



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLAS DE HIDALGO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
“DR IGNACIO CHAVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80**

DEPRESION Y ANSIEDAD EN MUJERES MASTECTOMIZADAS DE LA UMF No 80

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MARICELA CORONEL SANTOS

DIRECTOR DE TESIS: DRA PAULA CHACÓN VALLADARES
MEDICO ESPECIALISTA MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR
Adscripción a Unidad de Medicina Familiar no 80, Morelia, Michoacán

CO ASESOR DE TESIS: M.E.M. RAFAEL VILLA BARAJAS
MAESTRO EN EDUCACION EN UMSNH

CO- ASESOR ESTADISTICO: MAT CARLOS GOMEZ ALONSO
ANALISTA COORDINADOR “A”
Adscripción a Centro de investigación biomédica de Michoacán (CIBIMI)

MORELIA, MICHOACÁN. MÉXICO. FEBRERO DE 2017



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 80**

Dr. Juan Gabriel Paredes Saralegui

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional

Dr. Cleto Álvarez Aguilar

Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Médico de Educación en Salud

Dr. Sergio Martínez Jiménez

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud

Dra. Paula Chacón Valladares

Profesora Titular de la Residencia de Medicina Familiar

Dr. Jorge Lenin Pérez Molina

Profesor Adjunto de la Residencia de Medicina Familiar



**UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

Dr. Daniel Feliciano Zapala Martínez

Jefe de la división de Posgrado

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez".

Dr. Alain Raimundo Rodríguez Orozco

Coordinador de la Especialidad de Medicina Familiar

Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez".

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Delegación Regional de Michoacán por la oportunidad que me brindo al dejarme realizar mis estudios de posgrado, ya que sin ella no hubiese cumplido este sueño.

A la Unidad de Medicina Familiar No. 80 por también ser parte de mi formación, por compartir sus instalaciones, conocimientos y por brindarme apoyo necesario durante este tiempo.

A la Dra. Paula Chacón Valladares, profesora titular de la residencia de Medicina Familiar por la confianza que me brindo al apoyarme en la realización de este proyecto, así como hacerme ver con paciencia y calidez el lado interesante de la investigación.

Al Dr. Rafael Villa Barajas por su participación en la realización como Co asesor del proyecto de investigación y por su valiosa cooperación en todo momento.

Matemático Carlos Gómez Alonso por compartir ese conocimiento en el área de la investigación estadística, el cual me facilitó de una manera muy sencilla el análisis estadístico del proyecto, ya que sin su ayuda no hubiese sido posible esa parte tan importante como lo es el área estadística de la investigación, además de su amistad brindada en este tiempo.

A mis compañeros y amigos por su amistad que me brindaron durante este tiempo, por compartir alegrías, tristezas, por hacer un buen equipo de trabajo, y por estar presente en momentos difíciles y bonitos de la residencia.

DEDICATORIA

Mi proyecto de investigación lo dedico en especial, a dos seres maravillosos, los cuales me han brindado su apoyo incondicional en todo momento, su amor, su paciencia y comprensión, en primer lugar, mi hija Sofía Toledo Coronel, quién; apenas siendo una niña me tuvo una paciencia enorme al ausentarme de su lado en varios momentos.

A mi hermana Claudia Coronel Santos por su comprensión, apoyo y sostén en este paso tan importante de mi vida, ella sin lugar a duda, fue pieza clave en la realización de este proyecto.

A mis Padres, Lucia Santos Monreal y Jesús Coronel García por su apoyo incondicional desde el inicio de esta meta, por demostrarme amor y enseñarme el camino de la vida.

A mis hermanos, gracias por todo lo que representan, apoyo, entusiasmo y energía en todo momento.

A mis amigos de la residencia, a los ya conocidos anteriormente como es el caso de Viviana Carmelina Puente González, además de otros amigos que encontré en el camino, Gracias a mi amiga Yiselín Viridiana Álvarez Huante, Maricruz García Gutiérrez, Elisa Paulina Sáenz Garibay, sin ellas no hubiera sido igual la residencia que a pesar de ser en muchas ocasiones difícil, todos ellos la hicieron más amena.

ÍNDICE

I.- RESUMEN.....	1
II.- ABSTRAC.....	2
III.-ABREVIATURAS.....	3
IV.- GLOSARIO.....	4
V.-RELACION DE FIGURAS Y TABLAS.....	5
VI.- INTRODUCCIÓN.....	6
VII.- MARCO TEORICO.....	7
VIII.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
IX.- JUSTIFICACIÓN.....	23
X.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	25
XI.- MATERIALES Y MÉTODOS.....	26
a) Diseño de estudio.....	26
b) Población de estudio.....	26
c) Tamaño de la muestra.....	26
d) Criterios de selección.....	28
e) Descripción de variables.....	29
f) Cuadro de operalización de variables.....	30
g) Descripción operativa del trabajo.....	35
h) Análisis estadístico.....	36
i) Consideraciones éticas.....	37
XII.- RESULTADOS.....	38
XIII.-DISCUSIÓN.....	49

XIV.-CONCLUSIONES.....	52
XV.- PERSPECTIVA.....	53
XVI.- RECOMENDACIONES.....	54
XVII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	56
XVIII.-ANEXOS.....	62

RESUMEN

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES MASTECTOMIZADAS DE LA UMF N. 80

Coronel S. M UMF 80, Chacón V.P UMF 80, Villa B. R Coordinador de Enseñanza Estatal, Gómez A. C Matemático CIBIMI.

INTRODUCCION. El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer, especialmente en los países occidentales. Existe un incremento progresivo en su incidencia en los últimos años, siendo este aumento más significativo entre las mujeres de menos de 40 años. La presencia de ansiedad y depresión se presenta al doble, aún más en los pacientes con Ca de mama en comparación con otras patologías. **OBJETIVO.** Identificar la presencia de ansiedad y depresión en mujeres mastectomizadas de la UMF 80. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se estudió a 40 mujeres con Ca de mama de la unidad de medicina familiar No. 80, que hayan sido sometidas a tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos por un periodo de 5 años de 2009 a 2014. Se aplicó la escala de Beck y Hamilton de ansiedad y depresión. **RESULTADOS.** La edad de la población en estudio fue de 50-54 años de edad (27.5%), con una media de 56.8 años en mujeres mastectomizadas. Existe ansiedad ligera (48%) y depresión moderada (27.6%) en las mujeres mastectomizadas. En estadio III se detectó con mayor frecuencia las pacientes con Ca de mama, en etapa de climaterio en su mayoría, hubo relación de ansiedad y depresión con los diferentes tratamientos de quimioterapia, radioterapia, mastectomía y monoterapia en el 45% de la población en estudio, el método de planificación familiar más utilizado fue la OTB. Se presentó ansiedad somática y psíquica en un 76% de los casos. Hubo relación en cuanto al estrado civil, método de planificación familiar y escolaridad en las mujeres mastectomizadas. Siendo más frecuente en nivel primario, mujeres casadas y nivel socioeconómico medio alto **CONCLUSION.** Existe ansiedad ligera y depresión moderada, en mujeres mastectomizadas de la UMF No. 80. **PALABRAS CLAVES: CANCER DE MAMA, ANSIEDAD, DEPRESIÓN, MASTECTOMÍA, TRATAMIENTO.**

ABSTRACT

DEPRESSION AND ANXIETY IN WOMENS WHIN MASTECTOMIES

Coronel S. M UMF 80, Chacón V. P UMF 80, Villa B. R Coordinador de Enseñanza Estatal, Gómez A.C Matemático CIBIMI.

INTRODUCTION. Breast cancer is the most common malignant tumor in women, especially in Western countries. There is a progressive increase in its incidence in the last years, being this increase more significant among the women of less than 40 years. The presence of anxiety and depression occurs twice, even more in patients with breast cancer compared to other pathologies. **OBJECTIVE.** To identify the presence of anxiety and depression in mastectomized women of UMF 80. **MATERIAL AND METHODS:** Observational, descriptive, cross-sectional, retrospective study. We studied 40 women with breast cancer from the family medicine unit No. 80, who underwent surgical and non-surgical treatments for a period of 5 years from 2009 to 2014. The Beck and Hamilton anxiety scale and depression. **RESULTS.** The age of the study population was 50-54 years old (27.5%), with a mean of 56.8 years in mastectomized women. There is slight anxiety (48%) and moderate depression (27.6%) in mastectomized women. In stage III, patients with breast cancer were more frequently detected. In the majority of cases, there was an anxiety and depression relationship with the different chemotherapy, radiotherapy, mastectomy and monotherapy treatments in 45% of the study population, the most commonly used method of family planning was OTB. Somatic and psychic anxiety was present in 76% of the cases. There was a relation regarding the civilian stage, method of family planning and schooling in mastectomized women. Being more frequent in primary level, married women and high middle socioeconomic level. **CONCLUSION.** There is anxiety sligth and depression moderate in mastectomized women of FMU No. 80. **KEY WORDS: BREAST CANCER, ANXIETY, DEPRESSION, MASTECTOMY**

ABREVIATURAS

CA: Cáncer

Ht. Hormonoterapia

PAAF. Punción Aspiración con Aguja Fina

Rt. Radioterapia

RM. Resonancia Magnética

SERM. Moduladores Selectivos del Receptor de estrógeno

UMF: Unidad de Medicina Familiar

QX. Quimioterapia

GLOSARIO

ANSIEDAD. - Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.

CANCER. - Tumor maligno, duro o ulceroso, que tiende a invadir y destruir los tejidos orgánicos circundantes.

CANCER DE MAMA. - El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva.

CUESTIONARIO DE BECK. - Cuestionario para determinar la presencia de depresión.

CUESTIONARIO DE HAMILTON. - Cuestionario para determinar la presencia de ansiedad.

DEPRESIÓN. - Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

MASTECTOMÍA. - Operación quirúrgica que consiste en la extirpación de la glándula mamaria o de una parte de ella.

QUIMIOTERAPIA. - Tratamiento médico de algunas enfermedades que consiste en la aplicación de sustancias químicas al organismo. La quimioterapia se emplea como tratamiento contra el cáncer.

RADIOTERAPIA. - Tratamiento médico de algunas enfermedades que consiste en la utilización y la aplicación de todo tipo de rayos, especialmente los rayos X.

RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS.

Tabla I. Características generales de la población en estudio	38
Tabla II Población de estudio por rangos de edad	39
Figura 1. Estadio de cáncer de mama en pacientes de la UMF 80	40
Figura 2. Etapa reproductiva de las pacientes con cáncer de mama	41
Tabla III. Grados de ansiedad y depresión de las pacientes con cáncer de mama y su relación con el tratamiento administrado	42
Figura 3. Método de planificación familiar de las pacientes con cáncer de mama	43
Tabla IV. Depresión en pacientes mastectomizadas en UMF 80	44
Tabla V. Ansiedad en pacientes mastectomizadas de la UMF 80	44
Figura 4. Ansiedad psíquica y somática en pacientes mastectomizadas	45
Tabla VI. Relación de ansiedad en mastectomizadas y su estado civil	46
Tabla VII. Relación de ansiedad en mastectomizadas y su escolaridad	46
Tabla VIII. Relación de ansiedad en mastectomizadas y su nivel socioeconómico	47
Tabla IX. Relación de depresión en mastectomizadas y su estado civil	47
Tabla X. Relación de depresión en mastectomizadas y su escolaridad	48
Tabla XI. Relación de depresión mastectomizadas y su nivel socioeconómico	48

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es un gran problema de salud, el cual ha ido en aumento sobre todo en América Latina y el Caribe, según Agency for Research in Cáncer (IARC), en el mundo durante 2002, el cáncer de mama representó el 22.8% de todos los cánceres en las mujeres, con respecto a los países desarrollados, este ha ido en aumento con respecto a otros cánceres, en países en vías de desarrollo.

En cuanto a la descripción de la enfermedad como tal, el cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células que componen este tejido, el cual está conformado por una serie de glándulas mamarias, que producen leche tras el parto, y a las que se les denomina lóbulos y lobulillos

El cáncer sigue siendo considerado como la enfermedad incurable por excelencia, por tanto, es una enfermedad socialmente marcada por el miedo, debido a la pérdida de control y a la mortalidad que en ocasiones con lleva. El diagnóstico de cáncer tiene un impacto emocional profundo en el individuo que lo padece. El grado de preocupación y malestar que el cáncer causa en el paciente dependerá no sólo de los síntomas físicos, sino también del significado personal del cáncer en cada persona, y del estilo de la personalidad del paciente antes del conocimiento del problema. Algunos estudios indican que tras la mastectomía muchas mujeres presentan algún grado de incapacidad frente a la función social y emocional. Se dan las condiciones para que se produzcan múltiples problemas clínicos, como pueden ser la Tristeza/Depresión, Temor/Ansiedad, Ira/Hostilidad.

En el cáncer de mama la intervención quirúrgica representa un estresor vital para el paciente, ya q se ve afectado en muchos aspectos, para el paciente implica amenaza a su salud ya que los riesgos son severos y multifactoriales, incluyen muerte, dolor, desfiguración, pérdida de funcionalidad, pérdida económica, pérdida de roles sociales, incertidumbre sobre el tiempo, amenaza de recurrencia e incertidumbre.

Dada la determinación multifactorial y diversos factores como estadio de la enfermedad, tiempo de sobrevida y varios tratamientos aplicados, así como la personalidad, los recursos individuales y sociales que interactúan para el afrontamiento de la enfermedad, marca la calidad de vida de estos pacientes.

MARCO TEORICO

Cáncer de mama

El cáncer de mama es el tumor maligno más frecuente en la mujer, especialmente en los países occidentales, representando en el año 2012 el 25% de los tumores que se diagnostican en mujeres. Hasta este año fue la primera causa de muerte por tumores en mujeres en el mundo, este aumento más significativo entre las mujeres de menos de 40 años.¹

Aproximadamente, una de cada ocho mujeres será diagnosticada de cáncer de mama a lo largo de su vida y una de cada 30 morirá por esta causa. Los hallazgos de los ensayos clínicos clásicos permiten afirmar que la mamografía en mujeres entre 50 y 69 años puede reducir la mortalidad en un 20 y un 30%. El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células que componen este tejido, el cual está conformado por una serie de glándulas mamarias, que producen leche tras el parto, y a las que se les denomina lóbulos y lobulillos.²

Las glándulas (o lóbulos) y los conductos mamarios están inmersos en el tejido adiposo y en el tejido conjuntivo que, junto con el tejido linfático, forman el seno. A modo de muro de contención, actúa el músculo pectoral que se encuentra entre las costillas y la mama. El sistema linfático está formado por recipientes y vasos o conductos que contienen y conducen la linfa, un líquido incoloro formado por glóbulos blancos, en su mayoría linfocitos. Estas células reconocen cualquier sustancia extraña al organismo y liberan otras sustancias que destruyen al agente agresor.³

Son múltiples los factores de riesgo, siendo muy importante el factor genético en aquellas pacientes con el antecedente familiar de carcinoma de mama, sobre todo en etapas anteriores a la menopausia. Dos genes, BRCA1 y BRCA2, parecen ser los responsables de más de la mitad de los cánceres de mama hereditarios. Así pues, los oncogenes son vitales en las células pues son los encargados de codificar proteínas para controlar la proliferación

celular y la apoptosis, y son sensibles a mutaciones, translocaciones o amplificaciones que lleven a su sobre activación. Los productos de su activación pueden ser varios, entre ellos factores de crecimiento, de transcripción y receptores de factores de crecimiento. HER2 es un oncogén y su sobreexpresión se asocia con nodos positivos, alto grado histológico, alta tasa de proliferación y la falta de expresión de los receptores de estrógeno y progesterona, lo cual está asociado con un fenotipo más agresivo con disminución de la tasa de supervivencia. HER2 hace posible establecer pronóstico, supervivencia libre de enfermedad y predecir la respuesta al tratamiento Anti-HER2. ⁴ El resto de factores de riesgo son más discutibles: las dietas ricas en grasas, el primer embarazo tardío, la no lactancia, la nuliparidad, los antecedentes personales de cáncer, sobre todo de endometrio, la hormonoterapia sustitutiva o con anticonceptivos hormonales, la exposición a radiaciones, la inmunodepresión, etc.^{5,6}

El diagnóstico se basa en los siguientes aspectos: 1.-Autoexploración: no ha demostrado utilidad en la disminución de la mortalidad; por tanto, no es útil en el diagnóstico precoz de este tipo de cáncer. 2.- Exploración clínica: es muy importante. Hay que palpar la mama y las áreas linfáticas. Son signos sospechosos de malignidad: un nódulo duro, fijo y de contorno irregular, la retracción de la piel o del pezón, la secreción sanguinolenta y unilateral y la presencia de adenopatías duras, fijas y homolaterales. 3.- Mamografía: actualmente es el método imprescindible en el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Se consideran signos mamográficos de posible malignidad los siguientes:

1.- Microcalcificaciones agrupadas anárquicamente en número igual o superior a cinco, no diseminadas, lineales o ramificadas, de distribución segmentaria y de tamaño simétrico. Las microcalcificaciones son el signo sospechoso de malignidad que aparece más precozmente en la mamografía.

2.- Presencia de un nódulo denso, espiculado, de bordes imprecisos, con retracción de la piel o con edema cutáneo. Este edema es debido al bloqueo de los ganglios linfáticos subdérmicos por las células cancerosas; a veces este hallazgo es observado más precozmente que la exploración clínica, cuya manifestación es la típica piel de naranja perdida de la arquitectura y de estructuración del tejido mamario.

a) Densidades focales asimétricas. ^{7,8,9}

b) La Resonancia Magnética (RM) detecta cánceres ocultos hasta en 6% de las pacientes ¹⁰

La indicación de cuándo debe realizarse una mamografía es polémica.

En general, se ha de efectuar: En mujeres con familiares de primer grado con cáncer de mama, se practicará una mamografía anual, comenzando al menos dos años antes de la edad de diagnóstico o a los 40 años, en las mujeres sin estos antecedentes entre los 35-40 años se aconseja realizar una mamografía de referencia y a partir de los 40 años: exploración clínica anual y una mamografía cada uno o dos años. A partir de los 50 años, se debe efectuar un estudio completo cada dos años, hasta los 70 años, no hay datos concluyentes sobre la utilidad del screening a partir de los 70 años. ¹¹

La evaluación de las mamografías, así como el seguimiento a realizar, se basa en el sistema internacional BIRADS que clasifica los hallazgos en siete grupos:

BIRADS 0: estudio de imagen incompleto; se necesitan otras pruebas de imagen.

BIRADS 1: mamografía negativa. La paciente puede continuar el programa de cribado con normalidad.

BIRADS 2: mamografía con hallazgos compatibles con lesiones benignas. La paciente puede seguir el programa de cribado con normalidad.

BIRADS 3: mamografía con hallazgos probablemente benignos, pero para confirmarlo es preciso hacer nueva mamografía en seis meses.

BIRADS 4: mamografía con hallazgos probablemente malignos por lo que es necesaria la realización de biopsia diagnóstica.

BIRADS 5: mamografía con hallazgos altamente sospechosos de malignidad y, por ello, también es precisa la biopsia para confirmar el diagnóstico.

BIRADS 6: diagnóstico firme de cáncer de mama mediante la biopsia de tejido mamario ¹²

. **Ecografía:** es un método diagnóstico complementario a la mamografía, que en ningún momento sustituye a la misma en el cribado de cáncer de mama, aunque resulta útil sobre todo para diferenciar entre una lesión sólida y una quística. También permite guiar la

punción de lesiones tanto para estudio citológico como histológico y realizar el estudio axilar para descartar posibles adenopatías.

Resulta imprescindible en el estudio de mamas densas, siendo la prueba fundamental para el mismo en mujeres jóvenes, en las que la mamografía pierde eficacia.¹³

- **Resonancia:** su indicación fundamental es la detección de multifocalidad, de recidivas en cicatriz y de carcinoma oculto.¹⁰

- **Punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF):** ante toda sospecha de patología mamaria, se debe practicar una PAAF con estudio citológico del material obtenido. Es una prueba económica, con pocas complicaciones y gran valor diagnóstico; tiene una sensibilidad del 91 % y una especificidad del 96 %.¹⁴

- **Biopsia:** esta prueba proporciona el diagnóstico definitivo. Debe realizarse a toda mujer con sospecha de cáncer de mama. Es posible llevarla a cabo de manera ambulatoria con anestesia local o en quirófano bajo anestesia general, enviando parte del tumor para estudio anatomopatológico. En el caso de tumores visibles por mamografía, pero no palpables, se puede practicar la biopsia tras mareaje de la zona con control radiológico y posponer la cirugía hasta obtener el resultado histológico, teniendo cuidado de referenciar bien los bordes. Es lo que se llama "biopsia diferida"¹⁵

TIPOS HISTOLÓGICOS.

La OMS clasifica el cáncer de mama según su lugar de origen (ductales o lobulillares), según su carácter (in situ o invasivo) y por su patrón estructural.

No invasores:

- Carcinoma intraductal o Carcinoma Ductal In Situ (CDIS): representa el 80 % de los casos de carcinomas in situ. Se trata de una proliferación celular de aspecto maligno dentro de la unidad ducto-lobulillar que no ha atravesado la membrana basal y, por tanto, no invade el estroma circundante. El 60 % de los carcinomas infiltrantes tienen asociado componente in situ. La edad media de aparición es de 49 años. La forma de presentación

más habitual (75-85%) es asintomática, identificándose en las mamografías, aunque también pueden debutar como tumor palpable, secreción y/o enfermedad de Paget. El objetivo del tratamiento quirúrgico es obtener un control local óptimo para prevenir las recidivas ya que la mitad de las mismas adoptan un patrón infiltrante y la otra mitad son nuevamente carcinoma in situ. La elección entre cirugía conservadora o mastectomía se realizará en función de las características clínicas e histológicas y para ello es preciso basarse en el índice pronóstico de Van Nuys modificado. No es necesaria la linfadenectomía axilar. El empleo de la biopsia selectiva del ganglio centinela tampoco está indicado de manera sistemática y se reserva únicamente para casos seleccionados de tumores de gran tamaño y con alto grado nuclear por ser más probable que contengan focos de microinvasión o que vayan a ser sometidos a mastectomía.

- Carcinoma Lobulillar In Situ (CLIS): es multicéntrico en un 60- 90 % de los casos y tiende a ser bilateral no simultáneo (35-60% frente al 10-20% en el ductal). No es una lesión palpable ni da síntomas, es un proceso silente. Toda paciente diagnosticada de CLIS tiene un 20 - 35 % de posibilidades de padecer un cáncer invasivo en el seguimiento a 20 años (este riesgo es similar para ambas mamas; en el ductal, queda limitado a la mama que presenta la lesión). En el tratamiento es posible realizar mastectomía unilateral o bilateral, con o sin reconstrucción inmediata.

Invasores:

-Ca. canalicular invasor o ductal infiltrante: (es el más frecuente, representando el 70-80% de los casos)

-Los otros tipos son: Ca. canalicular invasor con predominio del componente intraductal, Ca. lobulillar invasor, Ca. mucinoso, Ca. Medular, Ca. papilar, Ca. tubular, Ca. adenoquístico, Ca. Secretor (juvenil), Ca. apocrino, Ca. con metaplasia (tipo escamoso, tipo fisocelular, tipo cartilaginoso y óseo). El cáncer de mama en el instituto nacional de cancerología el 70% de las mujeres se presentó en etapas tardías; menos del 2% con carcinoma in situ; el 80% correspondió a carcinoma canalicular, seguido de lobulillar.^{16,17,}

18.

CLASIFICACIÓN SEGÚN EL GRADO HISTOLÓGICO

El grado histológico de cada tumor es un factor importante para determinar el pronóstico.

- Grado I: bien diferenciado.
- Grado II: moderadamente diferenciado.
- Grado III: mal diferenciado.¹⁹

CLÍNICA

Según la historia natural del cáncer de mama existe un periodo prepatogénico donde se investiga los factores de riesgo de la enfermedad, un periodo subclínico donde solo existen cambios histopatológicos y periodo patológico propiamente donde si existen síntomas de la enfermedad. El inicio suele ser asintomático. La localización más frecuente es en cuadrantes supero externos. En más del 80 %, la primera manifestación clínica es la presencia de un tumor o induración. Un 15-20% acuden por presentar alteraciones en el complejo areola-pezones (eccema, secreción o retracción). En etapas más avanzadas, puede originar retracción, ulceración y edema cutáneo en "piel de naranja". Estas pacientes son cada vez menos frecuentes y son reflejo de procesos muy avanzados.²⁰

FACTORES DE MAL PRONÓSTICO SON LOS SIGUIENTES:

- Número de ganglios afectados: es el más importante como elemento pronóstico.
- Tamaño tumoral mayor de 2 cm.
- Grado histológico G2 (moderadamente diferenciado) o G3 (poco diferenciado).
- Actividad aumentada del angiogénesis.
- Componente intraductal extenso (alto riesgo de recidiva local en cirugía conservadora)

Márgenes quirúrgicos escasos o afectos.

Receptores estrogénicos negativos: la presencia de receptores estrogénicos predice buena respuesta a la terapia hormonal, por lo que su ausencia es signo de mal pronóstico.

- Alteración del oncogén C-erbB2 y del gen supresor tumoral p-53.

- . Gestación.
- Cáncer inflamatorio.
- Comedocarcinoma.
- Cáncer fijo a pectoral y/o a costilla.
- Infiltración cutánea.
- Multicentricidad.²¹

TRATAMIENTO

El tratamiento del cáncer de mama es un tema complejo y en continua revisión, hay que tener en cuenta que se considera una enfermedad sistémica desde el principio (con manejo multidisciplinario), por lo que se añadirá una terapia sistémica adyuvante a la cirugía, en muchos casos.

Tratamiento quirúrgico. En los tumores menores de 3 cm se aconseja realizar cirugía conservadora asociada a radioterapia ya que tiene la misma supervivencia que la mastectomía, si bien presenta una mayor tasa de recidivas locales. Existen algunas contraindicaciones relativas para la realización de cirugía conservadora que son: contraindicación para la radioterapia, mal resultado estético por mala proporción entre volumen del tumor y el de la mama. En algunos tumores menores de 3 cm con elevado riesgo de recidiva local (microcalcificaciones difusas visibles en la mamografía, tumores multicéntrico) estará indicada la mastectomía en lugar de la cirugía conservadora. Los tumores mayores 3 cm pueden ser candidatos a cirugía conservadora, pero con quimioterapia neoadyuvante para reducir el tumor. Cuando esté indicada cirugía radical, se realizará mastectomía radical modificada y en algunos casos se podrá ofertar la mastectomía ahorradora de piel y después se valorará con la paciente la reconstrucción inmediata o diferida. La reconstrucción con prótesis no está asociada a mayor recidiva local. En el tratamiento quirúrgico siempre se debe incluir la axila ya que uno de los mejores indicadores pronósticos en el cáncer de mama es la valoración de los ganglios

axilares, imprescindibles para diseñar el tratamiento adyuvante. A este nivel se puede optar por la linfadenectomía axilar o por la biopsia selectiva del ganglio centinela. Las contraindicaciones para la realización de BSGC son: tumor mayor de 3 cm, presencia de una o varias adenopatías axilares positivas para metástasis por PAAF o BAG, embarazo y lactancia, tumor multicéntrico y radioterapia previa. Se realiza mediante la inyección de un coloide isotópico en la mama con detección gammagráfica posterior.

Específicamente, la Mastectomía es la extirpación quirúrgica de toda la mama, por lo general para tratar enfermedades serias del tejido mamario, como cáncer de mama.

Hay cuatro tipos generales de mastectomía:

Mastectomía subcutánea: se extirpa toda la mama pero deja el pezón y la areola (el círculo pigmentado alrededor de la areola) en su sitio.

Mastectomía total (o simple): extirpación de toda la mama, pero no los ganglios linfáticos debajo del brazo (ganglios axilares).

Mastectomía radical modificada: extirpación de toda la mama y la mayoría de los ganglios linfáticos debajo del brazo (dissección axilar). La linfadenectomía axilar, ha sido el procedimiento de elección para el tratamiento de las mujeres con afectación metastásica del ganglio centinela.

Mastectomía radical: extirpación de los músculos de la pared torácica (pectorales) además de la mama y los ganglios linfáticos axilares. Esta cirugía se consideró durante muchos años como el estándar para mujeres con cáncer de mama, pero en la actualidad se utiliza en muy pocas ocasiones. Desde otra perspectiva, las mamas son sin lugar a dudas uno de los aspectos más importantes de la belleza femenina, símbolo de la sexualidad humana, emblema de la maternidad y zona erógena por excelencia. Éstas han desempeñado un papel importante en las diferentes culturas^{.22-26}

Radioterapia. Su intención es erradicar la enfermedad microscópica residual, disminuyendo así las recidivas locales. Está indicada tras la cirugía conservadora en todos los casos. Tras mastectomía estará indicada en tumores de mayores de 5 cm, en pacientes con afectación de más de tres ganglios axilares y márgenes de resección afectados o muy próximos (por ejemplo, parrilla costal). En estos casos se realizará irradiación de la pared

torácica y de las áreas ganglionares regionales. Se debe esperar al menos dos semanas tras la cirugía y no ha de retrasarse más de 16 semanas.²⁷

Tratamiento sistémico. El tratamiento sistémico se basa actualmente en dos líneas terapéuticas fundamentales, la quimioterapia y la hormonoterapia, con tendencia a realizar un tratamiento "a la carta", dependiendo de los factores de la paciente, su estado hormonal y el tipo de tumor. Por tanto, dichos tratamientos son independientes uno de otro.

Quimioterapia. Es el principal tratamiento adyuvante. Debe utilizarse tratamiento con varios agentes. La poliquimioterapia más usada incluye antraciclinas y taxanos, ambos son los agentes más eficaces en el cáncer de mama. La combinación más empleada es ciclofosfamida, 5-fluoracilo y antraciclinas (adriamicina, epirrubicina o doxorubicina), seguido de taxanos (paclitaxel o docetaxel). Está indicada en pacientes con ganglios axilares positivos o en mujeres con axila negativa con factores de mal pronóstico (tamaño mayor de 2 cm, G2-G3, edad inferior a 35 años, vascular o Her2/neu positivo) . En función del tipo de tumor, hay ocasiones en las que se puede utilizar la quimioterapia de forma neoadyuvante (previo a la cirugía), como en tumores grandes o carcinoma inflamatorio de mama.²⁸

Hormonoterapia Estaría indicada sólo en pacientes con receptores hormonales positivos ya que su objetivo es impedir que las células tumorales neoplásicas sean estimuladas por estrógenos. Existen varias modalidades de tratamiento:

- Castración quirúrgica o RT sobre las gónadas.
- Anti estrógenos: moduladores selectivos del receptor de estrógeno (SERM) como tamoxifeno y antiestrógenos puros (fulvestrant).
- Inhibidores de la aromatasa: derivados esteroideos como el exemestrano, o inhibidores no esteroideos de 3ra generación como letrozol y anastrozol.
- Análogos de GnRH.²⁹

DEPRESIÓN

Entre los desórdenes emocionales en los pacientes con cáncer, se haya la depresión, una afección mórbida, un síndrome que además de incapacitar afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes con cáncer. Entre los factores de riesgo con mayor peso para el desarrollo de depresión en pacientes con cáncer se destacan: Tipo de cáncer, estadio de cáncer, tratamiento oncológico en curso, antecedentes de depresión, dolor, limitada red social, pobre estado funcional, menor de edad. La incidencia de sintomatología depresiva en cáncer de mama en comparación con otros canceres es del 4.5 y 37%.³⁰

Tanto los individuos como las familias que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer experimentarán diversos grados de tensión y perturbación emocional. La depresión en los pacientes con cáncer no sólo los afecta a ellos, sino que también tiene un gran impacto negativo en los familiares. Entre mujeres con cáncer de mama, mostró que entre varios factores, la depresión fue el factor pronóstico más marcado entre los problemas emocionales y de comportamiento en sus hijos.³¹

Es necesario aclarar que las reacciones emocionales frente a cada etapa de la enfermedad pueden resultar adaptativas, en especial, ya que la tristeza y la depresión son comunes, es importante distinguir entre los grados normales de tristeza y los trastornos depresivos.

La depresión no es simplemente tristeza o falta de ánimo. Ésta afecta aproximadamente a un 25% de las pacientes y tiene síntomas reconocibles que pueden ser diagnosticados y tratados, lo cual debe hacerse debido a que impactan la calidad de vida de las pacientes. Cuando la paciente con cáncer de mama y mastectomizadas, tiene una visión negativa de sí misma, hace que se vea torpe, culpable, enferma, desgraciada o con poca valía personal, al igual que se considere con pocos motivos para estar alegre o ser feliz, a raíz de la enfermedad o el tratamiento.

Olivares (2004) y Krikorian (2008) señalan que la depresión es un trastorno que puede presentarse con facilidad en los pacientes con cáncer, ya que tal enfermedad se relaciona

con factores personales, del tratamiento y la enfermedad. Dentro de los factores personales la edad, el sexo, las creencias, historia de aprendizaje y formas de afrontamiento utilizado en otras situaciones problemáticas o de enfermedad, conceptos personales frente a enfermedad y cáncer, la tolerancia a la frustración y la presencia de psicopatología previa.

32

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aarón T. Beck, es un cuestionario auto administrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas. El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para despistaje o chequeo.

Consta de 13 ítems en su versión abreviada evalúa la gravedad del cuadro depresivo. Los puntos de corte son 0-4 son depresión ausente o mínima, de 5-7 depresión leve, 8-15 depresión moderada, mayor a 15 depresión grave.³³

ANSIEDAD

La teoría cognitiva, así como se ha encargado de explicar la depresión, ha intentado definir y explicar la ansiedad. La idea central igualmente radica en afirmar que las emociones son experimentadas como resultado del modo en que una situación es interpretada o valorada por el sujeto. Esta teoría sostiene que la gente que padece ansiedad cree estar expuesta a una amenaza física o social. El que la amenaza esté objetivamente presente o no es irrelevante para la experiencia de la ansiedad. Lo esencial es la interpretación de la situación o del estímulo como signo de amenaza personal. Las pacientes mastectomizadas permanecen atentas y alertas frente a posibles recidivas, es decir, miedo a que el cáncer aparezca en la otra mama o en otra parte del cuerpo. Este temor les impide permanecer tranquilas y estables emocionalmente y sus niveles de ansiedad permanecen altos y estables. Con frecuencia, la ansiedad se puede presentar en las personas mientras se hacen la prueba de detección del cáncer, cuando reciben un diagnóstico de cáncer o bien durante el tratamiento o la recidiva, lo cual es denominado, según la concepción anterior, como estímulo amenazante percibido por la paciente.

A veces afecta el comportamiento de las personas en lo referente a su salud, ocasionando el retraso o descuido de las medidas para prevenir el cáncer, lo que se refiere especialmente a conductas evitativas.

La ansiedad se presenta en grados variables en pacientes con cáncer y puede aumentar conforme la enfermedad evoluciona o el tratamiento se torna más intensivo, como en el caso de la mastectomía. Entre los factores que aumentan la probabilidad de incubar trastornos por ansiedad durante el tratamiento de cáncer, están los antecedentes de trastornos por ansiedad, dolor intenso, ansiedad al momento del diagnóstico, limitaciones funcionales, carencia de apoyo social, avance de la enfermedad e historial de trauma.

Finalmente, y a manera de conclusión, la mastectomía es un evento que genera estados de estrés para la paciente, ya que la cirugía significa fundamentalmente problemas de representación puesto que conlleva un cambio corporal externo negativo para la mujer,

teniendo en cuenta que dicha intervención quirúrgica enfrenta a la paciente a tener que verse sin uno o ambos senos como resultado de la misma.^{34,35.}

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1,959. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales.

Se trata de una escala hetero aplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe completarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos.

^{36.}

ESTADO ACTUAL

El cáncer de mama es un problema de salud pública a nivel mundial. Su alta frecuencia, las implicaciones biológicas, el impacto emotivo y económico que acarrea en la paciente y sus familiares, hacen de esta enfermedad uno de los problemas de salud más discutidos a nivel médico-familiar y en la sociedad desde tiempo inmemorial hasta la actualidad. Las razones pueden encontrarse en la cultura en general y en la medicina en particular. La mama es un símbolo de la maternidad y se relaciona directamente con la descendencia.

El cáncer de mama en México, como en el resto del mundo, es el más frecuente en la mujer, siendo alrededor de un 10% las posibilidades que una mujer tiene a lo largo de su vida de poder desarrollar dicha patología, además de ser una de las primeras causas de mortalidad, cuya incidencia, en cuanto a la edad, es mayor entre los 50 y 60 años. El Cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en las mujeres a nivel mundial, aunque puede presentarse en hombres, la proporción es de 1 caso por 150 mujeres.

De acuerdo al informe de la International Agency for Research on Cancer (IARC), en el año 2008, se diagnosticaron 1,380 300 nuevos casos, representando el 23 % de los cánceres en las mujeres. El número de casos fue casi igual en los países desarrollados que en los que vivían en países en desarrollo, 692,000 en los primeros y de 691,000 en los segundos. Sin embargo, es de hacer notar que la población en los primeros países se calculó en 1 billón y en los segundos de 6 billones, de acuerdo a cifras del Banco Mundial en el 2006.

En el informe del IARC de GLOBOCAN 2008, se reporta que murieron 7 600,000 personas por cáncer de las cuales 458,000 (6 %), fueron por C. M. 189,000 (41 %), en países desarrollados y de 261,000 (58 %) en países en desarrollo.

El Cáncer de mama es considerado un padecimiento más frecuente en mujeres blancas ciudadanas de origen caucásico, habitantes en zonas de alto poder económico, con tasas de

incidencia por arriba de 100 x 100,000 mujeres, en países de Europa Occidental, Norteamérica, Australia, Nueva Zelandia, Argentina y Uruguay, a diferencia de tasas por debajo de 60 en América Latina, Asia y África. Sin embargo, en las tres últimas décadas ha habido un incremento preocupante en la incidencia de este tumor en países en desarrollo, donde se han duplicado las cifras; debido al mayor desarrollo económico y ciudadano, tal es el caso de la población de Japón, Corea del Sur, Latinoamérica y el Caribe, posiblemente relacionado a los cambios en los estilos de vida. El riesgo de una mujer de padecer C.M., durante su vida es de 4.14 % a nivel mundial, cifra que se eleva por arriba de 9 en países desarrollados. En México, existen varias fuentes de información referente al Ca de mama, sin embargo, con frecuencia no coinciden. Según el Sistema de Información para la Vigilancia Epidemiológica, en el año 2000 se registraron 3,726 nuevos casos y en el Registro Histopatológico de las Neoplasias Malignas, los nuevos casos diagnosticados en el año 2003 fueron 12,952.

A nivel mundial, de acuerdo a los reportes del IARC, México ocupa lugares bajos de incidencia y mortalidad, al ocupar el 8° lugar en la escala baja de incidencia entre 30 países del continente americano y el 9° lugar en mortalidad de la escala baja entre 24 países latinoamericanos. El riesgo de una mujer mexicana de desarrollar un C.M., durante su vida es de 2.9 % comparado con el 4.27 % para Latinoamérica y de 7.14 % para mujeres de países desarrollados.^{33,34}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México se han realizado avances valiosos con relación a este padecimiento, esto está en relación al trabajo realizado por el Sistema Nacional en Salud mejorando desde el diagnóstico hasta el tratamiento. No obstante, aún se enfrentan grandes desafíos, por lo que se requiere trabajar en muchos sentidos: fomentar la autoexploración, promover estilos de vida saludable, empoderar a las mujeres para que demanden el diagnóstico y acceso al tratamiento, ampliar la cobertura de servicios integrales, capacitar al personal de salud, incrementar la cobertura de mastografías, optimizar la asignación y el gasto del presupuesto federal, así como coordinar acciones de detección conjuntamente con instancias que ofrecen servicios en la materia.

Más de 90 por ciento de los casos son diagnosticados en etapas avanzadas y sólo en 3.7 por ciento de las pacientes se identifican las lesiones en estados tempranos. A causa de este diagnóstico tardío, el tratamiento es más doloroso, más costo y con menores expectativas de curación. Por eso es tan importante promover la educación para la salud y la búsqueda temprana en los grupos de riesgo.

En este grupo de pacientes la depresión se presenta como un trastorno con síntomas específicos que se pueden diagnosticar y tratar, no menos de la cuarta parte de los pacientes presentan diferentes grados de depresión, los cuales pueden manifestarse de diferentes maneras como: miedo a la muerte, cambios en sus planes de vida, imagen corporal, autoestima, vida diaria, preocupaciones económicas, además negación, desesperación, preocupación al futuro.

No todas las personas diagnosticadas con cáncer reaccionan de la misma manera, por lo que es importante conocer la forma que reaccionaron posterior a la mastectomía, identificar los diferentes grados de ansiedad y depresión en ellas y poderles brindar apoyo con la finalidad de mejorar su calidad de vida, por lo que se hace la siguiente pregunta:

¿Existe ansiedad y depresión en las mujeres mastectomizadas y no mastectomizadas en la UMF 80?

JUSTIFICACIÓN

En la última década, el cáncer de mama ha sido el padecimiento más frecuente en las mujeres a nivel global. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada 30 segundos en algún lugar del mundo se diagnostica una persona con esta enfermedad. En México, cada dos horas muere una mujer a causa de ella. La tasa de mortalidad por este mal es preocupante: desde 2006 y hasta la fecha es la primera causa de muerte entre las mujeres de 25 años y más, por lo que representa un grave problema de salud pública. De acuerdo el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2009 se detectaron ocho mil 299 casos de tumores malignos de mama en mujeres de 25 años y más, el 26.1 por ciento correspondía a mujeres de 25 a 44 años, el 16.7 por ciento a las de 45 a 49 años, 27.6 por ciento a las que tenían entre 50 a 59, 11.2 por ciento tenían entre 60 a 64 años y 18.4% entre 65 años y más. Estudio factible de ser llevado a cabo, ya que se cuenta con todos los recursos y que aporta elementos de base científica con la finalidad de que se brinde apoyo psicoterapéutico.

Así mismo es un problema de salud a nivel mundial y es una de las enfermedades oncológicas que se presentan con mayor frecuencia dentro de la población femenina, el cual genera un exceso de gasto en su tratamiento y complicaciones.

En el cáncer de mama la intervención quirúrgica representa un estresor vital para el paciente, ya q se ve afectado en muchos aspectos, para el paciente implica amenaza a su salud ya que los riesgos son severos y multifactoriales, incluyen muerte, dolor, desfiguración, pérdida de funcionalidad, pérdida económica, pérdida de roles sociales, incertidumbre sobre el tiempo, amenaza de recurrencia e incertidumbre.

Dada la determinación multifactorial y diversos factores como estadio de la enfermedad, tiempo de sobrevida y varios tratamiento aplicados, así como la personalidad, los recursos individuales y sociales que interactúan para el afrontamiento de la enfermedad, marca la calidad de vida de estos pacientes, sin lugar a duda las estrategias de atención clínico

psicológicas deben de realizarse para mejora la calidad de vida y el bienestar psicológico en los pacientes oncológicos.

Con la presente investigación se aportarán con elementos científicos las condiciones emocionales que prevalecen en las mujeres pos mastectomizadas con la finalidad de implantar estrategias pre y pos que mejoren la calidad de vida en este grupo de pacientes.

HIPÓTESIS

Más del 50 % de las mujeres mastectomizadas en la UMF 80 padecen de ansiedad y depresión.

OBJETIVO GENERAL.

Evaluar la presencia de ansiedad y depresión en mujeres mastectomizadas de la UMF 80.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar qué grupo de edad se encuentra más afectado de Ca de mama.
2. Evaluar el estadio Ca de mama en pacientes de UMF 80.
3. Determinar la etapa reproductiva en la que se encuentran las pacientes con Ca de mama.
4. Evaluar la relación de ansiedad y depresión de las pacientes con Ca de mama y sus tratamientos como son mastectomía, quimioterapia y radioterapia.
5. Conocer que método de planificación familiar fue el que utilizaron las pacientes con Ca de mama.
6. Determinar la presencia de ansiedad psíquica o somática en las pacientes mastectomizadas.
7. Analizar la relación de ansiedad y depresión con variables socio- demográfico como son: edad, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico de la paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional, Descriptivo, Transversal y Retrospectivo

POBLACIÓN DE ESTUDIO. El estudio se basa en 40 mujeres con diagnóstico de Ca de mama, de la Unidad de Medicina Familiar N. 80, que hayan sido sometidas a tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos, por un periodo de 5 años del 2009 a 2014, con ciertos criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Se aplicará la escala de Beck y Hamilton de ansiedad y depresión.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: La población en estudio se calculará por medio de la fórmula de probación finita:

Se calculará mediante el cálculo de la población finita

$$n = N \quad (*) \quad \frac{N}{1+Ne^2}$$

Dónde:

n: es el tamaño de la muestra a obtener

N: población finita o número de casos

e: error de estimación que está en condiciones de aceptar

Para el caso nos importa, el número de total de mujeres con diagnóstico de Ca de mama según el censo de Población adscrita a la UMF no 80, del periodo 2009 a 2014. Las cuales es $N=135$

El error que estamos dispuestos a tolerar es de un 5 % (0.05) en error de muestreo entre entrevistar a los 135 derechohabientes y el tamaño que arroje la fórmula de cálculo.

*Sustituyendo en la formula queda * queda:*

$$n = \frac{135}{1 + 135(0.135)^2}$$

$$n = 1 + 135(0.018)$$

$$n = \frac{135}{1 + 2.43}$$

$$n = 39.35$$

n= 39 pacientes participantes

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1.-Derechohabientes del IMSS, adscritos a UMF 80 con diagnóstico de Ca de mama del periodo de 2009- 2014, que tengan diferentes tratamientos como mastectomía y tratamiento no quirúrgico.
- 2.-Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- 1.-Pacientes que ya hayan sido diagnosticadas anteriormente del diagnóstico de cáncer de mama con ansiedad y depresión.
- 2.-Pacientes que no contesten la encuesta completa y no sea valorable.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1.-Todas aquellas pacientes que habiendo sido incluidas previamente en el estudio y que por algún motivo no cumplieron con los criterios de inclusión
- 2.-Aquellas pacientes que no cuenten con vigencia en la UMF 80.
- 3.-Pacientes que con diagnóstico de Ca de mama del sexo masculino
- 4.-Pacientes con cambio de domicilio y no sea posible su localización.

VARIABLES DEPENDIENTE

Ansiedad. Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.

Depresión. Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Mujeres con cáncer de mama mastectomizadas de la UMF 80. Operación quirúrgica que consiste en la extirpación de la glándula mamaria o de una parte de ella, que se le realiza a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama de la UMF 80.

OTRAS VARIABLES

- 1.- Estado civil
- 2.-Escolaridad
- 3.-Métodos de planificación Familiar
- 4.- Etapa reproductiva

OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE PRESENTACIÓN
Edad	Tiempo que ha transcurrido desde su nacimiento.	Menores de 44 años. Mayores de 45 años.	cuantitativa	1.- > 45 Años 2.- ≤ 45 Años
Ansiedad	Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.	Psíquica. Más de 4 puntos en los ítems 1,2,3,4, 5,6,14 Somática. Más de 4 puntos en los ítems 7,8,9,10,11,12,13	cualitativa	1. Psíquica 2. Somática
Depresión	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima,	Ausente: 0-4 ítems Leve: 5-7 ítems Moderada: 8-15 ítems	Cualitativa	1.-Ausente. 2.-Leve 3.-Moderada

	pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.	Severa: mas de 15 items:		4.-Severa
Mastectomía	Operación quirúrgica que consiste en la extirpación de la glándula mamaria o de una parte de ella.	<p>Mastectomía subcutánea: Se extirpa la mama pero se deja el pezón y la areola.</p> <p>Mastectomía total Extirpación de toda la mama pero no los ganglios linfáticos debajo del brazo.</p> <p>Mastectomía radical modificada: Extirpación de toda la mama y la mayoría de los ganglios linfáticos debajo del brazo.</p> <p>Mastectomía radical: extirpación de los</p>	Cualitativa	<p>1. Mastectomía subcutánea.</p> <p>2. Mastectomía total.</p> <p>3. Mastectomía radical modificada.</p> <p>4. Mastectomía Radical.</p>

		músculos de la pared torácica (pectorales) además de la mama y los ganglios linfáticos axilares.		
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	<p>1. Soltera. Persona que no tiene compromiso legal.</p> <p>2.-Casada. Persona que tiene compromiso legal</p> <p>3.-Divorciada. Persona que por medio del divorcio se incorpora a la soltería.</p> <p>4.-Union libre. Persona que no tiene unión legal, sin embargo, está viviendo bajo el mismo techo.</p>	Cualitativa	<p>1.Soltera</p> <p>2.Casada</p> <p>3.Divorciada</p> <p>5.Viuda</p> <p>6.Unión libre</p>

Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en la escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada	<p>1. Analfabeta. Referente a la persona sin preparación académica.</p> <p>2. Sabe leer y escribir</p> <p>3. Básica. Preparación primaria terminada</p> <p>4. Medio superior. Preparación secundaria terminada.</p> <p>5. Superior. Preparación preparatoria terminada</p> <p>6. Profesional. Nivel académico con licenciatura terminada.</p> <p>7. Técnico.</p>	Cualitativa	<p>1. Analfabeta</p> <p>2. Sabe leer y escribir</p> <p>3. Básica</p> <p>4. Medio superior</p> <p>5. Superior</p> <p>6. Profesional</p> <p>7. Técnico</p>
Planificació				1. Hormonales

n familiar	Se refiere habitualmente al conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.	<p>1. Hormonal. Método basado en la aplicación de hormonas químicas inyectables y orales.</p> <p>2. Dispositivo. Método basado en la aplicación de dispositivo dentro del útero para evitar la implantación del blastocito.</p> <p>3. Barrera. - Método utilizado con la aplicación de preservativo de látex femenino o masculino</p> <p>4. Natural. Métodos naturales para evitar concepción sea de ritmo, Billings.</p>	Cualitativas	<p>2. Dispositivo</p> <p>3. Barrera</p> <p>4. Natural</p>
------------	---	---	--------------	---

DESCRIPCIÓN OPERATIVA.

Se estudiaron derechohabientes con diagnóstico de Ca de mama afiliadas a la UMF 80 en un periodo de 5 años aproximadamente, durante el periodo de 2009-2014. En un total de 40 casos aleatoriamente de las cuales se filtraron a las que recibieron tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de la enfermedad.

En la cual el investigador acudió al archivo clínico para identificar la cantidad de pacientes portadores de cáncer de mama en el tiempo establecido, mediante la revisión de los casos y la entrevista se detectó a aquellas que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico y no quirúrgico, a las pacientes se les localizó vía telefónica, se les citó al aula de medicina familiar de la UMF 80 para explicar el proceso de las investigación y aplicación de los cuestionarios, las pacientes que no se localizaron vía telefónica, se acudió a su domicilio donde se aplicó los cuestionario de Beck y Hamilton que son los siguientes:

Escalas para evaluar la depresión de Beck: Es una escala auto duplicado que consta de 13 ítems en su versión abreviada evalúa la gravedad del cuadro depresivo. Los puntos de corte son 0-4 son depresión ausente o mínima, de 5-7 depresión leve, 8-15 depresión moderada, mayor a 15 depresión grave.

Escala de ansiedad de Hamilton: Se trata de una escala administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se aplicó estadística descriptiva en términos de media \pm desviación estándar, esto para las variables continuas. Para las variables discretas se refirió únicamente en frecuencia con su respectivo porcentaje. Se presentan tablas de contingencia y gráficos de barras. Para las variables no paramétricas se asociarán con el estadístico χ^2 . Los p-valores de significancia estadística son aquellos que asociaron $p < 0.05$. Los instrumentos de Hamilton y el inventario de Beck se validaron mediante el alfa de Cronbach. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS- ver- 18.0).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos propuestos están de acuerdo con las normas éticas, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki de 1975 y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Además de todos los aspectos en cuanto al cuidado que se deberá tener con la seguridad y bienestar de los pacientes se respeta cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, el Informe Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos (Regla Común).

El investigador principal informó a cada paciente, de la naturaleza y propósito, del estudio, con objeto de que otorgue su conformidad para participar en el estudio, entregándole la hoja de Información para el paciente.

Se respetaron las normas internacionales de protección de datos, así como lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

El estudio se inició hasta que se dio la autorización del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud (CLIEIS).

RESULTADOS

La presente investigación incluyó a 40 pacientes, de las cuales 27 son mastectomizadas por Cáncer de mama durante el periodo de 2009-2014, a las que se les investigó ansiedad y depresión mediante la escala de Beck y Hamilton, dichas encuestas en estos pacientes fueron validadas mediante Alfa de Cronbach obteniéndose una fiabilidad de .930, Coeficiente de Spearman-Brown de .965 y dos mitades de Guttman .964.

En mi estudio se incluyeron 40 pacientes con cáncer de mama, las cuales se clasificaron en base al tratamiento quirúrgico en mastectomizadas y no mastectomizadas, con un rango de edad de 50-54 años de edad. La tabla No. I muestra las características generales de esta población en estudio.

TABLA I. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN				
VARIABLE		MASTECTOMIZADAS F (%)	NO MASTECTOMIZADAS F (%)	SIG
		29 (72)	11 (27.5)	
Depresión	MODERADO	27.6	7.5	.532
Ansiedad	LIGERA	48	7.5	.517
	PSIQUICA Y SOMATICA	76	7.5	.039
Edad	MEDIA	56.8	59.4	.242
Estado civil	CASADA	40	15.5	.136
Nivel socioeconómico	MEDIO	47.5	17.5	.383
Nivel escolar	PRIMARIA	32	15	.337
Edad reproductiva	CLIMATERIO	60	25	.519
Estadio de cáncer	I	0	54.5	.000 *
	II	24.1	27.2	
	III	72.5	9.09	
	IV	3.4	9.09	
Tratamiento	Qx Rx	45	17.5	.660

* Cifra estadísticamente significativa (p< 0.05) Chi²: Estadísticamente significativa

La depresión y ansiedad se presentó en un porcentaje alto en las mujeres con mastectomía, siendo así también la ansiedad psíquica y somática más frecuente en esta población, el estadio de cáncer más afectado en mastectomizadas fue estadio III.

El rango de edad predominante fue de 50 – 54 años, la edad mínima fue de 37 años y la máxima de 93 años. (tabla no. II)

Tabla No. II Población de estudio por rangos de edad.		
EDAD	F	%
36-39	02	5
40-44	01	2.5
45-49	04	10
50-54	11	27.5
55-59	07	17.5
60-64	08	20
65-69	02	5
70-75	02	5
>75	03	7.5
TOTAL	40	100

F: Frecuencia

#: Porcentaje

El estadio III se presentó con mayor incidencia de las pacientes que participaron en el estudio, el porcentaje más bajo se ubicó en estadio IV. (Figura no 1)

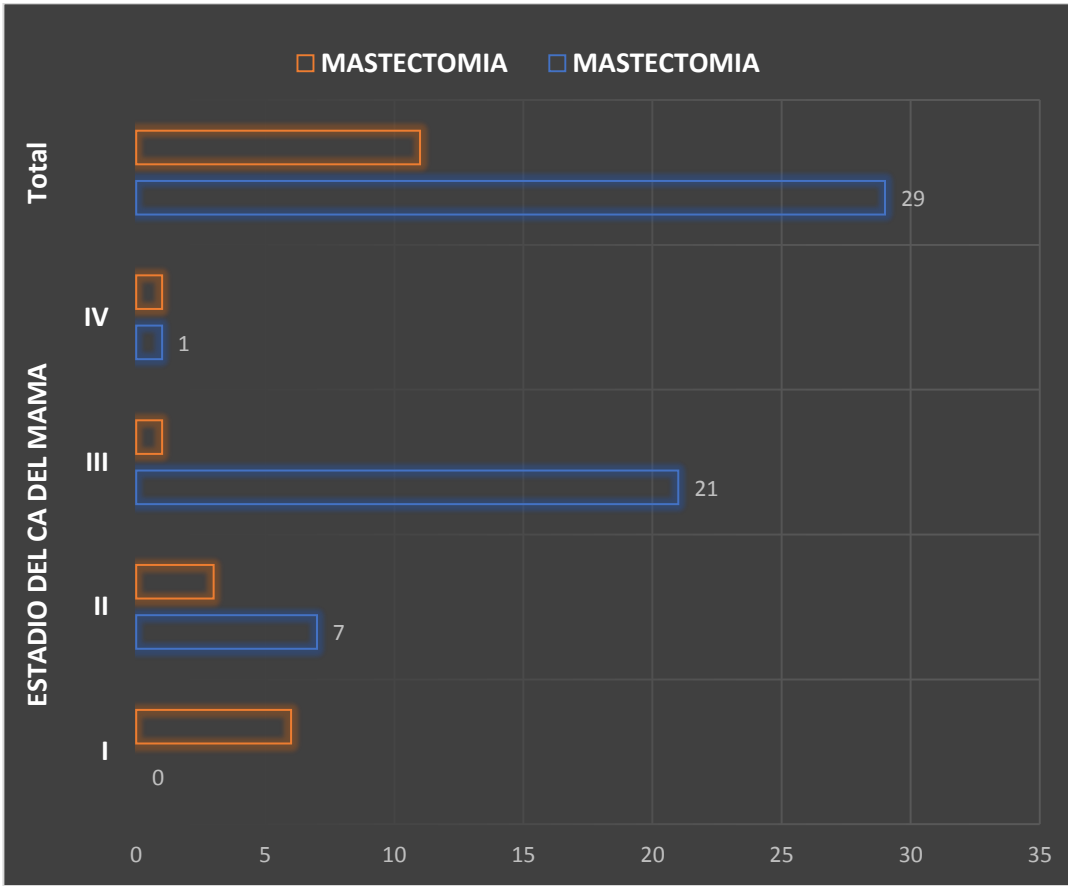


Figura No. 1 Estadio del cáncer de mama de las pacientes de la UMF No. 80.

Respecto a la relación de la etapa reproductiva de las pacientes con de cáncer de mama, en la cual 34.8%pacientes se encontraban en climaterio, mientras que solo 6.1% pacientes eran pos menopáusicas con un total de 40 de los casos. (Figura No.2)

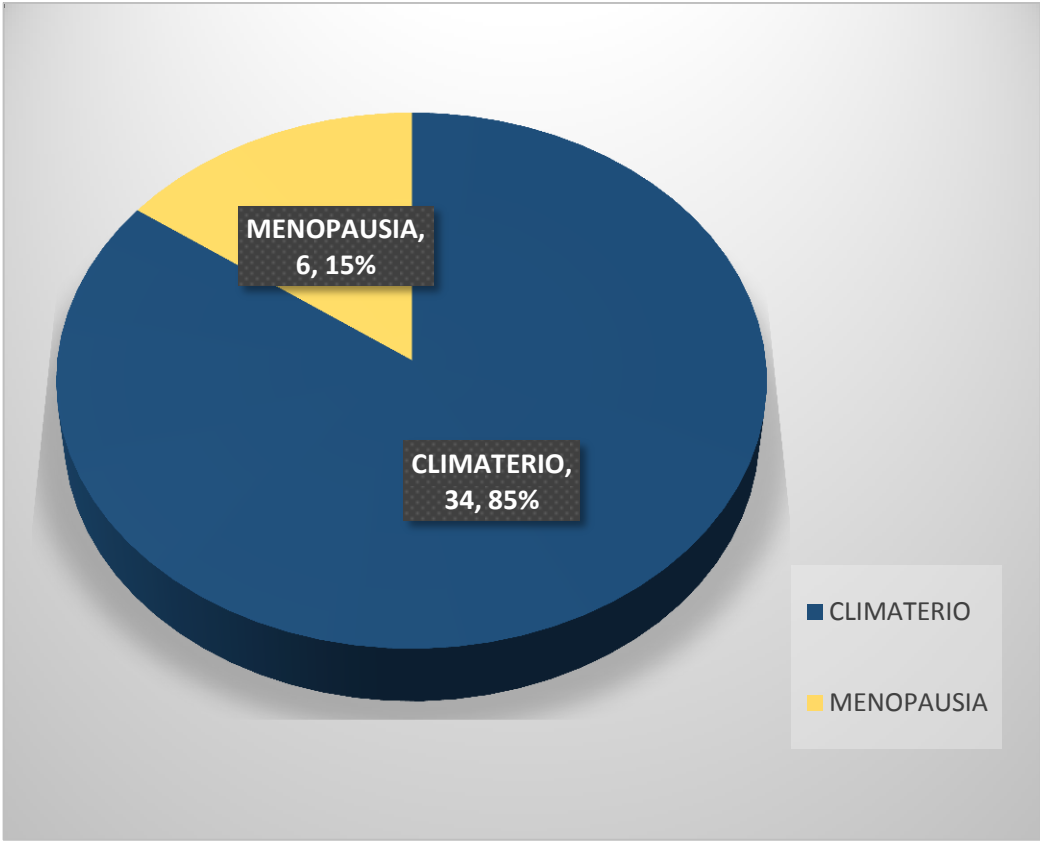


Figura No. 2 Etapa reproductiva de las pacientes con cáncer de mama.

Las pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico presentaron ansiedad y depresión, con un comportamiento muy idéntico a los pacientes que se les aplicó quimioterapia y radioterapia, con una disminución significativa en la administración de radioterapia. (tabla III)

Tabla III. Grados de la ansiedad y depresión de las pacientes con Ca de mama y su relación con el tratamiento administrado.		
	DEPRESIÓN LEVE A MODERADA	ANSIEDAD LIGERA A SEVERA
	F (%)	F (%)
MASTECTOMÍA	15	16
QUIMIOTERAPIA	5	6
RADIOTERAPIA	2	0
RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA	12	16
TOTAL	34 (73.6)	38 (95)

Con el método de planificación familiar utilizado, el más frecuente método quirúrgico y con un porcentaje muy idéntico fue en aquellas mujeres que no utilizaron ningún método de planificación familiar, no se encontró relación del método hormonal en relación con la presencia de cáncer de mama en la población de estudio. (figura 3)

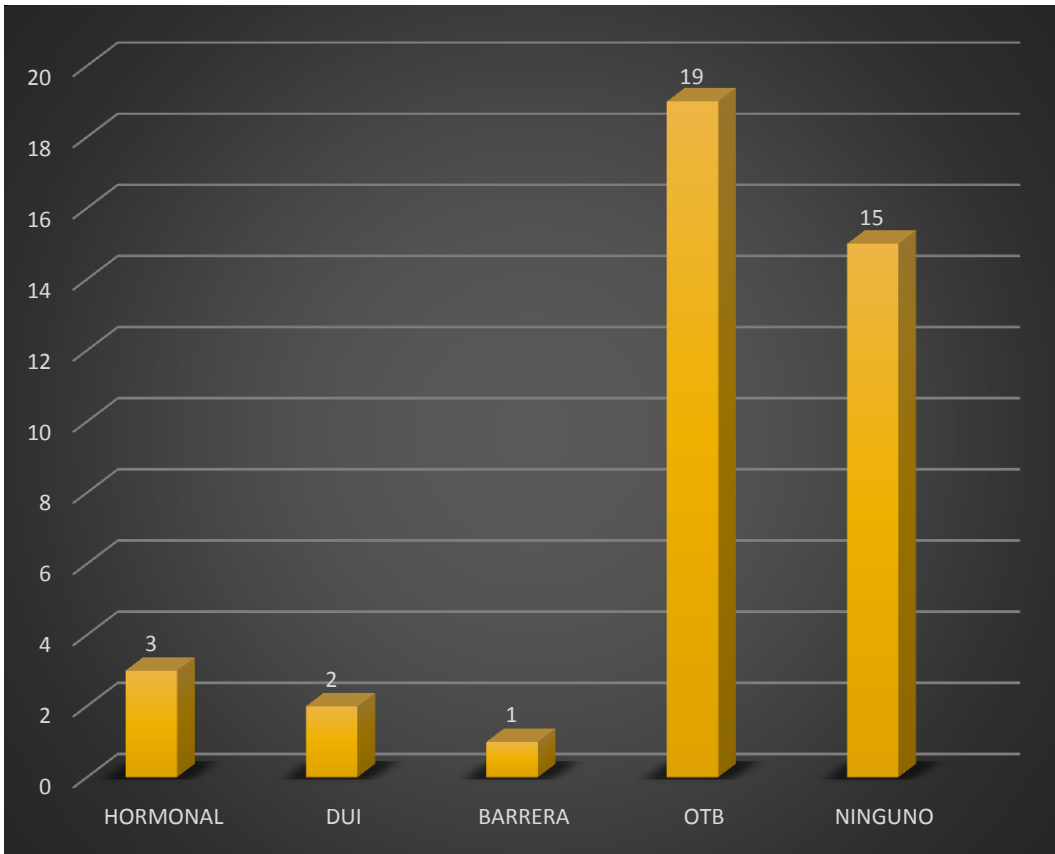


Figura 3. Método de planificación familiar de las pacientes con Ca de mama.

Se encontró que existe depresión moderada en las mujeres mastectomizadas y en menor medida depresión leve. (tabla IV)

TABLA IV. DEPRESIÓN EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS DE LA UMF 80.	
GRADOS DE DEPRESION	F (%)
AUSENTE	14(48.3)
LEVE	7(24.1)
MODERADO	8(27.6)
TOTAL	29(100)

Se encontró ansiedad ligera en la mayoría de las pacientes y en menor medida presente en nivel medio y elevado. (tabla V)

TABLA V. ANSIEDAD EN PACIENTES MASTECTOMIZADAS DE LA UMF 80.	
Grados de ansiedad	F (%)
AUSENTE	13(44.8)
LIGERO	14 (48.2)
MEDIO	2(6.8)
ELEVADO	1
TOTAL	29

La ansiedad psíquica y somática de las pacientes mastectomizadas se presentó en un mayor porcentaje y en menor medida la ansiedad de tipo psíquica. (figura No.4)

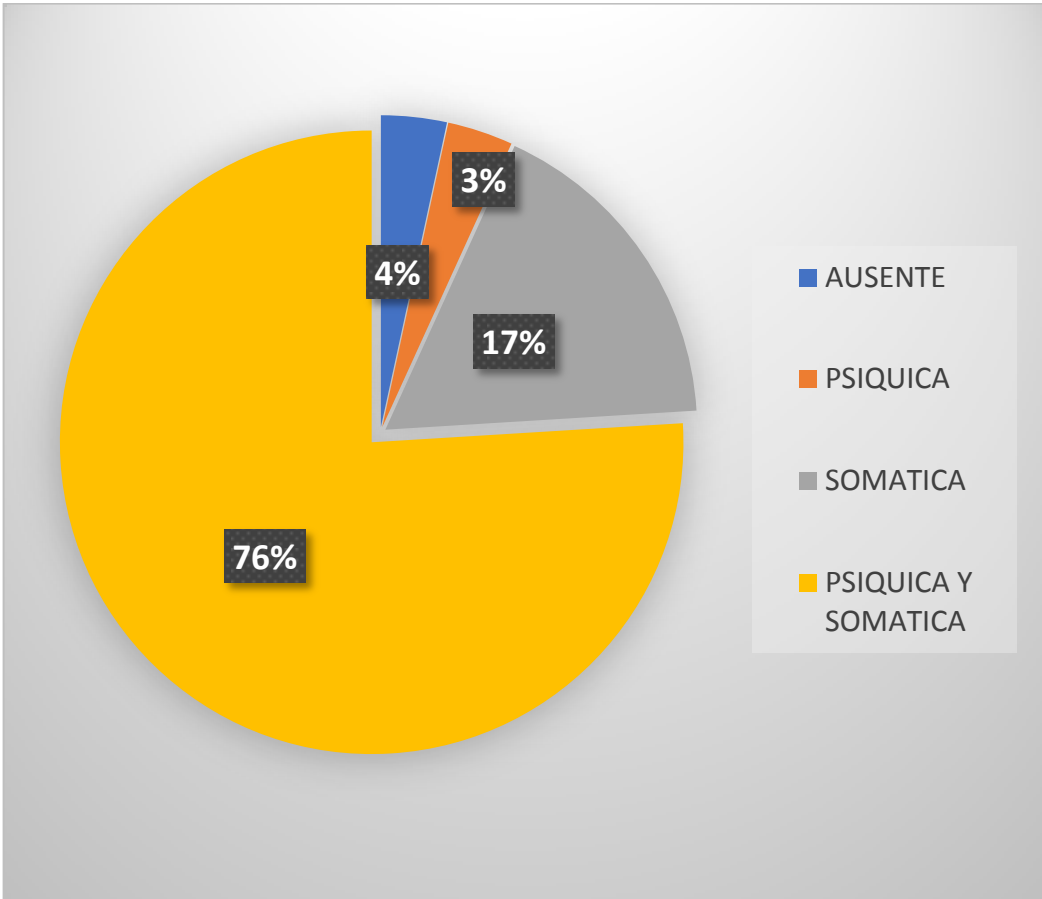


Figura 4. Ansiedad psíquica y somática en pacientes mastectomizadas

En la relación de ansiedad con el estado civil de las pacientes mastectomizadas, predominó la ansiedad ligera en mujeres casadas y en unión libre en menor medida en solteras y divorciadas. No se encontró significancia estadística. (tabla VI)

Tabla VI. Relación de ansiedad en mastectomizadas y su estado civil

ANSIEDAD	SOLTERA	CASADA	DIVORCIADA	UNION LIBRE	F	SIG
AUSENTE	2	10	1	0	13	.379
LIGERO	3	4	3	4	14	
MEDIO	0	1	0	0	1	
ELEVADO	0	1	0	0	1	

La ansiedad que se presentó con mayor frecuencia en mujeres de nivel primaria, en la cual no se encontró significancia estadística. (tabla VII)

Tabla VII. Relación de ansiedad en mastectomizadas y su escolaridad

ANSIEDAD	ANALF	PRIM	SEC	TECNICO	PREPARA	PROF	F	SIG
AUSENTE	1	4	2	0	3	3	13	.570
LIGERO	2	8	0	1	2	1	14	
MEDIO	0	0	1	0	0	0	1	
ELEVADO	0	1	0	0	0	0	1	

Respecto al nivel socioeconómico, el medio es de mayor afectación; con predominio en ansiedad ligera.

Tabla VIII. Relación de ansiedad en mastectomizadas y nivel socioeconómico

ANSIEDAD	Bajo	Medio	Alto	F	Sig.
Ausente	2	11	0	13	.355
Ligero	6	7	1	14	
Medio	1	0	0	1	
Elevado	0	1	0	1	

La relación de depresión y el estado civil en mastectomizadas, mostro mayor frecuencia en mujeres casadas con depresión leve y moderada. (tabla IX)

Tabla IX. Relación de depresión en mastectomizadas y su estado civil

DEPRESION	Solteras	Casadas	Divorciadas	U. Libre	F	Sig.
AUSENTE	2	8	2	2	14	.873
LEVE	2	4	1	0	7	
MODERADO	1	4	1	2	8	

En la relación que existe entre depresión con el grado de escolaridad, se exhibió mayor depresión en mujeres de nivel primaria de nivel moderado y leve. (tabla X)

Tabla X. Relación de depresión en mastectomizadas y su escolaridad.								
DEPRESION	Analf.	Primaria	Sec.	Técnico	Prepa	Prof.	F	Sig.
Ausente	0	6	1	1	3	3	14	.453
Leve	1	3	0	0	2	1	7	
Moderado	2	4	2	0	0	0	8	

En la relación de depresión con su nivel socioeconómico mostro mayor relación de depresión en nivel medio bajo y en menor frecuencia en nivel alto.

TABLA XI. Relación de depresión en mastectomizadas y su nivel socioeconómico					
DEPRESION	Bajo	Medio	Alto	F	Sig.
Ausente	4	10	0	14	.224
Leve	1	6	0	7	
Moderado	4	3	1	8	

DISCUSIÓN

La presencia de trastornos psicopatológicos en el paciente oncológico ha sido ampliamente documentada, sin embargo, la identificación y tratamiento de estos trastornos ha sido insuficiente. Aspectos como la confluencia de sintomatología somática y psíquica, la consideración de manifestaciones normales de ansiedad, depresión o insomnio en el paciente con cáncer, la falta de formación del personal médico en la detección de trastornos psiquiátricos, ya sean éstos secundarios a la propia enfermedad o a los tratamientos oncológicos, hace que los trastornos psicológicos del cáncer no sean en muchas ocasiones de interés médico ni tengan la atención apropiada.

Las principales causas de la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer son la percepción de cercanía de la muerte, el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma, la anticipación del sufrimiento propio y de los familiares, la dificultad para expresar sus sentimientos, miedos y preocupaciones, la sensación de pérdida de control, problemas económicos; problemas de índole espiritual y existencial, crisis de creencias y necesidad de trascendencia.

La prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres mastectomizadas se correlacionó con estudios internacionales, en los cuales se utilizaron metodologías similares de evaluación. Stark D y col ³⁷ en la mayoría de sus investigaciones se evalúan a mujeres con cáncer de mama como parte de una muestra de pacientes oncológicos con diferentes diagnósticos los estudios informan que la ansiedad aumenta conforme empeora la gravedad y el pronóstico de la enfermedad, en la clínica diaria se observa que los pacientes en estadios precoces de la enfermedad o incluso con pronósticos favorables, también pueden desencadenar intensas manifestaciones de ansiedad. Villegas MJ ³⁸ hace énfasis en los cambios físicos y psicológicos en relación a la presencia de ansiedad y depresión que presentan las pacientes mastectomizadas, los cambios en el estilo de vida, en su apariencia física y demás, en comparación a nuestro estudio podemos deducir que la ansiedad y depresión en mastectomizadas se presenta en ansiedad ligera y depresión moderada de la enfermedad el cual se evaluó con los instrumentos de Beck y Hamilton.

A diferencia de los resultados obtenidos en la literatura científica de Spencer et al³⁹, Cotton et al,⁴⁰ Skrzypulec y cols⁴¹ observaron que las mujeres más afectadas depresión y ansiedad por cáncer de mama, se sitúan en el rango de edad de 45-61 años respectivamente, en comparación con nuestro trabajo se sitúan entre los 50-54 años de edad aproximadamente.

En otro estudio Ornelas RE y Cols,⁴² en el 2011, en la revista de investigación en psicología sobre los padecimientos psiquiátricos oncológicos, muestra sus resultados, donde el estadio más frecuente de la enfermedad fue estadio III, Velázquez L, et al,⁴³ refieren que se presentó igualmente en estadio II y III de cáncer de mama en su población en estudio, en similitud de nuestro trabajo donde la población más afectada de nuestra unidad familiar fue el estadio III.

Valle R, Zúñiga M y cols⁴⁴ refieren que la etapa reproductiva de las pacientes que presentaban cáncer de mama estaba constituido por pacientes posmenopáusicas 54,2% y 45,8% premenopáusicas, a diferencia de nuestro estudio donde la mayoría de las pacientes se encantaban en etapa de climaterio en un 34.85% y menopausia en un 6.15%.

En cuanto a la relación entre el tipo de cirugía y el bienestar emocional, encontramos que las mujeres con mastectomía radical presentan niveles más elevados de depresión, corroborando con los estudios de Ferrero y Barreto⁴⁵ donde encontramos niveles de ansiedad similares en los dos estudios. El bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama se ve afectado por circunstancias médicas, tal es el caso de las pacientes que se encuentran en tratamiento con quimioterapia, radioterapia, mastectomizadas y que han sido estudiadas por presentar mayores efectos adversos. En nuestro trabajo, la gran mayoría de las pacientes que igualmente han recibido algún tipo de tratamiento afecta su bienestar emocional. Jaramillo N y cols⁴⁶ encontró que el 70% de las pacientes estaban recibiendo

varios tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia y medicamentos) y el 30% solo recibieron quimioterapia.

Velazquez L,⁴³ en su estudio valora la presencia de ansiedad psíquica y somática y algunas variables sociodemográficas en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en etapa aguda de la enfermedad, en comparación y en similitud con nuestros resultados obtenidos, respecto al estado civil, 53.8% están casadas y alrededor del 25% se encuentran sin pareja, solteras o divorciadas. Asimismo, se observa en nuestro estudio que existe ansiedad psíquica y ansiedad somática en las pacientes con el diagnóstico de la enfermedad.

Por otra parte en otros estudios realizados por Gutiérrez C y cols⁴⁷ en el año 2013, con el objetivo de identificar las principales fuentes de estrés, las estrategias de afrontamiento empleadas, evaluar los estados emocionales (ansiedad y depresión), así como la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en las mujeres evaluadas, se reportó que la depresión y ansiedad en las mujeres evaluadas las diferencias son poco significativas, en comparación con el estado civil; la depresión se manifestó más que la ansiedad en mujeres casadas, finalmente la prevalencia de depresión fue de 11.6 % y ansiedad de 17.9%, en nuestro estudio la depresión y ansiedad fue más frecuente en mujeres casadas, además se menciona algunas de las variables sociodemográficas de las pacientes, algunas se encontraban en su mayoría casadas, dos separadas y una soltera; en cuanto a su nivel escolar tres cursaron educación básica, otras tres educación media superior, y dos más educación superior, en nuestro estudio las pacientes se encontraban en nivel medio bajo.

Valle R, y cols⁴⁴ refieren que el 4,2% de las pacientes no había tenido estudios escolares y 95,8% algún grado de educación escolar o universitaria (primaria 16,7%, secundaria 54,2 % y superior 25%). En relación con otras tesis similares, Jaramillo N,⁴⁶ de la Universidad

Católica de Pereira hace referencia en su estudio, que la mayoría de las pacientes son casadas en un 35%, unión libre en menor cantidad con 15%, nivel de escolaridad primaria de 45%, nivel socioeconómico medio y bajo.

CONCLUSIONES

1. Existe ansiedad y depresión en las mujeres mastectomizadas de la unidad de medicina familiar No 80.
2. La edad promedio de presentación de la enfermedad de la población de estudio de UMF 80 es de 50-54 años respectivamente, con una media de edad en las mujeres mastectomizadas de 56 años.
3. El estadio de presentación más frecuente de la enfermedad es el III.
4. La etapa reproductiva las frecuente de presentación es climaterio.
5. Existe mayor ansiedad y depresión en mujeres a quienes se realizó mastectomía, en similitud quienes recibieron tratamiento con quimioterapia y radioterapia, en menor medida las que solo recibieron radioterapia.
6. El método de planificación familiar más usualmente utilizado fue obstrucción tubárica bilateral y en menor medida los de barrera.
7. Existe ansiedad psíquica y somática en las mastectomizadas de la UMF No. 80.
8. La relación de la ansiedad y depresión con variables sociodemográficas como la escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, se presentó en mayor medida a nivel primaria, en mujeres casadas, con un a nivel socioeconómico medio bajo.

PERSPECTIVA

La realización de este protocolo de investigación me deja una enseñanza, con respecto a los trastornos del estado de ánimo en los pacientes oncológicos, ya que representa parte importante en el tratamiento y en el seguimiento de la enfermedad.

Como médico familiar en el área de primer nivel de atención y en atención a los pacientes con el diagnóstico de cáncer de mama, la detección oportuna de esta enfermedad psiquiátrica en estos pacientes oncológicos, es fundamental para llevar el seguimiento y control posterior de la enfermedad.

Y así, poder valorar una adecuada canalización de estos pacientes a las diversas especialidades, grupos de ayuda, para ofrecer una atención integral y tratamiento oportuno de la enfermedad, en conjunto con las áreas que se relaciona y ofrece.

RECOMENDACIONES

Dentro de los padecimientos psiquiátricos que se presentan en las mujeres con patologías oncológicas, se encuentran la ansiedad y la depresión, las pacientes mastectomizadas juegan un papel importante en el desarrollo de esta patología, por tal motivo es indispensable hacer énfasis en los diferentes tipos de apoyo familiar; el apoyo de pareja y su detección oportuna en el primer nivel de atención. En la pareja es muy importante el apoyo tanto físico como psicológico, el valorar la presencia de satisfacción marital en la pareja y así determinar la presencia de ansiedad y depresión. Su detección oportuna y tratamiento adecuado representa un pilar importante en el tratamiento oncológico de la enfermedad.

Por otra parte, el apoyo familiar marca la diferencia entre las pacientes que si cuentan con ella y las que no lo tienen, es más común que las pacientes sin apoyo presenten diferentes grados de depresión y ansiedad, en comparación de las que si lo tienen.

Como médicos familiares y encargados del primer nivel de atención es crucial la reelevancia que se debe de tener en la identificación de padecimientos psiquiátricos en pacientes oncológicos, ya que depende mucho la evolución favorable de su enfermedad en este tipo de pacientes, posteriormente integrar grupos de ayuda y apoyo en nuestras unidades de Medicina Familiar.

En base a nuestros resultados, y teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres que padecen cáncer de mama, proponemos lo siguiente: En los próximos estudios aumentar la muestra de participantes y hacer grupos de edad más heterogéneos, para poder dilucidar correctamente los efectos de la edad en el bienestar emocional, a creación de escalas que midan el bienestar emocional y la imagen corporal, teniendo en cuenta las características de esta enfermedad, indagar en el estudio de los factores protectores, puesto que hemos observado una relación entre dichos factores y el bienestar emocional. Crear escalas adaptadas al cáncer de mama, estos factores, basados en la psicología positiva, serían de

gran importancia en las intervenciones psicológicas que tengan como objetivo mejorar el bienestar emocional de las pacientes con cáncer de mama y mastectomizadas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Serra I, Maya D, Aguayo C. Cáncer de mama en Chile, mortalidades comparadas: niveles nacional, regional y comunal, 1990-2011. Análisis programático. *Rev Chil Cir.* 2014; 66(2): 118-26.
- 2.- Natal C, Caicoya M, Prieto M, Tardon A. Incidencia de cáncer de mama en relación con la participación en un programa de cribado poblacional. *Medicina Clínica.* Elsevier.2015; 144(4):156-60.
3. – Ascunce N. Sobrediagnóstico en programas de cribado de cáncer de mama: un efecto adverso inevitable que debe tenerse en cuenta. *Medicina clínica.* Rev Elsevier. 2015; 144 (4): 161-62.
- 4.- Colonia A, Rivera J, Orozco J, Marín D. HER-2: un marcador molecular usado en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento del cáncer de mama. *Rev Méd Risaralda* 2015; 21 (1): 31-37.
- 5.- Hernández D, Borges R, Márquez G, Betancourt I. Factores de riesgo conocidos para cáncer de mama. *Rev Venez Oncol.* 2010; 22 (1):16-31.
- 6.- Ascunce N. Sobrediagnostico en programas de cribado de cancer de mama: un efecto adverso inevitable que debe tenerse en cuenta. *Medicina clínica.* Rev Elsevier. 2015; 144 (4): 161-62.
- 7.- González MC, Nigenda G, López L. Acciones gubernamentales para la detección temprana del cáncer de mama en América Latina. *Retos a futuro. Salud pública de México.* 2010; 52(6):535-43.
- 8.- Jatoi I. Breast cancer screening. *Am J Surg.* 2013; 177: 518-24.
- 9.- Ellison RC, Zhang Y, Lennan CE. Exploring the relation of alcohol consumption to risk of breast cancer. *Am J Epidemiol.* 2014; 154:740-7.

- 10.- Bernard JR. Mammographically occult contralateral breast carcinoma detected by magnetic resonance imaging in the elderly. *Proc Am Soc Clin Oncol*. 2008; 26: 7.
- 11.-Boyd NF. Mammography density and the risk and detection of breast cancer. *N Eng J Med* 2007; 366: 227-36.
12. – Villarreal E, Escorcía V, Martínez L, Vargas ER, Galicia L, Cervantes R, et al. Historia natural del proceso diagnóstico del cáncer de mama. *Rev Panam Salud Pública*. 2014; 35(3):172–8.
- 13.- Wendie A. Mamografía más ecografía en la pesquisa del cáncer de mama. *JAMA*. 2008; 299(18):2151-63.
- 14.- Medina H. Biopsia por aspiración con aguja fina en lesiones mamarias: experiencia institucional. *Rev. invest. clín.* 2005; 3(57): 115-7.
15. - Usami S. Reliability of prognostic factors in breast carcinoma determined by core needle biopsy. *JPN J Clin Oncol*. 2007; 10 (4): 250-5.
- 16.- Mohar A, Reynoso N, Villarreal G, Bargallo JE, Arce C, Lara F. Cancer de mama en el Instituto Nacional de cancerología. Experiencia del Seguro popular 2007-2013. *Rev Mex De Mastologia*. 2015; 5(1): 6-11
- 17.- Blanco M, Quintas M, Sánchez M, González HG, Morffi BE. Características mamográficas del cáncer de mama. *Mediciego*. 2013; 19 (2): 2013- 21.
- 18.- Prieto MA, Delgado R, Baldó C, González E, López A, B. Vidal M. Clasificación y características del cáncer de intervalo en el programa de detección precoz de cáncer de mama en el Principado de Asturias. *Radiología*. 2013; 55(5):408-15

19. - Simpson JF, Page DL. Status of breast cancer prognostication based on histopathologic data. *Am J Clin Pathol.* 2012; 250: 534-38.
- 20.- Villarreal E, Escorcía V, Martínez M, Vargas RM, Galicia R, Cervantes R, et al. Historia natural del proceso diagnóstico del cáncer de mama. *Rev Panam Salud Publica.* 2014; 35(3): 172-78.
- 21.- Ruiz L, Rodríguez M, Llombart M, Machado I, Ramos G. Factores pronósticos clínicos y morfológicos determinantes en la supervivencia global en los carcinomas mamarios infiltrantes. Evaluación del volumen tumoral. *Acta Médica del Centro.* 2014; 8 (3): 37-49.
- 22.- Wyld L. Screening of the population for breast cancer. *Surgery.* 2007; 25:254-6.
- 23.- Cruz L, Morales E. Historia y estado actual sobre los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados en cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología.* 2014; 13(2):124-33
- 24.-Martínez D, Fortea C, Escrig J, Queralt M, Salvador JL, Relación del tamaño tumoral con la recidiva tras cirugía conservadora en el cáncer de mama en estadio tumoral T1-T2. Estudio poblacional. *Cir Cir .* 2014; 82:252-61.
25. - Poggi MM. Eighteen-year results in the treatment of early breast carcinoma with mastectomy versus breast conservation therapy. *Cáncer.* 2010; 98:697-702.
- 26.- Acea B, Calvo L, Antolín S, Albaina L, Juaneda M, Santiago P, et al. Propuesta de una nueva estrategia terapéutica multidisciplinar en la mujer con cáncer de mama y afectación del ganglio centinela. *Cirugía Española.* 2012; 90 (10): 623-33.
- 27.- Maffuz A, Aldaneli B, Labastida S, Tenorio T, Carbajal B, Rodríguez S. Impacto en la sobrevida y el periodo libre de progresión con tratamiento local en pacientes con cáncer de mama metastásico. *Gaceta Mexicana de Oncología.* 2014; 13(2):106-11

- 28.- Spears H. Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer ofrecuperance and 15-year survival: an overview of the randomized trials. *Lancet*. 2005; 365: 1687-717.
- 29.-Riemsma R. Systematic review of aromatase inhibitors in the first-line treatment for hormone sensitive advanced or metastatic breast cancer. *Breast Can Res Treat*. 2010; 123: 9-24.
- 30.- Pousa V, Miguelez A, Hernández M, González MA, Gaviria M. Depresión y cáncer: una revisión orientada a la práctica clínica. *Revista Colombiana de Cancerología*. 2015; 19(3): 166-72.
- 31.-Canicali P. Ansiedad en mujeres con cáncer de mama *Enfermedad glob*. 2012; 28(11): 1329-37.
- 32.- Villegas MJ. Depresión y ansiedad en mujeres mastectomizadas. *Revista académica e institucional de la UCPR*. 2007; 54 (2): 83-100.
- 33.- Fresche B, Andrade J, Inocenti A, Dos Santos A. Mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapéuticos: síntomas depresivos y adhesión al tratamiento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(6):866-73
- 34.- Ornelas RE, Rufino A, Sánchez JJ. Ansiedad y depresión en Mujeres con cáncer de Mama en radioterapia: prevalencia y factores asociados. *Anta de Investigación Psicológica*. 2011; 1(3): 401-14.
- 35.- Knaul FM, Nigenda G, Lozano R, Arreola H, Langer A, Frenk J. Cáncer de mama en México: una prioridad apremiante. *Salud Pública de México*. 2009; 51(2): 335-44.

- 36.- Latorre J, Navarro B, Parra D, Salguerob J, Woodc C, Cano A. Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un problema sin resolver. *Rev Clin Med Fam* 2012; 5 (1): 37-45.
37. – Stark D, Kiely M, Smith A. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol*. 2002; 20 (14): 3137-48.
38. - Villegas MJ. Depression and Anxiety in Women with a Mastectomy. *Revista académica e institucional de UPCR*. 2009; Pág 39-61.
39. - Spencer S. Concerns About Breast Cancer and Relations to Psychosocial Well-Being in a Multiethnic Sample of Early-Stage Patients. *Health Psychology*. 2009; 18 (2): 159-68.
40. - Cotton S. Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-oncology*. 2009; 8: 429-38.
41. - Skrzypulec M. Biopsychosocial functioning of women after mastectomy. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 18: 613–19.
- 42.- Ornelas RE, Tufiño MA, Sánchez JJ. Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. *Acta de investigación psicol*, 2011; 1(3): 401-14
- 43.- Velázquez L, et al. Ansiedad y calidad de vida en la mujer con cáncer de mama. *Unison/Epistemus*. 2015; 19 (2):14-23

44.- Valle R, Zúñiga M, 1, Tuzet C, et al. Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. An Fac Med Lima, 2006; 67(4): 327-32.

45.- Barreto MP, Ferrero J, Toledo. La intervención psicológica en pacientes de cáncer. Clínica y Salud. 2010; 4(3): 253- 62.

46.- Jaramillo N, Valencia GI. Presencia de sintomatología, ansiosa, depresiva o mixta (trastornos adaptativos) en un grupo de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y en tratamiento oncológico. Universidad católica de Pereira facultad de ciencias humanas, sociales y de educación programa de psicología Pereira, 2011; 69.

47.- Gutiérrez C, Domínguez B. Mecanismos subyacentes a la revelación emocional ante dolor y estrés en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas Psicología y Salud. 2013; Vol. 23, Núm. 2: 171-82.

MEXICO

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



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1603
H GRAL ZONA NUM 8, MICHOACÁN

FECHA 20/07/2015

M.C. PAULA CHACÓN VALLADARES

PRESENTE

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

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN MUJERES MASTECTOMIZADAS DE LA UMF N. 80

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

Núm. de Registro
R-2015-1603-21

ATENTAMENTE

DR.(A). GUSTAVO GABRIEL PÉREZ SANDI LARA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1603

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Ansiedad y Depresión en mujeres mastectomizadas de UMF.80.

Lugar y fecha: U.M.F No. 80 de Morelia, Michoacán.

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Identificar la presencia de ansiedad y depresión en mujeres mastectomizadas de la UMF 80.

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación en el estudio consistirá en contestar algunas preguntas sobre la presencia de ansiedad y depresión en mujeres mastectomizadas en UMF N 80.

Posibles riesgo y molestia: Alguna(s) de las preguntas durante la entrevista pueden parecerle incómodas, teniendo usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Posibles beneficios: Someter a las pacientes que resulten con ansiedad y depresión a ayuda psicológica.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Los investigadores se comprometen a darle información y aclarar cualquier duda que se plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro: La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Tiene el derecho de poder retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente sin que esto acarree perjuicio alguno para su persona o afecte la atención médica que recibe en el instituto.

Privacidad y confidencialidad: Al participar en esta investigación conserva el derecho de justicia, de no maleficencia, de respeto y de beneficencia. No se le identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y los datos relacionados con su privacidad serán manejados en forma confidencial.

Por todo lo anterior declaro que acepto participar en el estudio y puedo retirarme del estudio si así lo decido, sin que ello afecte los servicios que recibo del IMSS.

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

Investigador Responsable: Dra. Maricela Coronel Santos. MATRICULA: 98176859, CURP: COSM821130MNR03, Correo electrónico: mary021182@hotmail.com, Teléfono celular: 4431998673, Unidad de Adscripción UMF 80

Colaboradores: Dra. Paula Chacón Valladares Correo electrónico. Pamelahannibalitaa@hotmail.com
Teléfono Celular 4432886265, Unidad de Adscripción UMF N° 80 / Dr. Rafael Villa Barajas. Correo electrónico: rvillabarajas@yahoo.com.mx, Teléfono Celular. 4431246024, Coordinador de Enseñanza Estatal.

Comité Local de Investigación y Ética de investigación en salud no. 1603. Secretario del Comité: Dr. Jerónimo Camacho Pérez. Cel. 4525243731.

En caso de dudas o aclaraciones sobre mis derechos como participante podrá dirigirme con el Secretario Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No 1603 al teléfono 4431876938.
Comisión de Ética de Investigación de la 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: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto
Testigo 1

Nombre y firma del sujeto
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombre.....Fecha.....

Elija de cada uno de estos planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1. a. No me siento triste. 0
b. Me siento triste. 1
c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza. 2
d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo. 3

2. a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro. 0
b. Me siento desanimado con respecto al futuro. 1
c. Siento que no tengo nada que esperar. 2
d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar. 3

3. a. No creo que sea un fracaso. 0
b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal. 1
c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos. 2
d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona. 3

4. a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes. 0
b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo. 1
c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada. 2
d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo. 3

5. a. No me siento especialmente culpable. 0
b. No me siento culpable una buena parte del tiempo. 1
c. Me siento culpable casi siempre. 2
d. Me siento culpable siempre. 3

6. a. No creo que este siendo castigado. 0
b. Creo que puedo ser castigado. 1
c. Espero ser castigado. 2
d. Creo que estoy siendo castigado. 3

7. a. No me siento decepcionado de mi mismo. 0
b. Me he decepcionado a mi mismo. 1
c. Estoy disgustado conmigo mismo. 2
d. Me odio. 3

8. a. No creo ser peor que los demás. 1
b. Me critico por mis debilidades o errores. 2
c. Me culpo siempre por mis errores. 3
d. Me culpo de todo lo malo que sucede.

AUSENTE: 0-9, LEVE 10-16, MODERADA 17-29, GRAVE 30-36.
ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestesias (pinchazos u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Síntomas respiratorios: Opresión pre torácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14	<p>Conducta en el transcurso del test: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES																			
ACTIVIDAD	2014		2015						2016				2017						
	A	D	E	F	M	A	M	J	J	E - F	SE P	OC T	NO V	E	F	M	A	M	J
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE ESTUDIO	X	X	X	X															
SUBIR EL PROTOCOLO Y APROBACIÓN POR EL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN									X										
RECOLECCIÓN DE DATOS									X	X									
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS									X	X	X								
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS											X								
PRESENTACIÓN DE LA TESIS												X							
PREPARACIÓN DE MANUSCRITO PARA PUBLICACIÓN														X	X				

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE:

No DE SEGURO SOCIAL:

EDAD:

VARIABLES							
Estado Civil	Soltera	Casada	Divorciada	Viuda	Unión libre		
Escolaridad	Analfabeta	Sabe leer y escribir	Básico	Medio superior	Técnico	Superior	Profesional
Método de Planificación	Hormonal	Dispositivo	Barrera	Natural			
Depresión	Ausente	Leve	Moderada	Severa			
Mastectomía	Parcial	Total					
Ansiedad	Psíquica	Psomática					

ESCALA DE HAMILTON						
Estado ansioso	1	2	3	4	5	
Tensión	1	2	3	4	5	
Miedos	1	2	3	4	5	
Insomnio	1	2	3	4	5	
Funciones intelectuales (cognitivas)	1	2	3	4	5	
Estado de ánimo depresivo	1	2	3	4	5	
Síntomas somáticos musculares	1	2	3	4	5	
Síntomas somáticos generales	1	2	3	4	5	
Síntomas cardiovasculares	1	2	3	4	5	
Síntomas respiratorios	1	2	3	4	5	
Síntomas gastrointestinales	1	2	3	4	5	
Síntomas genitourinarios	1	2	3	4	5	
Síntomas del sistema nerviosos autónomo	1	2	3	4	5	
Conducta en el trascurso del test	1	2	3	4	5	