autoestima, sexualidad e imagen corporal (Mullan MH, Wilkins EG, et al 2007).

La reconstrucción mamaria tras mastectomía ha experimentado un cambio muy grande en los últimos 25 años, pasando de ser una técnica que rara vez se practicaba con unos resultados poco satisfactorios, a ser una cirugía muy frecuente en la actualidad y con resultados estéticos francamente buenos.

Los grandes problemas emocionales que sufren las pacientes mastectomizadas y la deformidad ocasionada por la pérdida de la mama han sido fundamentales para desarrollar técnicas existentes hoy día de reconstrucción mamaria.

Uno de los problemas que se plantean aún hoy en día es el referente al momento más adecuado para la reconstrucción mamaria, reconstrucción inmediata o diferida, y la técnica más adecuada de reconstrucción en cada caso.

La reconstrucción tardía se puede realizar al cabo de unos días o años después de la mastectomía. Las técnicas de reconstrucción disponibles hoy día son las siguientes: 1) implantes mamarios de silicona o

solución salina, 2) reconstrucción mediante tejido autógeno, como colgajos utilizados en este tipo de reconstrucción se pueden emplear dos fundamentales, el dorsal ancho y el colgajo musculocutáneo de transversal abdominal (TRAM). Generalmente, una vez realizada la reconstrucción de la mama, se realiza la reconstrucción del complejo areola-pezones (del Val Gil JM, López BM, et al 2001).

Depresión y ansiedad

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, todas las personas con enfermedades físicas en general, y con aquellas de curso crónico y degenerativo en lo particular, resultan especialmente vulnerables a la presencia de problemas en salud mental. Diversos autores informan que la depresión y la ansiedad son los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en muestras de pacientes con enfermedades físicas, incluyendo el cáncer en donde van respectivamente, desde un 6 y 2% en el estudio de Derogatis, Monroy et al, hasta un 25 y 44% según Massie-Holland y Schang-Heinrich. En el cáncer de mama, ello puede deberse a la presencia de condiciones metabólicas o endocrinas relacionadas, los regímenes quimioterapéuticos, la disminución en la funcionalidad del sistema inmune, el dolor, el impacto emocional del diagnóstico y/o el cuestionamiento a la femineidad que conllevan algunas consecuencias, como la mastectomía (Robles R, Morales M, et al 2009).

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un periodo al menos de 2 semanas de duración durante el cual hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Su prevalencia a lo largo de la vida representa del 5 al 12% de los hombres y del 10 al 25% de las mujeres.

La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas. Su prevalencia alcanza el 45% a lo largo de la vida. Los síntomas de ansiedad pueden ser somáticos, cognitivos o conductuales (Mate J, Hollenstein M Gil F 2004).

En las mujeres del mundo entero el cáncer de mama, la depresión y la ansiedad constituyen problemas de salud pública, que además se encuentran estrechamente vinculados entre sí.

Hoy sabemos que estos trastornos psiquiátricos se encuentran entre las causas principales de años perdidos por calidad de vida en todo el mundo y que cuando se presentan en comorbilidad con el cáncer

contribuyen a disminuir el apego al tratamiento, prolongar las estancias hospitalarias, y en última instancia a reducir las oportunidades de supervivencia.

El conocimiento del papel que desempeña el perfil psicosocial de un individuo en la presencia de depresión y/o ansiedad bien puede facilitar su detección oportuna y aumentar la efectividad de su prevención y tratamiento al dirigirse a grupos vulnerables (Robles R, Morales M, et al 2009).

Imagen corporal

Entendemos por imagen corporal la dimensión psíquica de nuestra corporeidad. Paul Schilder (1963), construyó toda una teoría de la imagen corporal, postulando que dicha imagen se organiza en relación al entorno social y al conjunto de estímulos que el hombre recibe, formándose en la infancia y modificándose a lo largo de la vida.

El concepto de imagen corporal, engloba todas las ideas y actitudes que los sujetos tienen respecto de su cuerpo, desarrollo y déficits. Este concepto tiene un carácter subjetivo, ya que en cierto modo es la opinión que el sujeto tiene respecto a su cuerpo como totalidad o en relación a las partes individualizadas.

En este juicio también influyen contenidos estéticos de la época y del entorno en que se vive. Desarrollamos la conciencia de nuestra imagen corporal a través del dolor, la enfermedad, la experiencia erótica y el esfuerzo físico. En la construcción de la imagen corporal interviene un acto psíquico doble; el reconocimiento de nuestro propio cuerpo y el del cuerpo de otro (López P, Polaino L, Arranz P 1992).

Por lo tanto, la imagen corporal es un constructo que implica lo que uno piensa, siente, y como se percibe y actúa en relación con su propio cuerpo. La imagen corporal se concibe además como parte del autoconcepto, que puede entenderse como el conjunto de percepciones o referencias que la persona tiene de sí misma, e incluye juicios acerca de comportamientos, habilidades o apariencia externa.

El diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama supone una situación estresante, no sólo desde el punto de vista físico, sino también y muy especialmente desde el punto de vista psicológico, ya que además de enfrentar la enfermedad y sus tratamientos la paciente tiene que adaptarse a pérdidas importantes en varios aspectos, como son los referidos a los cambios en su imagen corporal y a los sentimientos y actitudes que ello necesariamente conlleva. Estas alteraciones debidas al cáncer influyen de forma negativa en la imagen que uno tiene de su cuerpo (Sebastián J, Manos D, et al 2007).

Sexualidad

La Organización Mundial de la Salud define la salud sexual como la aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductora amoldándola a criterios de ética social y personal, ello implica la ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza, culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben y entorpezcan las relaciones sexuales y reproductiva. Casares, la define como un conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo, y la Real Academia de la Lengua Española la amplía con apetito sexual, propensión al placer carnal. Observamos que la sexualidad es el cruce de la naturaleza con la estructura social. Es un producto social. Va mucho más allá de la reproducción, ya que se ocupa tanto de gestionar la demografía de los grupos humanos como de mantener el orden social que los sostiene. La esfera de la reproducción es una de las múltiples partes de la sexualidad. No obstante, se construye mediante pautas sociales y culturales cada vez más distantes de cuestiones relativas a la reproducción (Blanco SR, 2010).

La función sexual de la mujer es multidimensional. Una gran cantidad de mujeres con cáncer de mama tras el diagnóstico, pueden presentar aversión o disminución importante en el deseo sexual. Tras la intervención y la agresión de los tratamientos, la mujer no quiere ser vista o tocada por su compañero, porque se siente mutilada, extraña, con vergüenza, evitando todo contacto sexual, parece estar libre de sentimientos eróticos y de respuestas sexuales. Existen controversias en cuanto a los resultados con la reconstrucción de mama, algunos estudios refieren que esta condición no mejora significativamente estas situaciones.

Calidad de vida

Calidad de vida es un término ampliamente utilizado por sociólogos, filósofos, economistas, políticos y profesionales de la salud. El término proviene de *Ética a Nicómaco de Aristóteles*, que data de 330 aC, en el que se reconoce la relación entre la calidad de vida, la felicidad y los valores subjetivos del individuo. Hay una definición amplia y multidimensional de calidad de vida, que se basa en gran medida en el sexo, edad, origen étnico y creencias religiosas de los pacientes. Abarca los gustos personales, aficiones, experiencias, percepciones, actitudes y creencias, todo lo cual se puede dividir en cuatro categorías principales, física y ocupacional, psicosocial, social y somática (Stavrou D, Weissman O, et al 2009).

En general, la calidad de vida se puede relacionar con todos los aspectos de la vida de una persona, pero en el campo de la oncología este término se centra en la salud del paciente (Arraras JI, Martínez M, et al 2004).

Justificación

El cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial, se le atribuyen 7,9 millones de defunciones ocurridas en 2007; siendo el cáncer de mama la neoplasia maligna más frecuente en las mujeres, contribuyendo con 548,999 defunciones anuales (OMS 2007). En México, es un importante problema de salud pública ya que en la última década se ha presentado un incremento en la incidencia y mortalidad, ocupando actualmente el primer lugar como causa de muerte por neoplasia maligna en mujeres mayores de 25 años. La incidencia de cáncer de mama en la UMAE Hospital de Oncología CMN SXXI fue de 1611 casos, con una tasa de mortalidad de 8.5% (137), en el 2010. En el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, el cáncer de mama es la segunda causa de muerte más común entre mujeres de 30 a 59 años de edad.

Consideramos que este estudio era factible de realizar ya que en el Hospital de Especialidades de CMNSXXI es donde se concentran los casos candidatos a reconstrucción de seno post-mastectomía por cáncer de mama en el servicio de Cirugía Reconstructiva, en la zona centro del país.

Este estudio nos permitió conocer la percepción de la sexualidad, ansiedad, depresión, imagen corporal y calidad de vida en las pacientes que fueron sometidas a una mastectomía por cáncer de mama y los cambios que pudieron presentar con la reconstrucción de seno; todo siendo base para permitirnos planear y recomendar estrategias para una adecuada valoración y diagnóstico psiquiátrico oportuno de estas pacientes, con herramientas para proporcionar un tratamiento psiquiátrico de manera oportuna en caso de requerirlo, recordando que el cáncer de mama es considerado como una enfermedad sistémica y por tanto, requiere un tratamiento multidisciplinario. Beneficiando adecuadamente a las pacientes, sus familiares, los médicos y la sociedad.

Planteamiento del problema

¿La reconstrucción de seno post-mastectomía por cáncer de mama modifica la percepción en cuanto a la sexualidad, ansiedad, depresión, imagen corporal y calidad de vida en las pacientes derechohabientes del IMSS?

Objetivos

Objetivo General

Evaluar la percepción de su sexualidad, la ansiedad, depresión, imagen corporal y calidad de vida en las pacientes pre y post-reconstrucción de seno por cáncer de mama en mujeres derechohabientes del IMSS.

Objetivos Específicos

Evaluar la ansiedad, depresión, en las pacientes con mastectomía por cáncer de mama previo a la cirugía reconstructiva de seno en mujeres derechohabientes del IMSS.

Evaluar la percepción en cuanto a la sexualidad, imagen corporal y calidad de vida en las pacientes con mastectomía por cáncer de mama previo a la cirugía reconstructiva de seno en mujeres derechohabientes del IMSS.

Evaluar la percepción en cuanto a la sexualidad, imagen corporal y calidad de vida en las pacientes con mastectomía por cáncer de mama posterior a la cirugía reconstructiva de seno en mujeres derechohabientes del IMSS.

Calcular la frecuencia de ansiedad y depresión en las pacientes pre y post reconstrucción de seno por cáncer de mama derechohabientes del IMSS.

Hipótesis

Ho: No existe cambio en la percepción de las pacientes con mastectomía por cáncer de mama en cuanto a la sexualidad, ansiedad, depresión, imagen corporal y calidad de vida, posterior a la reconstrucción mamaria.

Ha: Existen cambios en la percepción de las pacientes con mastectomía por cáncer de mama en cuanto a la sexualidad, ansiedad, depresión, imagen corporal y calidad de vida, posterior a la reconstrucción mamaria.

Material y métodos

Este es un estudio transversal de medidas repetidas pre y post reconstrucción mamaria posterior a cáncer de mama, realizado en una muestra de 18 participantes, que asistieron a la consulta externa de Cirugía Reconstructiva, quienes fueron enviadas para reconstrucción mamaria, posterior a cáncer de mama, durante el periodo de estudio comprendido de 01 de Septiembre de 2010 al 30 de Abril de 2011 y cumplían con los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Se incluyeron: Pacientes con mastectomía que llenaron los siguientes requisitos:

1. Que aceptaron participar en el estudio
2. Que firmaron su carta de consentimiento informado. Anexo 1
3. De cualquier edad
4. Enviadas a la CE Cirugía Reconstructiva para realizar reconstrucción de seno
5. Diagnóstico previo de cáncer de mama

Se excluyeron:

1. Pacientes que rechazaron participar en el estudio
2. Tenían una cirugía reconstructiva no secundaria a cáncer mama
3. Que no completaron las dos evaluaciones pre y post cirugía reconstructiva

Instrumentos de medición

1. Cuestionario sociodemográfico, consto de 49 reactivos y contemplo preguntas sobre aspectos generales de las pacientes, edad, sexo, historia del padecimiento, laboral, redes sociales. Anexo 2.
2. EORTC QLQ-C30 versión 3.0, consto de 30 preguntas; compuesto de dos escalas multi-ítem y medidas de un solo elemento. Incluyo cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, rol, emocional, social y cognitivo), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náusea/vómitos), una escala global de salud/calidad de vida y 6 ítems individuales que evaluaron síntomas adicionales (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea, y el impacto financiero); para la mayoría de las preguntas se empleo un formato de respuesta tipo Likert de cuatro opciones que van de 1=En

absoluto a 4=Mucho, excepto la escala global que tiene siete. Todas las escalas e ítems individuales se convirtieron en una puntuación de 0 a 100. Una calificación de escala alta represento un nivel de respuesta alto. Así, una puntuación alta en una escala funcional represento un nivel alto/saludable de funcionamiento, una puntuación alta para el estado de global de salud/calidad de vida represento una calidad de vida alta, pero una puntuación alta en una escala de síntomas represento un alto nivel de sintomatología/problemas. Anexo 3.

3. EORTC QLQ-BR23, consto de 23 preguntas, valora áreas relacionadas con las diferentes modalidades de tratamiento (cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia), imagen corporal, función sexual y perspectiva a futuro. Consto de 2 partes (área de nivel de funcionamiento y síntomas) que se organizan en escalas e ítems individuales, con formado de respuestas tipo Likert de cuatro opciones que van de 1=En absoluto a 4=Mucho. El sistema de puntuación para el QLQ_BR23 es idéntico, en principio, que para las escalas de función y síntomas/ítems individuales del QLQ-C30. Anexo 4.
4. Escala de Imagen Corporal para pacientes con cáncer; consto de 10 preguntas tipo Likert de cuatro opciones que van de 0=Nada a 3=Mucho, autoaplicable, la puntuación general fue de 0 a 30, donde cero representaron ausencia de síntomas y angustia, y los puntajes más altos representaron un incremento en los síntomas y la angustia. Anexo 5.
5. Hospital Anxiety and Depression Scale, consto de dos series de siete cuestiones (una representa la escala de ansiedad y otra la de depresión), cada ítem fue valorado según una escala de cuatro puntos de frecuencia que va desde 0 a 3. Las puntuaciones superiores a 11 se consideraron indicativas de morbilidad, puntuación de 8 – 10 se interpretaron como caso dudoso y puntuaciones inferiores a 7 indicaron ausencia de morbilidad significativa. Anexo 6.

Logística de aplicación de los instrumentos pre y post-reconstrucción de seno:

A las pacientes que fueron enviadas al servicio de cirugía reconstructiva, se les invitó a participar en el estudio, a las que aceptaron se les aplico el cuestionario sociodemográfico y se les proporcionaron los instrumentos de medición, auto-aplicados. La encuesta post-reconstrucción de seno, se realizó seis semanas posteriores a la reconstrucción del bulto mamario con el objetivo de que la paciente hubiera pasado por las etapas de recuperación quirúrgica.

Operacionalización de las variables

Nombre	Descripción de la variable	Escala de medición
Edad	Edad de la paciente en años cumplidos	Continua discreta
Estado civil	Estado civil de la paciente con 6 opciones de respuesta	Cualitativa nominal 1=soltera, 2=casada, 3=unión libre, 4=viuda, 5=divorciada, 6=separada
Escolaridad	Grado de estudio de la paciente a nivel primaria, secundaria, bachillerato y universidad, con opción a saber si fue completa o incompleta	Cualitativa nominal 1=primaria completa, 2=primaria incompleta, 3=secundaria completa, 4=secundaria incompleta, 5=bachillerato o carrera técnica completa, 6=bachillerato o carrera técnica incompleta, 7=universidad completa, 8=universidad incompleta
Ocupación	Estado laboral actual de la paciente	0=labora, 1=no labora
Fecha diagnóstico cáncer	Fecha en que se corroboró el diagnóstico por personal médico	Indicada en día, mes y año
Variedad histológica	Con cuatro opciones de respuesta	1=carcinoma ductal, 2=carcinoma lobulillar, 3=pezón, 4=indiferenciado
Estadio del tumor	Con ocho opciones de respuesta	0=etapa cero, 1=etapa I, 2=etapa IIA, 3=etapa IIB, 4=etapa IIIA, 5=etapa IIIB, 6=etapa IIIC, 7=etapa IV, 8=sin dato
Fecha mastectomía	Fecha en que se realizó el procedimiento quirúrgico	Indicado en día, mes y año
Mama afectada	Con tres opciones de respuesta	1=derecha, 2=izquierda, 3=ambas

Red apoyo	Con 2 opciones de respuesta	Cualitativa nominal 0=No, 1=Si
Apoyo psicológico/psiquiátrico	Con 2 opciones de respuesta	0=No, 1=Si
EORTC QLQ-C30	Evalúa 5 escalas funcionales, 3 escalas de síntomas, una global de salud, 6 ítems individuales de síntomas adicionales	Escala de likert: 1=En absoluto, 2=Un poco, 3=Bastante, 4=Mucho
EORTC QLQ-BR23	Valora áreas relacionados con los tratamientos, imagen corporal, función sexual y perspectiva a futuro	Escala de likert: 1=En absoluto, 2=Un poco, 3=Bastante, 4=Mucho
Imagen corporal Escala de Imagen Corporal de Hopwood	Consta de 10 ítems Puntuación general va de 0 a 30	Escala de likert de : 0=Nada, 1=Un poco, 2=Bastante, 3=Mucho
Depresión Hospital Anxiety and Depression Scale	Consta de 7 ítems para ansiedad y 7 ítems para depresión. Puntuación >11 indicativa de morbilidad, 8 – 10 caso dudoso y <7 ausencia de morbilidad significativa	Escala de likert de 0 a 3

Análisis de los datos

Los datos fueron capturados en el programa de Excel vista 2007 y analizados en el paquete estadístico Stata 11.

Análisis univariado, se realizó para ver inconsistencia en la captura de los datos y la distribución de las variables de interés, además de calcular las medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, rangos, cuartiles) para las variables continuas. Así mismo para las variables categóricas se calcularon frecuencias y porcentajes.

Análisis bivariado, se realizó para observar las diferencias de medias entre grupos; pre y postcirugía en cada uno de los puntajes de las escalas medidas.

Análisis de medidas repetidas para calcular la diferencias de las evaluaciones pre y postcirugía reconstructiva y ver si fueron estadísticamente significativas.

Aspectos éticos

Por las características de este estudio, se considero como de “riesgo mínimo”, ya que no se realizaron intervenciones ni modificaciones en las variables de las pacientes. No conlleva ningún riesgo físico, ni psicológico inmediato y/o tardío adicional a la cirugía de reconstrucción mamaria.

Se proporciono a las pacientes la siguiente información: los objetivos y propósitos del estudio, procedimiento; beneficios anticipados en los procedimientos aplicados; duración del estudio; la libertad que tenían de retirarse del estudio en cualquier momento que lo desearan.

Se protegió la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participaron en la investigación. La información personal que se obtuvo de las pacientes, se considero como parte de su expediente clínico y se sujeto a sus normas; los hallazgos de la investigación se reportaron y entregaron a los sujetos envueltos en el estudio.

Se respetó la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”, y el Código Internacional de ética: “El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”. La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su (carta de consentimiento).

Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos humanos

1 Residente de la especialidad de psiquiatría

1 Investigador psiquiatría

1 Investigadora de la UIST

Personal médico y de enfermería del servicio de cirugía reconstructiva UMAE Hospital Especialidades

Recursos materiales

Los propios del servicio de psiquiatría, cirugía reconstructiva y de la residente y los investigadores participantes.

Cronograma de actividades

Actividad	2010						2011							
	Julio	Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Enero	Feb	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Ago
Revisión bibliográfica	■	■	■	■										
Elaboración de protocolo	■													
Registro de protocolo en el CLIHE		■												
Recolección de información		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Captura de la información y generación de base de datos						■	■	■	■	■	■	■		
Análisis de datos												■		
Presentación de resultados												■	■	
Elaboración tesis												■	■	
Elaboración artículo														■

Resultados

La muestra total estudiada se conformó de 18 mujeres, siendo la media de edad de 48.4 (DE 8.5), en un rango de 28 a 69 años; el 72.2% (13) de las pacientes radican en el Distrito Federal; están casadas el 55.5% (10), cuentan con escolaridad media superior y superior el 72.2% (13), laboran actualmente el 83.3% (15).

Tabla 1.

Respecto al antecedente de cáncer de mama en su familia el 61.1% (11) no presentaba ninguno, en relación al tipo de tumor que padecían las pacientes el 66.6% (12) desconocía la variedad histológica y el 88.8% (16) no sabía el estadio de su cáncer. En cuanto al tratamiento para el cáncer se observó que el 100% (18) recibió quimioterapia, 33% (6) radioterapia y el 27.7% (5) hormonoterapia, siendo la mama derecha la afectada en el 83.3% (15) de los casos. Tabla 1.

En relación al apoyo moral, las pacientes lo recibieron en un 72.2% (13) de sus hijos y otros familiares de manera similar, en cuanto al apoyo en los internamientos lo recibieron 61.1% (11) de su compañero sentimental y otros familiares en el mismo porcentaje. Solo el 27.7% (5) recibió apoyo psicológico, de estos un 60% (3) fue de forma privada. Ninguna de las pacientes recibió apoyo y manejo psiquiátrico ni institucional, ni privado. Tabla 1.

Para la percepción de calidad de vida, las diferencias de los promedios en las puntuaciones previas y posteriores a la reconstrucción mamaria, en la escala EORTC QLQ-C30 se observó una mejoría en el funcionamiento físico (91.4 vs 93.61), emocional (82.4 vs 85.7), cognitivo (79.6 vs 88), social (85.3 vs 88.1) respectivamente; con respecto a la de escala de síntomas observamos que las pacientes pre y post-cirugía presentaron un discreto incremento en la fatiga (12.8 vs 15.2), náusea/vómito (3.6 vs 4.5), dolor (9.1 vs 16.2), disnea (1.8 vs 7.3), insomnio (11 vs 18.3) respectivamente, lo que se traduce en incremento de la sintomatología, sin embargo ninguna fue estadísticamente significativa, probablemente al tamaño de muestra que obtuvimos en el estudio. Tabla 2.

En función a la escala EORTC QLQ-BR23 también se observó en los puntajes de precirugía y postcirugía una media mayor en la imagen corporal (68 vs 75.4), funcionamiento sexual (32.1 vs 37.61), y perspectiva a futuro (31.7 vs 33.5) respectivamente; en relación a las escalas de síntomas también pre y postcirugía se observó una disminución en la puntuación promedio en los efectos secundarios (12.6 vs 9.4), sintomatología

en mama (14vs 12.6), y brazo (25 vs 17) molestia por la pérdida de cabello (44.1 vs 33.1) respectivamente, las cuales no fueron estadísticamente significativas, debido al pequeño tamaño de muestra. Tabla 3.

En cuanto a la percepción de la imagen corporal de las pacientes precirugía y poscirugía observamos una mejoría en cuanto a la puntuación media posterior a la reconstrucción mamaria (9.9 vs 3.1), que fue estadísticamente significativa ($p = < 0.005$). Tabla 3 y Gráfica 1.

En relación a la ansiedad y depresión, al utilizar el punto de corte ≥ 8 , observamos que las diferencias de proporciones en la valoración pre y postreconstrucción de mama, una disminución en la presencia de morbilidad ansiosa (16.6% vs 11.1%) y depresiva (22.2 vs 5.5%), y mejoría en los niveles de síntomas ansiosos (7.6 vs 4.3; $p=0.001$) y depresivos (3.7 vs 1.7; $p=0.001$) respectivamente, siendo estas estadísticamente significativas. Tabla 3 y 4; Gráficas 2, 3, 4, 5, 6, 7.

Discusión

Este estudio es el único realizado en México, y proporciona datos sobre la calidad de vida, imagen corporal, ansiedad y depresión de 18 pacientes con antecedente de mastectomía por cáncer de mama y a quienes se les realizó reconstrucción mamaria.

Nuestros resultados muestran que la calidad de vida en las pacientes con mastectomía y posterior reconstrucción de mama presenta mejoría, aunque esta no es significativa, probablemente esto se deba al tamaño de muestra tan pequeño que se obtuvo, pues el tiempo entre la pre y la postcirugía de estas pacientes oscila de 2 meses a 4 Meses. Sin embargo, los resultados son similares a los reportados en el estudio realizado por Rowland JH et al (2000), en una cohorte de 1957 pacientes, con tres grupos quirúrgicos, lumpectomía (57%), mastectomía sola (26%) y mastectomía con reconstrucción (17%), quienes no observaron diferencias con respecto al funcionamiento social (75.8, 77.3, 76.9, $p=0.38$) y físico (81.5, 75.8, 84.4, $p=0.12$) respectivamente, medido por el RAND SF-36. Así mismo los resultados en la calidad de vida del presente estudio pre y postreconstrucción (87.5 vs 85.8, $p=0.3$), son similares a los reportados por Mullan et al (2007), quien estudio una muestra de 313 mujeres, antes y después de la reconstrucción mamaria (81.7 vs 82.9, $p=0.4$), pese haber empleado una escala (SF-36) diferente a la nuestra.

En relación a la percepción que tienen de su imagen corporal las mujeres de nuestro estudio, observamos mejoría de esta, posterior a la reconstrucción de mama, siendo el resultado similar al estudios realizado por Harcourt et al (2003), en 103 pacientes, con mastectomía sola, mastectomía y reconstrucción inmediata y diferida, con evaluación prequirúrgica y 6 meses postcirugía. Así mismo, podemos decir que la reconstrucción mamaria mejora la percepción en la imagen corporal de las pacientes sometidas a este procedimiento, como el de Al-Ghazal Sk et al (2000), Rowland et al (2000), Nicholson RM et al (2007) quienes han evalúan los resultados de imagen corporal en pacientes sometidas a diferentes técnicas quirúrgicas de manejo para cáncer de mama. Tabla 5.

Así mismo pudimos observar en nuestro estudio que 16.6% (3) de las pacientes presentaron sintomatología ansiosa y el 22.2% (4) depresiva, en la primera evaluación, siendo estos resultados similares a los reportado por otros autores como Morales et al (2007), y Fernández JD et al (2008). También observamos que existió una mejoría en ansiedad y depresión posterior a la reconstrucción mamaria de forma similar a lo encontrado

por otros autores clásicos como Al-Ghazal SK et (2000), Harcourte DM et al (2003), Rubino C et al (2006), y Fernández JD et al (2008). Tabla 6.

Las limitaciones de nuestro estudio fueron: el tamaño de la muestra tan pequeño que no permitió observar diferencias significativas en varias escalas de la salud mental de las pacientes participantes en el presente estudio. No se tuvo un grupo de comparación con características similares, excepto en que no se les realizaría reconstrucción mamaria. Para evaluar los trastornos mentales en pacientes con cáncer. No fue posible contar con diferentes grupos de acuerdo a la técnica de reconstrucción mamaria empleada

Conclusiones

Nuestro estudio muestra que es relevante para la salud mental de las pacientes con antecedente de mastectomía por cáncer de mama, que reciban un manejo integral, el cual incluya que las valoraciones psiquiátricas acompañen de manera transversal todo el proceso de atención hasta su alta médica, con el objetivo de manejar adecuadamente y de manera oportuna los posibles trastornos emocionales. Además muestra que en el proceso de atención de estas pacientes, se da un enfoque puramente anatómico, minimizando o ignorando el aspecto emocional, mental y anímico de las pacientes, el estrés postraumático posterior al cáncer y a la cirugía de extirpación del mismo, la quimioterapia, etc., que como han demostrado varios autores influye en la recuperación de las pacientes, en su apego al tratamiento y finalmente en su integración a la sociedad después de haber sufrido este estrés postraumático. Al parecer la salud mental pareciera una exquisitez a la cual las mujeres no tiene derecho, como lo demuestra los datos aquí reportados.

Referencias bibliográficas

1. Agarwal G, Ramakant P, et al. Breast cancer care in developing countries. *World J Surg* 2009;33:2069-76
2. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* 2000, 36, 1938-43
3. Arraras JI, Martínez M et al. La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología* 2004;1(1):87-98
4. Blanco SR. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres con cáncer de mama. *Index Enferm* 2010;19(1):24-28
5. Borja AV, Aguilar MG et al. Las múltiples facetas de la investigación en Salud 4: Costos de la atención médica de enfermedades con alta mortalidad en trabajadores asegurados al IMSS. Capítulo 10, 2005
6. Cárdenas SJ, Sandoval GF, et al. Consenso nacional sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Colima 2008, tercera revisión. Elsevier
7. De las Cuevas CC, García-Estrada PA, González RJ. Hospital Anxiety and Depression Scale y psicopatología afectiva. *An Psiquiatría* 1995;11(4):126-30
8. División Técnica de Información Estadística en Salud. El IMSS en cifras. Los tumores malignos en población derechohabiente, 1990-2003. *Rev Med IMSS* 2005;43(4):349-56
9. del Val Gil JM, López BM, et al. Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. *Cirugía española* 2001;69(1):56-64
10. European Organisation for Research and Treatment of Cancer, puede ser consultado en el portal http://groups.eortc.be/qol/qolu_personnel.htm
11. Fann JR, Thomas AM, et al. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *General Hospital Psychiatry* 2008;30:112-26
12. Fernández DJ, López PM, et al. Satisfaction with and psychological impact of immediate and deferred breast reconstruction. *Annals of Oncology* 2008;19:1430-34
13. Giménez-Climent MJ, Piñero A et al. Reunión de consenso sobre la reconstrucción postmastectomía. *Rev Senología Patl Mam* 2008;21(3):106-112

14. Harcourt DM, Rumsey NJ, et al. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg* 2003;3:1060-68
15. Hopwood P, Fletcher I, et al. A body scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer* 2001;37:189-97
16. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer, 2007, puede ser consultado en el portal de INEGI, en <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/default.asp?c=269&e=>
17. Keith DJ, Walker MB, et al. Women who wish breast reconstruction: characteristics, fears, and hopes. *Plast Reconstr Surg* 2003;3:1051-56
18. Knaul FM, Nigenda G, et al. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública de México* 2009;51(2):s335-44
19. Lee C, Sunu C, Pignone M. Patient-Reported outcomes of breast reconstruction after mastectomy: a systematic review. *J Am Coll Surg* 2009;209(1):123-33
20. López P, Polaino L, Arranz P. Imagen corporal en enfermas mastectomizadas. *Psiquis* 1992;13(10):423-28
21. Maté J, Hollenstein M, Gil F. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología* 2004;1(2):211-30
22. Montazeri A, Vahdaninia M, et al. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer* 2008;8:330-35
23. Morales MC, Robles RG, et al. Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. *Salud Pública de México* 2007;49(4):247
24. Morasso G, Costantini M, et al. Predicting mood disorders in breast cancer patients. *Eur J Cancer* 2001;37:216-23
25. Mullan MH, Wilkins EG, et al. Prospective analysis of psychosocial outcomes after breast reconstruction: cross-cultural comparisons of 1-year postoperative results. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2007;60:503-508
26. Nicholson RM, Leinster S, Sassoon EM. A comparison of the cosmetic and psychological outcome of breast reconstruction, breast conserving surgery and mastectomy without reconstruction. *Breast* 2007;16:396-410
27. Oiz B. Reconstrucción mamaria y beneficios psicológicos. *An Sist Sanit Navar* 2005;28(2):19-26

28. Olivares ME, Martin MD, Roman JM, Moreno A. Valoración biopsicosocial en pacientes con patología mamaria oncológica quirúrgica. *Psicooncología* 2010;17(1):81-97
29. Robles R, Morales M, et al. Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología* 2009;6(1):191-201
30. Rodríguez VB, Ortiz VA, et al. Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *Eur J Psychiat* 2002;16(1):27-38
31. Rowland JH, Desmond KA, et al. Role of Breast Reconstructive Surgery in Physical and Emotional Outcomes Among Breast Cancer Survivors. *Journal of the National Cancer Institute* 2000;92(17):1422-29
32. Rubino C, Figus A, et al. Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2007;60:509-18
33. Salaberria K, Rodríguez S, Cruz S. Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz* 2007;8:171-83
34. Sanches PR, Santos MA. Cáncer de mama pobreza y salud mental: respuesta emocional a la enfermedad en mujeres de camadas populares. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007;15(número especial)
35. Sebastián J, Manos D, et al. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y salud* 2007;18(2):137-61
36. SCManualQLQ-C30, third edition, 2001
37. Schover LR. The Impact of Breast Cancer on Sexuality, Body Image, and Intimate Relationships. *CA Cancer J Clin* 1991;41(2):112-120
38. Stavrou D, Weissman O, et al. Quality of life after breast cancer surgery with or without reconstruction. *Journal of Plastic Surgery* 2009;9:161-68
39. Valle R, Zúñiga M, et al. Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. *An Fac Med Lima* 2006;67(4):327-32

TABLAS

TABLA 1. Características sociodemográficas en mujeres con reconstrucción mamaria. IMSS. 2011

Variable	Población total	Media	Mediana	Rango	Desviación estándar
Edad (años)	18	48.44	49.5	28-69	8.65
Antigüedad en el último empleo (años)	15	15.35	12	0.25-36	12.56
Numero hijos	18	2.05	2	0-5	1.25
Edad de inicio de fumar (años)	8	21.12	19	17-35	5.91
Años de fumar	8	20.87	20	4-33	11.03
Edad suspendió fumar (años)	7	40.71	43	22-55	12.77
Índice tabáquico	8	3.05	2.45	0.6-9.6	2.88
Edad comenzó a beber alcohol (años)	6	22.83	21.5	20-28	3.37
Tiempo que recibió apoyo psicológico (meses)	5	6	2	1-13	5.95

Variable	N	Porcentaje (n)	
Lugar origen	18	Coahuila	5.5 (1)
		Distrito federal	66.6 (12)
		Guanajuato	5.5 (1)
		Guerrero	5.5 (1)
		Edo. México	5.5 (1)
		Veracruz	11.1 (2)
Lugar residencia	18	Distrito federal	72.2 (13)
		Edo. México	11.1 (2)
		Querétaro	16.6 (3)
Estado civil	18	Soltera	11.1 (2)
		Casada	55.5 (10)
		Unión libre	27.7 (5)
		Viuda	5.5 (1)
Nivel de escolaridad	18	Primaria incompleta	5.5 (1)
		Secundaria completa	11.1 (2)
		Bachillerato incompleto	11.1 (2)
		Bachillerato completo	50 (9)

Tabla 1. Continua

		Universidad incompleta	5.5 (1)
		Universidad completa	16.6 (3)
Religión	18	Ninguna	5.5 (1)
		Católica	88.8 (16)
		Cristiana	5.5 (1)
Ocupación	18	Administradora	5.5 (1)
		Comerciante	11.1 (2)
		Diseñadora	5.5 (1)
		Educadora	5.5 (1)
		Ejecutiva de ventas	5.5 (1)
		Empleada notaria	5.5 (1)
		Empresaria	11.1 (2)
		Enfermera	11.1 (2)
		Hogar	16.6 (3)
		Obrera	5.5 (1)
		Secretaria	16.6 (3)
Labora actualmente	18	No	16.6 (3)
		Si	83.3 (15)
Exposición sustancias químicas	18	No	94.4 (17)
		Si	5.5 (1)
Principal sostén económico	18	No	77.7 (14)
		Si	22.2 (4)
Recibe apoyo gubernamental	18	No	94.4 (17)
		Si	5.5 (1)
Vive	18	Compañero sentimental	77.7 (14)
		Hijo (s)	77.7 (14)
		Otros familiares	16.6 (3)
		Otros	5.5 (1)

Tabla 1. Continua

Número de hijos	18	0	11.1 (2)
		1	16.6 (3)
		2	44.4 (8)
		3	16.6 (3)
		4	5.5 (1)
		5	5.5 (1)
Ayudo al cuidado de hijo(s) y hogar	18	Compañero sentimental	33.3 (6)
		Hijo(s)	38.8 (7)
		Otros familiares	44.4 (8)
		Otros	5.5 (1)
Fuma actualmente	18	No	94.4 (17)
		Si	5.5 (1)
Antecedente tabaquismo	18	No	55.5 (10)
		Si	44.4 (8)
Consumo bebidas alcohólicas actualmente	18	No	88.8 (16)
		Si	11.1 (2)
Antecedente consumo bebidas alcohólicas	18	No	66.6 (12)
		Si	33.3 (6)
Antecedentes familiares CáMa	18	No	61.1 (11)
		Si	38.8 (7)
Familiar con cáncer de mama	7	Madre	14.2 (1)
		Hermana	28.5 (2)
		Abuela	28.5 (2)
		Tía materna	28.5 (2)
		Prima hermana	57.1 (4)
Variedad histológica	18	Carcinoma ductal	22.2 (4)
		Carcinoma lobulillar	5.5 (1)
		Medular invasivo	5.5 (1)
		Sin dato	66.6 (12)

Tabla 1. Continua

Estadio o etapa actual	18	Etapa i	5.5 (1)
		Etapa ii	5.5 (1)
		Sin dato	88.8 (16)
Tratamiento recibido para cáncer	18	Quimioterapia	100 (18)
		Radioterapia	33 (6)
		Hormonoterapia	27.7 (5)
Mama afectada	18	Derecha	83.3 (15)
		Izquierda	11.1 (2)
		Ambas	5.5 (1)
Recibió apoyo moral	18	Compañeros sentimental	66.6 (12)
		Hijo(s)	72.2 (13)
		Otros familiares	72.2 (13)
		Amigos	33.3 (6)
		Otros	16.6 (3)
Recibió apoyo durante internamientos	18	Compañero sentimental	61.1 (11)
		Hijo(s)	50 (9)
		Otros familiares	61.1 (11)
		Amigos	11.1 (2)
Recibió apoyo	18	Psicológico	27.7 (5)
		Psiquiátrico	0 (0)
Donde recibió apoyo psicológico	5	Institucional (IMSS)	20 (1)
		Particular	60 (3)
		Ambos	20 (1)
Recibió manejo psicofarmacológico	18	No	100 (18)
		Si	0 (0)

Tabla 2. Promedio de la escala EORTC QLQ C-30, en mujeres con cáncer de mama, pre y postreconstrucción mamaria en derechohabientes del IMSS. 2011

Prereconstrucción						Postreconstrucción				
Escala funcionalidad	N	Media	Mediana	Rango	De	N	Media	Mediana	Rango	De
Funcionamiento físico**	18	91.4	94	67-100	10.4	18	93.6	94	80-100	7.2
Rol funcionamiento**	18	93.7	100	67-100	9.8	18	90	100	67-100	12.7
Funcionamiento emocional**	18	82.4	84	34-100	15.4	18	85.7	95.5	0-100	24.6
Funcionamiento cognitivo**	18	79.6	84	17-100	22.6	18	88	100	34-100	18.7
Funcionamiento social**	18	85.3	100	34-100	23.2	18	88.1	100	34-100	18.5
Escala síntomas										
Fatiga**	18	12.8	11	0-55	13.7	18	15.2	16.5	0-44	15.6
Nausea y vomito**	18	3.6	0	0-33	8.9	18	4.5	0	0-33	9.3
Dolor**	18	9.1	0	0-50	16.3	18	16.2	16	0-50	13.9
Disnea**	18	1.8	0	0-33	7.7	18	7.3	0	0-66	18
Insomnio**	18	11	0	0-66	19.6	18	18.3	0	0-100	28.4
Perdida apetito**	18	5.5	0	0-66	16.9	18	5.5	0	0-33	12.6
Estreñimiento**	18	20.2	0	0-100	28.2	18	18.3	0	0-100	26
Diarrea**	18	7.3	0	0-66	18	18	0	0	0	0
Problemas económicos**	18	27.5	33	0-100	26	18	20.1	33	0-66	20
Estado global/calidad vida**	18	87.5	91	66-100	10.1	18	85.8	87	41-100	15.2

**p=>0.05

Tabla 3. Promedio de las escalas EORTC QLQ-BR23, Imagen Corporal, HADS, en mujeres con cáncer de mama, pre y postreconstrucción mamaria en derechohabientes del IMSS. 2011

EORTC QLQ-BR23	Prereconstrucción					Postreconstrucción				
	N	Media	Mediana	Rango	DE	N	Media	Mediana	Rango	DE
Escalas función										
Imagen corporal**	18	68	71	9-100	22.5	18	75.44	79.5	42-92	13.14
Funcionamiento sexual**	18	32.1	33	0-66	21.6	18	37.61	33	0-66	23.97
Placer sexual**	18	56.7	66	0-100	30.3	18	51.92	33	0-100	21.49
Perspectiva futuro**	18	31.7	34	0-100	33.3	18	33.55	34	0-100	34.41
Escala síntomas										
Efectos secundarios **	18	12.6	9	0-52	13.2	18	9.44	7	0-38	9.59
Síntomas senos **	18	14	12	0-33	8.4	18	12.61	8	0-50	11.49
Síntomas brazo **	18	25	22	0-66	19.8	18	17.11	16.5	0-55	16.54
Molestia perdida cabello **	18	44.1	49.5	0-100	34.4	18	33.16	33	0-100	36.51
Imagen corporal										
Total *	18	9.9	8	1-27	7	18	3.1	1	0-16	4.8
HADS										
Ansiedad *	18	7.6	7	7-11	1.5	18	4.3	4.5	1-12	2.8
Depresión*	18	3.7	4	0-14	3.8	18	1.7	1	0-8	2.1

**p=>0.05, *p=<0.05

Tabla 4. Puntuación de HADS en mujeres con cáncer de mama, pre y postreconstrucción mamaria en derechohabientes del IMSS. 2011

	Prereconstrucción				Postreconstrucción			
	N	< 7 pts	8-10 pts	>11 pts	N	< 7 pts	8-10 pts	>11 pts
Ansiedad**	18	83.33 (15)	0	16.67 (3)	18	88.88 (16)	5.56 (1)	5.56 (1)
Depresión**	18	77.78 (14)	16.67 (3)	5.56 (1)	18	94.44 (17)	5.56 (1)	0

**p=>0.05

Tabla 5. Estudios que examinan los resultados de imagen corporal en mujeres con reconstrucción mamaria

Autor	N	Grupos pacientes	Escalas empleados	Resultados (Media)	P
Al-Ghazal SK et al (2000)	577	EL (44%)	Escala imagen corporal Hopwood	6.2	<0.001
		M (35%)		14	
		MR (21%)		9	
Rowland et al (2000)	1957	L (57%)	CARES	0.65	0.0001
		M (26%)		1.3	
		MR (17%)		1.2	
Harcourt et al (2003)	103	M (54%)	Imagen corporal Hopwood	Pre y postmastectomía 6 vs 7.4	< 0.05
		MRI (36%)		Pre y postreconstrucción 6.3 vs 8.1	
		MRT (10%)		Pre y postreconstrucción 17.4 vs 8.2	
Nicholson RM et al (2007)	370	EL (27%)	Escala análoga visual de satisfacción corporal	5.8	<0.001
		M (27%)		4.4	
		MR (46%)		6.3	
Estudio actual (2011)	18	MR	Imagen corporal Hoopwod	Pre y postreconstrucción 9.9 vs 3.1	<0.001

EL=escisión local amplia, M=mastectomía sola, MR=mastectomía y reconstrucción, L=lumpectomía, MRI=mastectomía y reconstrucción inmediata, MRT=mastectomía y reconstrucción tardía

Tabla 6. Estudios que examinan los resultados de ansiedad y depresión en mujeres con reconstrucción mamaria

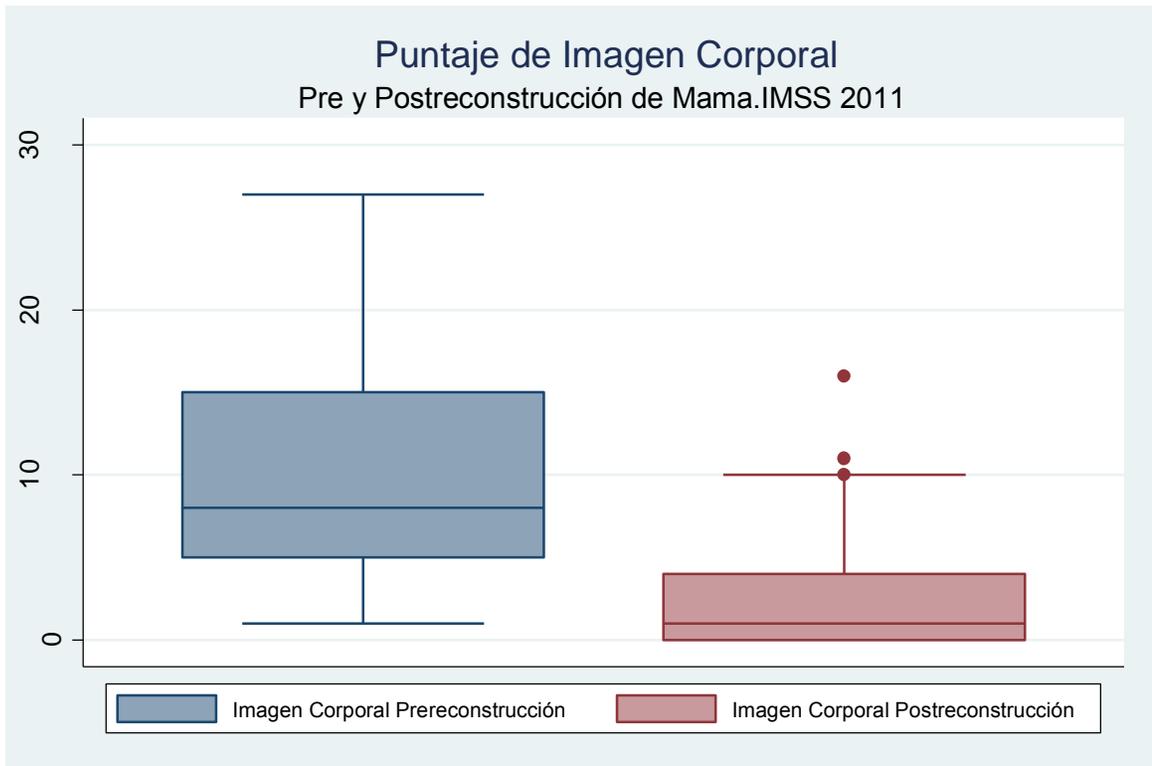
Autor	N	Grupos de estudio	Escalas empleadas	Resultados (Media)		Frecuencia		P
				Ansiedad	Depresión	Ansiedad	Depresión	
Al-Ghazal SK et al (2000)	577	EL (44%)	HADS	7.6	7.9	38	17	<0.001
		M (35%)		11	12	69	10	
		MR (21%)		9	8	54	2	
Harcourt et al (2003)	103	M (54%)	HADS pre y postcirugía	8.6 vs 5	4.2 vs 2.8	28.8 vs 8.9		
		MRI (36%)		8.1 vs 7.1	3.5 vs 3.7	32.4 vs 23.3		
		MRT (10%)		10.5 vs 5.4	4.6 vs 3.2	50 vs 14.3		
Morales MC et al (2007)	225	CaMa	HADS	8.1	5.5	26.5	14.2	
Rubino C et al (2007)	99	CS (33%)	HAM-A			0	9	0.02
		M (33%)	HAM.D			33.3	21.2	
		MR (33%)			21.1	3		
Fernández DJ et al (2008)	526	M (30.2%)	HADS	4.8	3.8	24.6	18.4	0.01
		MRI (36.8%)		3.9	2.9	15	15	
		MRT (29.1%)		4.1	3.1	14.6	15.3	
Estudio actual (2011)	18	MR	HADS	7.6 vs 4.3	3.7 vs 1.7	16.6 vs 11.1	22.2 vs 5.5	0.001

EL=escisión local amplia, **M**=mastectomía sola, **MR**=mastectomía y reconstrucción, **MRI**=mastectomía y reconstrucción inmediata, **MRT**=mastectomía y reconstrucción tardía,

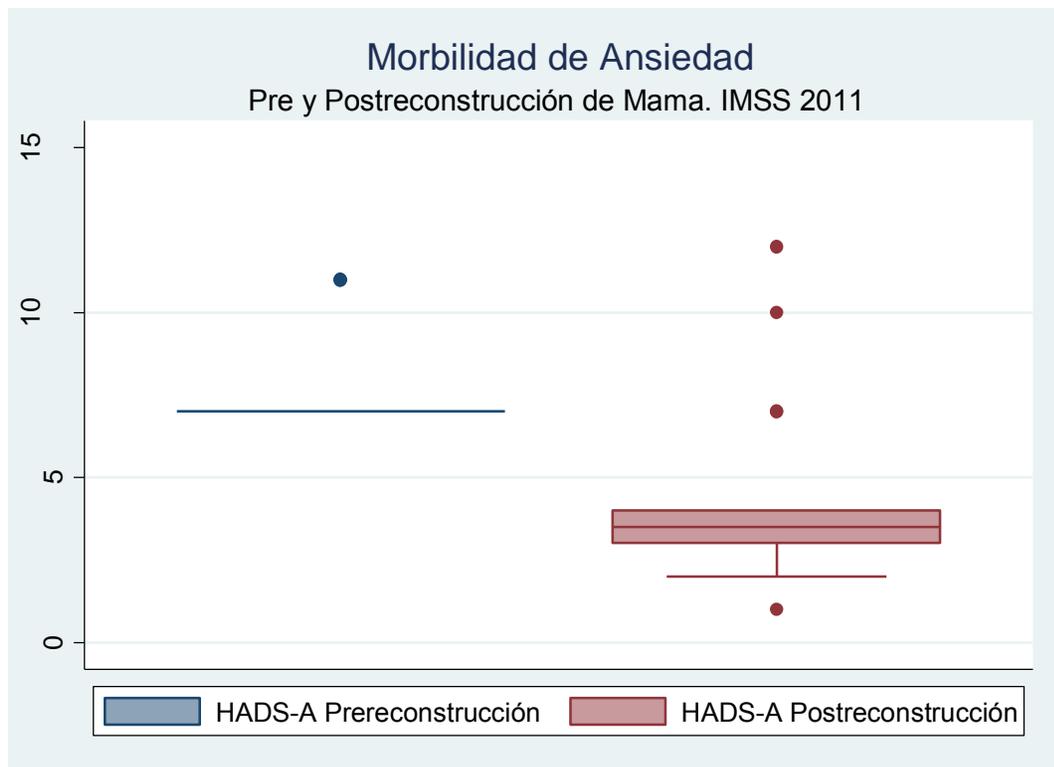
CS=controles sanos, **CaMa**= cáncer de mama

GRÁFICAS

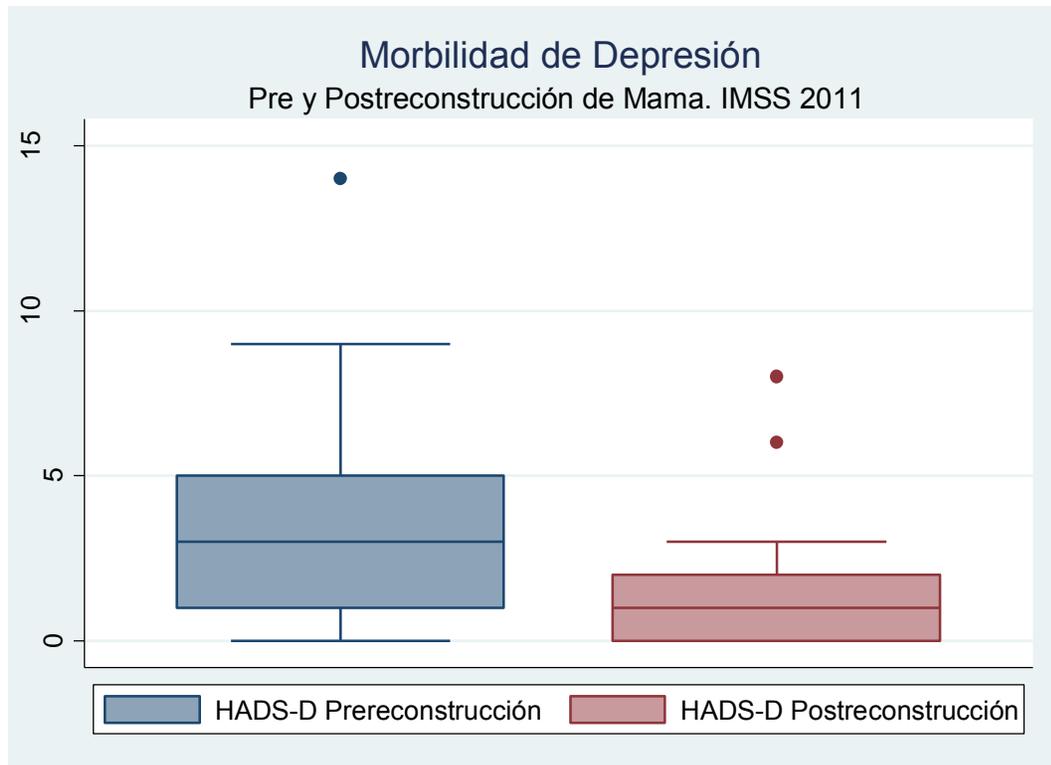
Gráfica 1



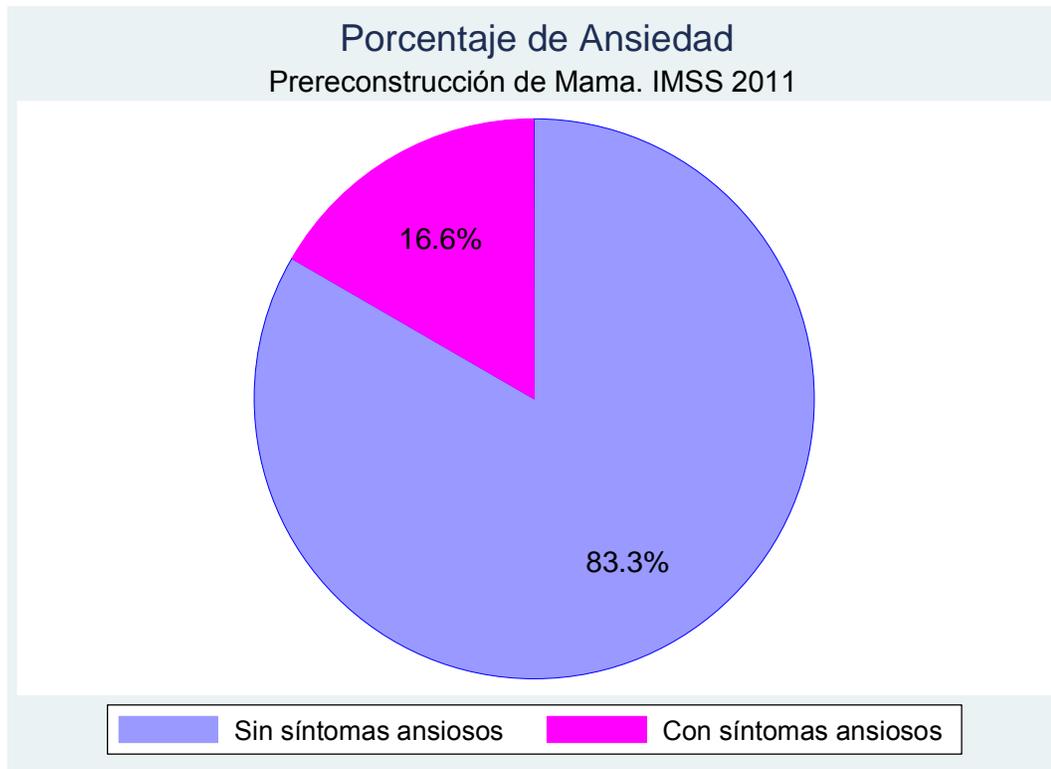
Gráfica 2



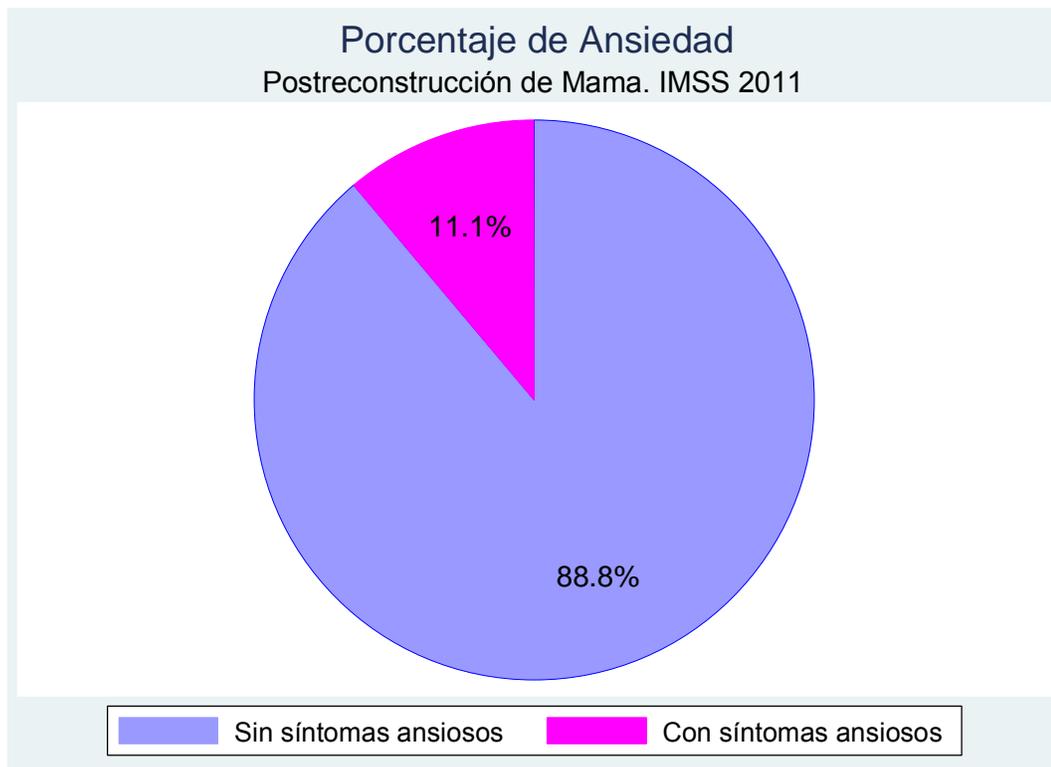
Gráfica 3



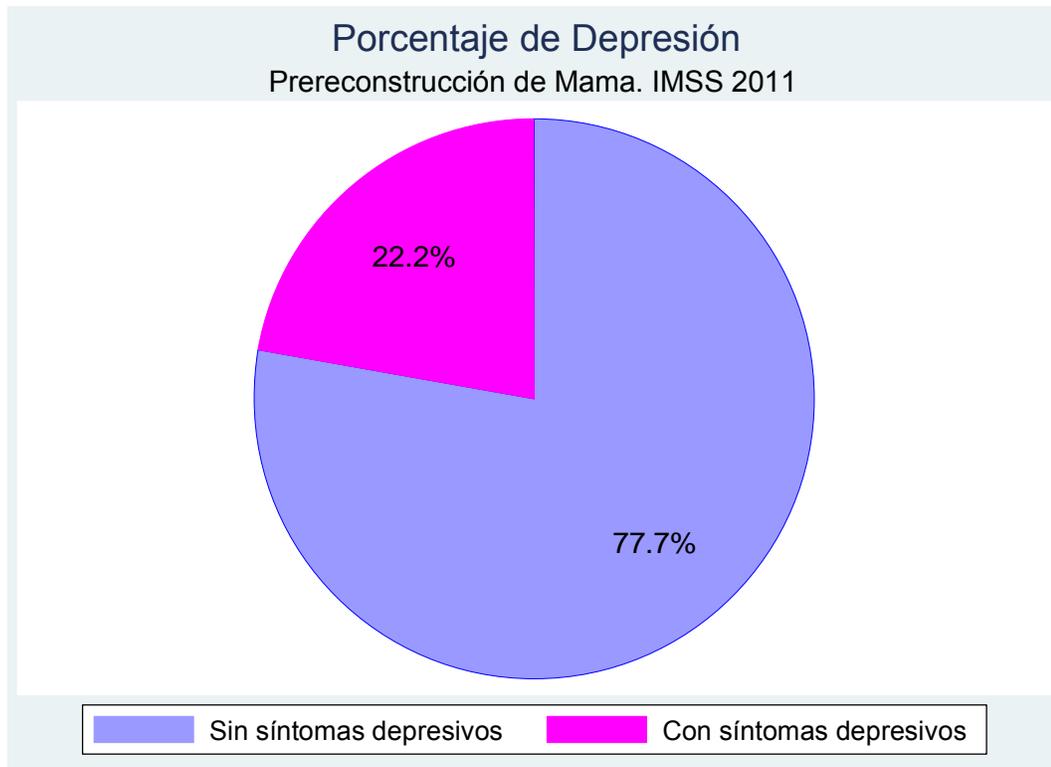
Gráfica 4



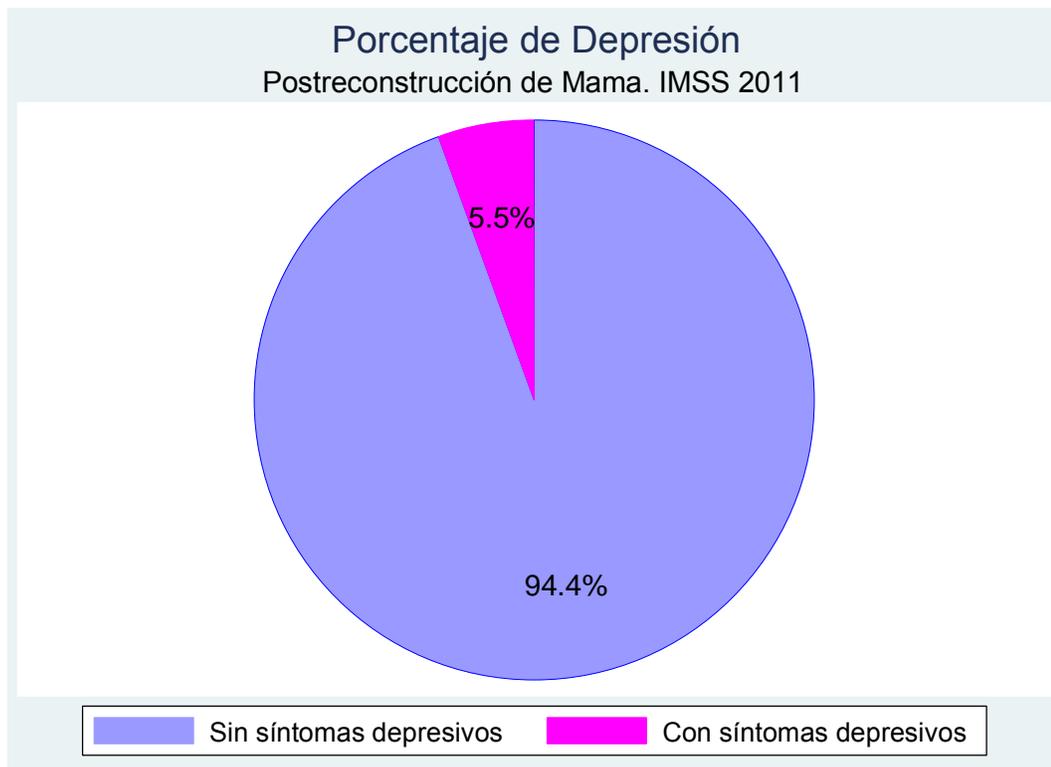
Grafica 5



Gráfica 6



Gráfica 7



ANEXOS

1. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

México D. F., a _____ de _____ de 20_____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado "Salud mental de mujeres pre y post-reconstrucción de seno posterior a cáncer de mama en mujeres derechohabientes de IMSS", registrado ante el Comité Local de Investigación del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI con el número _____.

El objetivo del estudio es "Evaluar la percepción en cuanto a la sexualidad, ansiedad, depresión, imagen corporal y calidad de vida en las pacientes pre y post-reconstrucción de seno por cáncer de mama en mujeres derechohabientes del IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una serie de preguntas antes y seis semanas posterior a la reconstrucción de mi seno.

Declaro que he recibido una explicación clara sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio,

El investigador responsable se ha comprometido a darme información sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra. Guadalupe Aguilar Madrid

Testigos

2. Cuestionario Sociodemográfico

Folio	
1.- Nombre	
2.- Numero de seguridad social	Agregado
3.- Domicilio	
Calle: _____ No. Ext/No. Int _____	
Colonia: _____ C.P. _____	
Entre que calles: _____	
Ciudad: _____ Delegación o Municipio: _____	
Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____	
4.- Edad (años cumplidos)	
5.- Fecha de nacimiento (día/mes/año)	
6.- Lugar de origen (Donde nació)	
7.- Lugar de residencia (Donde vive actualmente)	
8.- Estado civil	
<input type="checkbox"/> 1 Soltera <input type="checkbox"/> 2 Casada <input type="checkbox"/> 3 Unión libre <input type="checkbox"/> 4 Viuda <input type="checkbox"/> 5 Divorciada <input type="checkbox"/> 6 Separada	
9.- Escolaridad	
Primaria <input type="checkbox"/> 1 Completa <input type="checkbox"/> 2 Incompleta	
Secundaria <input type="checkbox"/> 3 Completa <input type="checkbox"/> 4 Incompleta	
Bachillerato o Carrera Técnica <input type="checkbox"/> 5 Completa <input type="checkbox"/> 6 Incompleta	
Universidad <input type="checkbox"/> 7 Completa <input type="checkbox"/> 8 Incompleta	
10.- Religión	
11.- Ocupación	
12.- ¿Usted labora actualmente? (no importa si es trabajo formal o informal)	
<input type="checkbox"/> 0 No (en caso de no laborar en actividades donde le paguen o negocio propio) <input type="checkbox"/> 1 Sí	
13.- ¿Cuál es su puesto de trabajo?	
14.- ¿Cuántos años tiene de trabajar en ese puesto?	

15.- ¿Está usted expuesta a sustancias químicas?

No Si

16.- Me puede mencionar que sustancias químicas son

17.- ¿Es usted el principal sostén económico de su familia?

No Si

18.- Recibe usted algún tipo de apoyo gubernamental

No Si

19.- ¿Con que personas vive usted?

20.- Mencionar numero de hijos y edades

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____

21.- ¿Cuándo usted enfermo y durante el proceso quien se ha hecho cargo de sus hijos y las actividades del hogar?

22.- ¿Usted fuma actualmente?

No (Si la respuesta es negativa pasar a pregunta número 26) Sí

23.- ¿Qué tipo de cigarro?

Con filtro Sin filtro Con y sin filtro

24.- ¿A que edad comenzo a fumar? (en años)

25.- ¿Cuántos años lleva fumando?

26.- ¿Ha dejado de fumar?

No (Si la respuesta es negativa pasar a pregunta numero 29) Si

27.- ¿A que edad dejo de fumar de forma definitiva? (años)

28.- ¿A que edad dejo de fumar o fuma menos por la enfermedad en pulmón? (años)

	Años que lleva fumando	No.cigarros por día	No. Puros por día	Tabaco/Pipa (gr por día)	¿Aspira el humo?
Actualmente					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Anteriormente					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Indice tabaquico (No cigarrillo por día X años fumados/20)

29.- ¿Actualmente consume bebidas alcoholicas?

No Si

30.- ¿A qué edad comenzó a consumir bebidas alcohólicas?

31.- ¿Cuántas copas (de cuantos ml) bebe en un día?

32.- ¿Cuántos años lleva bebiendo de esta manera?

33.- ¿Ha dejado de beber?

No Sí

34.- ¿Existen antecedentes de cáncer de mama en su familia?

No (Si la respuesta es negativa pasar a pregunta número 36) Si

35.- Mencione las personas de su familia (abuelas, madre, hermanas, hijas, tías y primas) que lo han presentado

1 _____ 2 _____ 3 _____

36.- Indique la fecha en que le diagnosticaron a usted su cáncer de mama

_____/_____/_____ (día/mes/año)

37.- Mencione cuál es el tipo cáncer que le diagnosticaron (variedad histológica)

Carcinoma ductal Carcinoma lobulillar Pezón Indiferenciado

38.- Mencione cuál es el estadio o etapa del tumor actualmente

0	Etapa cero	3	Etapa IIB	6	Etapa IIIC
1	Etapa I	4	Etapa IIIA	7	Etapa IV
2	Etapa IIA	5	Etapa IIIB	8	Sin dato

39.- ¿Cuáles son los tratamientos que ha recibido para el cáncer de mama? (varias opciones)

Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia

40.- Indique la fecha en que le realizaron a usted la mastectomía

_____/_____/_____ (día/mes/año)

41.- Mencione cual seno fue el afectado

Derecho Izquierdo Ambos

42.- ¿Ha recibido apoyo moral después del diagnóstico de mama y la mastectomía por parte de?:

Compañero sentimental Hijos

Familiares (no pareja, ni hijos) Amigos

Otros _____

43.- ¿Durante sus internamientos ha recibido apoyo de alguien?

No Si

44.- ¿De quién ha recibido apoyo durante sus internamientos?

Compañero sentimental Hijos

Familiares (no pareja, ni hijos) Amigos

Otros _____

45.- ¿Ha recibido apoyo psicológico _____ y/o psiquiátrico _____?

No Si

46.- ¿En donde ha recibido este apoyo psicológico y/o psiquiátrico?

Institucional Particular

47.- ¿Durante cuánto tiempo recibió el apoyo psicológico y/o psiquiátrico?

48.- ¿Toma algún medicamento psiquiátrico, para ansiedad y/o depresión?

No Si ¿Cuál? _____

No.	¿Cuál era el nombre de la empresa donde laboró?	¿Qué tipo de servicios o productos proporcionaba o elaboraba? (actividad o giro)	¿Cuál era su puesto de trabajo?	Año inicio

4.EORTC QLQ-BR23

A veces los pacientes informan de que tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor, indique el grado en que usted ha experimentado estos síntomas o problemas.

FOLIO _____

Durante la última semana	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
31. ¿Tuvo usted la boca seca?	1	2	3	4
32. ¿Tenían los alimentos y bebidas un sabor diferente al habitual?	1	2	3	4
33. ¿Tuvo usted los ojos dolorosos, irritados o llorosos?	1	2	3	4
34. ¿Ha perdido algo de cabello?	1	2	3	4
35. Conteste esta pregunta sólo si tuvo alguna pérdida de cabello: ¿Le molesta la pérdida de cabello?	1	2	3	4
36. ¿Se ha sentido enferma?	1	2	3	4
37. ¿Ha tenido sofocos?	1	2	3	4
38. ¿Ha tenido dolores de cabeza?	1	2	3	4
39. ¿Se ha sentido físicamente menos atractiva como consecuencia 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 fue difícil mirarse a sí misma desnuda?	1	2	3	4
42. ¿Se ha sentido satisfecha con su cuerpo?	1	2	3	4
43. ¿Le preocupa su salud en el futuro?	1	2	3	4
Durante las últimas 4 semana				
44. ¿En qué medida está interesada en el sexo?	1	2	3	4
45. ¿En qué medida es usted sexualmente activa? (con coito o sin coito)	1	2	3	4
46. Conteste esta pregunta solo si ha sido sexualmente activa ¿Hasta qué punto es el sexo agradable para usted?	1	2	3	4
47. ¿Ha tenido algún dolor en su brazo u hombro?	1	2	3	4
48. ¿Ha tenido el brazo o la mano hinchado?	1	2	3	4
49. ¿Le fue difícil levantar o mover de su brazo de lado?	1	2	3	4
50. ¿Ha tenido algún dolor en el área de su pecho afectado?	1	2	3	4
51. ¿Se ha hinchado el área de su pecho afectado?	1	2	3	4
52. ¿Ha presentado hipersensibilidad en área de su pecho afectado?	1	2	3	4
53. ¿Ha tenido problemas en área de la piel del seno afectado? (ej. comezón, piel seca o escamosa)	1	2	3	4

5.Escala Imagen Corporal

En este cuestionario se le preguntará cómo se siente acerca de su apariencia, y sobre los cambios que pueden haber resultado de su enfermedad o tratamiento.

Por favor, lea con cuidado, y coloque una cruz (x) en la opción de respuesta que más se acerca a la forma en que se ha sentido durante la semana pasada.

FOLIO _____

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Se ha sentido insatisfecha por su apariencia?				
2. ¿Se ha sentido físicamente menos atractiva como resultado de su enfermedad o tratamiento?				
3. ¿Se ha sentido insatisfecha con su apariencia cuando esta vestida?				
4. ¿Se ha sentido menos femenina como consecuencia de su enfermedad o tratamiento?				
5. ¿A encontrado dificultad para mirarse a sí misma cuando esta desnuda?				
6. ¿Se ha sentido menos atractiva sexualmente como consecuencia de su enfermedad o tratamiento?				
7. ¿Evitó el contacto social por la manera como percibe su apariencia?				
8. ¿Ha sentido que el tratamiento ha dejado su cuerpo incompleto?				
9. ¿Se ha sentido insatisfecha con su cuerpo?				
10. ¿Se ha sentido insatisfecha con la apariencia de su cicatriz?				

6. Hospital Anxiety and Depression Scale

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

FOLIO _____

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a: 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca	D.4. Me siento lento/a y torpe: 3. Gran parte del día 2. A menudo 1. A veces 0. Nunca
D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre: 0. Ciertamente, igual que antes 1. No tanto como antes 2. Solamente un poco 3. Ya no disfruto con nada	A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago: 0. Nunca 1. Sólo en algunas ocasiones 2. A menudo 3. Muy a menudo
A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder: 3. Sí, y muy intenso 2. Sí, pero no muy intenso 1. Sí, pero no me preocupa 0. No siento nada de eso	D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal: 3. Completamente 2. No me cuido como debería hacerlo 1. Es posible que no me cuide como debiera 0. Me cuido como siempre lo he hecho
D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: 0. Igual que siempre 1. Actualmente, algo menos 2. Actualmente, mucho menos 3. Actualmente, en absoluto	A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme: 3. Realmente mucho 2. Bastante 1. No mucho 0. Nunca
A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones 3. Casi todo el día 2. Gran parte del día 1. De vez en cuando 0. Nunca	D.6. Espero las cosas con ilusión: 0. Como siempre 1. Algo menos que antes 2. Mucho menos que antes 3. En absoluto
D.3. Me siento alegre: 3. Nunca 2. Muy pocas veces 1. En algunas ocasiones 0. Gran parte del día	A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor: 3. Muy a menudo 2. Con cierta frecuencia 1. Raramente 0. Nunca
A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a: 0. Siempre 1. A menudo 2. Raras veces 3. Nunca	D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión: 0. A menudo 1. Algunas veces 2. Pocas veces 3. Casi nunca