



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64 "TEQUESQUINAHUAC"
TLALNEPANTLA DE BAZ, ESTADO DE MÉXICO



**ASOCIACIÓN DEL ESTADO DE ANIMO Y LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON
CANCER CERVICOUTERINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. ELENA VELAZQUEZ BRACAMONTES



ASESOR:

E. en M.F. FRANCISCO VARGAS HERNANDEZ

NÚMERO DE REGISTRO: R-2020-1408-012

Ciudad universitaria, Ciudad de México, 2022



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.

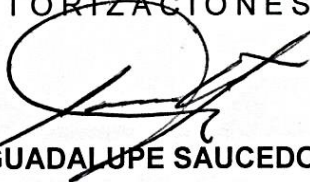
**ASOCIACIÓN DEL ESTADO DE ANIMO Y LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON
CANCER CERVICOUTERINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64**

**“TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR”**

PRESENTA:

M.C. ELENA VELAZQUEZ BRACAMONTES

AUTORIZACIONES:



DRA. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ

**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR,
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64 TEQUESQUINAHUAC**



DR. FRANCISCO VARGAS HERNANDEZ

ASESOR DE TESIS, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



DR. FRANCISCO VARGAS HERNANDEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**ASOCIACIÓN DEL ESTADO DE ANIMO Y LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON
CANCER CERVICOUTERINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64**

“TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR”

PRESENTA:

M.C. ELENA VELAZQUEZ BRACAMONTES

A U T O R I Z A C I O N E S:

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**“ASOCIACIÓN DEL ESTADO DE ANIMO Y LA CALIDAD DE VIDA
EN MUJERES CON CANCER CERVICOUTERINO DE LA UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR 64”**

AGRADECIMIENTOS:

A mis padres:

Matilde y Epigmenio, por su cariño eterno, por apoyarme en mi desarrollo profesional, porque en tiempos difíciles siempre me apoyaron con todo lo que podían dar y porque este logro es de ustedes ya que por ustedes es que hoy estoy aquí.

A mi hermano:

Gregorio, por esas noches de desvelo en que me ayudabas a estudiar o simplemente unas palabras de aliento.

A mis tías:

Elena y Tranquilina que siempre me apoyaron durante toda la carrera, internado y especialidad, más aún en tiempos covid que me apoyaron en aspectos importantes para lograr esta etapa de mi vida.

A mis amigos:

Nalle y Edwhin por esas mañanas en la biblioteca en las que nos ayudábamos para lograr acabar esta tesis, por esas guardias, esos trabajos en equipo que lograron que esta residencia no fuera tan pesada y amena.

A mi Asesor:

Dr. Francisco muchas gracias por apoyarme durante todo este tiempo, tuve la fortuna de poder contar con su asesoría, siendo que son pocos los médicos que realmente disfrutan de asesorarnos, gracias por pulir los detalles que se encontraban en cada parte de este trabajo.

RESUMEN

ASOCIACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO Y LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CÁNCER CERVICOUTERINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64

Velazquez Bracamontes Elena.¹ Vargas Hernández Francisco.²

1. Médico Residente de Tercer año del curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 "Tequesquahuac".
2. Médico Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 "Tequesquahuac".

Antecedentes: El Cáncer Cervicouterino es una enfermedad que tiene importante impacto epidemiológico, siendo la segunda causa de muerte en la mujer en el mundo, su diagnóstico se realiza mediante la realización de citología cervical. Es cáncer que reporta mayor afección emocional dado que las mujeres con este diagnóstico suelen presentar muchas preocupaciones, entre ellas el apoyo social, estrés, bienestar familiar, vida sexual y de pareja, así como los síntomas físicos asociados al tratamiento lo cual puede afectar la calidad de vida.

Objetivo general: Asociar el estado de ánimo con la calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en 100 mujeres con cáncer cervicouterino en periodo de septiembre a diciembre de 2020. Para el análisis univariado de variables cualitativas se obtuvo frecuencias y porcentajes. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba de Tau C de Kendall. Se aplicó la Escala de Valoración del Estado de Ánimo y el cuestionario EORTC QLQ C30 para calidad de vida.

Resultados: Se estudiaron a 100 mujeres de edad de 46 a 50 años 75% (75), escolaridad bachillerato 30% (30), amas de casa 57% (57). Del total con depresión 7% (7), 3% (3) presento de regular a aceptable calidad de vida, ansiedad 11% (11), 10% (10) de excelente, muy buena y buena calidad de vida, hostilidad 9% (9), 6% (6) de excelente a buena calidad de vida, y alegría 73% (73), 72% (72) presentó de excelente, muy buena y buena calidad de vida respectivamente. Se obtuvo una $p= 0.000$ y RMP de 25.

Conclusiones: Con base en los resultados se concluye que hay asociación estadística y clínica entre el estado de ánimo depresivo y la mala calidad de vida.

Palabras clave: Estado de ánimo, calidad de vida, cáncer cervicouterino.

SUMMARY

ASSOCIATION OF MOOD AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH CERVICOUTERINE CANCER OF THE FAMILY MEDICINE UNIT 64

Velazquez Bracamontes Elena.¹ Vargas Hernández Francisco.²

1. Third-year Resident Physician of the Family Medicine Specialization course of the Family Medicine Unit No. 64 "Tequesquahuac".
2. Specialist in Family Medicine of the Family Medicine Unit No. 64 "Tequesquahuac".

Background: Cervical Cancer is a disease that has an important epidemiological impact, being the second cause of death in women in the world, its diagnosis is made by performing cervical cytology. It is cancer that reports greater emotional affection since women with this diagnosis tend to present many concerns, including social support, stress, family well-being, sexual and partner life, as well as physical symptoms associated with treatment, which can affect quality of life.

Course objective: Associate the state of mind with the quality of life in women with cervical cancer of the Family Medicine Unit No. 64 IMSS.

Material and methods: An observational, cross-sectional and analytical study was carried out in 100 women with cervical cancer from September to December 2020. For the univariate analysis of qualitative variables, frequencies and percentages were obtained. Kendall's Tau C test was used for bivariate analysis. The Mood Assessment Scale and the EORTC QLQ C30 questionnaire for quality of life were applied.

Results: 100 women aged 46 to 50 years 75% (75), high school education 30% (30), housewives 57% (57) were studied. Of the total with depression 7% (7), 3% (3) presented from fair to acceptable quality of life, anxiety 11% (11), 10% (10) from excellent, very good and good quality of life, hostility 9% (9), 6% (6) from excellent to good quality of life, and joy 73% (73), 72% (72) presented from excellent, very good and good quality of life respectively. A $p = 0.000$ and an RMP of 25 were obtained.

Conclusions: Based on the results, it is concluded that there is a statistical and clinical association between depressed mood and poor quality of life.

Key words: Mood, quality of life, cervical cancer.

INDICE GENERAL:

I. MARCO TEORICO	
I.1. Cáncer cervicouterino.....	1
I.2. Estado de ánimo	4
I.2.1 Trastornos del estado del ánimo	5
I.2.1.1. Ansiedad	5
I.2.1.2. Hostilidad	6
I.2.1.3. Felicidad	6
I.2.1.4. Depresión	6
I.3. Depresión asociada a Cáncer cervicouterino	8
I.4. Calidad de vida en Cáncer cervicouterino	9
I.5 Estado de ánimo depresivo y calidad de vida en mujeres con Cáncer Cervicouterino	10
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
II.1. Argumentación	13
II.2. Pregunta de investigación	14
III. JUSTIFICACIÓN	
III.1 Académica	15
III.2 Científica	15
III.3 Epidemiológica	15
III.4 Social	15
III.5 Económica	16
IV. OBJETIVOS	
IV.1 General	17
IV.2 Específicos	17
V. HIPOTESIS	
V.1 Alterna (Ha)	18
V.2 Nula (Ho)	18
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	
VI.1 Tipo de estudio	19
VI.2 Población, lugar y tiempo de estudio	19
VI.3 Tipo de muestra y tamaño de muestra	19
VI.4. Criterios de selección	19
VI.4.1 Criterios de inclusión	19
VI.4.2 Criterios de exclusión	20

VI.4.3 Criterios de eliminación	20
VI.5 Operacionalización de variables	21
VI.6 Desarrollo del proyecto	23
VI.7 Instrumentos de investigación	24
VI.7.1 Escala de valoración del estado del ánimo	24
VI.7.2 Cuestionario EORTC QLQ - C 30	25
VI.8 Plan de análisis	25
VI.9 Consideraciones éticas	26
VI.9.1 Código de Nuremberg	26
VI.9.2 Declaración de Helsinki	27
VI.9.3 Informe Belmont	28
VI.9.4 Reglamento de la ley general de salud en material de investigación para la salud (Titulo 2)	28
VI.9.5 Norma Oficial Mexicana 012 SSA3 2012	29
VI.9.6 Ley federal de protección de datos personales en posesión de particulares	30
VI.9.7 Consentimiento informado	31
VI.9.8 CIOMS	33
VII. ORGANIZACIÓN	34
VIII. RESULTADOS	
VIII.1 Resultados	35
VIII.2 Tablas y Gráficas	37
IX. DISCUSIÓN	48
X. CONCLUSIONES	54
XI. RECOMENDACIONES	55
XII. BIBLIOGRAFÍA	56
XIII. ANEXOS	
XXII.1 Dictamen sirelsis	65
XXII.2 Consentimiento informado	66
XXII.3 Cedula de identificación	69
XXII.4 EORTC QLQ C 30	69
XXII.5 Escala de valoración del estado del ánimo	71
XXII.6 Tríptico	72
XXII.7 Costos financieros y económicos	74

I. MARCO TEORICO

I.1 Cáncer cervicouterino:

Se refiere al tumor maligno que se origina a partir de la pérdida de control del crecimiento de las células de endocérvix y exocérvix y puede invadir estructuras adyacentes. (1)

El Cáncer Cervicouterino es la séptima neoplasia más común en la población mundial, y el cuarto lugar entre los cánceres en mujeres; se estiman aproximadamente 266,000 muertes y 528,000 casos nuevos en 2012. El 99% de los cánceres de cuello uterino se encuentran asociados a infección por virus del papiloma humano.(2)

Es la tercera causa de muerte en mujeres en el mundo y se estima que podrían aumentar en un 45% para el 2030 según la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (3)

En el año 2020 se reportó por el Globocan 9,439 nuevos casos, 4,335 defunciones, siendo este el segundo lugar más común de cáncer en la mujer. (4)

En América latina se encuentra con mayor número de casos en seis países: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. (5)

En México se reportan alrededor de 25 millones de mujeres infectadas por virus del papiloma humano (VPH) y anualmente se reportan 68,000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino en mayores de 15 años. Se ubica a México como el país con mayor tasa de mortalidad con un aproximado de 11.4 por cada 100,000 mujeres en el 2011. (3)

En el año 2013 se reportó 269, 332 defunciones en mujeres de las cuales el 13.8% fueron representados por los tumores malignos. Las neoplasias que ocasionaron el mayor número de defunciones fueron el de mama y de cuello uterino en 25%, esto significa que 1 de cada 10 mujeres mexicanas mueren por cáncer de cuello uterino. (5)

En 2016 el Instituto Mexicano del Seguro Social reporto 2,983 pacientes que padecen de Cáncer Cervicouterino en tratamiento, se estima un gasto aproximado de 45 millones de pesos de gasto total y en cáncer invasivo un total de 546 millones de pesos en gasto total.(3)

En la actualidad se conocen más de 100 tipos diferentes de virus de papiloma humano asintomáticos, se conoce que alrededor de 30% causa lesiones en la piel genital y afecta alrededor del 60% de la población en México, lo cual la vuelve un problema de salud pública. (6)

La infección por virus de papiloma humano es el factor más importante que contribuye al desarrollo de cáncer cérvico uterino. Se ha demostrado que el inicio temprano de vida sexual, tener múltiples parejas sexuales, inmunocompromiso, tabaquismo, así como enfermedades de transmisión sexual son factores que aumenta el riesgo de padecer cáncer cérvico uterino. (7)

Los principales factores de riesgo asociados a cáncer cervicouterino son: edad de inicio de vida sexual, multiparidad, inmunodepresión, promiscuidad, número de parejas sexuales, transmisión de enfermedades sexuales, tales como tricomoniasis, gardnerella vaginalis, virus herpes II, Chlamydia e infección de virus de papiloma humano. La incidencia más elevada de cáncer cervicouterino está entre los 40 a 60 años, promedio de 45 a 55 y desciende después de los 60 años. (8)

El virus del papiloma humano se divide en dos clases: oncogénico (alto riesgo) y no oncogénico. Solo una pequeña parte de la población con clase oncogénica desarrollara cáncer y anomalías cervicales importantes. En su mayoría suelen ser transitorias y representan poco riesgo de progresión, pero la infección persistente de 1 a 2 años después de la infección inicial puede predecir riesgo de NIC 3 o cáncer independientemente de la edad. (9)

En un estudio de cohorte realizado en Tanzania en donde se estudió a 4043 mujeres con VPH, incluyendo a aquellas que además eran VIH positivos 31.6%. En cuanto al perfil sociodemográfico se encontró en una edad promedio entre 25 a 60 años de edad, con predominio en rangos de 40 a 44 años, en cuanto a estado civil predominando en casados en 69% de la población estudiada, en cuanto al peso fue más común en mujeres con exceso de peso 54.2%, en cuanto a escolaridad fue más común en mujeres con primaria en 65.1%, se encuentra con mayor prevalencia en mujeres que han vivido en pareja por más de 20 años 29.4% en comparación con quienes han vivido 1 año en pareja 4.1%; entre otra de las variables se tomó en cuenta fue el número de parejas sexuales, encontrando que fue más común en personas con una pareja sexual 36.5% en comparación con las que han tenido más de 9 parejas sexuales 2.8%. (10)

Hay dos tipos de vacunas contra el virus de papiloma humano que tienen licencia: la tetravalente, HPV4 (Gardasil), para prevención de Cáncer cervicouterino (en mujeres) y las verrugas genitales (en mujeres y hombres), y una vacuna bivalente, HPV2 (Cervarix), para la prevención del cáncer de cuello uterino en las mujeres.(11)

En ambos casos la vacuna cubre los subtipos 16 y 18, los cuales son aproximadamente causantes de 70% de cáncer cérvico uterino, en caso de Gardasil también lo hace con tipos 6 y 11, los cuales son los principales causantes del 90% de verrugas genitales; actualmente existe la presentación de Gardasil 9 la cual se encarga de los tipos 31, 33, 45, 52 y 58. Su aplicación está recomendada en México entre las edades de 11 y 12 años, con edad máxima en mujeres de hasta 26 años.(12)

La citología es la prueba de screening inicial clave para el diagnóstico temprano, especialmente en la variante de células escamosas. Se reemplaza por pruebas de virus de papiloma humano, las cuales tienen mayor valor predictivo negativo. (13)

Las mujeres de 21 a 29 años deben someterse a citología cervical y su cribado se realizará cada 3 años. En mujeres de 30 a 65 años se prefiere prueba simultánea con citología y prueba de VPH cada 5 años. (9)

Para establecer el diagnóstico de cáncer de cuello uterino se requiere inicialmente de la presencia de células de aspecto maligno en el estudio de citología, presencia de imágenes de apariencia maligna en colposcopia y confirmación por medio de estudio histopatológico. (14)

El estudio citológico es descriptivo y se describirá de la siguiente forma: Negativo a cáncer, negativo a proceso inflamatorio, de acuerdo con la FIGO se clasifica en 3 estadios, NIC I o displasia leve, NIC II o displasia moderada, y NIC III displasia severa o cáncer de cuello de útero in situ, cáncer micro invasor e invasor y adenocarcinoma. (8)(14)

En la actualidad se utiliza el sistema Bethesda para reportar los cambios en la citología. El reporte de los procesos inflamatorio sigue igual. En cuanto a las anormalidades epiteliales se reporta las anormalidades de células escamosas atípicas: ASC-US, ASC-H, Lesión intraepitelial de bajo grado, alto grado, alto grado con sospecha de invasión a estroma, y carcinoma escamoso. Y células glandulares atípicas: endocervicales atípicas, endometriales atípicas, glandulares, adenocarcinoma y endocervical, endometrial, extrauterino y no especificado. (15)

En cuanto a la colposcopia se realizará a base de la inspección visual con ácido acético al 5% y solución yodo yodurada de Lugol para la detección de lesiones cervicales precancerosas tempranas y cáncer invasor temprano. (16)

El ectocérvix se encuentra recubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizado (contiene abundante glucógeno) y se observa color rosado pálido a la inspección visual y se tiñe color pardo- caoba a la aplicación de solución yodo yodurada de Lugol, mientras que el epitelio cilíndrico (glandular) cubre conducto endocervical, es rojizo y no produce glucógeno por lo que no cambia de color. (16)

Hay que recordar que la apariencia acetoblanca no es exclusiva de la NIC y del cáncer en estadios iniciales. También la observamos en patologías en donde hay mayor cantidad de proteínas por ejemplo en la metaplasia escamosa inmadura. En caso de NIC y cáncer invasor es más denso, grueso y opaco, con bordes delimitados. (16)

El diagnóstico final de NIC se realiza mediante el estudio histopatológico de una biopsia cervical. La biopsia por colposcopia tiene sensibilidad de 92.3% y especificidad de 93.8%. El diagnóstico de cáncer cervicouterino micro invasor solo se puede realizar mediante cono cervical y eventualmente puede ser terapéutico. (16) (1)

Las pacientes con citología cervical con VPH se referirán a clínica de displasias en donde se llevará a cabo el estudio colposcópico y en caso de presentar lesión se realizará biopsia dirigida que en caso de ser reportada con NIC se deberá realizar manejo conservador (crioterapia, laserterapia o electrocirugía) con control citológico y colposcópico cada 6 meses. Si la biopsia reporta cáncer micro invasor o invasor se transferirá a centro oncológico para tratamiento correspondiente. (14)

El tratamiento va a depender del estadio en el que se encuentre la paciente y del deseo de paridad o no. (1)

I.2 Estado de ánimo:

Rocha, 2014. Define el estado anímico como un modo subjetivo de sentirse ante un hecho, situación o estímulo concreto, abordando estructuras y mecanismos específicos que se vinculan con la parte afectiva de un individuo, que expresa físicamente alguna función fisiológica como serían las reacciones faciales, frecuencia cardíaca, o conductas tales como: agresividad, llanto, con duración variable de tiempo, hora, días, temporadas. (17)

Según Thayer, 1998. Clasifica a los estados de ánimo en: Calma energía, Calma cansancio, Tensión energía, Tensión cansancio, Humor expansivo o hipertermia, humor neutro o eutimia y humor depresivo o distimia, el cual se expresa con nostalgia, ideación suicida, desaliento, estado de tristeza patológica y de dolor moral y se acompaña de sentimiento de desvaloración de sí mismo, cansancio o inhibición personal. (18)

Para la valoración de los trastornos del estado de ánimo se ha utilizado la prueba de EVEA (escala de valoración del estado del ánimo) el cual la clasifica en las variantes a investigar en depresión, ansiedad, hostilidad o felicidad. Consiste en 16 ítems, compuesto cada uno por una escala grafica de tipo Likert de 11 puntos, cada estado de ánimo representado por 4 ítems cada uno. (19)

I.2.1 Trastornos del estado de ánimo:

Son trastornos de la salud mental, se caracterizan por alteraciones en las emociones por periodos prolongados de tristeza (depresión), euforia (manía), o de ambos. La tristeza y la alegría son parte habitual de la vida diaria y se diferencian de la depresión y la manía. (20)

Se estima que aproximadamente 20% de la población padecerá algún trastorno afectivo. La OMS de la salud calcula en gastos para enfermedades medicas que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el 20% del gasto total. Se consideró que en el año 2020 la depresión ocuparía el segundo lugar como causa de discapacidad en el mundo. (21)

La depresión es el trastorno de ánimo más frecuente en la población mayor y un importante problema de salud. Se caracteriza de la presencia de tristeza profunda y soledad, así como melancolía, perdida, aflicción prolongada y soledad; y se acompaña de síntomas somáticos tales como fatiga, alteración en el estado de sueño, dolor, perdida en el interés sexual, entre otros. (22)

Según DSM V los trastornos del estado del ánimo se pueden dividir en trastorno bipolar, el cual se caracteriza de presencia de episodios maniacos e hipomaniacos; y los trastornos depresivos los cuales se caracterizan de accesos de cólera graves y recurrentes en tres o más veces por semana. (23)

I.1.2.1 Ansiedad:

Estado de ánimo displacentero el cual suele acompañarse de cambios sintomáticos y psíquicos y puede presentarse como un síntoma que acompaña a diversos padecimientos

Médicos o somáticos. Suele afectar la percepción de la realidad y la funcionalidad del individuo. (24)

Son los trastornos más comunes de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en los servicios de atención primaria se encuentran con prevalencia del 12%, siendo más común en mujeres. (24)

Los signos y síntomas más comunes son los siguientes: sensación de nerviosismo, agitación o tensión, sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe, aumento de ritmo cardiaco, hiperventilación, sudoración, temblores, debilidad, problemas para concentrarse, insomnio, problemas gastrointestinales, necesidad de evitar situaciones que generen ansiedad. (25)

I.1.2.2 Hostilidad:

La agresión genera problemas sociales e individuales. A nivel social puede generar violencia doméstica, de pandillas, asesinatos, pleitos. A nivel individual amenaza las relaciones interpersonales, así como problemas de salud y de alta mortalidad. Se caracteriza de componente cognitivo (hostilidad), emocional (enojo), y conductual (agresión física o verbal).(26)

La hostilidad se refiere a una desconfianza de las intenciones de otros y tendencia a interpretar estímulos como ofensivos. Se encuentra en estudios previos que la hostilidad radica en el sistema parasimpático.(26)

I.1.2.3 Felicidad:

Estado de ánimo que ocasionado generalmente cuando una persona logra una meta, satisfacción de expectativas personales o éxitos. Cerro (2010) la define como “condición interna de satisfacción y alegría”.(27)

La calidad de vida se ha estudiado en muchos países desarrollados, y en cuestiones metodológicas calidad de vida, bienestar, felicidad o satisfacción son utilizadas en mismo sentido. (28)

I.1.2.4 Depresión:

En el mundo, se considera una de las principales causas de discapacidad afectando aproximadamente a 350 millones de personas. En México, se señala que 9.2% de los

mexicanos han padecido de algún trastorno afectivo en algún momento de la vida, es mayormente común en mujeres (10.4%).(29)

En la organización mundial de la salud se estima aproximadamente 28% de los trastornos neuropsiquiátricos, un tercio corresponde al trastorno depresivo, con una prevalencia que oscila entre 3.3 al 21.4% y menos de 25% tienen acceso a tratamiento. (30)

Según la encuesta epidemiológica de salud mental en México en 2003 (revisada en 2010) con prevalencia de 7.9%, predominante en mujeres 5.8%. Las variables que influyen son: ser mujer, labores del hogar, responsabilidad de cuidar a enfermos, bajo nivel socioeconómico, desempleo (más común en hombres), aislamiento social, problemas legales, violencia, inseguridad, crisis económica. (30)

Alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos, 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.(30)

Según el manual DSM la depresión se caracteriza por un estado de tristeza de larga duración e intensidad que puede interferir en funcionalidad, interés o placer por las actividades. (31)

Se ha encontrado que una de cada cinco personas presentara un trastorno del estado de ánimo a lo largo de su vida y puede llegar a provocar discapacidad similar o mayor a cualquier enfermedad crónica. Se ha demostrado que la depresión influye de manera negativa en otras patologías, presentando mayor mortalidad en comparación con la población general, no sola atribuible al suicidio. (32)

Se caracteriza de síntomas generales tales como: Psicomotricidad disminuida o aumentada, sueño alterado, disminución de interés, disminución de concentración, alteración en apetito ya sea aumento o disminución, culpa y autorreproche, disminución de energía, en casos graves pensamientos en suicidio. (30)

Se estudió la calidad de vida en personas con trastorno depresivo mayor en México encontrando en una muestra de pacientes con episodio de trastorno depresivo mayor menor a 2 años siendo tratados con antidepresivos y sin síntomas de depresión por dos meses anteriores al episodio actual, se utilizó la escala de calidad de vida general, se obtuvo

un promedio de puntuación de 27.1, su $p < 0.0001$ en pacientes con síntomas físicos dolorosos que para pacientes sin síntomas físicos dolorosos. (33)

Se encontró en un estudio realizado en Suecia que la depresión está asociada en mujeres, casi la mitad estaban casado o convivían, edad media de 42 años, se identificó que posterior a un periodo inicial de baja por enfermedad que al menos fue de 21 días que contaban con diagnóstico de trastorno depresivo, alrededor de 10% tuvo periodo de baja por enfermedad por episodio depresivo en los próximos 365 días anteriores al periodo índice. Lo cual nos orienta a pensar en la posibilidad de que algunas personas presentaran depresión recurrente lo cual ocasiono periodos largos de baja por enfermedad. (34)

I.3 Depresión asociada a cáncer cervicouterino:

En un estudio de la Universidad de Glasgow en Reino Unido se evaluó la asociación de los síntomas depresivos, el neuroticismo y la participación en la detección de cáncer de mama y de cuello uterino en donde se estudió a mujeres entre 50 a 70 años de edad con cáncer de mama y menores de 65 años con cáncer cervicouterino en donde se observó que los síntomas depresivos se asociaron a menor probabilidad de detección de cáncer de mama y/o cervical, por lo que se concluye que los síntomas depresivos más graves pueden impedir el diagnóstico temprano de detección de cáncer de cuello uterino. (35)

Se realiza un estudio en donde se asoció la depresión con el riesgo de presentar cáncer en 1,467,179 participantes, de los cuales se encuentran 89,716 con cáncer incidente y depresión, con un RR = 1.15, mayormente en cáncer de hígado y de pulmón. (36)

Un estudio realizado en 70 mujeres con infección de virus de papiloma humano con un promedio de edad 28.79 años se encontró que el 52.9% eran mujeres casadas que tuvieron dos parejas sexuales con promedio de inicio de vida sexual de 18.7 años, con intervalo entre 14 a 30 años, escolaridad media de 2do año de bachillerato. Se encontraron del total de la muestra 37.1% con malestar psicológico, y 62.9% no lo presentaron, dentro del grupo de malestar psicológico se encontraron 22% con rasgo de ansiedad, 21% con estado de ansiedad y 23% con depresión. (37)

La serotonina toma papel importante en síntomas de ansiedad, obsesión, la perdida de la motivación, disminución del placer y déficit del sistema de recompensas es regulado por la dopamina. En pacientes con cáncer se cree esta mediado por citoquinas proinflamatorias y por un eje hipotálamo-pituitario-adrenal hiperactivo. (38)

Se realizó un estudio por la Universidad de Cambridge con una muestra de 935 pacientes, en donde se concluye que la depresión está asociada a pacientes con cáncer avanzado y con mayor sintomatología.(39)

En un estudio realizado por la revista del Nacional por Nohelia Cespedes y Celeste Aparicio que la depresión se ha presentado con mayor frecuencia en pacientes con bajo nivel de instrucción. De igual las mujeres con paridad satisfecha han presentado menor nivel de depresión. Sin embargo, no se ha encontrado diferencia en cuanto a la calidad de vida. (40)

Se han realizado estudios experimentales en donde se ha estudiado la progresión de la enfermedad al presentar trastornos psiquiátricos relacionados con el estrés. Investigadores del instituto Karolinska en Suecia analizaron a 4,243 pacientes con cáncer cervicouterino y encontraron relación con el estrés y trastornos de adaptación, depresión y ansiedad. Encontraron relación de un 33% de más probabilidades de morir a causa de la enfermedad en mujeres que presentaron algún evento de estrés. (41)

I.4 Calidad de vida en cáncer cervicouterino:

Se define como calidad de vida a la manera en que el individuo percibe su lugar en el entorno cultural y el sistema de valores de la región en donde vive debe basarse en varios criterios y no solo u aspecto. (42)

La calidad de vida es un importante componente para la evaluación del resultado del cuidado de la salud, que incluye variables físicas, psicológicas, y sociales que provienen de la esfera objetiva y subjetiva. (43)

En un estudio del departamento de Obstetricia y ginecología por la universidad medica de King George en mayo de 2015 se realiza estudio en 90 se observan los siguientes factores de riesgo que más comúnmente afectan la calidad de vida en mujeres con cáncer de cuello uterino: 65.9% con edades entre 50 y 60 años, 70.4% analfabetos, edad de primera relación sexual fue inferior a los 20 años en 75% de los sujetos, 49.6% en población rural, 34.1% tabaquismo, 45.9% etapa 3b, 10.6% etapa 1b. (44)

Se realizó un estudio en china en 2018 en donde se estudió un total de 256 pacientes con cáncer cervicouterino en cualquier etapa de CCU, incluida las mujeres con recurrencia, en donde se mide la calidad de vida mediante el cuestionario EORTC QLQ C-30 y EORTC QLQ CX24 que presento confiabilidad de 0.83 y 0.801 respectivamente, el grupo en

problema se definió con CV global de menos de 33 o puntaje de síntomas mayor de 66, se obtuvo aproximadamente el 58.6% presento buen estado de salud global, la mayoría de ellos con funcionamiento QLQ C30 en rango de 71.1% a 89%. En cuanto a la sintomatología medidas con la escala QLQ CX24, el 12.5% presento síntomas de menopausia.(45)

Un estudio realizado por Larissa Nascimento Dos Santos en donde estudia la calidad de vida en mujeres con cáncer de cuello uterino en donde se incluyó a 115 pacientes mujeres con edad media de 52.64 años se encontró mayormente los dominios de bienestar emocional y funcional afectando negativamente la calidad de vida por el contrario las mujeres con ocupación actual, mayor tiempo de tratamiento, diagnóstico y que se habían sometido a histerectomía presentaron mejor calidad de vida. (46)

Se realizó estudio en donde se valoró calidad de vida en mujeres con Cáncer cervicouterino menor a 12 meses, "Medical Outcomes Study" (SF -36) en donde se observó que en general las mujeres que tuvieron CCU presentaban baja puntuación en calidad de vida (21.23 ± 4.66), se encontró la salud mental con diferencias estadísticas significativa ($P < 0,05$). Se observó puntuaciones bajas en ambos grupos, quienes recibieron manejos quirúrgicos presentaron mayor afección en la dimensión de salud mental. (47)

I.5. Estado de ánimo depresivo y calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino:

El cáncer que reporta mayor índice de depresión es el cáncer cervicouterino y es el que reporta mayor afección emocional dado que las mujeres con este diagnóstico suelen presentar muchas preocupaciones, entre ellas el apoyo social, estrés, bienestar familiar, vida sexual y de pareja, así como los síntomas físicos asociados al tratamiento. Otra de las preocupaciones que presentan es en cuanto al impacto de la fertilidad. Presentan sentimientos de pérdida lo cual suele ser negativo para su relación en pareja, esto a su vez influye en iniciar una posible relación posterior.(48)

Las mayores preocupaciones en estas mujeres son: "tristeza de no poder tener hijos (31%), incapacidad de hablar abiertamente sobre fertilidad (30%), frustración relacionada a infertilidad (25%) y luto por la pérdida de la capacidad reproductiva (25%), son las preocupaciones señaladas por estas mujeres".(48)

Al analizar la calidad de vida en general, encontramos factores predictores que la llegarían a alterar tales como la edad menor de la paciente, modalidad de manejo, procedimientos y

tratamientos recibidos, apoyo social, la preocupación de estado reproductivo, deterioro de la salud mental, así como estado socioeconómico. Y los factores que podrían favorecer la calidad de vida serían la edad adulta, estadio temprano FIGO, apoyo social, buena comunicación de temas sexuales, paridad satisfecha, buen estado mental y vida espiritual activa.(48)

Se realizó un estudio en 2020 por el Instituto Portugués de Oncología de Lisboa en donde estudio las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas en la calidad de vida de mujeres con cáncer de cuello uterino en 200 mujeres mediante EORTC QLQ C 30 encontrando que la educación y apoyo social contribuyo de manera positiva a la calidad de vida, mientras que la imagen corporal y los síntomas contribuyeron negativamente. (49)

En un estudio en 2017 en donde se estudió depresión asociada a una mala calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado se encontró que el 55% eran mujeres de las cuales 87% tenían enfermedad metastásica, con calidad de vida global de 50.5, con peor calidad de vida asociada a inflamación sistémica, menor rendimiento físico, disnea y mayor gravedad en depresión. La depresión fue el mayor marcador de severidad predictor de peor calidad de vida. (50)

Se realizó un estudio en Colombia en donde se midió la calidad de vida mediante el cuestionario QLQ C-30 en mujeres con cáncer cervicouterino en donde se encontró en una muestra de 106 mujeres con edad promedio de 41.3 años, se encontró, como aspectos más afectados de calidad de vida a los sociales 51.9%, interferencia de la vida familiar 48.1% y económico 47.2%, la función psicológica se afectó en 87.7.(51)

Se realizó un estudio en Paraguay en donde se relacionó la depresión y la calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino del hospital regional de encarnación, se estudió a 82 pacientes con cáncer cérvico uterino en donde solo 54 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, con edad media de 51 años, con número de hijos de 3 como mediana, primaria 67%, secundaria 17%, y universidad 4%, con 1 año de detección de cáncer. (40)

Se encontró al 46.55% con altibajos considerados normales, 29.31% con leve perturbación del estado de ánimo, 12.07% depresión moderada, 5.17% depresión grave, 1.72% depresión extrema. En cuanto a la calidad de vida, se observó que el 21% de ellas presentaba baja calidad de vida. En cuanto al estado depresivo con los factores de riesgo asociados que se afectaron en mayor medida en mujeres mayores de 47 años, relacionado

con una baja calidad de vida. La depresión y baja calidad de vida es más común en mujeres con bajo nivel de instrucción. (40)

La presencia de ansiedad y depresión es un predictor de baja calidad de vida en pacientes con cáncer de tiroides, mama, cabeza y cuello, y cáncer en general. Los pacientes deprimidos tienen a maximizar el impacto de sus limitantes físicas, los que no presentan depresión están limitados a buena funcionalidad cercana habitual a la que tenían.(52)

Se ha estudiado en otros países, sin embargo, en México no se encuentran estudios sobre esta asociación, por lo que sería pertinente estudiarlo.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación:

En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 64 asisten a atención médica pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino en edades entre 25 a 45 años, en donde se desconoce el estado de ánimo y la calidad de vida. El cáncer cervicouterino es la tercera causa de muerte en la mujer en el mundo, la primera causa de esta patología es el virus de papiloma humano, el cual se encuentra en el 60% de la población aproximadamente y se ha visto relacionado con una mala calidad de vida si no se trata. La calidad de vida puede verse afectada por una de sus esferas más importantes que incluye el estado depresivo. En el mundo, se considera una de las principales causas de discapacidad afectando aproximadamente a 350 millones de personas, y es más común la afección en mujeres.(29)

La presencia de ansiedad y/o depresión es considerado como predictor de baja calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello (una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en México). Se conoce que las personas deprimidas tienen a maximizar el impacto de sus limitantes físicas; en comparación con las mujeres que no presentan depresión, quienes están generalmente limitadas a buena funcionalidad cercana habitual a la que tenían. (36)

Se han realizado algunos estudios en los cuales se ha demostrado asociación del estado depresivo en mujeres con cáncer cervicouterino, sobre todo posterior al conocimiento de esta patología, así como estudios en donde se asocia la depresión a la mala calidad de vida. (48)

Se han realizado medidas para la prevención y tratamiento de esta patología, mediante la realización de Papanicolaou en población blanco, así como vacunación en mujeres entre 11 y 12 años contra virus de papiloma humano, la principal causa de cáncer cervicouterino.(12)

No se han obtenido resultados acerca de la asociación del estado depresivo en la calidad de vida de mujeres con cáncer cervicouterino en México, lo cual nos da un área de oportunidad para la investigación de esta asociación.

Una vez identificado este trastorno en mujeres con cáncer cervicouterino es necesaria la consejería hacia el sujeto para el conocimiento y el tratamiento oportuno de esta patología.

Si es posible realizar este estudio dado que es un estudio de intervención mínima, que se realiza mediante cuestionarios, se cuenta con la población necesaria de acuerdo con las prevalencias, y se puede apoyar de trabajo social para identificar a estas pacientes.

Existen herramientas necesarias para la realización de esta investigación, tales como QLQ-C30 (Anexo 2) para valorar la calidad de vida, y Escala EVEA (Anexo 3) para valorar estado de ánimo. (53)

Esta población se encuentra disponible en la unidad de medicina familiar No. 64, accesible en consultorios médicos o salas de espera.

II.2 Pregunta de Investigación:

¿Cuál es la asociación entre el estado de ánimo y la calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar 64 en el periodo de septiembre del 2020 a diciembre del 2020?

III. JUSTIFICACION

III.1 Académica:

Este proyecto de investigación se realizó para obtener el aprendizaje en investigación, el cual es un área importante que define el perfil profesional del médico familiar, para lo cual se deben tener conocimientos metodológicos, estadísticos e informativos, así como actitudes para la evaluación de resultados y su aplicabilidad en la práctica clínica. Esta investigación ayudo a la generación de nuevos conocimientos sobre el aspecto emocional y su afección en la calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino.

III.2 Científica:

Se ha demostrado que el estado de ánimo depresivo es multifactorial, y se encuentra mediado por serotonina toma papel importante en síntomas de ansiedad, obsesión, la perdida de la motivación, disminución del placer y déficit del sistema de recompensas es regulada por la dopamina. En pacientes con cáncer se cree esta mediado por citoquinas proinflamatorias y por un eje hipotálamo-pituitario-adrenal hiperactivo. (38) El impacto por el diagnostico, así como la remoción quirúrgica de los órganos que cumplen funciones reproductivas afectan significativamente la calidad de vida en estas mujeres. (54)

III.3 Epidemiológica:

En México, se reportan alrededor de 25 millones de mujeres infectadas por VPH y anualmente se reportan 68,000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino en mayores de 15 años. (55) Siendo este el segundo cáncer ginecológico más común a nivel mundial. (4)

En el mundo se considera que la depresión es una de las principales causas de discapacidad afectando aproximadamente a 350 millones de personas. Se señala que 9.2% de los mexicanos han padecido de algún trastorno afectivo en algún momento de la vida.(29)

III.4 Social:

Los pacientes que presentan ansiedad y depresión tienen a maximizar el impacto de sus limitantes físicas, lo cual es predictor de baja calidad de vida, en el caso de las mujeres con cáncer cervicouterino se ha asociado sin embargo no se cuentan con estudios en México.(52)

Es importante para el IMSS dado que prevenir y/o tratar el estado depresivo en mujeres con cáncer puede influir en la evolución de la enfermedad, así como su desenlace, inclusive se ha estudiado que las personas que presentan depresión se asocian a mayores días de pérdida de trabajo. (29)

III.5 Económica:

Se ha visto que los gastos en esta enfermedad son altos, en 2016 se reportó en el Instituto Mexicano del Seguro Social un gasto aproximado de 45 millones de pesos de gasto total y en cáncer invasivo un total de 546 millones de pesos en gasto total. (3)

Es importante para el sujeto dado que al identificar esta asociación se puede dar el manejo de manera temprana puede prevenir diversas situaciones, desde el mal apego al tratamiento, así como los estados de inmunosupresión y por consiguiente mejorar la calidad de vida.

IV. OBJETIVOS

IV.1 Objetivo general:

Asociar el estado de ánimo con la calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino de la unidad de medicina familiar no. 64 en el periodo septiembre del 2020 a diciembre del 2020.

IV.2 Objetivos específicos:

- Identificar el estado de ánimo en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64.
- Identificar la calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64.
- Describir el perfil socio demográfico (edad, escolaridad, ocupación) en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64.
- Señalar las comorbilidades en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

V. HIPÓTESIS

V.1 Alterna (HA):

Existe asociación entre el estado de ánimo depresivo y la mala calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 en el periodo septiembre del 2020 a diciembre del 2020.

V.2 Nula (HO):

No existe asociación entre el estado de ánimo depresivo y la mala calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 en el periodo septiembre del 2020 a diciembre del 2020.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1 Tipo de estudio:

El presente estudio fue Observacional, Transversal y Analítico.

VI.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

La población en este estudio fueron mujeres de 25 a 50 años con cáncer cervicouterino. Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la cual pertenece a la Delegación Oriente, ubicada en Av. Bomberos SN, Colonia Unidad habitacional del seguro social, Tequesquahuac. Dicho estudio se realizó en el periodo de septiembre del 2020 a diciembre 2020.

VI.3 Tipo de muestra y tamaño de muestra:

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico por cuota, ya que se tomó en cuenta a todas las mujeres con cáncer cervicouterino de entre 25 a 50 años que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 en los turnos matutino y vespertino que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

El cálculo del tamaño muestra se realizó mediante diferencia de dos proporciones considerando el desenlace, mediante el programa estadístico EPI INFO VERSIÓN 7.2.2.3; con nivel de confianza 95%, poder estadístico 80% con una prevalencia número 1 de 55% que corresponde a mujeres con cáncer cervicouterino que presentaron estado de ánimo depresivo y mala calidad de vida (50), y una prevalencia 2 de 21% que corresponde a mujeres con baja calidad de vida con cáncer cervicouterino (5) obteniendo una n= 100.

VI.4 Criterios de selección:

VI.4.1 Criterios de inclusión:

- Mujeres entre 25 y 50 años adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Mujeres con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino en todos los estadios (FIGO Estadios I – IV).
- Mujeres en manejo con quimioterapia.

VI.4.2 Criterios de exclusión:

- Mujeres que cuenten con enfermedades crónico-degenerativas tales como lupus, enfermedad renal crónica, demencia, otro tipo de cáncer.
- Mujeres con antecedentes de enfermedades psiquiátricas, tales como depresión, ansiedad, duelo, esquizofrenia.
- Mujeres con antecedentes de enfermedad aguda tales como fracturas o esguinces.

VI.4.3 Criterios de eliminación:

- Mujeres que contesten los cuestionarios incompletos

VI.5 Operacionalización de variables:

Variable independiente: Estado de animo

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Estado de Animo	Modo subjetivo de sentirse ante un hecho, situación o estímulo concreto, abordando estructuras y mecanismos específicos que se vinculan con la parte afectiva de un individuo. (17)	Es el modo de sentirse afectivamente de alguna manera por consecuencia de estímulos concretos. EVEA: 0 a 10 puntos Depresión (ítem 4, 7, 10 y 16) Ansiedad (ítem 1, 5, 9 y 13) Hostilidad (ítem 2, 8, 11, y 14) Alegría (ítem 3, 6, 12 y 15) La puntuación más alta lo indica.	Cualitativa	Ordinal	a) Depresión b) Ansiedad c) Hostilidad d) Alegría

Variable dependiente: Calidad de vida

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Calidad de vida	Se define por la manera en que el individuo percibe su lugar en el entorno cultural y el sistema de valores de la región en donde vive debe basarse en varios criterios y no solo u aspecto. (26)	Es el estado de bienestar físico, psicológico, Se medirá mediante el Puntaje Global EORTC QLQ 30: Excelente <50 Muy buena 59 a 50 Buena 69 a 60 Regular 79 a 70 Aceptable 90 a 80 Mala >90.	Cualitativa	Ordinal	a) Excelente b) Muy buena c) Buena d) Regular e) Aceptable f) Mala

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Edad	Al tiempo que ha vivido una persona, espacio entre un tiempo a otro en años. (56)	Se obtendrá de la cedula categórica de datos.	Cualitativa	Ordinal	a) 25 a 30 b) 31 a 35 c) 36 a 40 d) 41 a 45 e) 46 a 50
Escolaridad	Tiempo que dura un curso que se estudia dentro de establecimiento docente. (57)	Se obtendrá de la cedula categórica de datos.	Cualitativa	Ordinal	a) Primaria b) Secundaria c) Bachillerato d) Licenciatura e) Sin instrucción
Ocupación	Es un término que proviene del latín ocuparía y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.(58)	Se clasificará de acuerdo con su condición de actividad o inactividad.	Cualitativa	Nominal	a) Ama de casa b) Desempleado c) Estudiante c) Invalidez d) Jubilado
Comorbilidades	Se distingue al padecimiento de la enfermedad, el cual no necesariamente corresponde de manera integra a la enfermedad o más bien una enfermedad coexistente. (59)	Se obtendrá de la cedula categórica de datos.	Cualitativa	Nominal	a) Diabetes b) Hipertensión c) Fracturas d) Cardiopatías e) Ninguna

VI.6 Desarrollo del proyecto:

Este proyecto de investigación fue evaluado y autorizado por el comité local de investigación 1408-8 y de ética en investigación 1408-8 con número de registro institucional SIRELCIS R2020-14-08-012. Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal y analítico en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 Tequesquinahuac, en donde se incluyeron a mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino que acudieron a la consulta médica de primer nivel del 1 de septiembre de 2020 a 31 de diciembre de 2020.

Para su realización se solicitó a la coordinación de enseñanza un aula, la cual contó con las características descritas previamente (amplia, iluminada, con sillas y ventilación adecuada) para la aplicación de los cuestionarios; además de las medidas de seguridad adecuadas por encontrarnos en contingencia sanitaria (aplicación de gel anti bacterial y toma de temperatura) previo a la aplicación de los cuestionarios. La investigadora encargada de aplicar las encuestas (Dra. Velazquez Bracamontes Elena) contaba con licenciatura en Médico Cirujano, en formación para la Especialidad de Medicina Familiar. También se encontró debidamente uniformada de acuerdo con el reglamento, así como el uso equipo de protección básica (gafas protectoras, uso de cubrebocas de tipo KN 95), con la supervisión del Investigador responsable (Dr. Vargas Hernández Francisco) el cual cuenta con la Especialidad en Medicina Familiar. Posteriormente se procedió a identificar a los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente descritos, la investigadora se presentó y explicó de manera concisa y clara el propósito de este estudio, así como los posibles riesgos y beneficios de participar en este estudio, se solicitó al sujeto leer el consentimiento informado, el cual contenía nuevamente el propósito del estudio, los riesgos y beneficios, apegándose a los códigos o normas nacionales e internacionales de ética, el cual se encontraba en el consentimiento informado (Anexo 1), posteriormente se solicitó de forma voluntaria la firma del consentimiento informado, el cual fue elaborado con lenguaje primario. Se dirigió al sujeto a un aula asignada y se dio hincapié al procedimiento de contestar la encuesta, se proporcionó una tabla, pluma y se explicó el contenido de la encuesta; finalmente se procedió a la aplicación de esta en un tiempo aproximado de 20 minutos, se contestaron 2 cuestionarios, el primero fue la escala de EVEA (Anexo 3), que valoro el estado de ánimo; el segundo fue el Cuestionario QLQ C-30 (Anexo 4), que valoro la calidad de vida en mujeres con cáncer, así como una ficha de identificación que solicitaba los datos de edad, escolaridad, ocupación y comorbilidades.

La investigadora responsable dio un tríptico (Anexo 5) el cual contenía información acerca de las variables a estudiar, así como su importancia, también explico a los sujetos el tiempo en que se obtendrían los resultados y se dio hincapié en garantizar la confidencialidad de la información que se brindó, así como se le dio seguimiento al resultado de sus pruebas mediante la cédula de identificación (Anexo 2). Posterior a la evaluación de los resultados se identificó a los sujetos que presentaron mala calidad de vida secundaria a estado de ánimo depresivo en mujeres con cáncer cervicouterino y se procedió a brindar información mediante platicas de manera personal impartidas por la investigadora (Dra. Elena Velazquez Bracamontes) posterior a la encuesta acerca del estado de ánimo depresivo, mejoría de calidad de vida; así como el manejo de duelo, y se sugirió que al contar con el servicio de psicología y/o psiquiatría envió posterior por medio de medico familiar correspondiente, ya que por razones de contingencia secundaria a SARS COV 2 no se contó con el servicio de manera activa.

VI.7 Instrumentos de investigación:

VI.7.1 EVEA (La Escala de Valoración del Estado de Ánimo)

VI.7.1.1 Descripción: Es un instrumento diseñado para evaluar los cuatro estados emocionales de carácter situacional con entidad clínica (depresión, ansiedad, hostilidad y alegría), consta de 16 ítems, cada uno compuesto por una escala del 0 al 10, duración aproximada de 2 minutos para su realización. Se valora de 0 a 10 puntos tras sumar los cuatro adjetivos correspondientes a cada subescala y se divide la suma entre 4, y el resultado mayor corresponde al estado de ánimo más predominante. Para su suma corresponde a Depresión (ítems 4, 7, 10 y 16), Ansiedad (ítems 1, 5, 9 y 13), Hostilidad (ítems 2, 8, 11, y 14), Alegría (ítems 3, 6, 12 y 15). (53)

VI.7.1.2 Validación: Alfa de Cronbach es de 0.89 para depresión, 0.94 para ansiedad, 0.95 para hostilidad y 0.96 para alegría, ha sido utilizada en población venezolana.

VI.7.1.3 Aplicación: Este instrumento es útil para su aplicación en atención primaria de tipo auto aplicable.

VI.7.2 Cuestionario EORTC QLQ - C 30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30)

VI.7.2.1 Descripción: Es una herramienta elaborada por la organización europea para tratamiento e investigación en el año de 1993, se utiliza para valoración global de calidad de vida en personas con cáncer, el cual ha sido validado y traducido en 43 idiomas. Está comprendido por 30 preguntas y se asignan valores entre 1 y 4 (1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante, 4: mucho). Solo los ítems 29 y 30, que conforman la escala de estatus de salud global, se evalúan con puntaje de 1 a 7 (1: pésima, 2: muy mala, 3: mala, 4: regular, 5: buena, 6: muy buena, 7: excelente).(60) Las puntuaciones generales del instrumento se estandarizan y se obtiene un puntaje entre 0 y 100, que determina el nivel de impacto del cáncer en el paciente, a mayor puntaje general mayor impacto de la enfermedad en la calidad de vida.(60)

VI.7.2.2 Validación: Alfa de Cronbach es de 0.83.

VI.7.2.3 Aplicación: Este instrumento es útil para su aplicación en atención primaria, y fue desarrollada para aplicarse en pacientes con cáncer de cualquier tipo.

VI.8 Plan de análisis:

Análisis univariado de variables cualitativas (estado de ánimo, calidad de vida, edad, ocupación, escolaridad) se obtendrán frecuencias y porcentajes, y se representarán mediante gráficos de sectores e histogramas.

Para el Análisis bivariado se utilizó la prueba de Tau C de Kendall por ser una prueba no paramétrica para muestras no pareadas de tipo cualitativa ordinal para la asociación de estado de ánimo y calidad de vida.

Nivel de significación: Para todo valor de P menor o igual que 0.05 se rechaza H_0 y se acepta H_a .

Zona de rechazo. Para todo valor de P mayor que 0.05, se acepta H_0 y se rechaza H_a .

Se calculó Razón de Momios mediante una tabla de 2x2 en donde se dicotomizó calidad de vida para ver la presencia o ausencia de estado de ánimo depresivo.

Los datos se colocaron en el paquete estadístico para la captura en Excel en su versión office 365 y SPSS Statistics Base versión 22.

VI.9 Consideraciones éticas:

VI.9.1 Código de Núremberg:

- a) En el presente estudio se consideró el consentimiento informado, el cual fue voluntario, se explicó previamente los riesgos y beneficios que tendrá con la aplicación de los siguientes instrumentos: La Escala de EVEA la cual valoró el estado de ánimo y el QLQ C-30 la calidad de vida. (61)
- b) La finalidad del estudio fue obtener resultados trascendentes para el bien de este grupo poblacional y la sociedad, ya que, a partir de la asociación de estas dos variables se valoró la asociación entre el estado de ánimo depresivo con la mala calidad de vida en mujeres con cáncer Cervicouterino. (61)
- c) Este protocolo de investigación se diseñó científicamente a partir del pleno conocimiento de la historia natural de la enfermedad de modo que se encuentra fundamentado en toda su estructura, evitando todo sufrimiento o daño innecesario ya sea físico o mental las participantes, a partir de información y resultados previos, que permiten concluir de que no existían estudios que permitieran asociar el estado de ánimo y la mala calidad de vida. (61)
- d) Los instrumentos comentados anteriormente no ocasionaron algún daño, lesión o muerte dado a que se realizarán encuestas, por ende, los riesgos son menores en contraste con los beneficios. (61)
- e) Se tomaron las precauciones necesarias y se dispuso de las instalaciones óptimas para la aplicación de los instrumentos, siendo el consultorio, sala de espera o dentro del aula uno o dos de la Unidad de Medicina Familiar N. 64 de acuerdo con disponibilidad, se le entregará a la mujer los cuestionarios y un lápiz respondiendo a las indicaciones. (61)
- f) La investigación se llevó a cabo en todo momento por recursos humanos científicamente calificados, de los cuales el asesor o investigador responsable tiene preparación en Licenciatura de Médico Cirujano, así como Especialidad en Medicina Familiar (Dr. Francisco Vargas Hernández) y el investigador asociado con preparación en Licenciatura de Médico Cirujano y en formación para la Especialidad en Medicina Familiar (Dra. Elena Velazquez Bracamontes). (50)
- g) Durante este estudio las mujeres tuvieron la libertad de abandonarlo si llegaban a sentir alguna incomodidad o por cualquier motivo. Sin embargo, ninguna abandono el estudio. (61)

VI.9.2 Declaración de Helsinki:

- a) Este estudio cumple con los principios científicos, y se tiene conocimiento suficiente sobre cáncer cérvico uterino, así como de estado de ánimo y calidad de vida, el cual se ha obtenido mediante la revisión de literatura científica. (62)
- b) El diseño y los procedimientos por realizar se describen minuciosamente en este protocolo el cual fue revisado por un comité de ética para su realización. (62)
- c) Se realizó por la residente de Medicina Familiar con título de Médico Cirujano (Elena Velázquez Bracamontes) la cual está científicamente calificada y se encuentra bajo supervisión de un Especialista en Medicina Familiar (Francisco Vargas Hernández). (62)
- d) Este estudio es importante tanto para el sujeto como para el investigador, con un riesgo mínimo dado a que se realizará mediante encuestas, y su beneficio será mayor al contar con los resultados. (62)
- e) Se salvaguardó la integridad y se respetó la intimidad de las mujeres que participaron en el estudio, se realizaron preguntas que pudieron haber incomodado al sujeto, sin embargo tuvieron impacto mínimo en su integridad mental, así como de su personalidad y en caso de requerir manejo al momento se realizaron recomendaciones para solicitar atención por parte de psicología y/o psiquiatría por medio de su médico familiar en cuanto se contara con referencia ya que al momento de realizar el estudio nos encontrábamos en contingencia secundaria a COVID 19. (62)
- f) Se preservó con exactitud los resultados obtenidos en este proyecto de investigación para su publicación posterior. (62)
- g) Se informó a cada participante de este estudio, el objetivo, la realización de las encuestas, así como riesgos y beneficios de participar, también las molestias que puede tener al momento de contestar estas encuestas. Se les informó que podían retirarse del estudio en el momento que decidieran hacerlo, sin tener alguna repercusión. Por lo cual también se realizó un consentimiento informado en donde la persona decidió si acepta o no participar en el estudio. (62)
- h) En este estudio no se encuestó a menores de edad, o con alguna discapacidad mental por lo que no fue necesario solicitar autorización de algún familiar responsable. (62)
- i) Este protocolo contó con las consideraciones éticas implicadas en el estudio y se indicó los principios enunciados previamente. (62)

VI.9.3 Informe Belmont:

Hay cuatro grandes principios para la toma de decisión que se utilizaron para la realización de este proyecto de investigación.

- a) Se protegió la autonomía de las mujeres de este estudio, dado a que la persona decidía si participaba o no en el estudio, se explicaron los posibles riesgos, beneficios y posibles complicaciones del estudio previamente a la firma de su consentimiento informado. (63)
- b) Se solicitó al participante su aprobación mediante consentimiento informado, en donde el sujeto fue libre de aceptar participar en la investigación tras una amplia explicación de esta y con todo derecho de retirarse cuando el sujeto lo deseara. (63)
- c) Se buscó el mayor beneficio del sujeto de estudio, en este caso se contaba con información de tríptico, así como se comentó la referencia oportuna al servicio de psiquiatría en cuanto se contará con el servicio por encontrarse en contingencia. Se dio pláticas de manera individual en donde se explicó de cáncer cervicouterino, el manejo del duelo y como mejorar la calidad de vida, fueron impartidas por la investigadora la Dra. Elena Velazquez Bracamontes con título de Médico Cirujano, reduciendo los posibles riesgos. (63)
- d) El riesgo fue mínimo en esta población, dado a que se realizaron encuestas. (63)

VI.9.4 Reglamento de la ley general de salud en material de investigación para salud, titulo segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos

Artículo 13: Se respetó la dignidad y se protegió los derechos y el bienestar de las mujeres que participaron en este estudio. (64)

Artículo 14: Este estudio está basado en los principios científicos y éticos, los cuales la justifican que los riesgos son mínimos ya que se realizaron únicamente encuestas, el paciente se benefició al final del estudio ya que se dio un tríptico con información del estudio para informar a las mujeres que presentaron alteraciones relacionadas con estado de ánimo depresivo y la mejoría de calidad de vida, el cual fue realizado por una profesional de la salud (Dra. Elena Velazquez Bracamontes) la cual contó con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad de la persona, supervisada por médico especialista (Dr. Francisco Vargas Hernández) y bajo la responsabilidad del instituto mexicano del seguro social, se

contó con los recursos suficientes para la realización de las encuestas, así como los trípticos. (64)

Artículo 15: Se realizó mediante el método no probabilístico por cuota para la selección de las participantes de manera que estas contaban con los rasgos o cualidades necesarias para la participación en este estudio. (64)

Artículo 16: Se protegió la privacidad de la información y los resultados de la persona investigada y se identificó únicamente cuando los resultados lo requieran y si el participante lo autorizó. (64)

Artículo 17: Este estudio de investigación fue de riesgo mínimo, ya que se realizó mediante la aplicación de encuestas que valoraron estado de ánimo y calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. (64)

Artículo 20: Se contó con consentimiento informado en donde se le solicitó de manera voluntaria al sujeto la autorización para su participación en el estudio, el cual señalaba los riesgos, beneficios y método de realización, con capacidad libre de elección y sin coacción alguna. (64)

Artículo 21: Se explicó de manera clara el consentimiento informado, sobre todo los aspectos que justificaron el estudio, objetivos, procedimientos a realizar y las posibles molestias. (64)

VI.9.5 NORMA Oficial Mexicana NOM 012 SSA3 2012:

Se garantizó el cuidado del bienestar, integridad física, entre otros de las mujeres que participaron en este estudio, lo cual fue autorizado mediante el consentimiento informado. Esta investigación se realizó en la Unidad de Medicina Familiar número 64, la cual contó con la infraestructura y la capacidad resolutive suficiente para proporcionar en todo caso, la atención médica adecuada. No se condicionó la atención médica a cambio de otorgar el consentimiento informado. (65)

La residente de medicina familiar a cargo del proyecto se encargó de la planeación de este, así como dirigir los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad del sujeto a investigar. Esto mismo se vio reflejado en nuestro consentimiento informado. El investigador se

abstuvo de obtener consentimiento informado de manera personal con los sujetos de investigación ligados a manera de dependencia, ascendencia o subordinación. (65)

Se respetó el derecho del sujeto investigado a dejar de participar en la investigación en el momento que lo deseara, tampoco se cobró cuotas de recuperación a los sujetos investigados por participar en ella. (65)

Se protegieron los datos personales de los sujetos a investigar durante el desarrollo de la investigación, como en fase de publicación o divulgación de los resultados apegándonos a la legislación aplicada en específicamente en esta materia. (65)

VI.9.6 Ley federal de protección de datos personales en posesión de las particulares:

Artículo 7: La obtención de datos de esta investigación no se hizo de manera fraudulenta, ni engañosa, se recabó y tratará de manera lícita conforme a las disposiciones de esta ley. (66)

Artículo 8: El consentimiento informado se solicitó expresado por voluntad propia por escrito, así como de manera verbal. (66)

Artículo 9: Se describió por escrito, así como verbalmente el hecho de preguntas que pudieran causar incomodidad al sujeto de investigación, obteniendo su consentimiento expreso y por escrito, mediante su firma autógrafa. (66)

Artículo 10 y 13: Se interrogaron datos personales sensibles que no pudiesen llegar a afectar de manera grave al sujeto para la obtención de datos requeridos para este estudio. (66)

Artículo 11: El investigador responsable se encargó de que los datos personales obtenidos fuesen correctos, pertinentes y actuales. (66)

Artículo 12: Se cumplió únicamente con los objetivos del estudio para la obtención de datos personales, lo cual se vio reflejado también en el consentimiento informado. (66)

Artículo 14: Se hizo hincapié en el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por la ley, con las medidas necesarias para su aplicación. (66)

VI.9.7 Consentimiento informado:

Documento en donde el individuo acepta de manera voluntaria, o no, participar en un estudio de investigación, con firma y fecha. Esta comprendido de dos partes, la primera en donde se proporciona la información de investigados, y la segunda: en donde el sujeto a investigar firma si acepta participar. (67)

a. Información:

El documento escrito fue la base y guía de explicación verbal y discusión del estudio al sujeto. Posterior a esto se procedió a la firma del consentimiento. (67)

b. Consentimiento:

El consentimiento informado fue firmado por el sujeto, en este caso fueron mayores de edad, por lo que no fue necesario que se contara con representante legal. (67)

c. Balance riesgo/beneficio:

Se garantizó la confidencialidad de la información obtenida, el consentimiento informado se comprendió por fecha y nombre de quien lo solicitó. Se seleccionó a los participantes por medio de muestreo no probabilístico por cuota. (67)

Se otorgó a los participantes un tríptico con la información necesaria acerca de su enfermedad y sus complicaciones, así como mejoría de calidad de vida. También se les dio seguimiento a las mujeres que presentaron alguna alteración en los resultados, y se dio información de la mejoría de la calidad de vida, recomendaciones para acudir a manejo psicológico y/o psiquiátrico al momento de contar con la disponibilidad ya que no se contaba con el servicio por pandemia. Sin embargo, se sugiere a sus médicos familiares su referencia oportuna. Se organizaron pláticas individuales acerca de cáncer cervicouterino y manejo del duelo. (67)

Tipos de riesgo:

Físicos: En este estudio no hay posibilidad de ocasionar riesgos físicos dado a que únicamente se contestaran encuestas. (67)

a. Físicos: No hay riesgo físico dado a que este estudio no es de tipo experimental, ni se realizara alguna intervención. (67)

b. Psicológicos: Pudo haber incomodidad al contestar algunas preguntas dentro la escala de EVEA debido a este estudio abarca temas derivados del estado sensitivo de conducta del sujeto lo que generaría incomodidad al contestarlas, estas mismas se atendieron por medio del seguimiento de las pacientes y del estudio, al contar con los resultados se dieron pláticas de manera individual para tratar cuestiones en cuanto al duelo en las mujeres que presentaron estado anímico depresivo. (56)

c. Sociales: Los posibles riesgos de contestar estos cuestionarios fueron sensación de tristeza, por la presencia de algunas preguntas sensibles. (67)

d. Económicos: En este estudio no se presentó dado a que el material de impresión de encuestas se encuentra dentro de la unidad, y en caso de ser necesario el gasto, será a cargo del médico residente a cargo del estudio. (67)

En cuanto a los beneficios, se ofrecieron los relacionados con la salud, en este caso al encontrar anormalidades en alguno de los cuestionarios se incidió en canalizar con los médicos familiares correspondientes para envío al servicio de psiquiatría al contar con el servicio por pandemia, se organizaron grupos pequeños en donde se realizaron pláticas individuales acerca de cáncer cervicouterino y manejo del duelo. (67)

Tipos de beneficios:

Psicosociales: Al encontrar anormalidad en los resultados se recomendó al médico familiar correspondiente su envío posterior a servicio de psiquiatría o psicología al contar con el servicio. Se realizaron pláticas individuales en relación con cáncer cervicouterino y manejo del duelo. (56)

Afinidad: Sensación de que su participación beneficiará a otros. (67)

Laboral / académico: Obtención de título para el residente de medicina familiar. (67)

Se garantiza que estos beneficios se cumplirán en los sujetos de investigación. (67)

Confidencialidad de los datos:

En este estudio se requirió únicamente el número de folio y fecha de realización del cuestionario con la finalidad de obtener orden estadístico para su identificación, así como los datos generales requeridos para la finalidad de este estudio, tales como edad, escolaridad, ocupación y comorbilidades. (67)

De igual manera en caso de ser publicada esta investigación, se resguardarán los posibles datos que puedan dañar la privacidad de los sujetos de investigación, tomando únicamente los datos y resultados obtenidos con la finalidad de comunicar el conocimiento y los resultados del estudio. (67)

**VI.9.8 CIOMS (Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas):
Pautas Éticas Internacionales para la investigación Biomédica en Seres Humanos:**

Pauta 1: Esta investigación tendrá valor social y científico por lo que se justifica éticamente para su realización, se preservaran los derechos humanos, se respetaran y protegerán de manera justa a los participantes del estudio. Así como se buscará el beneficio de las mujeres en el estudio. (68)

Pauta 3: Los beneficios del investigador y del sujeto a investigar serán equitativos, de manera que no sobrepase uno al otro. Serán seleccionados de manera científica, sin distinguir situación social, económica o la facilidad de manipulación. (68)

Pauta 4: Se aseguró por medio del investigador y los comités de ética que los riesgos fueran mínimos en este proyecto de investigación, con la posibilidad de obtener un beneficio individual, social y científico. (68)

Pauta 8: Se sometió a revisión por un comité de ética e investigación los cuales fueron competentes e independientes. Con aceptación por el mismo indicando un número de registro para la continuidad de este proyecto de investigación. (68)

Pauta 9: El investigador tiene la obligación de dar a los participantes la información pertinente, así como la oportunidad de dar su consentimiento ya sea de manera voluntaria e informada para participar en esta investigación. Lo cual si se realizó con cada uno de los participantes de esta investigación. (68)

Pauta 10: No fue necesario la realización de cambios en el consentimiento informado. (68)

VII. ORGANIZACIÓN

El presente trabajo de investigación fue realizado por:

Tesista: M.C. Elena Velazquez Bracamontes

Médico residente de tercer año del curso de especialización en Medicina Familiar quien fue la encargada de captar pacientes con diagnóstico de Cáncer Cervicouterino para la investigación, con la aplicación de cuestionarios y orientación a las mujeres que se detectó con alguna alteración en relación con las variables estudiadas. Se realizó en 1 sesión en la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

Director de tesis: E. en M.F. Francisco Vargas Hernández

Médico Especialista en Medicina Familiar quien participo en la elaboración de la tesis, supervisando y apoyando cada proceso de investigación. Para efectos de publicación y presentación en eventos académicos (foro y congresos), el tesista aparecerá como primer autor y el director de la tesis como segundo autor en todos los casos. El director de tesis será autor de correspondencia en caso de publicaciones.

Recursos humanos, financiamiento y factibilidad

Recursos Humanos: La presente investigación se llevó a cabo por la Médica Cirujana Velazquez Bracamontes Elena, residente de la especialidad de Medicina Familiar, la cual se encuentra adscrita a la Unidad de Medicina Familiar 64 Tequesquahuac, quien se encargó de llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios de investigación, captura e interpretación de resultados. Fue supervisada por el especialista en Medicina Familiar Francisco Vargas Hernández, como asesor, dándole seguimiento a lo largo del proyecto, llevando a cabo funciones en la supervisión del estudio de investigación, edición técnica orden y formato, así como interpretación de resultados.

Recursos físicos: Se realizó en las instalaciones de la unidad de medicina familiar No. 64. También se utilizarán los siguientes materiales: pluma, impresora, computadora, hojas blancas, engrapadoras, grapas y estos gastos serán cubiertos por la residente de Medicina Familiar Velazquez Bracamontes Elena. (Anexo 6)

VIII. RESULTADOS

VIII.1 Análisis estadístico de los resultados:

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en el periodo de septiembre 2020 a diciembre 2020 con una muestra de 100 mujeres con cáncer cervicouterino de entre 25 a 50 años, derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se calculó la razón de momios mediante una tabla de 2x2 en donde se dicotomizó las variables, colocando en columnas la variable dependiente que corresponde a la calidad de vida buena (excelente, muy buena y buena) y mala (regular y aceptable), y en filas la variable independiente (presencia o ausencia de estado de ánimo depresivo) obteniendo un valor de RMP= 25. **Ver Tabla 1 y Grafica 1.**

Se describe una tabla entre las variables estado del ánimo y calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino en el cual del total 7% (7) con depresión presentó 1% (1), 2% (2), 1% (1), 1% (1) y 2% (2) excelente, muy buena, buena, regular y aceptable calidad de vida respectivamente, en comparación del total 73% (73) con alegría presentó 44% (44), 25% (25) y 3% (3) excelente, muy buena y buena calidad de vida respectivamente; por otro lado con mientras que ansiedad de un total de 11% (11) presentaron muy buena calidad de vida 7%, y hostilidad del total de 9% (9) presento buena calidad de vida 3% (3). **Ver Tabla 2 y Grafica 2.**

Los resultados de la escala de valoración del estado del ánimo revelo que las mujeres con cáncer cervicouterino mostraron los siguientes estados de ánimo: alegría 73% (73), depresión 7% (7), ansiedad 11% (11) y hostilidad 9% (9). **Ver Tabla 3 y Grafica 3.**

En cuanto a los resultados del cuestionario EORTC QLQ - C 30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-Core 30) que mide la calidad de vida se encontró excelente calidad en 47% (47), muy buena calidad de vida 36% (36), buena calidad de vida 9% (9), regular calidad de vida 5% (5) y aceptable calidad de vida 3% (3). **Ver Tabla 4 y Gráfica 4.**

La muestra de mujeres con cáncer cervicouterino por distribución de edad fue de un 100% en total se identificó en edades de 46 a 50 años en un 75% (75), mientras que de 41 a 45

años 14% (14), 36 a 40 años 7% (7), 31 a 35 años 1% (1) y de 25 a 30 años 3% (3). **Ver Tabla 5 y Grafica 5.**

La escolaridad en mujeres con cáncer cervicouterino se distribuyó en bachillerato en 30% (30), mientras que primaria 24% (24), secundaria 24% (24), licenciatura 18% (18) y sin instrucción 4% (4). **Ver Tabla 6 y Grafica 6.**

La ocupación manifestada fue de amas de casa en 57% (57), mientras que empleadas 21% (21), pensionadas 19% (19), desempleadas 2% (2) y estudiantes 1% (1). **Ver Tabla 7 y Grafica 7.**

Las comorbilidades encontradas fueron: hipertensión arterial en 6% (6), diabetes mellitus 3% (3), fracturas 1% (1) y cardiopatías 1% (1), mientras que 89% (89) no presentaron comorbilidades. **Ver Tabla 8 y Grafica 8.**

Al evaluar la asociación entre el estado del ánimo y la edad, encontramos que del total 73% (73) presentaron alegría, entre los cuales 54% (54) fueron de edad entre 46 y 50 años, 10% (10) de 41 a 45 años, hostilidad del total 7% (7), 6% (6) se presentaron edad entre 46 y 50 años, del total de ansiedad 11% (11), el 9% se presentó en edades entre 46 y 50 años, 2% (2) entre 36 a 40 años; y del total de depresión 7% (7), 6% (6) se presentó entre 46 a 50 años. **Ver Tabla 9 y Grafica 9.**

Se describe la asociación entre estado del ánimo y escolaridad, encontrando que del total que presentaron alegría 73% (73), 17% (17) tuvieron escolaridad primaria, 17% (17) secundaria, 21% (21) bachillerato, 15% (15) licenciatura y 3% (3) sin instrucción, en comparación con depresión del total 7% (7) presentaron 2% (2) escolaridad bachillerato, 2% (2) licenciatura y 2% (2) primaria, mientras que ansiedad 11% (11), 4% (4) tuvo escolaridad bachillerato, 3% (3) primaria, 3% (3) secundaria y 1% (1) licenciatura; y hostilidad del total 9% (9), presentaron 2% (2), 3% (3) y 3% (3) presentaron escolaridad primaria, secundaria y bachillerato respectivamente. **Ver Tabla 10 y Grafica 10.**

Por ultimo en cuanto a la asociación entre estado del ánimo y ocupación, de los cuales del total de alegría 73% (73), 39% (39) eran amas de casa, mientras que 18% (18) y 14% (14) fueron pensionados y empleados respectivamente, en comparación con depresión, del total que fueron 7% (7), el 3% (3) y 3% (3) fueron amas de casa y empleadas respectivamente, mientras que del total de hostilidad 9% (9), el 7% fueron ama de casa, y de ansiedad 11% (11), el 8% (8) fueron amas de casa, y 3% (3) empleadas. **Ver Tabla 11 y Grafica 11.**

VIII.2 Tablas y gráficas:

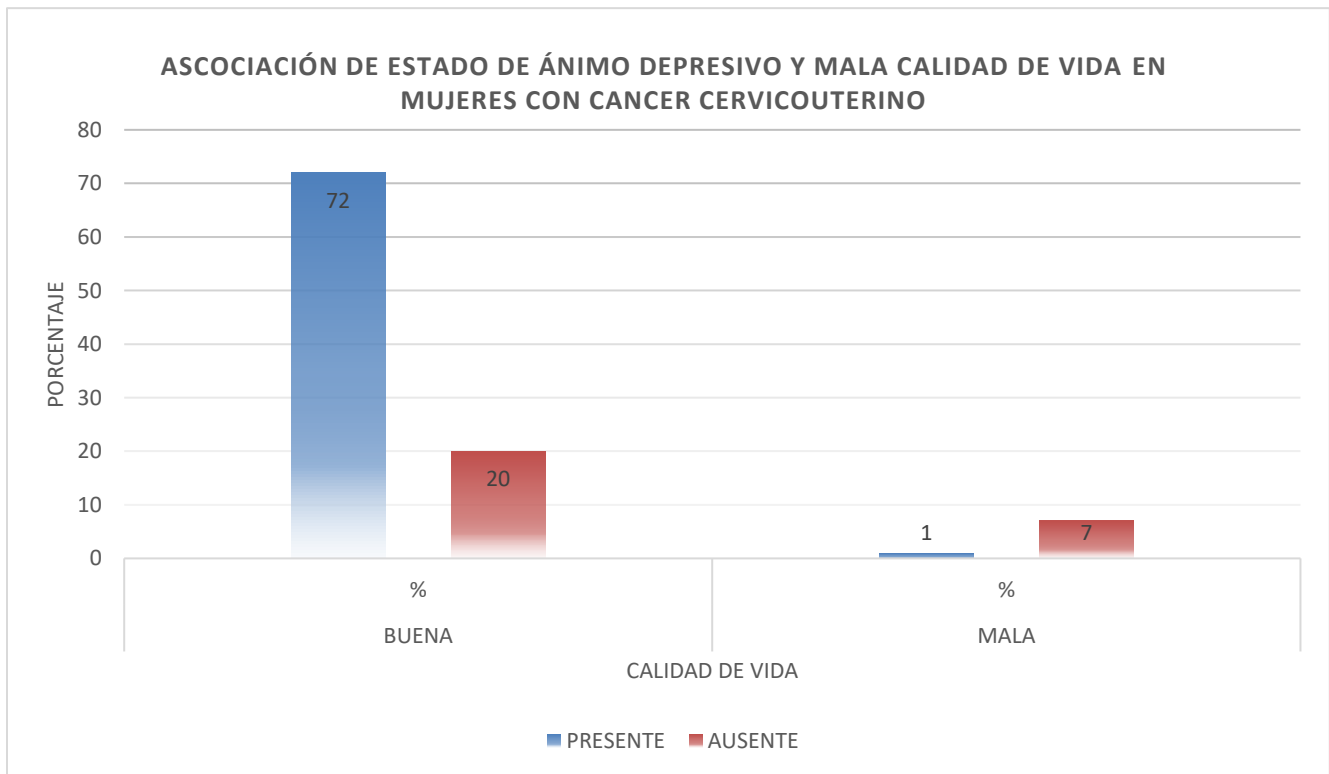
Tabla 1: Asociación del estado de ánimo depresivo y la calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino de la unidad de medicina familiar No. 64; 2020-2021

DEPRESIÓN \ CALIDAD DE VIDA	BUENA		MALA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
PRESENTE	72	72%	1	1%	73	73%
AUSENTE	20	20%	7	7%	27	27%
TOTAL	92	92%	8	8%	100	100%

Nota aclaratoria. F: Frecuencia; %: Porcentaje; Razón de momios, obteniendo RMP= 25

Fuente: Escala de Valoración del estado del Ánimo y EORTCQLQ 30

Grafica 1: Asociación del estado de ánimo depresivo y la calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino de la unidad de medicina familiar No. 64; 2020-2021



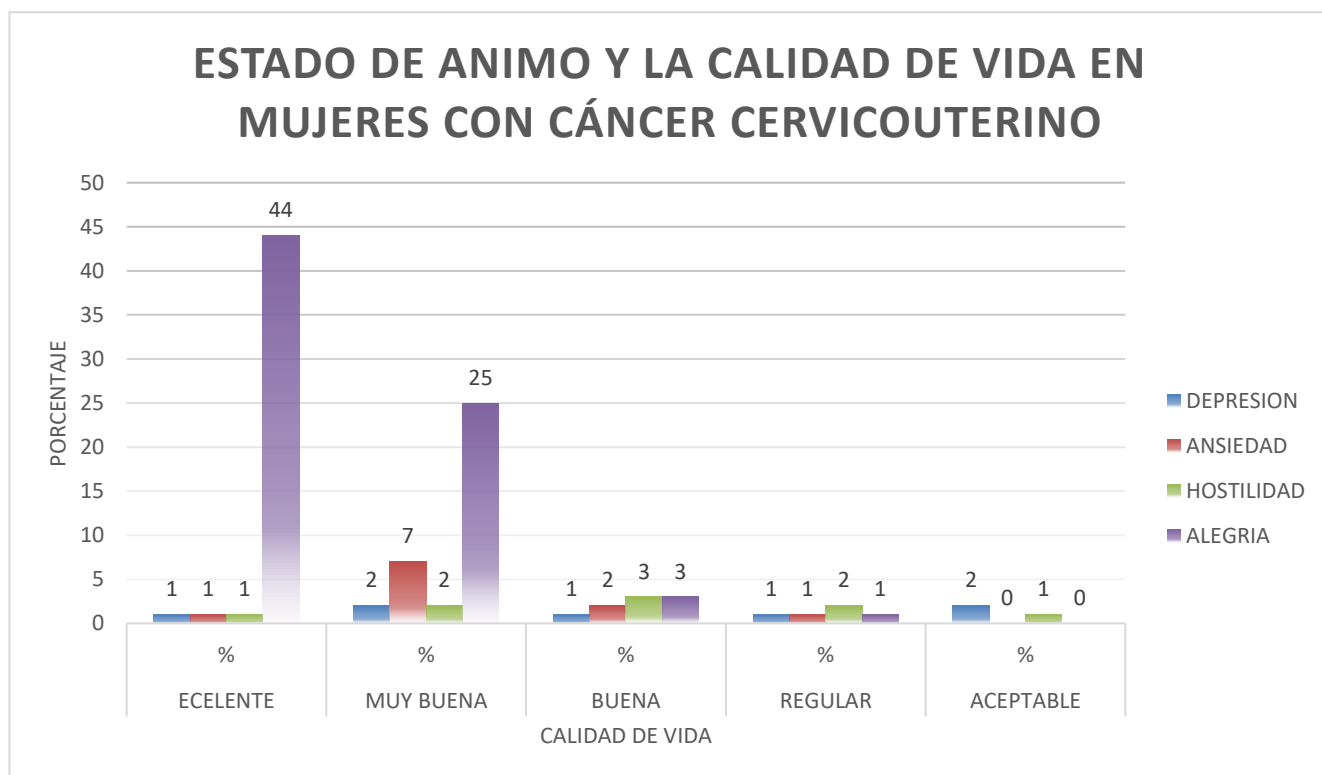
Fuente: Tabla No. 1

Tabla 2: Asociación de estado de ánimo y calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino de la unidad de medicina familiar No. 64; 2020-2021

CALIDAD DE VIDA \ ESTADO DEL ÁNIMO	ECELENTE		MUY BUENA		BUENA		REGULAR		ACEPTABLE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
DEPRESION	1	1%	2	2%	1	1%	1	1%	2	2%	7	7%
ANSIEDAD	1	1%	7	7%	2	2%	1	1%	0	0%	11	11%
HOSTILIDAD	1	1%	2	2%	3	3%	2	2%	1	1%	9	9%
ALEGRIA	44	44%	25	25%	3	3%	1	1%	0	0%	73	73%
TOTAL	47	47%	36	36%	9	9%	5	5%	3	3%	100	100%

Nota aclaratoria. F: Frecuencia; %: Porcentaje. Prueba estadística: Tau C de Kendall con valor de -.335, obteniendo $p=.000$, Fuente: Escala de Valoración del estado del Ánimo y EORTCQLQ 30

Gráfica 2. Asociación de estado de ánimo y calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino de la unidad de medicina familiar No. 64; 2020-2021



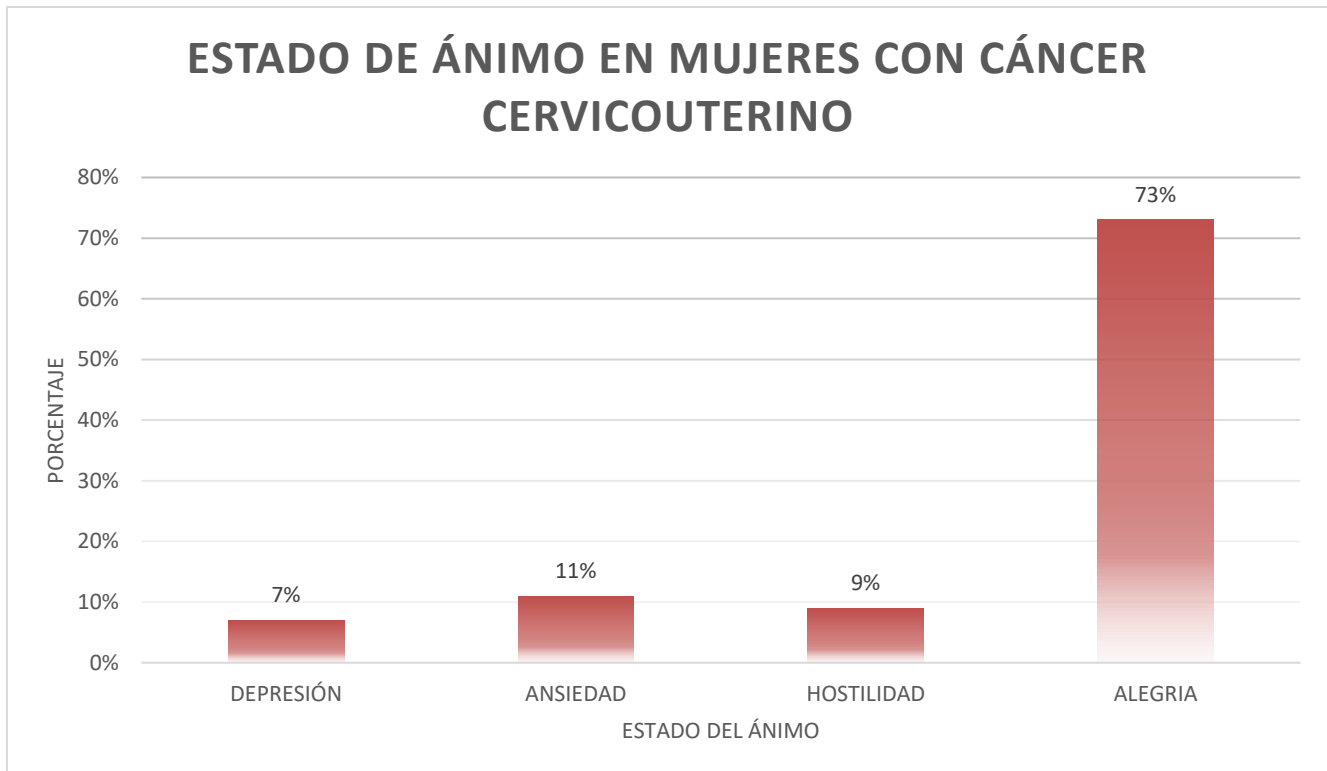
Fuente: Tabla No. 2

Tabla 3. Estado del ánimo en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS; 2020-2021

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEPRESIÓN	7	7%
ANSIEDAD	11	11%
HOSTILIDAD	9	9%
ALEGRÍA	73	73%
TOTAL	100	100%

Fuente: Escala de Valoración del estado de Ánimo

Grafica 3. Estado del ánimo en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS;2020-2021



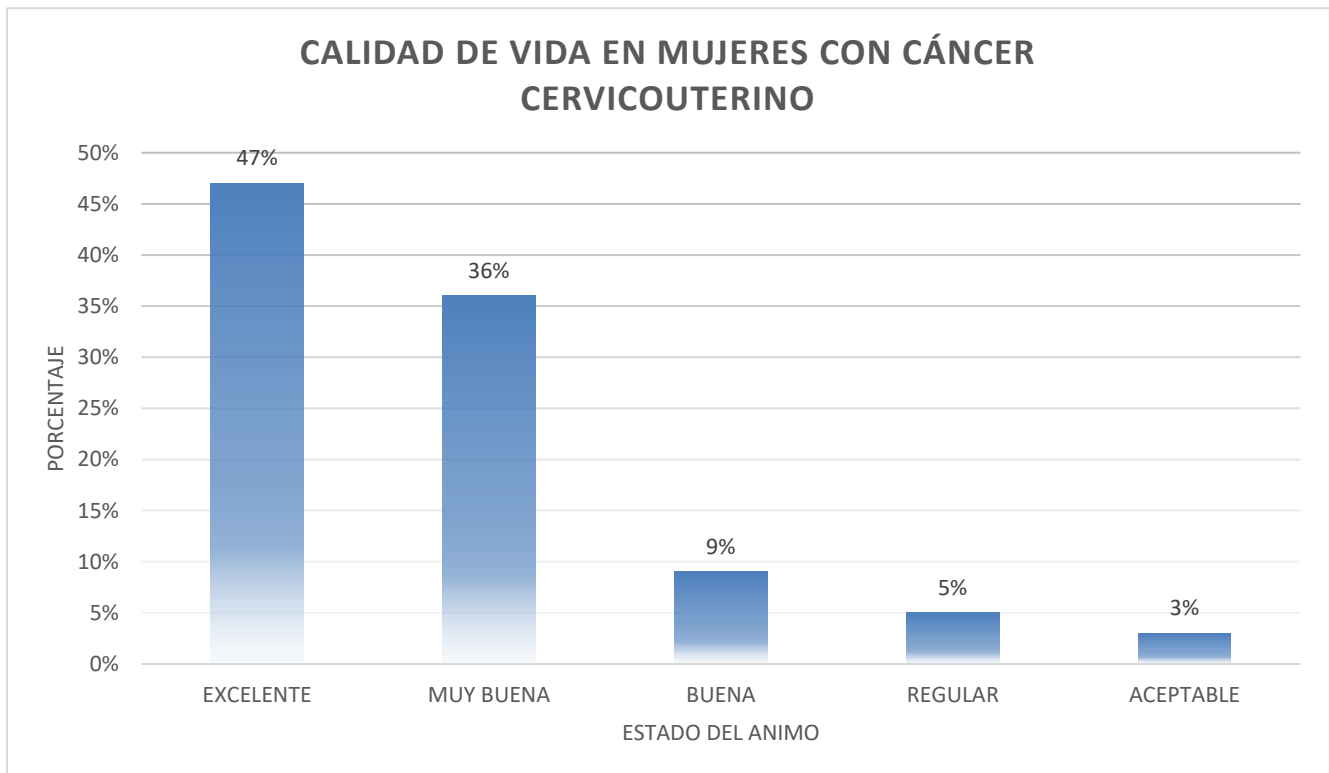
Fuente: Tabla No.3

Tabla 4. Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	47	47%
MUY BUENA	36	36%
BUENA	9	9%
REGULAR	5	5%
ACEPTABLE	3	3%
TOTAL	100	100%

Fuente: EORTC QLQ C-30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C-30)

Grafica 4. Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.



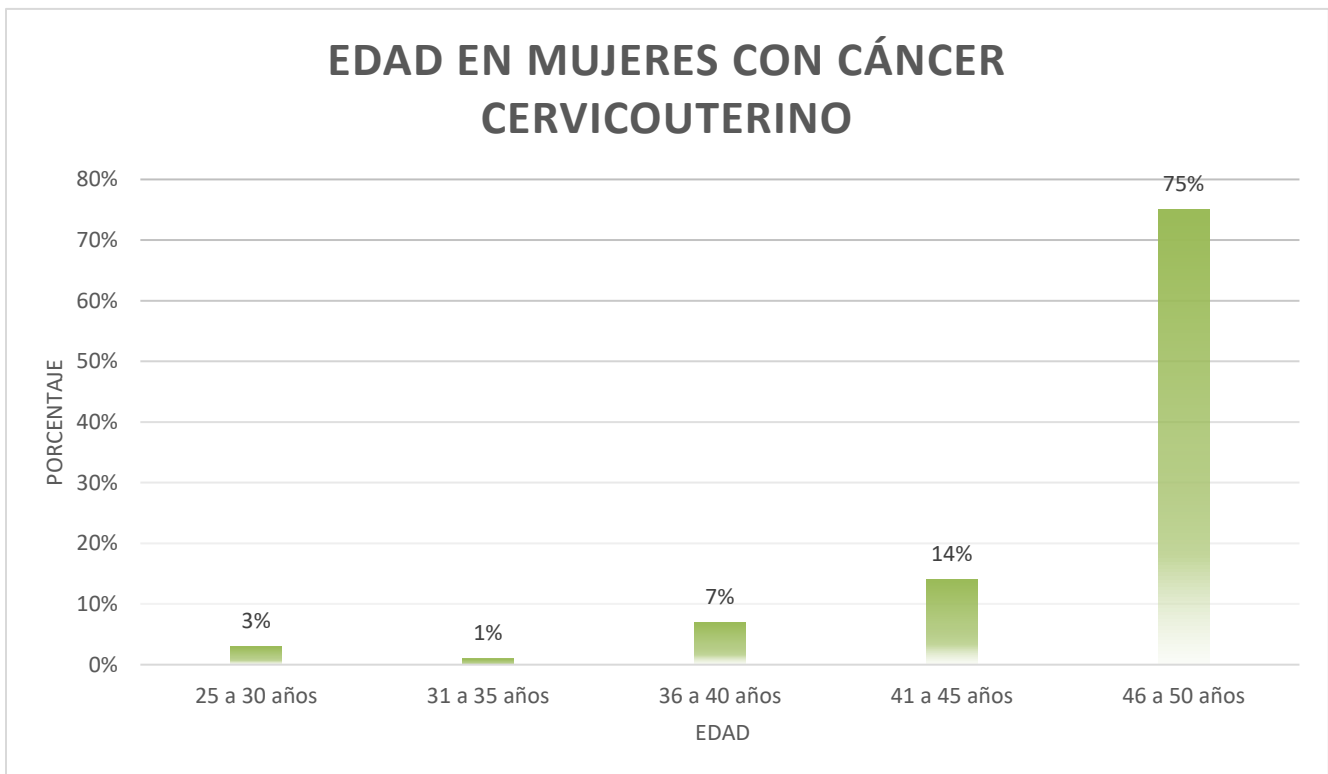
Fuente: Tabla No. 4

Tabla 5. Edad en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
25 a 30 años	3	3%
31 a 35 años	1	1%
36 a 40 años	7	7%
41 a 45 años	14	14%
46 a 50 años	75	75%
Total	100	100%

Fuente: Cedula de identificación

Grafica 5. Edad en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.



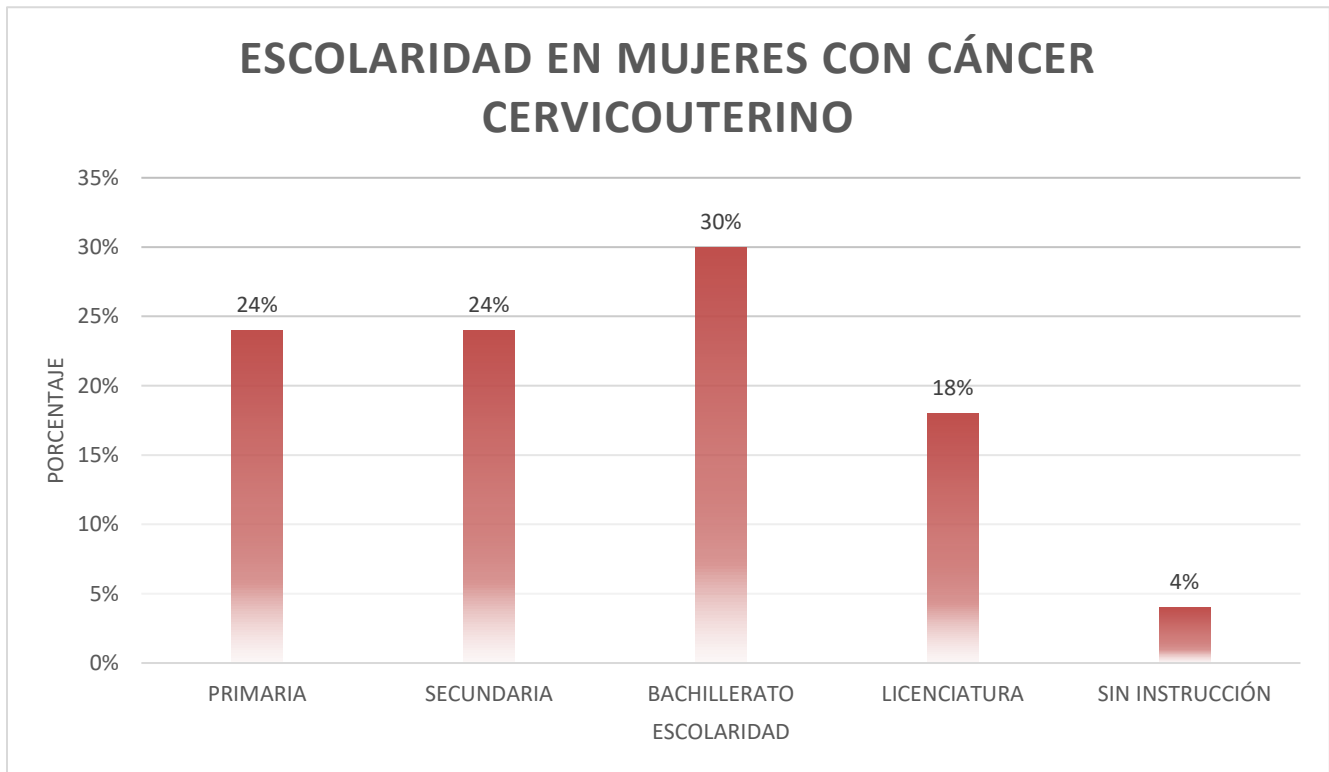
Fuente: Tabla No.5

Tabla 6. Escolaridad en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	24	24%
SECUNDARIA	24	24%
BACHILLERATO	30	30%
LICENCIATURA	18	18%
SIN INSTRUCCIÓN	4	4%
TOTAL	100	100%

Fuente: Cedula de identificación

Grafica 6. Escolaridad en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.



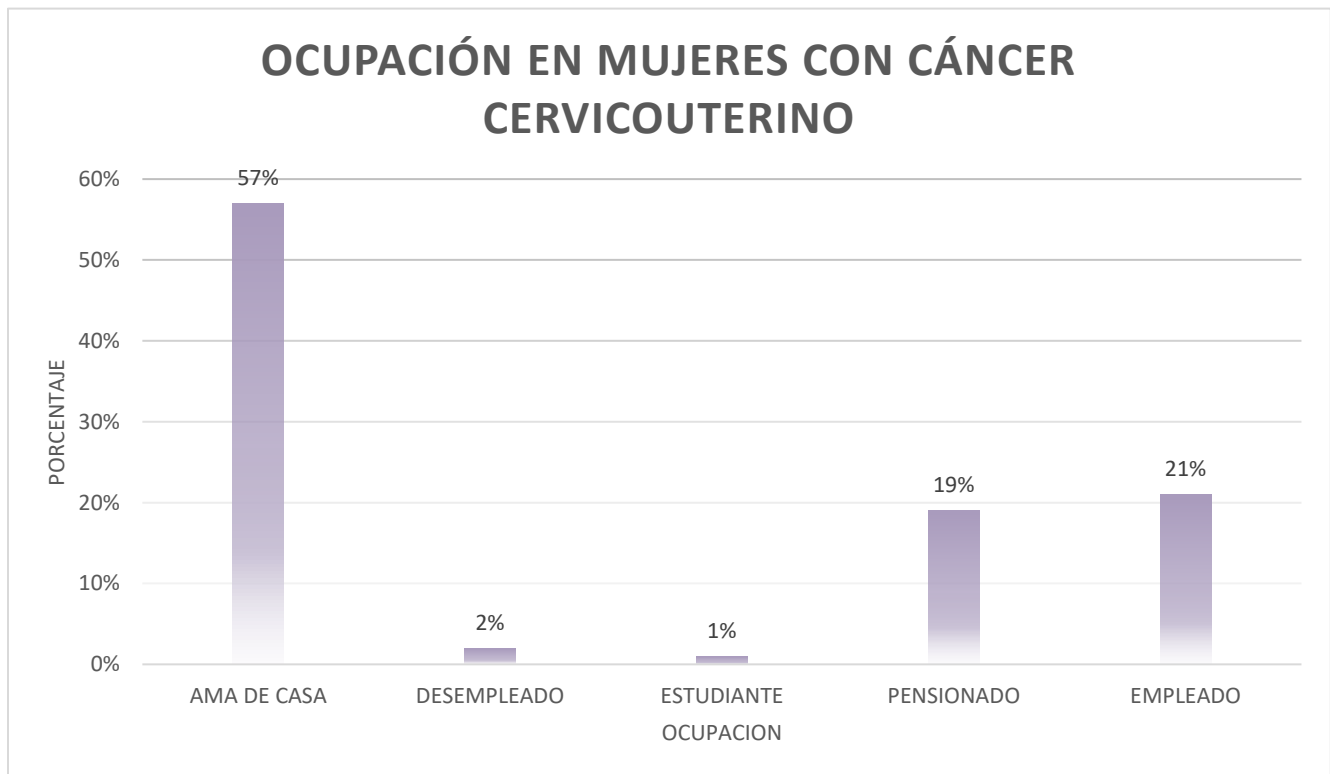
Fuente: Tabla No. 6

Tabla 7. Ocupación en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	57	57%
DESEMPLEADO	2	2%
ESTUDIANTE	1	1%
PENSIONADO	19	19%
EMPLEADO	21	21%
TOTAL	100	100%

Fuente: Cedula de identificación

Grafica 7. Ocupación en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.



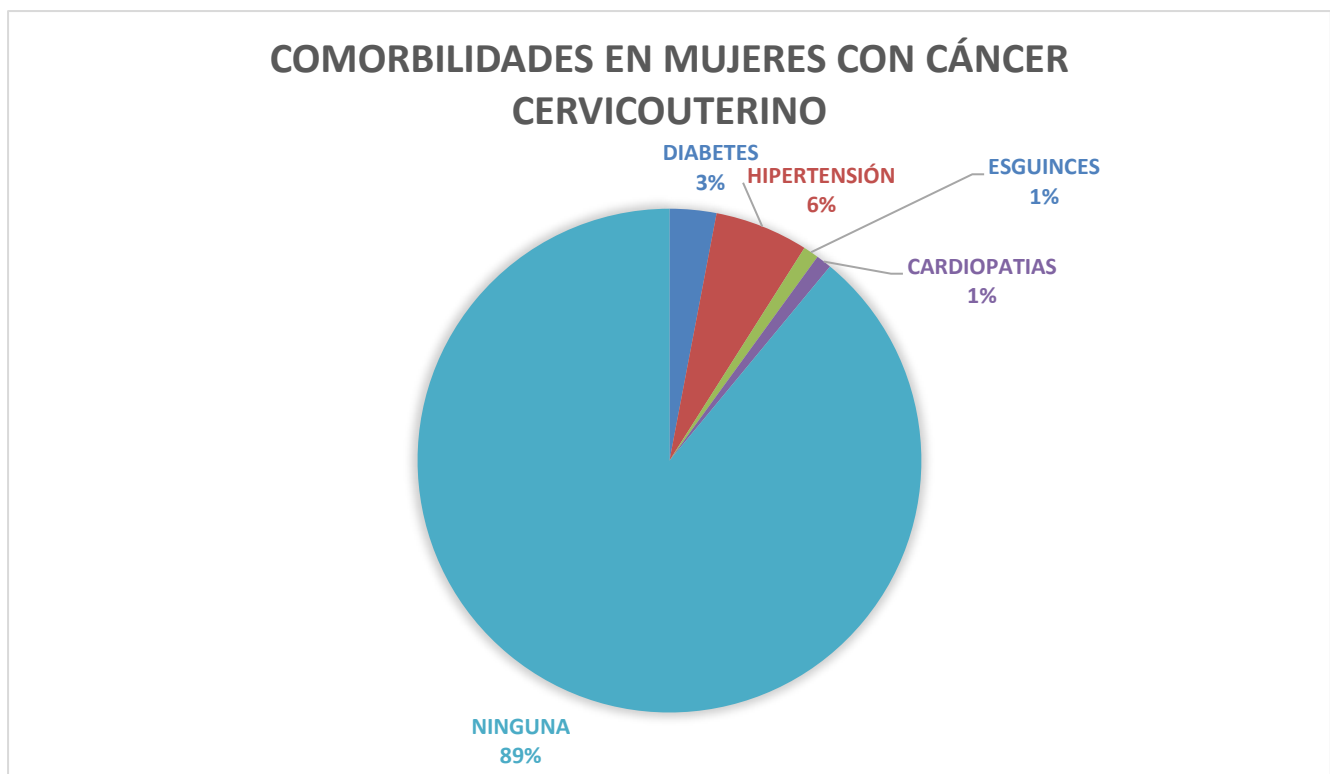
Fuente: Tabla No. 7

Tabla 8. Comorbilidades en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIABETES	3	3%
HIPERTENSIÓN	6	6%
ESGUINCE	1	1%
CARDIOPATIAS	1	1%
NINGUNA	89	89%
TOTAL	100	100%

Fuente: Cedula de identificación

Grafica 8. Comorbilidades en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.



Fuente: Tabla No. 8

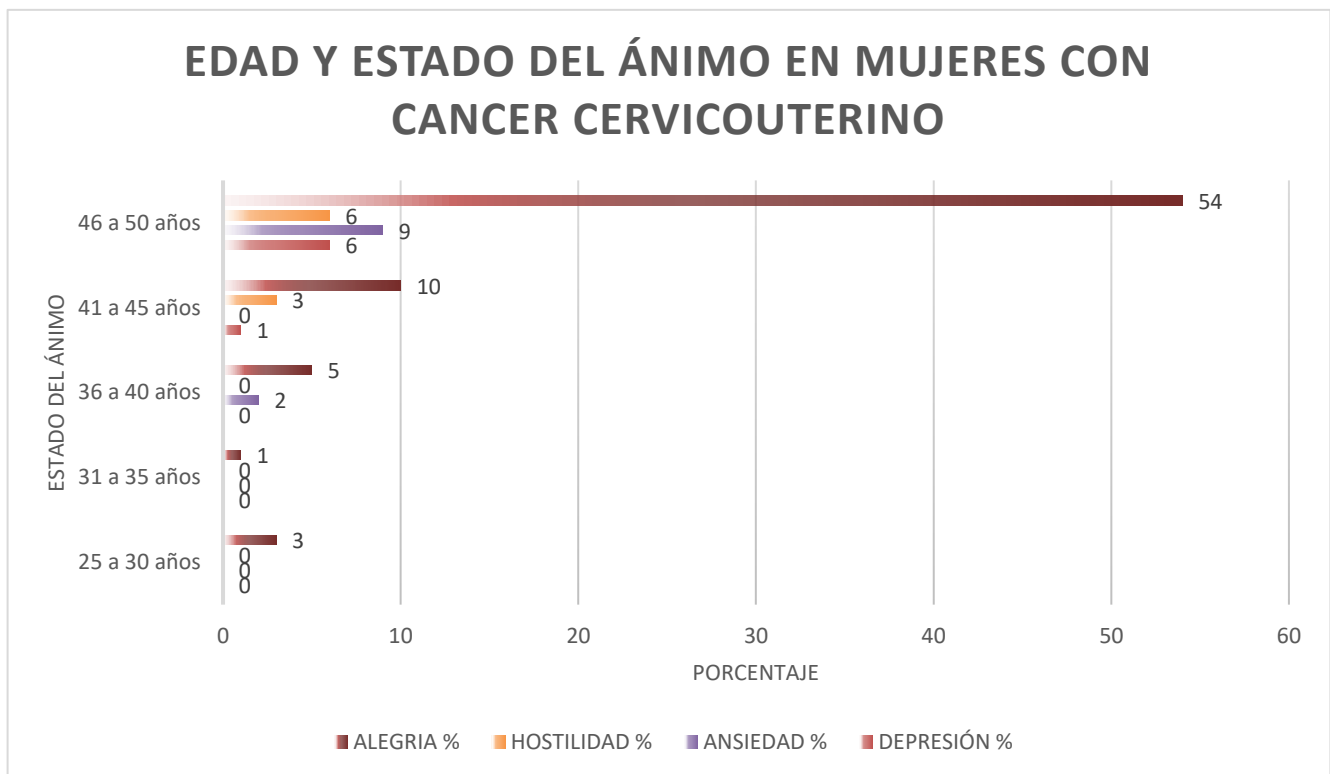
Tabla 9. Asociación de edad y estado de ánimo en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.

ESTADO DE ANIMO EDAD	DEPRESIÓN		ANSIEDAD		HOSTILIDAD		ALEGRIA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	25 a 30 años	0	0	0	0	0	0	3	3	3
31 a 35 años	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
36 a 40 años	0	0	2	2	0	0	5	5	7	7
41 a 45 años	1	1	0	0	3	3	10	10	14	14
46 a 50 años	6	6	9	9	6	6	54	54	75	75
Total	7	7	11	11	9	9	73	73	100	100

Nota aclaratoria. F: Frecuencia; %: Porcentaje

Fuente: Cedula de identificación y escala de valoración del estado del ánimo

Gráfica 9. Asociación de edad y estado del ánimo en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.



Fuente: Tabla No. 9

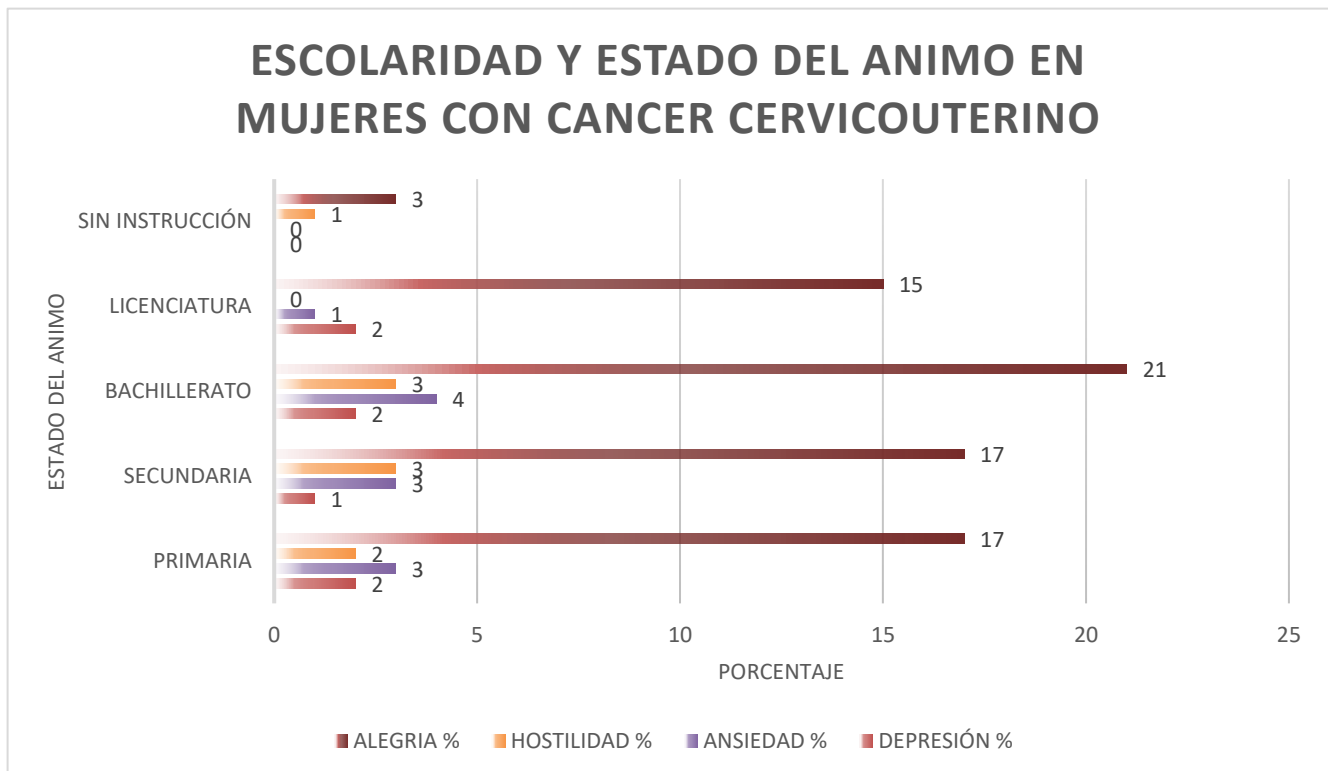
Tabla 10. Asociación de escolaridad y estado del ánimo en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.

ESTADO DE ANIMO OCUPACIÓN	DEPRESIÓN		ANSIEDAD		HOSTILIDAD		ALEGRIA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	AMA DE CASA	3	3	8	8	7	7	39	39	57
DESEMPLEADO	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2
ESTUDIANTE	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
PENSIONADO	1	1	0	0	0	0	18	18	19	19
EMPLEADO	3	3	3	3	1	1	14	14	21	21
TOTAL	7	7	11	11	9	9	73	73	100	100

Nota aclaratoria. F: Frecuencia; %: Porcentaje

Fuente: Cedula de identificación y Escala de Valoración del Estado del Ánimo

Gráfico 10. Asociación de escolaridad y estado del ánimo en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.



Fuente: Tabla 10

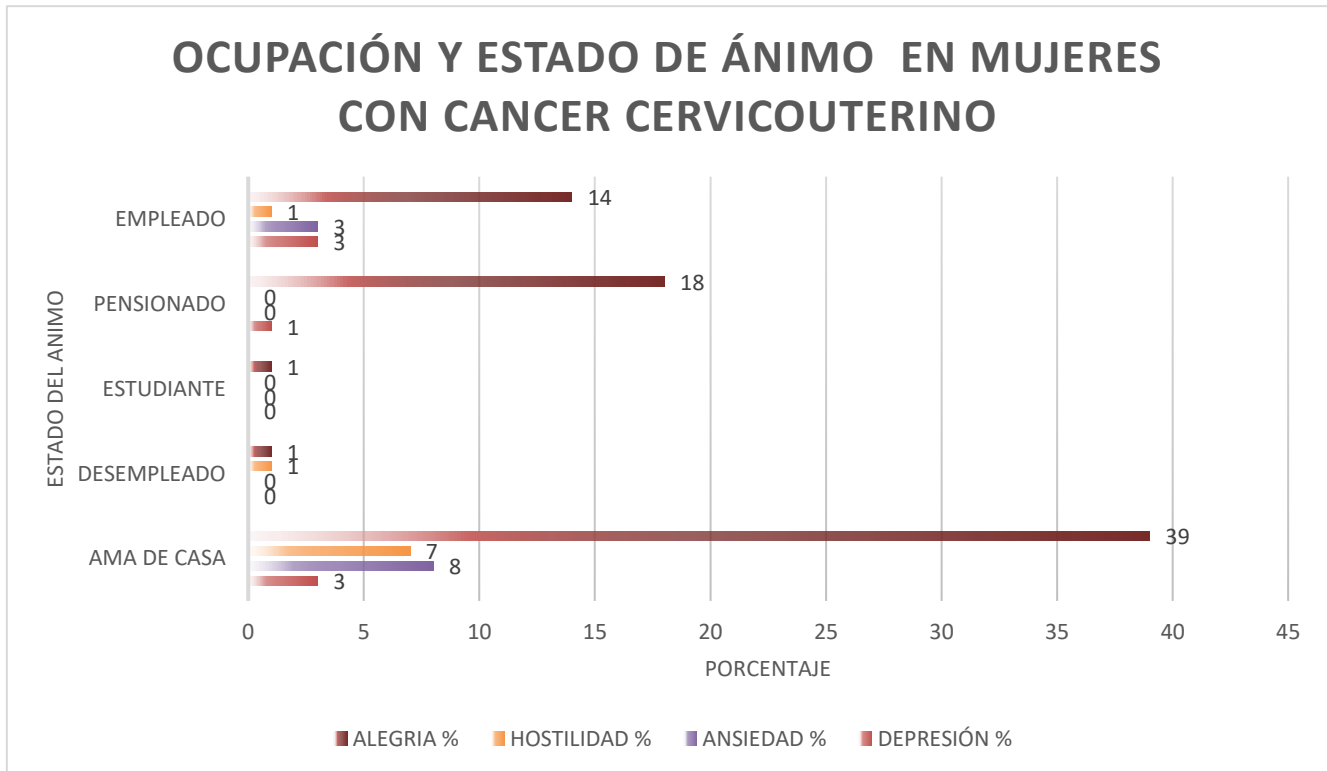
Tabla 11. Asociación de ocupación y estado del ánimo en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.

ESTADO DE ANIMO \ OCUPACIÓN	DEPRESIÓN		ANSIEDAD		HOSTILIDAD		ALEGRIA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
AMA DE CASA	3	3	8	8	7	7	39	39	57	57
DESEMPLEADO	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2
ESTUDIANTE	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
PENSIONADO	1	1	0	0	0	0	18	18	19	19
EMPLEADO	3	3	3	3	1	1	14	14	21	21
TOTAL	7	7	11	11	9	9	73	73	100	100

Nota aclaratoria. F: Frecuencia; %: Porcentaje

Fuente: Cedula de identificación y Escala de Valoración del Estado del Ánimo

Grafica 11. Asociación de ocupación y estado del ánimo en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS.



Fuente: Tabla No. 11

IX. DISCUSIÓN

En la presente investigación se encontró que en el periodo septiembre 2020 a diciembre 2020, con una muestra de 100 mujeres con cáncer cervicouterino entre 25 y 50 años, adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

Analizar la afectación en la calidad de vida en mujeres con cáncer se ha vuelto un objetivo que se exige analizar por los profesionales de la salud para la toma de decisiones e intervenciones en conjunto con las pacientes. (69)

En relación con el objetivo principal de este estudio en donde se quiso demostrar que hay asociación entre el estado de ánimo depresivo con la mala calidad de vida, mediante la prueba estadística Tau C de Kendall, se obtiene una significancia estadística de $p = .000$, lo cual interpreta es estadísticamente significativo entre las variables ya que para el cumplimiento de la hipótesis el valor es menor a 0.05 y mayor a -0.05. También se calculó la razón de momios mediante una tabla de 2x2 en donde se dicotomizó las variables, colocando en columnas la variable dependiente que corresponde a la calidad de vida buena (excelente, muy buena y buena) y mala (regular y aceptable), y en filas la variable independiente (presencia o ausencia de estado de ánimo depresivo) obteniendo un valor de RMP= 25, el cual se corrobora mediante el programa de Open Epi y se interpreta como clínicamente significativo. Esto significa que las mujeres expuestas al factor (estado de ánimo depresivo) van a presentar 25 veces más posibilidades de presentar mala calidad de vida en comparación con las personas que no están expuestas a ese factor.

En este estudio se asoció el estado de ánimo y la calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino; encontrando que del total de la población femenina con estado de ánimo depresivo 7%, 3% presento regular y aceptable calidad de vida en comparación con un estudio realizado por Nohelia Céspedes y Celeste Aparicio en donde encontró que 24% de los sujetos estudiados presentaron algún grado de depresión, de los cuales 21% tuvo baja calidad de vida. (40) Sin embargo hay que considerar que la población estudiada en el artículo del autor se trata de un estudio observacional descriptivo por lo que no asocia como es en nuestro caso, utiliza otras escalas para la valoración de calidad de vida (escala de Mezzich y Cohen) y depresión (inventario de Beck) por lo que se enfoca únicamente al estado depresivo, el número de población fue menor (58 casos) lo cual pudo ocasionar diferencias en los resultados. También hay que considerar que la población estudiada en el artículo del autor considera otras covariables, tales como número de hijos, menopausia,

tiempo de evolución y si cuentan con tratamiento o no, en comparación con el estudio realizado en donde no se consideró los factores comentados, encontrando al momento de encuestar que estas si pudieran haber influido en el desenlace de los resultados.

Del total de la población estudiada se encontró 47% con excelente calidad de vida en comparación con regular 5% y aceptable 3% calidad de vida. En comparación con un estudio realizado por Niresh Thapa y cols. en Hubei, China en donde se realizó un estudio descriptivo transversal, con una población total de 256 mujeres con cáncer cervicouterino en donde se estudió la calidad de vida encontrando que 58.6% presentó buen estado de salud global. (45) Sin embargo encontramos diferencias ya que en este estudio utilizaron dos pruebas no paramétricas (U de Mann Whitney y prueba de Kruskal Wallis) diferente a la de este estudio. También se consideró una población mayor a la nuestra y se asoció con otro cuestionario (EORTC QLQ CX24) en donde valoraron en el estudio los síntomas menopáusicos y actividad sexual los cuales resultaron ser determinantes en la calidad de vida en este caso. En cuanto a la calidad de vida global, los resultados obtenidos en esta investigación fueron en su mayoría positivos, ya que se encontró más pacientes con excelente, muy buena y buena calidad de vida asociados a estado de ánimo alegre. Esto también pudo influir ya que nuestra investigación realizó una asociación a diferencia del estudio comparado que fue de tipo descriptivo.

En cuanto a la edad, en este estudio se encontró en edades de 25 a 50 años predominando de 46 a 50 años en 75% en contraste con un estudio realizado en Nigeria en donde se midió prevalencia, incidencia y mortalidad en países de ingresos medios y bajos, revelaron una prevalencia en 2012 en edades de entre 25 a 64 años. (70) Otro estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal en donde estudiaron a 125 mujeres en donde describieron los principales factores de riesgo para cáncer cervicouterino encontraron que la edad promedio era de 45 a 55 y desciende después de los 60 años. Sin embargo, se encontró que la edad de inicio temprana (menores de 15 años) estaba relacionada con el desarrollo de la enfermedad. (8) Otro estudio realizado en base a la base de datos del Observatorio Global del Cáncer (GLOBOCAN) 2018 en 185 países se encontró que la edad promedio mundial al momento de la muerte por cáncer de cuello uterino fue de 59 años, con incidencia en menores de 45 años (en 146 de los 185 países evaluados), 85% de los casos se produjeron en países menos desarrollados. (71) A lo cual encontramos una edad promedio varía de acuerdo con la población medida, ya que el número de muestra en nuestro caso fue de 100 mujeres y en el caso de estudios revisados basados en base de

datos de varios países lo cual es secundario a la temporalidad con la que contamos al ser un estudio transversal por lo que la edad promedio fue variable, gran diferencia incide en que el momento de detección es diferente en cada país, así como la supervivencia. En algunos casos en el estudio revisado se calculó corCVX para estimar supervivencia en caso de países con registros confiables y ASIR para incidencia. Por lo que podemos concluir que la medición puede ser confiable o no dependiendo del país medido en comparación con nuestra población que únicamente se enfoca a mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No. 64.

En cuanto a la escolaridad, en este estudio se observó más comúnmente bachillerato 30% (30), seguido de secundaria 24% (24) y primaria 24% (24) en comparación con un estudio transversal realizado en el Instituto de Ciencias Médicas de All India en 62 mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino estadio 2B a 4B en manejo con radioterapia y quimioterapia en donde se midió perfil sociodemográfico y se encontró escuela intermedia en un total de 14.93% (10) y primaria 11.94 % (8), encontrando que más del 60% de los sujetos de estudio eran analfabetos con nivel socioeconómico medio. (72) Se observó que prácticamente los datos encontrados son parecidos, de hecho, se comenta que en otros estudios se encuentran datos similares al que revisamos, ya que se encuentra relación entre la escolaridad con el diagnóstico temprano de la misma, así como la afección de la higiene genital y acceso a los servicios de salud. Estas covariables pueden afectar en el diagnóstico temprano por la detección y tratamiento oportuno. También la variabilidad en estos resultados puede ser secundario a que la muestra fue menor a la nuestra y se enfocó en estadios avanzados de cáncer cervicouterino.

En cuanto a ocupación se encontró que el 57% (57) eran amas de casa en contraste con un estudio realizado en 134 mujeres con diagnóstico de cáncer cervicouterino de al menos 25 años en donde se encontró 90% (67) eran desempleadas, 3% (2) estudiantes, 3% (2) profesionales, entre otros, lo cual en este estudio no se asoció con la aceptación del cribado de cáncer de cuello uterino. La diferencia puede radicar en que este estudio fue de casos y controles en donde se valoró dos grupos de los cuales 143 fueron mujeres sanas y 134 con diagnóstico de cáncer cervicouterino, también se utilizó una encuesta electrónica la cual estuvo programada con un software (SurveyToGo) el cual guardó los datos recopilados lo cual permitió revisar datos en tiempo real, obteniendo una $p < 0.05$ lo cual le dio significancia estadística. (73) En comparación con este estudio en donde se observó más comúnmente en amas de casa lo cual equivaldría a desempleadas con el estudio comparado. También

observamos que en el estudio comparado se realizaron maniobras periféricas ya que se midió en dos grupos, uno que contaba con el factor y otro que no por lo que afectaría el desenlace del estudio en comparación con este estudio que solo se realizó en mujeres con el diagnóstico establecido y en tratamiento.

Las comorbilidades encontradas fueron: hipertensión arterial en 6% (6) y diabetes mellitus 3% (3), mientras que 89% (89) no presentaron comorbilidades en comparación con un estudio realizado en donde se estudió a 23 pacientes con cáncer se identificaron 2 con tabaquismo y 3 con obesidad. Se ha estudiado que el presentar comorbilidades tales como obesidad, diabetes, tabaquismo, en pacientes con cáncer pueden aumentar el riesgo de enfermar o fallecer. (74) Las mujeres con cáncer cervicouterino mayores de 65 años y aquellos con diabetes, cardiopatía, evento cerebral vascular tienen más posibilidad de desarrollar depresión, por lo que es recomendado encontrar estos factores de riesgo para dar apoyo e intervención psicológico temprano, lo cual puede mejorar la calidad de vida y la calidad de la atención. (75) Una revisión sistemática en donde se valoró la evidencia y asociación entre presentar comorbilidades y la realización de detecciones en mujeres mayores de 18 años con cáncer cervical, se realizó un meta análisis donde se revisaron 1283 artículos de los cuales 21 contaba con los criterios de elegibilidad, de los cuales 13 reportaron la participación en la detección de cáncer cervical, en donde únicamente 2 estudios establecían que la exposición al factor (comorbilidad) presentaron menor posibilidad de participar en la detección de cáncer de cérvix, en comparación con otros estudios en donde reportaron que no había suficiente asociación, presentando $OR= 1.12$. (76) Por lo que concluimos que no hay asociación entre presentar comorbilidad con el riesgo de presentar cáncer cervicouterino, sin embargo, hay mayor riesgo de no realizar las pruebas de detección de acuerdo con el estudio de metaanálisis revisado, lo cual no fue la finalidad de este estudio sin embargo si observamos que la calidad de vida en personas con comorbilidades es más baja en comparación con las que no presentan. La diferencia entre este estudio es que se trató de un estudio de metaanálisis en comparación con el nuestro ya que no se cuenta con la temporalidad para realizar un estudio de 5 años como fue en el caso del estudio mencionado.

Al evaluar la asociación entre el estado del ánimo y la edad, encontramos que del total de depresión 7% (7), 6% (6) se presentó entre 46 a 50 años en comparación con alegría que se encontró en 73% (73) entre los cuales 54% (54) fueron de edad entre 46 y 50 años, por lo que observamos que la edad no influye en el estado de ánimo en mujeres con este

diagnóstico. En contraste con estudio transversal realizado en india en donde se midió calidad de vida mediante EuroQol 5 Dimensiones y Escala Analógica Visual EuroQol entrevistaron a 159 mujeres con cáncer cervicouterino obteniendo 41.26% de pacientes con ansiedad o depresión de los cuales 35.8% tuvieron edad entre 41 a 50 años, 28.9% de 51 a 60 años y 20.1% de 61 a 70%. (77) Sin embargo este estudio no realizo la asociación como es en nuestro caso ya que se trata de un estudio descriptivo en donde se utilizó la herramienta de EuroQol 5D 5L y EQ VAS en donde se detectó mediante la misma la alteración en estado de ánimo sin embargo no estudió el estado de ánimo con otra herramienta complementaria como fue en nuestro caso por lo que el desenlace fue diferente respecto a este estudio.

Se describe la asociación entre estado del ánimo y escolaridad, encontrando que del total que presentaron depresión del total 7% (7) presentaron 2% (2) escolaridad bachillerato en comparación con alegría 73% (73) más comúnmente encontrando 21% (21) bachillerato, por lo que se observa que la escolaridad no influye en el estado de ánimo de las mujeres con este diagnóstico. Sin embargo, podría influir en la calidad de vida de las pacientes. Se observo un estudio en donde se encontró en cuanto a la escolaridad que 44% (70) eran analfabetas, 19% (31) primaria en comparación con las mujeres graduadas o con posgrado 6.9% (11) por lo que esto podría influir en el momento del diagnóstico y la calidad de vida de las pacientes. (46) Por lo que observamos que no hay asociación entre escolaridad y estado del ánimo, sin embargo, si es más común en mujeres con escolaridad bachillerato y estado de ánimo alegre. En comparación con el estudio descrito en donde se enfoca más en mujeres analfabetas con el diagnostico. Esto podría deberse a que entre mayor grado de instrucción hay mayor conocimiento y las mujeres tienden a realizarse las detecciones más oportunamente.

Por último, en cuanto a la asociación entre estado del ánimo y ocupación, de los cuales, del total con depresión, del total que fueron 7% (7) amas de casa en comparación alegría 39% (39) eran amas de casa. En un estudio multicéntrico de casos y controles de cáncer invasivo 481 casos y carcinoma in situ de 293 casos con 801 controles se encontró que las trabajadoras y las amas de casa tenían un riesgo similar de cáncer de cuello uterino invasivo, y varios grupos de trabajadores industriales y de servicios presentaban riesgo elevado (en particular domésticas, limpiadoras y cocineras). En el caso de carcinoma in situ aumento en mujeres trabajadoras, pero ningún grupo ocupacional presentó asociaciones notables. (78) Se encontró diferencia ya que encontramos que este estudio fue realizado

en pacientes con 6 meses de diagnóstico, con un mayor número de participantes y se trató de un estudio de casos y controles para detección de riesgo de cáncer dependiendo de la ocupación. Este estudio no realiza la asociación como se hizo en nuestro caso, sin embargo, identificamos que en general las mujeres amas de casa presentan mayor posibilidad de presentar cáncer cervicouterino independientemente del estado del ánimo.

La limitación en esta investigación fue al no incluir el tiempo de evolución ya que encontramos en otros estudios en donde se encontró relación con el tiempo de evolución ya que han observado mayor sintomatología depresiva en pacientes con mayor exposición a la enfermedad 32% en comparación con las que se habían diagnosticado recientemente (<2 años) en 21% así como el hecho de tener paridad satisfecha en donde se encontró que era mayor la depresión en mujeres con paridad insatisfecha. (40) Otra limitación de este estudio fue que se utilizó únicamente el instrumento EORTC QLQ C-30, no se consideró la calidad de vida sexual en la cual en otros estudios se utilizó EORTC QLQ-CX24 (45) considerado en otros estudios ya que la finalidad de este estudio fue medir el estado de ánimo, sin embargo influye en la calidad de vida generalizada. Tampoco se consideró el tratamiento como afección de la calidad de vida, sin embargo, en este estudio todas las pacientes se encontraban con tratamiento médico con quimioterapia, lo cual, por la sintomatología que causa el manejo ya causa disminución de la calidad de vida. Sin embargo, encontramos que hay estudios en donde se observó que las mujeres que se habían sometido a radioterapia tenían peores puntuaciones medidas de funcionamiento físico, somatización, depresión, ansiedad, funcionamiento sexual y síntomas de menopausia. (79) Por lo que esto pudo haber influido de manera directa en la calidad de vida de estas pacientes. Tampoco se consideró el estado marital en este estudio, el cual se consideró en otros estudios en donde han encontrado que hay pobre calidad de vida en las mujeres casadas en comparación con las que son solteras, divorciadas o separadas. (77)

X. CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación se concluye que hay significancia estadística entre el estado de ánimo y la calidad de vida, así como significancia clínica ya que observamos que hay 25 veces mayor posibilidad de presentar mala calidad de vida al estar expuesto al factor (estado de ánimo depresivo) en mujeres con cáncer cervicouterino de la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La calidad de vida de las mujeres que presentan estado de ánimo depresivo se observó con regular a aceptable calidad de vida. Se observó que influye a su vez los aspectos sociodemográficos tales como la edad, escolaridad y ocupación ya que observamos que fue más común en amas de casa con escolaridad menor a preparatoria.

Las mujeres con antecedentes crónico-degenerativos pueden presentar más estado depresivo sin embargo es más factible que estas mujeres hagan más comúnmente sus detecciones y esto ayude al diagnóstico temprano de la enfermedad.

Las pacientes oncológicas suelen presentar descenso del estado anímico secundario a muchas problemáticas que podrían afectar el mismo, entre ellas el tratamiento, la pérdida de la fertilidad, el miedo a presentar recurrencia, la falta de apoyo familiar, alejamiento de su círculo social y el desempleo, aunado a que en el momento en que se realizó este estudio nos encontrábamos en pandemia por COVID 19, lo cual disminuyó la comunicación con amistades y esto por consiguiente puede afectar la calidad de vida de las mujeres. Por lo que se hace énfasis en el manejo multidisciplinario, sobre todo en la atención psicológica y/o psiquiátrica dependiendo el caso.

XI. RECOMENDACIONES

La importancia del manejo del estado de ánimo radica en la mejoría de la calidad de vida, ya que por lo que observamos un estado de ánimo alegre puede mejorar el apego al manejo multidisciplinario.

- Se sugiere el manejo psicológico a las mujeres con este diagnóstico, así como a sus familiares. Por lo que será necesario acudir a terapia grupal e individual, y en algunas ocasiones en caso de cáncer en estadios avanzados acudir inclusive a tanatología para el manejo del duelo.
- Es importante capacitar a la paciente y su familia para el seguimiento de un régimen alimenticio, ejercicio, higiene de sueño, promover la realización de actividades recreativas, para mejorar la calidad de vida.
- Enviar a las pacientes a pláticas informativas para la comprensión de la enfermedad, así como las posibles complicaciones y efectos del tratamiento. Estas deben conformarse por un equipo multidisciplinario (trabajadora social, nutrición, psicólogo y médico capacitado en el tema).
- Es importante enfatizar el envío oportuno, por parte del médico familiar, a segundo nivel de atención (psiquiatría) para darle continuidad al tratamiento.
- Se recomienda la creación de grupos de auto ayuda para pacientes oncológicos, así como continuar con las pláticas informativas de prevención para detecciones oportunas de cáncer cervicouterino.
- Se sugiere el seguimiento de las pacientes por medio de un estudio de cohorte para valorar la causa y efecto al realizar estos cambios.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Joel Bañuelos Flores MIGG. Tratamiento del Cáncer cervicouterino en segundo y tercer nivel de atención. In: Guía de Práctica Clínica [Internet]. 2017. Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-333-09/ER.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Virus del Papiloma Humano [Internet]. Virus del Papiloma Humano. 2017. Available from: who.int/immunization/diseases/hpv/es/
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. Atención Integral del Cáncer Cérvico Uterino. Man Metod Indicadores medicos [Internet]. 2018; Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normatividadInst/manualmetodologico2018.pdf>
4. The Global Cancer Observatory. Globocan. World Health Organization [Internet]. 2020; Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-factsheets.pdf>
5. Cáncer de Cuello Uterino [Internet]. Gobierno de la Ciudad de México. 2015. Available from: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/cancer-de-cuello-uterino>
6. Fundación Carlos Slim. Alarmante la incidencia de Papiloma Humano en México [Internet]. 2019. Available from: <https://www.clikisalud.net/alarmante-la-incidencia-de-papiloma-humano-en-mexico/>
7. Secretaría de Salud. Prevención y detección oportuna del Cáncer cérvico uterino En el primer nivel de atención. CENETEC. 2011;1–34.
8. Dra. Yamilda Montero DRR. Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. MEDISAN, Santiago Cuba [Internet]. 2018;22(5). Available from: scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500010
9. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Cervical Cancer Screening and Prevention. Obstet Gynecol. 2016;127(1).
10. Bariki Mchome, Patricia Swai, Chunsen Wu, Johnson Katanga, Crispin Kahesa, Rachel Manongi, Julius D Mwaeselage, Susanne Kjaer, Vibeke Rasch and DSL author. Comprehensive Cervical Cancer Prevention in Tanzania (CONCEPT) study:

Cohort profile. *BMJ Open*. 2020;

11. Uma Singh, Manju Lata, Verma, Zakia Rahman, Sabuhi Qureshi KS. Factors affecting quality of life of cervical cancer patients: A multivariate. *J Cancer Res Ther* [Internet]. 2019;15(6):1338–44. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7190/9349>
12. Vacunas contra el virus del papiloma Humano [Internet]. Instituto Nacional del Cáncer. 2018. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-vacuna-vph>
13. Cortés J, Bosch X, Concha Á, González A, Martín F O de LR. Spanish Cancer Association: Position statement on prevention of cervical cancer. *Spanish Cancer Assoc*. 2018;61(6):540–4.
14. MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del cáncer del cuello del útero y mamario en la atención primaria, para quedar como NOM014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratami [Internet]. Available from: <https://www.aguascalientes.gob.mx/COESAMED/pdf/ModificacionNOM014SSA21994.pdf>
15. Barboza-Quintan O. Una revisión al sistema Bethesda 2014 para el reporte de citología ginecológica. *Patol Rev Latinoam* [Internet]. 2018;56(4). Available from: http://www.revistapatologia.com/content/250319/2018-4/1-IF-Revisio_n.pdf
16. Organization WH. Bases anatómicas y patológicas de la inspección visual con ácido acético (IVA) y con solución yodoyodurada de Lugol (IVL) [Internet]. Manual práctico para la Detección Visual de las Neoplasias Cervicales. 2021. Available from: <https://screening.iarc.fr/viavilichap1.php?lang=3>
17. Diaz MR. Emociones, Estados de Animo e Inteligencia emocional [Internet]. 2014. Available from: <https://miriamrochadiaz.wordpress.com/2014/05/06/emociones-estados-de-animo-e-inteligencia-emocional/>
18. Thayer RE. The origin of everyday moods: Managing energy, tension and stress. New York, NY: Oxford University Press. 1996.

19. Jesus Sanz. Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de induccion de estado de ánimo, la Escala de Valoración del Estado de Animo (EVEA). *Anal y Modif Conduct.* 2001;27(111).
20. William Coryell. Introducción a los trastornos del estado de ánimo [Internet]. Manual MSD. Available from: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-ánimo/introducción-a-los-trastornos-del-estado-de-ánimo>
21. Schnaas F. Avances en el diagnóstico y tratamiento de la ansiedad y la depresión. *Neurol Neurocir y Psiquiatr.* 2017;45(1):22–5.
22. Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Lavedán A. Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: Factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos.* 2013;24(1):14–7.
23. Association AP. Guía de consulta de los criterios diagnosticos del DSM-5. American Psychiatric Publishing, editor. Washington DC; 2014.
24. Dr. Cordova Castaleda Alejandro. GPC, Diagnostico y traatamiento de los trasntornos de ansiedad en el adulto. CENETEC [Internet]. 2010; Available from: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf
25. Trastornos de ansiedad [Internet]. Mayo Clinic. 2018. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>
26. Lozano Ramirez Dora Isabel, Pacheco Favela Miguel Angel, Carmona Garcia Lilia Susana BRJH. HOSTILIDAD, ENOJO Y AGRESIÓN: DIFERENCIAS FISIOLÓGICAS EN UNA MUESTRA DE MUJERES UNIVERSITARIAS DEL NORTE DE MÉXICO. *Rev Psicol y Ciencias del Comport la Unidad Académica Ciencias Jurídicas y Soc.* 2018;9(1).
27. Efraín J, Salazar E, Rosali Ú, Huansi L, Flores Esteba IE. Felicidad: un estudio comparativo en estudiantes universitarios de Psicología y Administración de una Universidad Privada de Tarapoto. 2015;21–9.

28. Arango MAC. La calidad de vida. Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Aprendizaje, Rev Psicol Soc.* 1993;8(1):101–10.
29. Sandra M, Zoila Inés C MVJ. Ansiedad y depresión en mujeres con y sin infección por Virus del Papiloma Humano (IVPH). *Salud Quintana Roo.* 2017;10(36):13–7.
30. Secretaria de Salud. Diagnostico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto. CENETEC. 2015;1–64.
31. William Coryell. Trastornos depresivos [Internet]. Manual MSD. 2018. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-del-estado-de-ánimo/trastornos-depresivos>
32. L. Garcia Ullan, J.Perez Rodriguez VG de M y SSI. Trastornos Depresivos. *Med - Programa Form Médica Contin Acreditado.* 2007;9(85):5451–60.
33. Luis Guillermo Ruiz Flores, Ricardo Fernando Colín Piana, Irma, Sau-Yen Corlay Noriega, Ma. del Carmen Lara Muñoz HJDT. Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Ment.* 2007;30(2).
34. Kristin Farrants ,Emilie Friberg SS yKristina A. Work Disability Trajectories Among Individuals with a Sick-Leave Spell Due to Depressive Episode \geq 21 Days: A Prospective Cohort Study with 13-Month Follow Up. *J Cancer Res Ther Occup Rehabil Vol.* 2018;28:678–90.
35. Niedzwiedz, C. L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., Pell, J. P., & Smith DJ. Depressive symptoms, neuroticism and participation in breast and cervical cancer screening: cross-sectional and prospective evidence from UK Biobank. *Psychooncology.* 2019:1–8.
36. Y.Jia, F.Li, Y.F.Liu, J.P.Zhao, M.M.Leng LC. Depression and cancer risk: a systematic review and meta-analysis. Elsevier. 2017;149:138–48.
37. Marie R, Katarina S MO. Swedish women’s awareness of human papillomavirus, and health-related quality of life, anxiety, and depression after a notification of an abnormal Pap smear result: a cross-sectional study. *Eur J Cancer Prev.*

2018;00(00).

38. Verónica Pousa, Ana Miguelez MH. Manuel Hernández, Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Rev Colomb Cancerol.* 2015;19(3):166.172.
39. Kjersti Støen Grotmol, Hanne C. Lie, Jon Håvard Loge NA. Patients with advanced cancer and depression report a significantly higher symptom burden than non-depressed patients. *Cambridge Univ.* 2018;17(2):143–9.
40. Nohelia Céspedes CA. Depresión y calidad de vida en mujeres con cáncer de cérvix del Hospital Regional de Encarnación. *Rev Nac.* 2017;9(2).
41. Carrie Printz. Psychological stress is associated with a higher risk of cervical cancer mortality. *Am Cancer Soc.* 2020;126(2):240–1.
42. La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? Foro Mund Salud [Internet]. 1996;17. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1
43. Felipe Poblete-Valderrama, Carlos Matus Castillo, Esteban Díaz Sandoval, Paul Vidal Silva MAG. Depresión, cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *Rev Ciencias la Act Física UCM.* 2015;16(2):71–7.
44. Uma Singh, Manju Lata Verma, Zakia Rahman, Sabuhi Qureshi KS. Factors affecting quality of life of cervical cancer patients: A multivariate. *J Cancer Res Ther.* 2019;15(6):1339.
45. Niresh T, Muna M YX. Impact of cervical cáncer on quality of life of women in Hubei, China. *Sci Rep.* 2018;11993.
46. Larissa Nascimento Dos Santos, Luciana Castañeda, Suzana Sales de Aguiar, Luiz Claudio Santos Thuler, Rosalina Jorge Koifman AB. Health-related Quality of Life in Women with Cervical Cancer. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2019;41(4):242–8.
47. Corradina Ianoco, Jose R. Urdaneta M JEGI. Calidad de vida en supervivientes al cáncer de cuello uterino. *Rev Venez Oncol.* 2017;29(3):219–28.
48. Luz María M, María José M MTU. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Rev Chil Obs Ginecol.* 2006;71(2):129–34.

49. Ana Clara Lopes, Rosário Bacalhau, Martim Santos, Marta Pereira MGP. Contribution of Sociodemographic, Clinical, and Psychological Variables to Quality of Life in Women with Cervical Cancer in the Follow-Up Phase. *Config J Clin Psychol Med*. 202AD;27(3):603–14.
50. Kjersti S.Grotmol, Hanne C.Lie MJH. Depression—A Major Contributor to Poor Quality of Life in Patients With Advanced Cancer. *Elsevier*. 2017;54(6):889–97.
51. Irma Yolanda C, Johanna MZ. Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2015;66(1).
52. Fernando Gordillo Altamirano, María José Fierro Torres, Nelson Cevallos Salas María CCV. La salud mental determina la calidad de vida de los pacientes con dolor neuropático oncológico en Quito, Ecuador. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 2017;46(3):154–60. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745016300713>
53. Pino-sedeño T, Peñate W, Bethencourt M. La escala de valoración del estado de ánimo. 2010;36:19–32.
54. Lee Y, Lim MC KS. Quality of life in women after pelvic exenteration for Gynecological Malignancies: A Multicentric Study. *Int J Gynecol Cancer*. 2018;48(4):1321–9.
55. Mayra B, Abisai M IT. Conocimiento y prácticas de prevención sobre el virus del papiloma humano (VPH) en universitarios de la Sierra Sur, Oaxaca. *An Fac med*. 2015;76(4):369–76.
56. EDAD [Internet]. Real Academia Española. Available from: <https://dle.rae.es/edad>
57. Escolaridad [Internet]. Real Academia Española. Available from: <https://dle.rae.es/escolaridad>
58. Ocupacion [Internet]. EcuRed. Available from: <https://www.ecured.cu/Ocupación>
59. Alberto Lifshitz G. Sobre la Comorbilidad. *ACTA MÉDICA Grup ÁNGELES [Internet]*. 2016;14(2). Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am162a.pdf>

60. Recalde M, Samudio M. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en tratamiento oncológico ambulatorio en el Instituto de Previsión Social en el año 2010 Quality of life in patients with breast cancer undergoing ambulatory oncologic treatment at the Social Security Ins. Mem Inst Investig Cienc Salud [Internet]. 2012;10(2):13–29. Available from: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v10n2/v10n2a03.pdf>
61. Comité Nacional De Bioética. Código de Nuremberg Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. Com Nac Bioet [Internet]. 1947;1. Available from: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL._Cod_Nuremberg.pdf
62. Mundial M. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Gac Med Mex. 2001;137(4):387–90.
63. Comision Nacional para la protección desujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Natl Institutes Heal [Internet]. 2003;12. Available from: <https://www.etsu.edu/irb/Belmont Report in Spanish.pdf>
64. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
65. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos [Internet]. Diario Oficial de la Federación. 2013. Available from: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
66. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Union. Ley federal de protección de datos personales en posesión de las particulares. 2010;1–18. Available from: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>
67. Martha Edith Cancino Marentes, Amelia Gascon Cervantes, Juan Jesus Gongora Maas M de Jesus MA. Consentimiento informado. In: Enseñanza Transversal en Bioética y Bioderecho. 2019.

68. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos, [Internet]. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. 2016. 136 p. Available from: www.paho.org
69. Oscar Galindo Vázquez. Propiedades psicométricas del instrumento de evaluación de Funcionalidad en el Tratamiento para el Cáncer Cervicouterino en pacientes mexicanas. *Psicol y Salud*. 21(3):155–64.
70. Aamod Dhoj Shrestha. Cervical Cancer Prevalence, Incidence and Mortality in Low and Middle Income Countries: A Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(2):319–24.
71. Marc Arbyn, Elisabete Weiderpass, Laia Bruni, Silvia de Sanjosé, Mona Saraiya, Jacques Ferlay FB. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018. *Lancet Glob Heal*. 2020;8(2):191–203.
72. Neha Dahiya, Damodar Bachani, Anita S. Acharya, D. N. Sharma, Subhash Gupta and KPH. Demographic, Reproductive and Clinical Profile of Women Diagnosed with Advanced Cervical Cancer in a Tertiary Care Institute of Delhi. *J Obs Gynaecol India*. 2017;67(1).
73. O. Tapera, corresponding author W. Kadzatsa, A. M. Nyakabau, W. Mavhu, G. Dreyer, B. Stray-Pedersen and HS. Sociodemographic inequities in cervical cancer screening, treatment and care amongst women aged at least 25 years: evidence from surveys in Harare, Zimbabwe. *BMC Public Health*. 2019;19(428).
74. Camila Miranda Saravia. Perfil Epidemiológico del Cáncer Ginecológico Diagnosticado en el Hospital Público Materno Infantil de Salta en un Período de 6 años. *Rev FASGO* [Internet]. 2019; Available from: http://www.fasgo.org.ar/images/RF_2019_N1_Mejor_Trabajo_Libre_presentado_por_Medicos_Residentes.pdf
75. Ing-Luen Shyu, Li-Yu Hu, Yi-Jen Chen, Peng-Hui Wang and B-SH. Risk factors for developing depression in women with cervical cancer: a nationwide population-based study in Taiwan. *Int J Womens Heal*. 2019;11:135–41.

76. Abbey Diaz JK, Moore SP, Baade P, Langbecker D, Condon JR, Patricia C. Valery. Association between comorbidity and participation in breast and cervical cancer screening: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol Int J Cancer Epidemiol Detect Prev.* 2017;47:7–19.
77. Gaurav Jyani, Chauhan AS, Rai B, Ghoshal S, Srinivasan R, Prinja S. Health-related quality of life among cervical cancer patients in India. *Int J Gynecol Cancer.* 2020;0(1).
78. D A Savitz, K W Andrews LAB. Occupation and cervical cancer. *J Occup Env Med.* 1995;37(3):357–61.
79. Krista S. Pfaendler. Cervical cancer survivorship: Long-term quality of life and social support. *Clin Ther Author Manuscr.* 2015;37(1):39–48.

XIII. ANEXOS

Anexo 1. Dictamen Sirelsis



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1408.
U MED FAMILIAR NUM 64

Registro COFEPRIS 17 CI 15 104 043

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 15 CEI 003 2018041

FECHA Lunes, 31 de agosto de 2020

M.E. FRANCISCO VARGAS HERNANDEZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACIÓN DEL ESTADO DE ANIMO Y LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON CANCER CERVICOUTERINO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 64** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, 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 P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2020-1408-012

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

MARIA ISABEL RAMIREZ MURILLO

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1408

Anexo 2. Consentimiento Informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**Carta de consentimiento informado para participación
en protocolos de investigación (adultos)**

Nombre del estudio:	Asociación del estado de ánimo con la calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino de la unidad de medicina familiar no. 64 en periodo de septiembre del 2020 a diciembre del 2021.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Tlalnepantla de Baz, Estado de México, a __septiembre 2020 a __ diciembre 2020
Número de registro institucional:	R-2020-1408-012
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Se ha demostrado que hay alteración del estado de ánimo en pacientes con Cáncer de Útero.</p> <p>En México hay anualmente 68,000 casos nuevos de Cáncer de Útero. Es importante la realización de este estudio ya que al prevenir alteraciones en el estado de ánimo en las mujeres con Cáncer de Útero se logrará influir en la evolución de la enfermedad.</p> <p>Se realiza la cordial invitación a participar en este proyecto de investigación en donde se estudiará la asociación de la presencia de síntomas de tristeza, alegría, ansiedad o enojo con mal estado general de salud en mujeres que cuenten con diagnóstico de Cancer de Útero.</p>
Procedimientos:	En caso de aceptar la participación en este estudio, tendrá que firmar un consentimiento informado, el cual, en caso de aceptar participar en este estudio, se autorizara mediante su nombre y firma para la realización de dos cuestionarios: 1. Cuestionario para medir estado general de salud (EORTC QLQ C-30) el cual consta de 30 preguntas, y síntomas de tristeza valorada por medio de la Escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) que se comprende por 16 preguntas en

relación a algunos síntomas que se llegan a presentar en relación a tristeza, alegría, ansiedad o enojo. También se harán preguntas generales en relación con edad, estado civil, escolaridad, ocupación u otras enfermedades y tendrá duración de 20 minutos aproximadamente.

Posibles riesgos y molestias:

Es un estudio con riesgo mínimo dado a que se realizaran cuestionarios, los cuales pueden ocasionar incomodidad al contestar algunas preguntas en relación con tristeza. Si llegara a presentarlo y si usted lo desea podrá retirarse del estudio sin repercusión alguna.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Se brindará un tríptico el cual contará con información de la afectación que hay en la calidad de vida de las mujeres que tengan Cáncer de Útero y alteración en el estado del ánimo. En caso de presentar alteración en el estudio se canalizará de con su médico familiar para envío al servicio de psiquiatría y en caso de no contar con el servicio por la contingencia se realizarán platicas acerca del manejo de duelo y Cáncer de Útero.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Usted tendrá disponibilidad a los resultados que obtenga en los cuestionarios realizados. Si se encuentra alteración en el estudio, se orientará de acuerdo con el manejo médico y medidas en el primer nivel de atención, así como su seguimiento por medio de referencia oportuna.

Participación o retiro:

Si en algún momento del estudio usted decide retirarse del estudio podrá realizarlo en el momento que desee, no se obligara a continuar en el estudio, sin que esto afecte la forma en que lo tratan en la unidad médica familiar del IMSS

Privacidad y confidencialidad:

La información que será totalmente privada y de uso exclusivo para el investigador y se registrará por medio de numero de seguridad social, no se divulgará la información obtenida ni los resultados.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

No acepto participar en el estudio.

Si acepto participar en el estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigadora o Investigador Responsable:

E. EN. M. F. Francisco Vargas Hernández 98155643,
dr.francisco_vargas@hotmail.com

Colaboradores:

M. C. Elena Velazquez Bracamontes 96152401,
eleniuxvbracamontes@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx

M. C. Elena Velazquez Bracamontes

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Anexo 3. Cédula de identificación

Favor de contestar el siguiente cuestionario, el cual corresponde a preguntas generales sobre su situación actual, constara de varios incisos de los cuales debera marcar con X la respuesta que valla mas acorde a su estado actual.

- | | |
|---|---|
| <p>1. Edad:</p> <ul style="list-style-type: none">a) 25 a 30b) 31 a 35c) 36 a 40d) 41 a 45e) 46 a 50 | <p>3. Ocupación:</p> <ul style="list-style-type: none">f) Ama de casag) Desempleadoh) Estudiantei) Invalidezj) Jubilado |
| <p>2. Escolaridad:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Primariab) Secundariac) Bachilleratod) Licenciaturae) Sin instrucción | <p>4. Comorbilidades:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Diabetesb) Hipertensiónc) Fracturasd) Cardiopatíase) Ninguna |

Anexo 4. Cuestionario de la EORTC QLQ C-30

Por favor, rodee con un círculo la respuesta elegida

	No	Si
4. ¿Tiene dificultades para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar la bolsa de la compra o una maleta?	1	2
5. ¿Tiene dificultades para dar un paseo largo?	1	2
6. ¿Tiene dificultades para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2
7. ¿Tiene dificultades en cama o sentado la mayor parte del día?	1	2
8. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño?	1	2
9. ¿Tiene problemas para hacer su trabajo o las tareas de casa?	1	2
10. ¿Es totalmente incapaz de hacer su trabajo o las tareas de casa?	1	2

Durante la semana pasada	Nada	Un poco	Bastante	Mucho
11. ¿Ha tenido asfixia?	1	2	3	4
12. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
13. ¿Ha necesitado parar para descansar?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido problemas para dormir?	1	2	3	4
15. ¿Se ha sentido debil?	1	2	3	4
16. ¿Le ha faltado apetito?	1	2	3	4
17. ¿Ha tenido nauseas?	1	2	3	4
18. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
19. ¿Ha estado estriñido/a?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
21. ¿Ha estado cansado/a?	1	2	3	4
22. ¿Le molesto el dolor para hacer sus actividades diarias?	1	2	3	4
23. ¿Ha tenido problemas para concentrarse en leer el periodico o ver la TV?	1	2	3	4
24. ¿Se sintio nervioso/a?	1	2	3	4
25. ¿Se sintio preocupado/a?	1	2	3	4
26. ¿Se sintio irritable?	1	2	3	4
27. ¿Se sintio deprimido?	1	2	3	4
28. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas?	1	2	3	4
29. ¿Ha influido su estado fisico o el tratamiento en su vida familiar?	1	2	3	4
30. ¿Ha influido su estado fisico o el tratamiento en su vida social?	1	2	3	4
31. ¿Ha tenido problemas economicos por su estado fisico o el tratamiento?	1	2	3	4

Por favor, rodee con un circulo el numero del 1 al 7 que mejor se aplique a Ud.

	Pesima				Excelente		
32. ¿Cómo valoraria su condicion fisica general durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7
33. ¿Cómo valoraria su calidad de vida general durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 5. Escala de Valoración del Estado de Ánimo

34. Me siento nervioso	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
35. Me siento irritado	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
36. Me siento alegre	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
37. Me siento melancólico	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
38. Me siento tenso	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
39. Me siento optimista	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
40. Me siento alicaído	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
41. Me siento enojado	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
42. Me siento ansioso	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
43. Me siento apagado	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
44. Me siento molesto	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
45. Me siento jovial	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
46. Me siento intranquilo	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
47. Me siento enfadado	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
48. Me siento contento	Poco	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho

Anexo 6. Triptico



CANCER CERVICOUTERINO

4to lugar en canceres en el mundo.

Aproximadamente 266,000 muertes y 528,000 nuevos casos al año.

99% A causa de Virus del Papiloma Humano.

Unidad de
Medicina
Familiar No. 64



**Instituto Mexicano del
Seguro Social**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 64

Elaborado por:
Dra. Velazquez Bracamontes Elena
Residente de segundo año de medicina familiar

eleniuxvbracamontes@hotmail.com

Estado de Animo
y Calidad de vida
en:

**Mujeres con
Cáncer
Cervicouterino**



FACTORES DE RIESGO:

Inicio de vida sexual temprana
Multiparidad
Inmunodepresión
Promiscuidad
Número de parejas sexuales
Enfermedades de transmisión sexual



ESTADO DEL ÁNIMO

Se refiere a la presencia de los diferentes estados de ánimo:

Alegria

Ansiedad

Depresión

Hostilidad



Las mujeres con Cáncer cervicouterino se encuentran generalmente preocupadas por:

Apoyo social Estrés Bienestar familiar
Vida sexual Vida de pareja
Síntomas físicos asociados al tratamiento

Puede causar afección emocional.



COMO AFECTA LA CALIDAD DE VIDA:

La presencia o persistencia de algún estado de ánimo puede ocasionar mala calidad.

Y su manejo debe realizarse con psicoterapia, en algunos casos requiriendo inclusive manejo medico, y en casos graves puede requerir de hospitalización por periodos prolongados.



8 PASOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

1. Elimina el exceso alimenticio.
2. Actividad sexual con protección.
3. Apaga el televisor.
4. Evita exponerte demasiado al sol.
5. Expande tu círculo social.
6. Bebe con moderación.
7. Come mejor.
8. Mejora tu actividad física.



Anexo 7. Costos financieros y económicos

Material	Cantidad	Costo aproximado
Laptop	1	\$6,000
Impresora	1	\$3,000
Cartuchos de impresora	1	\$1,000
Hojas blancas	1000	\$500
Plumas	30	\$300
Engrapadora	2	\$30
Grapas (cajas)	3	\$90
Total	1038	\$10,920