



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
División de Estudios Profesionales

**FACTORES PRE-
QUIRÚRGICOS Y
SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA
Y DEPRESIVA EN MUJERES
CANDIDATAS A
MASTECTOMÍA**

TESIS

Que para obtener el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Presenta:

ALEX ROJAS MIGUELES

Directora: Dra. Aime Edith Martínez Basurto

Revisor: Dr. Juan José Sánchez Sosa

Sinodales:

Dr. Héctor Rafael Velázquez Jurado

Mtra. Karla Suárez Rodríguez

Dr. Samuel Jurado Cárdenas

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

When you're a kid,
they tell you it's all...
grow up.
Get a job. Get married.
Get a house. Have a kid,
and that's it.

But the truth is,
the world is so much stranger than that.
It's so much darker.
And so much madder.
And so much better.

~Doctor Who

Agradecimientos

A Georgina, una gran mujer, mi mejor amiga y compañera de vida, por tu tiempo, por escucharme, por permitirme aprender de ti, por todas las experiencias que hemos tenido juntos y las que faltan por venir.

A Maya Amelia, mi hija, por la satisfacción que me da ser parte de tu vida y que tú seas parte de la mía, por todo lo que ya me has enseñado y por lo que aún nos falta por aprender juntos.

A Alejandro, mi padre, por tus experiencias de vida que me enseñan a ser una persona amable, fuerte y feliz.

A Leticia, mi madre, por tu tiempo, paciencia, amor y ejemplo que me enseñan que también puedo lograr grandes cosas a pesar de las adversidades.

A Marlen y Yuri, mis hermanas, por su peculiar forma de mostrarme afecto y amistad.

A Abel, Eufemia, Jorge, e Imelda, mis abuelos, por ser parte de mi historia, de lo que soy y enseñarme de tantas formas a ser mejor persona.

A Tania por todas las horas de trabajo duro, por las conversaciones amenas en este camino de la investigación, por tu comprensión y tu amistad.

A Aime por acercarme más a la investigación, por tus experiencias, apoyo, confianza y amistad desde el principio.

Al Doctor Juan José Sánchez Sosa por su orientación, calidez humana y conversaciones que me hicieron sentir como en mi hogar durante mi estancia en el cubículo.

A la maestra Karla Suárez, al Dr. Héctor Velázquez y al Dr. Samuel Jurado por sus observaciones, tiempo, compromiso y ayuda en este largo proceso.

Al Doctor Zeferino, Jonathan, Josué y todo el equipo del servicio de Oncología quirúrgica del hospital por la disposición, tiempo y su forma de involucrarnos al equipo médico.

A Denise y Elisa, por su entusiasmo, ayuda, tiempo y amistad desde que nos conocimos en este proyecto.

A Alma, Berenice, Charlie, Luis y Verónica por su amistad, confianza y camaradería desde que nos conocimos en esta bella carrera.

A Maru, Jazz, Mónica, Esme, Caro y Lalo por ser mis maestros en distintos momentos me ayudaron, cada uno con su particular estilo, a ser mejor psicólogo y amigo.

A mi familia de camino y a mi familia de sangre, por dejarme aprender de ustedes, por orientarme y ser parte de mi vida. Porque cada uno de ustedes me ha enseñado algo que no sabía y he aprendido a ser la persona que soy hoy.

A las pacientes de este estudio porque los datos de esta investigación ayuden a más personas, mujeres y hombres, a vivir con plenitud aun teniendo cáncer. Y que sin saberlo cada una de sus experiencias me enseñaron a comprender lo que es verdaderamente importante en esta vida.

Índice

Resumen.....	7
Abstract.....	8
Cáncer de mama.....	9
Diagnóstico y etapificación.....	11
Tratamientos.....	13
Mastectomía Radical Modificada.....	15
Aspectos psicológicos de la mastectomía.....	17
Asociación entre factores psicológicos y prequirúrgicos	21
Fundamentación del estudio.....	34
Objetivos.....	37
Objetivo general.....	37
Objetivos específicos	37
Pregunta de investigación	37
Método.....	38
Participantes	38
Diseño de investigación.....	41
Variables de estudio	41
Instrumentos	44
Escenario	46
Procedimiento	46
Aspectos éticos.....	47
Análisis estadístico	49

Resultados	50
Factores psicológicos.....	50
Factores prequirúrgicos	52
Factores psicológicos y prequirúrgicos	55
Discusión.....	57
Sugerencias para futuros estudios	64
Referencias	66
Anexos	74

Resumen

El cáncer de mama es la principal causa de muerte en mujeres de países subdesarrollados. Ante diagnósticos tardíos la mastectomía radical modificada (MRM) se vuelve necesaria. Sin embargo, puede representar importantes repercusiones emocionales en las pacientes, destacando la ansiedad y depresión, cuya posible relación con características clínicas-prequirúrgicas como la etapa clínica, los tratamientos neoadyuvantes y la demora del tratamiento quirúrgico (DTQ) ha sido pobremente descrita. El objetivo del presente estudio fue identificar la relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva con los factores prequirúrgicos en candidatas a MRM. Mediante un diseño correlacional, empleando el Inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, se evaluó a 63 candidatas a MRM en un hospital público de la Ciudad de México. Posteriormente, se extrajeron de sus expedientes médicos los datos referentes a los factores prequirúrgicos. Los resultados mostraron que el 53% de las pacientes se encontraba en etapa III, el 44% recibió algún tratamiento neoadyuvante, siendo quimioterapia el más frecuente y el 46% de las pacientes presentaron sintomatología depresiva y/o ansiosa. La media de la DTQ fue de 24 semanas, correlacionando negativa y estadísticamente con la sintomatología ansiosa ($r=-.28$; $p<.5$). En conclusión, existe una importante presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en la población de estudio. Los resultados respecto a la DTQ concuerdan con la literatura, dejando ver la importancia de un periodo de ajuste y preparación emocional para afrontar la cirugía. Se recomienda realizar estudios longitudinales que permitan llevar un seguimiento más amplio del comportamiento de las variables.

Palabras clave: Mastectomía, Ansiedad, Depresión, Etapa Clínica, Tratamiento Neoadyuvante, Demora del Tratamiento Quirúrgico.

Factores Psicológicos, Pre-quirúrgicos y Mastectomía | 7

Abstract

Breast cancer is the main cause of death in women from underdeveloped countries. In case of late diagnosis, Modified Radical Mastectomy (MRM) becomes necessary. However, this procedure implies severe emotional repercussions in patients and in those close to them, especially anxiety and depression. Other related factors which have been poorly described include clinical-presurgical characteristics such as the clinical stage, neoadjuvant treatments and the Surgical Treatment Delay (STD). The present study sought to identify the relationship between anxious and depressive symptoms with pre-surgical factors in MRM candidates. Through a correlational design, using the Hospital Anxiety and Depression Scale, we evaluated 63 candidates to MRM from a public hospital in Mexico City. Subsequently, data referring to the pre-surgical factors were extracted from the patients' medical records. The results showed that 53% of patients were in cancer progress stage III, 44% received some neoadjuvant treatment, mainly with chemotherapy and 46% of them showed depressive and/or anxious symptoms. The mean of the STD was 24 weeks, negatively correlating with anxious symptoms ($r=-.28$; $p<.5$). In conclusion, there is a significant presence of anxious and depressive symptoms in this clinical population. Results about the STD are consistent with others from the research literature and reveal the importance of a period of adjustment and emotional preparation to face the surgery. Longitudinal studies are recommended to allow a broader follow-up of the behavior of these key variables.

Key words: Mastectomy, Anxiety, Depression, Clinical Stage, Neoadjuvant Treatment, Surgical Treatment Delay.

Cáncer de mama

Al hablar de cáncer de mama se hace referencia a un padecimiento caracterizado por el crecimiento anormal y descontrolado de las células epiteliales del tejido mamario, presentándose en forma de tumor maligno. Éste puede originarse en distintas partes de la mama. Sin embargo, la mayoría comienza en los conductos o en los lobulillos mamarios. Una de las principales características de las células cancerosas es que pueden diseminarse, es decir, pueden crecer invadir tejidos circundantes o propagarse a otras áreas del cuerpo, en el proceso denominado metástasis (American Cancer Society, 2016; Secretaria De Salud, 2009).

El cáncer de mama se encuentra en el segundo puesto respecto al tipo de cáncer más común a nivel mundial, según los datos estadísticos del Proyecto Globocan (Ferlay et al., 2013). Asimismo, es el cáncer más frecuente en mujeres, con una cifra de 1.67 millones de casos nuevos diagnosticados en el año 2012, lo que representa el 25% de la incidencia en ese año. Según el reporte de la International Agency for Research on Cancer, 883 000 de estos casos nuevos fueron diagnosticados en mujeres pertenecientes a países desarrollados, mientras que el resto (794 000) eran provenientes de países de bajos ingresos, lo cual no representa una diferencia ampliamente significativa entre ambas condiciones. La situación cambia cuando se relaciona con los datos de mortalidad pues el grado de desarrollo de un país sí parece relacionarse con la cantidad de muertes a causa de la enfermedad. En los países subdesarrollados el cáncer de mama se encuentra ubicado como la causa más frecuente de muerte por cáncer, con 522 000 defunciones. En contraste, en los países desarrollados, este padecimiento es la segunda causa de muerte (198 000 defunciones),

quedando justo después del cáncer de pulmón. Esto podría deberse a que el escaso acceso a servicios de salud y la poca sensibilización para la detección precoz tiene como resultado que en los países de bajos recursos el diagnóstico se realice en estadios avanzados de la enfermedad (INEGI, 2016), hecho de interés para México al ser un país en vías de desarrollo.

Con respecto a la presencia de esta enfermedad en México, para el año 2015 la incidencia del cáncer de mama fue de 14.8 casos nuevos por cada 100 000 personas de 20 años y más. Respecto a la influencia de la edad en el desarrollo del tumor maligno de la mama, se ha observado que a mayor edad, en las mujeres, se incrementa el periodo de exposición a los factores de riesgo lo que a su vez incrementa la probabilidad de desarrollar dicho padecimiento. Esto se ve reflejado en que para el año 2015, se observó un incremento de la incidencia con la edad. El punto máximo en las mujeres se alcanza en el grupo de 60 a 64 años, con 60.05 casos nuevos por cada 100 000 mujeres. Sin embargo, se ha registrado un gran incremento en la incidencia entre las mujeres jóvenes ya que los casos nuevos pasan de 13 (para el grupo de 25 a 44 años) a 50 (para el grupo de 45 a 49 años) por cada 100 000 mujeres de cada grupo de edad. Lo cual resulta preocupante pues no solían encontrarse resultados tan altos en periodos previos (INEGI, 2016).

Finalmente, en México, para el año 2014 el cáncer de mama fue la causa de 15 defunciones por cada 100 000 mujeres de 20 y más. Asimismo, se ha visto que también en este rubro conforme aumenta la edad aumentan los fallecimientos, ya que en el grupo de mujeres de 20 a 29 años hay un fallecimiento por cada 100 000 mujeres, mientras que en el grupo de 80 y más son 65 los fallecimientos (INEGI, 2016).

Diagnóstico y etapificación

El diagnóstico de este padecimiento se realiza mediante distintos métodos. Inicialmente, contribuyen la autoexploración y la exploración clínica. No obstante, las técnicas que suelen confirmar el dictamen son los estudios por imágenes (mastografía, ultrasonido, resonancia magnética) en combinación con los exámenes histopatológicos (biopsias) (American Cancer Society, 2016; European Society Medical Oncology [ESMO], 2013).

En México, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA-2011 diseñada para la *prevención, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama* (Secretaría de Gobernación [SEGOB], 2011), los proveedores de salud tienen la obligación de realizar exámenes de exploración clínica de la mama a las mujeres a partir de los 25 años de edad, mientras que las pruebas de tamizaje (mastografía), deben llevarse a cabo en mujeres de 40 a 69 años de edad, cada dos años, tengan o no síntomas. Cuando se observan resultados sospechosos en la mastografía (mamografía), se procede a confirmar o descartar el diagnóstico por medio del resto de las pruebas mencionadas.

Al recibir un diagnóstico de cáncer de mama, todas las pacientes deben clasificarse en una de las etapas del sistema de estadificación TNM del *American Joint Committee on Cancer*, empleado a nivel internacional. Dicho sistema, cuyos criterios incluyen el tamaño del tumor, la implicación de los ganglios linfáticos y la presencia de metástasis, proporciona información a los profesionales de la salud respecto a los riesgos, el pronóstico y contribuye a la orientación de un tratamiento más eficaz dependiendo de las características individuales

de las pacientes y el tipo de cáncer que padecen (Arce et al., 2011; ESMO, 2013; Cárdenas et al., 2017). En la tabla 1 se presenta una descripción sintetizada de la clasificación TNM, donde se describen brevemente las principales características de cada uno de los estadios.

Tabla 1.

Sistema de estadificación TNM

Estadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1 (incluye T1 mi)	N0	M0
IB	T0	N1 mi	M0
	T1 (incluye T1 mi)	N1 mi	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1 (incluye T1 mi)	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1 (incluye T1 mi)	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
IIIC	Cualquier T	N3	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

Nota: Los detalles de las nomenclaturas respecto al tamaño del tumor (T), los ganglios linfáticos (N) y la presencia de metástasis (M) se presentan en la tabla 2 (Anexo 1). Recuperada del Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario (Cárdenas et al., 2017).

Como se mencionó, éste sistema de clasificación es especialmente relevante tanto en la determinación del pronóstico como en la elección del tratamiento. Así, las etapas tempranas implican pronósticos más favorables y tratamientos menos invasivos, mientras que etapas más avanzadas requieren procedimientos más agresivos y generalmente se vislumbra un pronóstico menos positivo (ESMO, 2013). Según datos presentados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016), las mujeres diagnosticadas en la etapa 0 de la enfermedad tienen un 95% de probabilidad de supervivencia, esta probabilidad se reduce a 88% en la etapa I, a 66% en la etapa II, 36% en la etapa III, y disminuye drásticamente a un 7% en la etapa IV. Cabe mencionar que el tratamiento en esta última etapa del padecimiento se enfoca exclusivamente a brindar una mejor calidad de vida para la persona hasta que ocurra el fallecimiento.

Sin embargo, la etapa en la que se encuentre la paciente no será el único criterio de elección para determinar un tratamiento y pronóstico. En este sentido, cobran relevancia variables como la edad de la paciente, el estado menopáusico, comorbilidades, etc. (Arce et al., 2011).

Tratamientos

El tratamiento médico para el cáncer de mama requiere abordarse desde una perspectiva multidisciplinaria que conjunte los esfuerzos del cirujano oncólogo, el médico oncólogo y el radiooncólogo, como mínimo, para brindar una atención integral a la paciente (Cárdenas et al., 2017; Herrera & Granados, 2013).

Los procedimientos oncológicos suelen dividirse en tratamiento *neoadyuvante*, que se refiere a la intervención que se administra previo al tratamiento principal, puede consistir en quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, aplicadas antes de la cirugía, con el objetivo de disminuir las dimensiones del tumor y facilitar la intervención quirúrgica. Están también las terapias *adyuvantes*, que implican los procedimientos médicos administrados después del tratamiento principal y cuyo objetivo primordial es eliminar cualquier resto de células malignas para decrementar el riesgo de recurrencia de la enfermedad. Dentro de esta clasificación se suelen encontrar la quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal, terapia dirigida o terapia biológica (American Society of Clinical Oncology [ASCO], 2012; National Cancer Institute [NCI], 2016). Sin embargo, es importante mencionar que a pesar de los beneficios que ofrecen estos tratamientos en términos de la enfermedad, los efectos secundarios suelen afectar de manera sustancial la vida de las pacientes. Entre los más reportados se encuentran fatiga, irritación en piel, náusea y pérdida de apetito. Sin mencionar las consecuencias psicológicas como el síndrome de náusea y vómito anticipatorio. Además, dichos tratamientos son tan demandantes e invasivos que la cotidianidad de las mujeres se torna terriblemente alterada demandando una adaptación urgente a la nueva situación, y manifestándose muchas veces en forma de malestar psicológico (Beltrán, 2013; Ornelas-Mejorada, 2013; Ornelas-Mejorada, Tufiño & Sánchez-Sosa, 2011).

Otra clasificación respecto a los procedimientos oncológicos, es la que divide a los tratamientos en *sistémicos* y *focalizados*. Dentro de los primeros se encuentran la quimioterapia, la hormonoterapia y la terapia dirigida a blancos. Mientras que en los tratamientos focalizados están la radioterapia y la cirugía (Arce et al., 2011). El tratamiento

focalizado, en general, y la cirugía, en particular, constituyen la herramienta terapéutica más importante en el tratamiento del cáncer mamario.

A su vez, el tratamiento quirúrgico se divide en cirugía conservadora de la mama y mastectomía, de la cual, existen distintas modalidades. Está la mastectomía total, la mastectomía total preservadora de piel, la mastectomía bilateral y la mastectomía radical modificada, entre otras (American Cancer Society, 2016).

Mastectomía Radical Modificada

La mastectomía radical modificada (MRM) es un procedimiento quirúrgico que consiste en la resección total del tejido de la mama así como la disección de los ganglios linfáticos axilares (American Cancer Society, 2016). El hecho de que la MRM implique disección axilar puede conllevar a mayores complicaciones de las que involucraría una cirugía donde sólo se extrae el tejido mamario. Por ejemplo, se llega a presentar dolor en el brazo y se puede desarrollar la enfermedad conocida como linfedema, lo que repercute directamente en la calidad de vida de las pacientes (Beltrán, 2013). A pesar de que hoy en día se sabe que intervenciones con menos complicaciones secundarias pueden ofrecer los mismos resultados en muchos de los casos (American Cancer Society, 2016), en México se realiza este procedimiento con gran frecuencia a causa de los estadios avanzados en que se suele realizar el diagnóstico (Cárdenas et al., 2017), pues en México el 90% de los casos diagnosticados se confirman durante las etapas III y IV (INEGI, 2016).

Para poder generar una idea de la relevancia que tiene este procedimiento quirúrgico en el país, basta con conocer los últimos datos difundidos por la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 “*Dr. Victor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez*” del Centro Médico Nacional (CMN) “*La Raza*”, respecto a las estadísticas de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el año 2011, presentados en la tabla 3 (véase el anexo 2), donde la MRM resultó ser la segunda intervención realizada con mayor frecuencia quedando después de la Biopsia con Estudio Transoperatorio (ETO), de un total de 20 tipos de cirugías realizadas (UMAE, Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, CMN “*La Raza*”, 2011). Esta proporción puede también explicarse por las etapas tardías en que se suele realizar el diagnóstico en México.

Para que una paciente sea candidata a una cirugía como la MRM debe haber pasado por distintas situaciones tales como las pruebas de tamizaje, la confirmación del diagnóstico, la asignación a una etapa de la enfermedad y la selección de los tratamientos, entre otras. Dichos eventos junto con las características propias del servicio (demanda, recursos, eficacia) y de las pacientes (edad, comorbilidades, información, creencias y preferencias) pueden tener un efecto en la demora para la realización del tratamiento quirúrgico (en este caso, la MRM).

Algunos autores definen esta demora como el periodo que transcurre entre la fecha de diagnóstico y la fecha definitiva de la cirugía (Smith, Jung et al., 2011; Ziogas & Anton-Culver, 2013). Este concepto se ha estudiado ampliamente en términos de sus efectos a mediano y largo plazo, sobre todo en variables como el pronóstico y la supervivencia (Smith et al., 2013). Sin embargo, se ha empezado a

proponer la importancia de esta variable en factores relacionados con el bienestar psicológico y la calidad de vida (Ganz en Brazda, 2010).

Aspectos psicológicos de la mastectomía

No resulta difícil darse cuenta de la gran cantidad de mujeres que se ven afectadas y las diversas variables que contribuyen a la complejidad de este padecimiento. En este contexto, vale la pena señalar que el sufrimiento a causa del cáncer de mama no se limita al ámbito físico. En sentido psicológico, el encontrarse frente a un diagnóstico de cáncer implica un panorama radicalmente diferente en la vida de quien lo padece. El mismo curso de la enfermedad trae consigo complicaciones nuevas en el día a día de la persona, incluyendo cambios radicales a sus estilos de vida. En muchas ocasiones, esto puede exponer a la paciente y a sus allegados inmediatos a distintos niveles de estrés y conflictos psicológicos (Senkus et al., 2015). Estas situaciones suelen incluir una variedad de emociones negativas relativamente intensas y, de hecho, duraderas entre las cuales aparecen frecuentemente la sintomatología ansiosa y depresiva (Garduño, Riveros & Sánchez-Sosa, 2010; Moorey & Greer 2012; Ornelas-Mejorada, 2013). Dichas emociones se van a ver exacerbadas especialmente si los tratamientos oncológicos implican secuelas que limitan a los individuos y potencian un desgaste cognitivo, emocional y conductual de las pacientes, como suele suceder en el caso de la mastectomía. Sin embargo, la afectación estará matizada de diversas maneras dependiendo de las características individuales de cada paciente (Martínez-Basurto, Lozano-Arrazola, Rodríguez-Velázquez, Galindo-Vázquez & Alvarado-Aguilar, 2014).

Las repercusiones de la mastectomía en el ámbito psicológico se han documentado desde hace varias décadas, desde el año 1986 ya se encontraba evidencia sólida en la literatura científica de que las pacientes con mastectomía reportaban los niveles más altos de distrés emocional comparadas con grupos de participantes sanas o que habían recibido algún otro tipo de cirugía (biopsia o colecistectomía). Principalmente se trata de distrés emocional en términos de síntomas de depresión y ansiedad, algunos meses después de la cirugía (Gottschalk & Hoigaard-Martin, 1986). Estos resultados han sido ratificados en diversos estudios más recientes (Lim, Devi y Ang, 2011).

En estudios más recientes, una revisión de la literatura realizada en el 2014 describe diversas afectaciones que se han observado en las pacientes con cáncer de mama tratadas con mastectomía radical. Los estudios hacen énfasis en la importancia de abordar las repercusiones psicológicas de este procedimiento quirúrgico ya que no sólo se trata de una intervención que genera cambios visualmente desagradables y cuya secuela física es una mutilación, sino que se trata de la mutilación de un miembro del cuerpo altamente valorado por las mujeres (y muy probablemente sus parejas) de manera significativa al estar estrechamente relacionado con la femineidad, la capacidad reproductora, erotismo, sexualidad y autoestima (Garduño et al., 2010; Martínez-Basurto et al., 2014). Por ello, las repercusiones psicológicas ante la pérdida de un seno afectan de manera importante la imagen y sus aspectos cognitivos y emocionales relacionados.

Asimismo, se ha visto que mientras mayor sea la deformidad, más grande es la probabilidad de desarrollar problemas psicológicos, interpersonales y sociales. Sin embargo, también es de destacarse que las emociones y la intensidad con que se presenten estarán mediadas

por los estilos de afrontamiento con los que se cuente (Lazarus y Folkman, 1991; Martínez-Basurto et al., 2014).

Las reacciones emocionales ante la mastectomía suelen ser sentimientos de pérdida, mutilación y desvalorización de la imagen corporal, frustración, tristeza y enojo, así como, deterioro en la autoestima. No obstante, las alteraciones psicológicas exhibidas con mayor frecuencia son síntomas de ansiedad y depresión. Cabe aclarar que a pesar de que no todo el distrés psicológico necesariamente cumple las características para ser etiquetado formalmente como patológico, una gran cantidad de las pacientes en etapas avanzadas presentan depresión grave (Garduño et al., 2010; Martínez-Basurto et al., 2014).

Esta sintomatología, tanto ansiosa como depresiva, se ha asociado en numerosos estudios con otro tipo de características psicológicas como el manejo del estrés, ciertas cogniciones y conductas específicas (Martínez-Basurto et al., 2014). Como se ha documentado ampliamente, las cogniciones, las emociones y la conducta son tres entidades estrechamente relacionadas, que se afectan mutuamente en todos los sentidos (Lega, Caballo, y Ellis, 2009). Así, por ejemplo, las creencias presentadas por las pacientes también son un factor importante para que las reacciones emocionales y su comportamiento se tornen funcionales o disfuncionales, generando sufrimiento y mala adaptación. Por ejemplo, creencias funcionales basadas en información correcta y no sesgada suele conducir a conductas como buena adherencia terapéutica, adaptación y el reconocimiento en una justa proporción de la enfermedad, lo que repercutirá en el bienestar físico y psicológico.

Por el contrario, la percepción del cáncer como un evento extremadamente estresante, por ejemplo el pensarse deformada en extremo puede producir un estado de alerta continuo respecto del propio aspecto, aun cuando dicha deformidad no sea percibida tan fácilmente por otras personas. Las creencias disfuncionales también pueden contribuir a otro tipo de comportamientos disfuncionales como aislamiento debido a la vergüenza y miedo al rechazo, evitar mirarse al espejo u observar directamente la zona afectada, cambios en el estilo de ropa (Martínez-Basurto et al., 2014), problemas sexuales y conflictos maritales (Vega, 2016). De hecho, se sabe que gran parte de los problemas sexuales relacionados con esta enfermedad suelen tener un origen psicológico que no puede explicarse por factores orgánicos. Es más bien la depresión y ansiedad experimentadas por las pacientes impactan en su funcionamiento sexual, así como los efectos colaterales del resto de los tratamientos recibidos (Martínez-Basurto et al., 2014).

En este contexto se vuelve importante detectar de manera adecuada este tipo de malestar psicológico para diseñar intervenciones eficaces dirigidas a enseñar a las pacientes a afrontar tanto la enfermedad como los tratamientos, en este caso la cirugía, y así mejorar la adaptación a la situación y reducir el sufrimiento.

Adicionalmente, algunos estudios han intentado investigar la relación de esta sintomatología con ciertos factores clínicos asociados a características de los tratamientos, como son la gravedad de la enfermedad, en términos de la etapa clínica de la paciente (Schubart et al., 2014), la duración del periodo preoperatorio (Gordillo, Arana & Mestas, 2011) y otros tratamientos oncológicos recibidos (Ching, Kamala & Ang, 2011) además de la cirugía. Asimismo puede resultar conveniente para efectos de concepciones o análisis macrológicos

examinar la relación de la sintomatología ansiosa y/o depresiva con variables sociodemográficas tales como la edad, el estado civil, el nivel socioeconómico y la escolaridad. Por otra parte, sin embargo, la investigación en estos sentidos todavía es muy limitada.

Asociación entre factores psicológicos y prequirúrgicos

En el periodo preoperatorio existen ciertas características clínicas de relevancia que conviene considerar para la toma de decisiones y a pesar de ello, no hay suficiente evidencia respecto a los factores prequirúrgicos que documenten esta asociación. Características como la etapa clínica, los tratamientos neoadyuvantes y la demora del tratamiento quirúrgico podrían jugar un papel importante en los niveles de la sintomatología depresiva y/o ansiosa en el periodo previo a la cirugía. La importancia de profundizar en este periodo parte del hecho de que numerosos estudios han reportado las implicaciones a futuro de la ansiedad y depresión prequirúrgicas.

Por ejemplo, se ha documentado que altos niveles de ansiedad prequirúrgica pueden desembocar en inestabilidad cardiovascular y arritmias cardíacas durante la anestesia y la cirugía (Carapia-Sadurni, Mejía-Terrazas, Nacif-Gobera & Hernández-Ordóñez, 2011). Lo cual, puede dificultar el procedimiento quirúrgico representando un riesgo adicional para la paciente.

Asimismo, las implicaciones del malestar psicológico presentado en el periodo previo a la cirugía no sólo se limitan a complicaciones durante la intervención quirúrgica, sino que parecen asociarse con problemas incluso en el periodo postoperatorio. Se ha visto que mientras más altos niveles de ansiedad presente una paciente, más

complicada suele ser su convalecencia (Carapia-Sadurni et al., 2011; Törer, 2010). Por ejemplo, se ha documentado la presencia de ansiedad y depresión preoperatoria como predictores importantes de dolor en el periodo posterior a la cirugía (Bradshaw, Hariharan & Chen, 2016; Yun, Abrishami, Peng, Wong & Chong, 2009). También hay estudios que sugieren que si se disminuyen los niveles de ansiedad, se favorece una recuperación postoperatoria más rápida al decrementar la probabilidad de aparición de trastornos del comportamiento, tales como desorientación, agresividad, conducta psicótica, hipocinesia, requerimientos excesivos de analgesia, así como mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a infecciones, y mayor estancia hospitalaria (Carapia-Sadurni et al., 2011). Todos estos eventos, además de representar dificultades y sufrimiento para la paciente, repercutirá en forma de saturación del centro hospitalario y costos más elevados (Gordillo et al., 2011). Así, invertir en estrategias para contribuir a la reducción de los niveles de estrés podría correlacionarse con menor tiempo y costo invertido tanto por parte de los pacientes como del sistema de salud.

Sin embargo, la relación de las características que aquí se plantean no se aprecia de manera nítida en la literatura de investigación, pues son pocas las investigaciones que se han dado a la tarea de explorarlas. A pesar de ello, la experiencia clínica señala con claridad su relevancia en este contexto.

Entre los estudios que se han acercado a la tarea de investigar dichas asociaciones está el de Schubart et al. (2014), que tuvo como objetivo explorar los niveles de distrés psicológico en mujeres con cáncer de mama. Los autores exploraron la correlación de dicha sintomatología con variables como el tiempo transcurrido desde el

diagnóstico hasta el momento de la evaluación, el tipo de cirugía realizada (lumpectomía, mastectomía unilateral, mastectomía bilateral), la etapa del tumor, otros tratamientos oncológicos recibidos y algunos factores sociodemográficos (edad, estado civil, raza/grupo étnico).

Los hallazgos más representativos del estudio señalan que el 28% y el 18% de las pacientes presentaron niveles significativos de sintomatología ansiosa y depresiva respectivamente. Además, se documentó una correlación positiva y estadísticamente significativa con la extensión de la cirugía, lo cual indica que, mientras mayor complejidad implica la cirugía, mayor es el distrés presentado por las pacientes. Respecto a la etapa de la enfermedad no se encontraron asociaciones significativas.

Cabe resaltar que en el estudio de Schubart et al. la mayoría de las pacientes se encontraba en etapas iniciales de la enfermedad, por lo que valdría la pena explorar si los resultados serían similares aumentando el número de pacientes en etapas avanzadas, característica representativa de la población oncológica mexicana. Respecto a otros tratamientos oncológicos ese estudio tampoco encontró asociaciones significativas, de hecho, en el estudio no se señala si se hace distinción entre tratamientos neoadyuvantes y tratamientos adyuvantes, en este caso sería recomendable realizar tal distinción para claridad de los resultados. Finalmente, a pesar de que en dicho estudio se hace una medición del tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la evaluación, esto no podría ser equiparado a la demora del tratamiento quirúrgico ya que la evaluación se llevó a cabo en puntos distintos del continuo de sobrevivencia de la enfermedad, es decir, después de la cirugía. En este contexto, diversos estudios han

reportado niveles más altos de distrés en las etapas iniciales de la enfermedad (Ganz, 2000; Kyranou et al., 2014; Nosarti, Roberts, Crayford, McKenzie & David, 2002). En virtud de estos antecedentes, el presente estudio hace énfasis en el periodo prequirúrgico.

Explorando de manera más específica la literatura científica reciente que se ha preocupado por el estudio de la sintomatología depresiva ansiosa y su relación con la etapa clínica de las pacientes con cáncer de mama, se examinaron cuatro estudios relevantes (Andreu et al., 2012; Daştan & Buzlu, 2011; Pérez-Fortis et al., 2016; Törer et al., 2010).

Sus objetivos centrales compartieron el interés por evaluar los niveles de ansiedad y depresión para posteriormente explorar los factores asociados a esta sintomatología. Los factores relevantes se dividieron en características sociodemográficas y aspectos médicos. Dentro de los últimos se encontraron variables como dolor después de la cirugía, complicaciones, estancia hospitalaria (Törer, et al, 2010), comorbilidad (Pérez-Fortis et al., 2016), tipo de cirugía (Andreu et al., 2012), historia familiar de cáncer (Daştan & Buzlu, 2011) y la variable que aquí atañe, etapa clínica de la enfermedad.

No obstante, existen importantes diferencias de dichos estudios con la presente investigación. Por ejemplo, si bien, Pérez-Fortis y colaboradores (2016) realizaron su evaluación en 78 mujeres mexicanas en las mismas etapas de cáncer que la presente investigación (I, II y III), obteniendo como resultado altos niveles de ansiedad (88.5%) y considerables niveles de depresión (43.6%) no hubo relación significativa entre estos niveles y la etapa clínica.

A las pacientes se las entrevistó y evaluó el mismo día en que se les reveló el diagnóstico de cáncer. Esto pudo haber influido en los resultados pues, para empezar, tan altos niveles de ansiedad podrían relacionarse con la incertidumbre experimentada previa al diagnóstico o con un estado de shock debido al diagnóstico mismo. Aunado a ello, ese estudio estuvo dirigido a pacientes con cáncer de mama en general, sin importar el tratamiento, a diferencia de la presente investigación que se centra específicamente en pacientes con mastectomía, aspecto que podría representar una importante diferencia en los resultados obtenidos.

Resultados similares se obtuvieron en los estudios dirigidos por Daştan y Buzlu (2011), y Andreu et al. (2012) en los que no se halló relación significativa alguna entre la etapa clínica y los niveles de ansiedad y depresión reportados por las pacientes. De hecho, Daştan y Buzlu, a partir de su investigación, concluyen que la ansiedad y depresión parecen tener más estrecha relación con características particulares de la paciente que con aquellas inherentes al diagnóstico o tratamiento médico.

Ambos estudios presentan ciertas limitaciones que vale la pena solventar con el objetivo de explorar si los resultados permanecen consistentes. En el caso de Andreu et al. sucede lo mismo que en el estudio de Pérez-Fortis et al. (2016), en el sentido de que la única evaluación realizada antes de la cirugía fue justo el día en que las pacientes recibieron el diagnóstico. Asimismo, las participantes en el estudio fueron pacientes españolas con diagnóstico genérico de cáncer de mama, incluyendo mujeres que no necesariamente recibieron o recibirían mastectomía. Por otra parte, el 91% de las pacientes del estudio de Andreu y colaboradores se encontraba en etapas tempranas

de la enfermedad. Finalmente, no reportan en qué proporción las pacientes recibieron (en su caso) tratamiento neoadyuvante, limitación que comparte el estudio de Daştan y Buzlu, pues ellos excluyeron a toda paciente que hubiera recibido quimioterapia neoadyuvante. Adicionalmente, en el estudio de Daştan y Buzlu, realizado en Turquía, a pesar de tratarse de un país en vías de desarrollo al igual que México, se incluyó únicamente a pacientes en etapa clínica I y II. Finalmente, en ese estudio no reportan en qué punto de la enfermedad se realizó la evaluación por lo que no se tiene la certeza de que haya sido antes o después de la cirugía.

La perspectiva de Törer y colaboradores (2010) contrasta parcialmente con los estudios arriba descritos pues plantea que, a pesar de no haber encontrado resultados estadísticamente significativos, las pacientes con niveles clínicos de ansiedad en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria solían encontrarse en etapas clínicas más tempranas en comparación del resto. Esto podría explicarse por el hecho de que dichas pacientes podrían tender a mantenerse al pendiente de su estado corporal lo que las llevaría a detectar tempranamente cualquier síntoma y por lo tanto, acudir de manera más frecuente a revisiones médicas.

Un detalle importante que pudo haber influido en que no se encontraran diferencias estadísticas en el estudio de Törer es el tamaño pequeño del grupo que participó, pues estuvo conformado por 49 pacientes. Además, en el estudio incluyeron a pacientes en etapa IV, característica que se ha decidido excluir del presente estudio no por poca relevancia sino porque las pacientes al encontrarse en una fase paliativa han mostrado otro tipo de características y necesidades, por lo cual deben ser abordadas por separado (Reyes, Grau & Chacón,

2009). Por otra parte, al igual que en los estudios anteriores, ninguna de las pacientes en esta investigación recibió tratamiento neoadyuvante.

Respecto a esta variable (tratamiento neoadyuvante) no se localizaron estudios enfocados principalmente en evaluar la relación de ansiedad y depresión específicamente con los tratamientos neoadyuvantes. No obstante, se han visto ciertas aproximaciones al estudio de dicha asociación. Por ejemplo, Kyranou et al. en el año 2014 buscaron evaluar en pacientes sometidas a cirugía de cáncer de mama cómo cambiaron los niveles de *ansiedad estado* desde el momento de la evaluación preoperatoria hasta seis meses después de la cirugía e investigar si características específicas de tipo demográfico, clínico, sintomático y psicosocial predicen los niveles preoperatorios o trayectorias de la ansiedad estado. En el estudio participaron 396 pacientes evaluadas cuatro días antes de su cirugía, y realizaron una evaluación mensual durante los primeros seis meses posteriores a la cirugía. El 53% de sus participantes se encontraban en etapa 0 o I. El 79% recibió cirugía conservadora de la mama mientras que el 20.1% mastectomía. Los resultados indican que en el análisis final, solo dos características clínicas predijeron los niveles de ansiedad estado: quimioterapia adyuvante y estado general de salud. De acuerdo con lo anterior, las mujeres que recibieron quimioterapia adyuvante informaron niveles más altos de ansiedad estado a lo largo del estudio.

En cuanto a cómo el patrón de cambio a lo largo del tiempo en la ansiedad estado variaba en función de características especiales demográficas, clínicas, síntomas, y características de ajuste psicosocial, el estadio clínico y la terapia neoadyuvante no oscilaron con estas variaciones. La generalidad de estos hallazgos se limitan a mujeres

blancas, de mediana edad, y alta escolaridad diagnosticadas en estadios tempranos de la enfermedad. En relación a esto, muchas de las mujeres que se negaron a participar indicaron que estaban demasiado abrumadas con la experiencia del cáncer, por lo tanto no se descarta que los autores hayan subestimado los niveles preoperatorios de ansiedad.

Por su parte, Lim et al. (2011), llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura cuyo objetivo general fue recolectar la mejor evidencia disponible sobre la prevalencia y los factores que contribuyen a la ansiedad en mujeres que se someten a tratamientos de quimioterapia, radioterapia y/o cirugía para el cáncer de mama. Uno de los objetivos específicos fue determinar los factores físicos, psicológicos, sociales y ambientales que contribuyen a la ansiedad entre las pacientes con cáncer de mama sometidas a cirugía. Otro objetivo fue explorar cuál de las tres modalidades de tratamiento (quimioterapia, radioterapia y cirugía) se asocia con un mayor nivel de ansiedad en las pacientes. Para este fin se recolectaron 10 artículos que incluyeron pacientes con etapas clínicas de 0 a IIIA, entre los 21 y 65 años de edad, sometidas a un tratamiento restringido de quimioterapia, radioterapia y/o cirugía.

Los principales hallazgos indicaron evidencia para concluir que la ansiedad es un problema prominente que rodea los tratamientos para el cáncer de mama cuando se examinan las tres modalidades principales, cirugía, quimioterapia y radioterapia. A pesar de esta similitud, cada modalidad de tratamiento parece haber contribuido a la ansiedad de diferentes maneras. Confirmaron que la quimioterapia, en comparación con otros tratamientos, se asocia con el mayor nivel de ansiedad. Sin embargo, respecto a los factores asociados con ansiedad

en las pacientes que se sometieron a cirugía, todos los artículos incluidos señalaron que el nivel de ansiedad preoperatoria, estaba presente y fue mayor en el grupo de mastectomía, aunque algunas asociaciones no fueron estadísticamente significativas (Lim et al., 2011). Se mostró que la prevalencia e intensidad de la ansiedad es pronunciada entre las mujeres con cáncer de mama que se habían sometido a alguno de los tres tratamientos, debido a esto no es difícil llegar a plantear que los niveles de ansiedad podrían ser mayores si una paciente es sometida a más de uno de estos tratamientos antes de la cirugía.

Finalmente se encontró otro estudio (Kyranou et al., 2014) en el que se describe la relación de factores sociodemográficos y clínicos (incluyendo presencia o ausencia de quimioterapia neoadyuvante) con la depresión desde el periodo preoperatorio y en un continuo de hasta 6 meses. Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas con la variable de interés. Algunas de las limitaciones de esta investigación, que pudieron haber influido en los resultados, fueron que de una muestra total de 396, sólo el 20% recibieron mastectomía y el resto cirugía conservadora. Además, únicamente contemplaron la quimioterapia neoadyuvante dejando fuera el resto de los tratamientos neoadyuvantes. Respecto a la etapa clínica, estudiaron todas las etapas del cáncer incluyendo las etapas 0 y paliativa. Aunado a ello, la mayoría de sus pacientes se distribuyeron en etapas tempranas de la enfermedad. En este estudio también se exploró la relación de la depresión con la etapa clínica, sin obtener resultados estadísticamente significativos.

Pasando al tema demora del tratamiento quirúrgico, cabe mencionar que la duración de esta característica va a depender de

distintos factores tanto inherentes a la paciente como referentes al medio en el que se encuentre. Por ejemplo, ante ciertas dimensiones o características del tumor, está contraindicado realizar la cirugía como primera línea de tratamiento, por lo que será necesario comenzar la intervención oncológica con alguna modalidad de terapia neoadyuvante, con el objetivo dejar a la paciente en estado óptimo para la cirugía. Algo similar sucede en el caso de que la paciente tenga alguna comorbilidad que ponga en riesgo su vida ante la cirugía, como suele ocurrir con enfermedades como diabetes o hipertensión. En estos casos, el equipo de salud debe cerciorarse de tomar todas las medidas necesarias para que la vida de la paciente corra el menor riesgo posible, lo cual puede demorar un poco más de tiempo de lo normal (Cárdenas et al., 2017). Por otra parte, está la situación actual del país, ya que el sistema de seguridad social que provee de servicios de salud a gran parte de la población, en ocasiones, se llega a ver rebasado respecto a su capacidad y alcance en relación a la alta demanda de servicios que existe, por ello, los tiempos de espera pueden llegar a incrementarse incluso por meses.

A pesar de que en este sentido no se encontraron investigaciones cuyo principal objetivo estuviera enfocado en explorar la asociación entre la demora del tratamiento quirúrgico y la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva, sí se han localizado a lo largo de la literatura pequeños indicios de que dichas variables podrían estar relacionadas y jugar un papel importante en el bienestar de las pacientes. Pues Brazda et al. (2010) menciona que dada la prevalencia generalizada de esta enfermedad y sus estudiadas y estandarizadas opciones de tratamiento, a menudo la demora del tratamiento se encuentra como un medio para evaluar la calidad del cuidado del cáncer en la mayoría de las instituciones.

De hecho, en Estados Unidos diversas entidades de atención médica están requiriendo y han desarrollado el informe de puntos de referencia específicos para el tratamiento del carcinoma mamario como un indicador de calidad. Los programas suelen designar criterios para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento, supervisan el cumplimiento de los protocolos e informan a las instituciones participantes. Esta iniciativa tiene la intención de identificar las mejores prácticas de cuidado y permitir que los centros con áreas de oportunidad mejoren. Es así que, una de las medidas propuestas para la evaluación de la calidad de la atención del cáncer de mama es el tiempo desde el diagnóstico inicial hasta la fecha del primer tratamiento definitivo (Brazda et al., 2010), con el objetivo de asegurar tanto el bienestar físico como psicológico de las pacientes.

Al respecto del bienestar psicológico, un estudio cualitativo sobre las experiencias de mujeres después de recibir un diagnóstico de cáncer de mama y durante la espera de la primera cirugía refiere que el diagnóstico se sintió irreal para la mayoría de ellas (Drageset, Lindstrom, Giske y Underlid, 2010). Las pacientes, describieron la experiencia como devastadora y mencionaron sentimientos de estrés, crisis, parálisis y caos. Cuentan una sensación surrealista en la que su mundo había cambiado rápida y dramáticamente. Las mujeres reportaban sentirse bien físicamente, pero habían aprendido que tenían una enfermedad potencialmente grave. Para la mayoría de ellas la noticia fue aterradora y difícil de entender y aceptar, porque la mayoría no notó ningún bulto, dolor u otros síntomas. En este estudio en particular el tiempo de espera entre el diagnóstico y la cirugía varió de 1 a 3 semanas y se observó influencia por parte de este periodo sobre las reacciones emocionales. En específico, las mujeres que

presentaron considerable ansiedad por la muerte parecían reaccionar de manera más negativa al período de espera. Incluso una paciente verbalizó que la espera había pasado demasiado rápido como para comprender la situación por completo.

Complementando lo anterior, Gordillo, Arana y Mestas (2011) describen cómo la intensidad de la ansiedad frente a una cirugía viene determinada por diversos factores, entre ellos la duración del periodo preoperatorio pues “cuanto mayor sea la urgencia de la operación menor será el tiempo que tendrá el enfermo para adaptarse emocionalmente, lo que dará lugar a crisis de ansiedad y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas” (p.229).

Otro estudio realizado en el 2010 por Brazda et al. evaluó si el retraso desde el diagnóstico hasta el tratamiento inicial del cáncer de mama impacta la supervivencia. El intervalo de tratamiento se definió como el tiempo entre la fecha del diagnóstico patológico, generalmente a través de una biopsia por punción con aguja gruesa, y la fecha de la terapia inicial, ya sea quirúrgica o sistémica. Los autores concluyeron que la supervivencia parecía estar relacionada a las características de la población de pacientes y no al intervalo de tratamiento. Sin embargo, resaltan que aunque el intervalo para el tratamiento puede no ser un indicador apropiado para la evaluación de la calidad del cuidado del cáncer de mama, el impacto psicológico negativo de un retraso en el tratamiento no debe ser descontado. En esta línea, una evaluación de la calidad de vida durante el diagnóstico y el tratamiento de cáncer de mama (Ganz citado en Brazda et al., 2010) demostró que 2 de los tiempos más abrumadores y productores de ansiedad son el estar esperando resultados de la biopsia después de una mamografía

anormal y la iniciación del tratamiento después de que un diagnóstico de cáncer de mama ha sido establecido (Brazda et al., 2010).

Así vemos que esta variable pareciera tener un papel relevante en el bienestar psicológico de las mujeres con cáncer de mama. Sin embargo, hacen falta estudios que profundicen específicamente en dicha relación y las anteriormente abordadas. Para, de esta manera, ampliar el conocimiento respecto a cuáles son las características específicas, de la dimensión médico-prequirúrgica, que suelen compartir las pacientes con mayores niveles de malestar psicológico en términos de sintomatología ansiosa y depresiva. Pues, como plantea Pagano (2013), aunque la correlación no significa causalidad, si se logra establecer una clara y fuerte relación entre las variables, esta puede ser usada como posible predictora en la aparición de una de ellas en presencia de la otra. Por ejemplo, si en este caso se llega a registrar una fuerte relación entre las variables, las pacientes con las características prequirúrgicas de interés podrían estar en una situación de mayor vulnerabilidad para la manifestación de sintomatología ansiosa y/o depresiva. Por ello es importante comprender en qué medida se está presentando esta sintomatología y conocer las variables que se encuentren asociadas a ella. Esta descripción representaría los primeros pasos para, en investigaciones futuras, pensar en la identificación de poblaciones en riesgo y el diseño de intervenciones preventivas, así como de tratamientos terapéuticos individualizados acorde a las necesidades de cada paciente.

Fundamentación del estudio

La incidencia del cáncer de mama es preocupante a nivel mundial y nacional, sumado a esto, se ha encontrado que en países subdesarrollados, las pacientes suelen ser diagnosticadas en etapas avanzadas, lo cual suele afectar las posibilidades de sobrevivida y la eficacia de los tratamientos en términos de su duración, las dosis requeridas, la necesidad de recurrir a tratamientos más invasivos, la combinación de éstos, posibles complicaciones y/o el nivel de urgencia. Hablando específicamente de México los diagnósticos suelen confirmarse durante las etapas III y IV, razón por la cual cirugías cada vez más complejas, como la MRM, se vuelven una necesidad, impactando de manera importante en el bienestar físico y psicológico de las pacientes en espera de dichos procedimientos.

Lo revisado hasta el momento permite visualizar los problemas que se generan en torno a la mastectomía a nivel psicosocial en las pacientes. Así como las limitaciones de los insuficientes estudios que arroja la literatura científica en el tema de la mastectomía, ansiedad, depresión y factores prequirúrgicos para pacientes con cáncer de mama.

En este sentido, existe muy poca literatura a nivel nacional, es decir, la mayoría de los estudios se han realizado en condiciones de desarrollo y culturales tan distintas a las de México que es posible que entrañen variables que afecten la evolución del padecimiento en función del comportamiento de las pacientes y sus allegados cercanos. En efecto, la mayoría de los estudios se ha realizado en naciones con mayor grado de desarrollo donde principalmente se trabaja con pacientes en etapas clínicas tempranas (I o II) (Andreu et al., 2012;

Daştan & Buzlu, 2011; Kyranou et al., 2014). En nuestro país un alto porcentaje de mujeres llega al diagnóstico en etapas avanzadas de la enfermedad, esto pudiera representar una diferencia en los resultados obtenidos y resulta importante considerar dicha situación.

El nivel educativo de las mujeres es otro factor relativo a las diferencias entre nacionalidades que vale la pena ser considerado. En el presente estudio se trabajó con mujeres que pertenecen a un sistema de seguridad social, por lo que se espera que en su mayoría tengan niveles educativos medios o bajos. En contraste, las investigaciones existentes hablan de mujeres con niveles educativos mínimo de bachillerato, con altos índices de estudios superiores y posgrado (Daştan & Buzlu, 2011; Kyranou et al., 2014), por lo cual resulta difícil equiparar las investigaciones descritas a nuestra población. Esto podría representar una diferencia en los resultados al no contar con las mismas herramientas, recursos y habilidades intelectuales que las mujeres con alto grado de estudios. En este contexto de entornos sociales, culturales y económicos diferentes se propone la presente investigación adaptada para este tipo de población.

En otro sentido, son pocos los estudios que se han dado a la tarea de evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva específicamente en el periodo prequirúrgico. La mayoría de las investigaciones se enfocan en el periodo postquirúrgico (Lim et al., 2011) o realizan evaluaciones prequirúrgicas sin hacer real énfasis en la manifestación psicológica de este periodo (Andreu et al., 2012; Daştan & Buzlu, 2011; Pérez-Fortis et al., 2016). Lo cual no debería pasar inadvertido, debido al sufrimiento experimentado por las pacientes, y a las posibles complicaciones durante la cirugía y en el periodo posquirúrgico. Por lo que el presente estudio se propuso realizar la evaluación antes de la cirugía

considerando que la sintomatología ansiosa pudiera incrementarse conforme se acerca el procedimiento y así analizar si hay diferencias con lo ya documentado.

Otra limitación importante de la literatura de investigación revisada, que la presente investigación busca solventar, es la consideración de tratamientos neoadyuvantes antes del procedimiento quirúrgico. En este sentido, uno de los estudios excluyó a las pacientes que habían recibido quimioterapia neoadyuvante (Daştan & Buzlu, 2011). Mientras que otro de ellos reporta que ninguna de sus participantes recibió tratamiento neoadyuvante (Törer et al., 2010). Un tercer y cuarto estudios carecen de reporte en el sentido de esta variable (Andre et al., 2012; Pérez-Fortis et al., 2016). Finalmente, en la revisión sistemática de Lim et al. (2011) se exploraron los niveles de ansiedad de pacientes con una modalidad de tratamiento exclusivamente, además de que se excluyó del estudio a las pacientes con hormonoterapia.

Por último vale la pena denotar que la relación concreta entre ansiedad, depresión, mastectomía y factores prequirúrgicos como la etapa clínica, el tratamiento neoadyuvante y la demora del tratamiento quirúrgico no ha sido plenamente descrita en la literatura de investigación. De hecho, no fue posible localizar un estudio que haya abordado estas variables en conjunto.

A pesar de que los datos arriba desplegados no representan la totalidad de las aristas correspondientes al padecimiento bajo consideración, sí parecen ser suficientes para dar cuenta de la magnitud del problema que representa el cáncer de mama para la población mexicana, y específicamente para mujeres de cada vez

menor edad. Por ello, resulta de gran relevancia enfocar la atención de los equipos multidisciplinares para dar respuesta a esta problemática.

Objetivos

Objetivo general

El objetivo del presente estudio fue identificar la posible relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva y los factores prequirúrgicos (etapa clínica, tratamiento neoadyuvante y demora del tratamiento quirúrgico).

Objetivos específicos

- Identificar los niveles de ansiedad y depresión en mujeres candidatas a mastectomía.
- Identificar las características prequirúrgicas (etapa clínica, tratamiento neoadyuvante y demora del tratamiento quirúrgico) presentadas por las pacientes.
- Determinar la relación entre sintomatología ansiosa y la etapa clínica, tratamiento neoadyuvante y demora del tratamiento quirúrgico de las mujeres candidatas a mastectomía.
- Determinar la relación entre sintomatología depresiva y la etapa clínica, tratamiento neoadyuvante y demora del tratamiento quirúrgico de las mujeres candidatas a mastectomía.

Pregunta de investigación

¿Existe alguna relación entre los factores prequirúrgicos como la etapa clínica, tratamientos neoadyuvantes, la demora del tratamiento quirúrgico y la sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres con cáncer de mama candidatas a mastectomía radical modificada?

Método

Participantes

Se evaluó a pacientes del Servicio de Oncología Quirúrgica de la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Las participantes fueron elegidas de manera no probabilística por conveniencia (Hernández, Fernández y Batista, 2014) en el periodo comprendido de octubre del 2015 a octubre del 2017, de acuerdo a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Pacientes de sexo femenino
- Mayores de 18 años
- Diagnóstico confirmado de cáncer de mama
- Etapa clínica I, II y III
- Pacientes programadas para Mastectomía Radical Modificada
- Pacientes que hayan aceptado ser atendidas por el área de psicología del servicio de oncología quirúrgica del hospital.

Criterios de exclusión:

- Pacientes en tratamiento paliativo
- Pacientes en tratamiento psicológico
- Pacientes con algún padecimiento psiquiátrico confirmado
- Pacientes en tratamiento psiquiátrico

Se evaluaron 69 mujeres de las cuales 6 fueron excluidas del análisis debido a que cumplían con alguno de los criterios de exclusión. Por lo que finalmente, se analizaron los datos de 63 pacientes, de las cuales la media de edad fue de 55.14 años (D.E.= 11.35). El 50.8% de las pacientes laboraba, ya sea como empleada o con trabajo propio, mientras que el 47.6% de se dedicaba al hogar. Más de la mitad de las participantes (65.1%) tenían una relación, ya sea casadas o en unión libre, y la mayoría (66.7%) tenían una escolaridad menor que la educación media superior. Todas las pacientes contaban con alguna red de apoyo aunque hubo ocho datos perdidos en este rubro por lo que existe la posibilidad de que dichas pacientes no contaran con el apoyo. Finalmente, se observó que el 58.7% de las participantes no tenía comorbilidades durante el periodo del estudio. No obstante, el 41.2% de las mujeres del estudio tenía al menos una enfermedad agregada, siendo diabetes e hipertensión las comorbilidades reportadas con mayor frecuencia. La Tabla 4 muestra el detalle de los datos sociodemográficos evaluados.

Tabla 4.*Datos sociodemográficos de las pacientes*

Característica (N=63)	Media	D.E.	Min-Max
Edad	55.14	11.35	30-82
	Frecuencia	%	
Ocupación			
Hogar	30	47.6	
Empleada	27	42.9	
Trabajo Propio	5	7.9	
Jubilada	1	1.6	
Estado Civil			
Casada	35	55.6	
Unión Libre	6	9.5	
Divorciada O Separada	4	6.3	
Soltera	9	14.3	
Viuda	9	14.3	
Escolaridad			
Nula	7	11.1	
Primaria	18	28.6	
Secundaria	17	27.0	
Bachillerato	8	12.7	
Carrera Técnica	8	12.7	
Licenciatura	4	6.3	
Posgrado	1	1.6	
Apoyo Social (n=55)			
Con	55	100.0	
Sin	0	0	
Comorbilidades			
Ninguna	37	58.7	
Una	12	19.0	
Dos	0	0	
Tres o mas	14	22.2	

Diseño de investigación

El estudio utilizó un esquema de comparaciones no experimental, transversal, correlacional (Hernández et al., 2014). Es un estudio no experimental en el sentido de no haber incluido administración o manipulación de variables. Transversal puesto que la recolección de los datos se llevó a cabo en un solo momento para cada paciente y correlacional ya que se exploró la asociación entre las variables de interés.

VARIABLES DE ESTUDIO

Factores psicológicos:

- Sintomatología ansiosa
- Sintomatología depresiva

Factores prequirúrgicos:

- Etapa clínica de la enfermedad
- Tratamientos neoadyuvantes
- Demora del tratamiento quirúrgico

Sintomatología ansiosa

- *Definición conceptual:* Respuesta emocional, propia de todo individuo, ante una situación desconocida o amenazante. Se puede manifestar en forma de sentimientos de incertidumbre o inseguridad, y sus características principales se dividen en síntomas fisiológicos como taquicardia, sudoración, tensión muscular, etc.; y síntomas psicológicos como pobre concentración y aprensión, entre otros (Sarundiansky, 2013).

- *Definición operacional:* Puntuación obtenida en la subescala de ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en su versión validada para población oncológica mexicana (Galindo, et al., 2015). Al tratarse de una escala Likert, la variable fue considerada en una escala de medición ordinal con los siguientes niveles: ausencia clínica (0-5), leve (6-8), moderada (9-11) y grave (12-18).

Sintomatología depresiva

- *Definición conceptual:* Activación de esquemas de pensamiento distorsionado que favorecen una percepción negativa del individuo al codificar e interpretar la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual inicia y mantiene los síntomas, entre los cuales se encuentran alteraciones en el sueño y apetito, problemas de concentración, atención y memoria, pensamientos catastróficos y/o suicidas, predisposición negativa, anhedonia, tristeza, irritabilidad, etc. (Lakdawalla, Hankin & Mermelstein, 2007).

- *Definición operacional:* Puntuación obtenida en la subescala de depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en su versión validada para población oncológica mexicana (Galindo, et al., 2015). Al tratarse de una escala Likert, la variable fue considerada en una escala de medición ordinal con los siguientes niveles: ausencia clínica (0-5), leve (6-8), moderada (9-11) y grave (12-18).

Etapas clínicas de la enfermedad

- *Definición conceptual:* Clasificación del cáncer empleada a nivel internacional, cuyos criterios incluyen el tamaño del tumor, la implicación de los ganglios linfáticos y la presencia de metástasis. Esta

clasificación proporciona información a los profesionales de la salud respecto a los riesgos, el pronóstico y contribuye a la orientación de un tratamiento más eficaz dependiendo de las características individuales de las pacientes y el tipo de cáncer que padecen (ESMO, 2017; Arce et al., 2017).

- *Definición operacional:* Etapa de la clasificación TNM registrado por los médicos tratantes en el expediente médico de la paciente. La variable fue considerada en una escala de medición ordinal con los siguientes niveles: Etapa I, etapa II, etapa III.

Tratamiento Neoadyuvante

- *Definición Conceptual:* Intervención oncológica que se administra previo al tratamiento principal: quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, aplicadas antes de la cirugía, con el objetivo de disminuir las dimensiones del tumor y facilitar la intervención quirúrgica (ASCO, 2012; NCI, 2016).

- *Definición operacional:* Informe verbal de la paciente sobre el tipo de tratamiento oncológico recibido antes de la mastectomía y que se encuentre registrado en el expediente médico. La variable se consideró en una escala de medición nominal con las siguientes categorías: Ninguno, Quimioterapia, Radioterapia, Hormonoterapia.

Demora del Tratamiento Quirúrgico

- *Definición conceptual:* Se trata del tiempo transcurrido entre la fecha de diagnóstico y la fecha del tratamiento quirúrgico (Smith et al., 2013).

- *Definición operacional*: Cantidad de semanas transcurridas desde la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama hasta el día de realización de la mastectomía. La variable fue considerada en una escala de medición de razón.

Instrumentos

Para evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva, se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983) en su versión en castellano adaptada y validada para población oncológica mexicana (véase el Anexo 3) (Galindo, et al., 2015). Se trata de un cuestionario autoaplicable que permite medir los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, haciendo especial énfasis en los aspectos cognitivos y afectivos, sin incluir síntomas somáticos, ya que podrían atribuirse a enfermedades físicas o a los efectos secundarios de algunos tratamientos, como es el caso de la fatiga o alteraciones en el apetito a causa de la quimioterapia (Schubart et al., 2014).

La escala consta de 12 reactivos divididos simétricamente en dos subescalas: la escala de depresión con seis reactivos y la escala de ansiedad también con seis reactivos, distribuidos de manera alternada a lo largo del cuestionario. A continuación se presenta el ejemplo de un reactivo de cada subescala:

- Ansiedad: “Tengo mi mente llena de preocupaciones”.
- Depresión: “He perdido el interés en mi aspecto personal”.

Se pide al participante que indique la frecuencia con que le han sucedido las situaciones que mencionan los reactivos durante la

semana previa a la aplicación. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas en escala Likert que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 18 por subescala. Respecto a los puntos de corte, se considera ausencia clínica de depresión o ansiedad cuando el puntaje obtenido en la respectiva subescala va de 0-5, sintomatología leve de 6-8, moderada de 9-11 y sintomatología grave de 12-18. El instrumento cuenta con una validez concurrente adecuada al encontrarse asociaciones significativas con los *Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck* estandarizados para población mexicana (Jurado et al., 1998) y el *Termómetro de Distrés* (Holland, 1999). La consistencia interna, evaluada mediante el alpha de Cronbach, tuvo como resultado para la escala de ansiedad 0.79, para la escala de depresión 0.80, y para la escala total 0.86.

Las variables pre-quirúrgicas se registraron por medio de una entrevista semiestructurada elaborada *ex profeso* (véase el Anexo 4). En ella, se abordaron datos sociodemográficos y los antecedentes clínicos que aquí nos atañen (etapa clínica, fecha de diagnóstico, fecha programada para cirugía, tratamientos neoadyuvantes) entre otros datos relativos a los criterios de inclusión y exclusión (Ramírez, 2017).

Para reducir el riesgo de error en la obtención de los datos referentes a las características prequirúrgicas, los datos informados por las pacientes en la entrevista semiestructurada se corroboraron en los respectivos expedientes clínicos de la institución. Dicha revisión fue llevada a cabo de manera posterior a la evaluación, con el objetivo de evitar sesgos por parte de los investigadores durante la recolección del resto de las medidas.

Escenario

El estudio se llevó a cabo en distintos espacios físicos del Servicio de Oncología Quirúrgica de la UMAE, Hospital de Gineco-Obstetricia no. 3 del CMN "La Raza", dependiendo de la etapa de la investigación, las cuales fueron: reclutamiento, evaluación, revisión del expediente electrónico y físico. Entre los escenarios se encuentran una oficina y un consultorio de la jefatura del servicio de oncología quirúrgica, un aula de usos múltiples, un aula de cómputo y la oficina de Archivo.

Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo de manera individual por una estudiante del posgrado en Medicina Conductual y cuatro pasantes de licenciatura en Psicología previamente capacitados.

Se inició el reclutamiento de las pacientes mediante dos procedimientos: se consultó la agenda de programaciones quirúrgicas de la Jefatura de Oncología Quirúrgica para detectar a las pacientes que ya contaban con programación para MRM y se les contactaba vía telefónica para invitarlas a participar en el estudio. Asimismo, se reclutaron pacientes que acudían a consulta de oncología quirúrgica para la programación de su cirugía, una vez finalizada la consulta las pacientes eran invitadas al estudio.

Posteriormente, se agendó una cita con cada una de las pacientes interesadas, la cual normalmente ocurrió alrededor de dos semanas antes de la fecha de su cirugía, con duración aproximada de una hora. En la cual, el (la) psicólogo(a) encargado(a) de la evaluación se presentaba con la paciente, y conjuntamente con un consentimiento informado le explicaba detalladamente los objetivos, los

procedimientos y las implicaciones de su participación en el estudio. Cada participante leía el consentimiento informado (véase el Anexo 5) y, en caso de aceptación, lo firmaban ella y su acompañante en caso de haberlo. A continuación, en la misma sesión se aplicaba la evaluación, comenzando por el HADS y terminando con la entrevista semiestructurada.

Finalmente, se realizó la revisión pormenorizada de los expedientes clínicos de cada una de las pacientes participantes para corroborar los datos proporcionados por éstas en las entrevistas.

Cabe resaltar que al final de todos los procedimientos del presente estudio y como parte de otro protocolo, todas las pacientes se incorporaron a un programa de intervención cognitivo conductual en el que se les dotó de herramientas para el afrontamiento tanto de la enfermedad como de los tratamientos, en especial la MRM. Dicho programa formó parte de otro estudio denominado *“Intervención Cognitivo Conductual Sobre Afrontamiento, Sintomatología Ansiosa y Depresiva de Pacientes con Cáncer de Mama Sometidas a Mastectomía”* (Ramírez, 2017).

Aspectos éticos

La presente investigación se apegó a las normas y criterios éticos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (SEGOB, 2014), la cual considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño inmediato o tardío a causa del estudio. Para efectos de este reglamento, la presente investigación se clasificó en la categoría I, que hace referencia a estudios en los que no se realiza ninguna intervención o

modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta. Asimismo, el estudio se apegó a los lineamientos del Código Ético del Psicólogo (SMP, 2017).

Asimismo se cumplió con los criterios y lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2017) y se consideraron y efectuaron los aspectos éticos establecidos dentro del código ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).

A pesar de que las pacientes, en principio, no obtuvieron propositivamente un beneficio inmediato del estudio, se espera que los resultados permitan conocer mejor las variables asociadas al malestar psicológico que presenta esta población antes de la mastectomía, lo cual servirá como parámetro a tomar en cuenta al momento de diseñar intervenciones psicológicas de las cuales en un futuro dichas pacientes se puedan beneficiar.

Cabe mencionar que en todo momento se preservó la confidencialidad de la información de las participantes. Dicha información fue conservada bajo llave en un registro de uso exclusivo para los investigadores principales. Al difundir los resultados de ninguna manera se expondrán los datos personales de las pacientes.

Análisis estadístico

Una vez finalizadas las aplicaciones se procedió a calificar las pruebas y se capturaron los resultados en una base de datos para su análisis en el programa estadístico SPSS versión 24.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de medidas de tendencia central y dispersión, presentando frecuencias y porcentajes de las variables categóricas, y media, moda, mediana, mínimos y máximos, y desviación estándar de las variables continuas.

Respecto a la evaluación de las relaciones entre variables, se puso a prueba la distribución de las variables mediante la prueba Kolmogorov Smirnov el cual dio como resultado que ninguna de nuestras variables se distribuye de forma normal. Por lo tanto debido a la distribución y a los niveles de medición de las variables se calcularon correlaciones de Spearman entre las variables psicológicas y la etapa clínica y la DTQ.

Mientras que en el caso de la variable Tratamiento Neoadyuvante, considerando el nivel de medición nominal, se decidió realizar una comparación mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para dos muestras independientes, a fin de explorar posibles diferencias entre los puntajes de las pacientes con y sin tratamiento neoadyuvante. Todos los resultados fueron considerados estadísticamente significativos con una probabilidad asociada de $p < 0.05$.

Resultados

Factores psicológicos

La Figura 1 muestra los niveles de ansiedad presentados por las participantes previo a la cirugía, donde 37 pacientes (58.7%) tuvieron ausencia clínica de sintomatología ansiosa, mientras que 26 (41.2%) presentaron algún nivel de ansiedad. De éstas, 17 (27%) mostraron un nivel leve, 5 (7.9%) niveles moderados y 4 (6.3%) sintomatología grave.

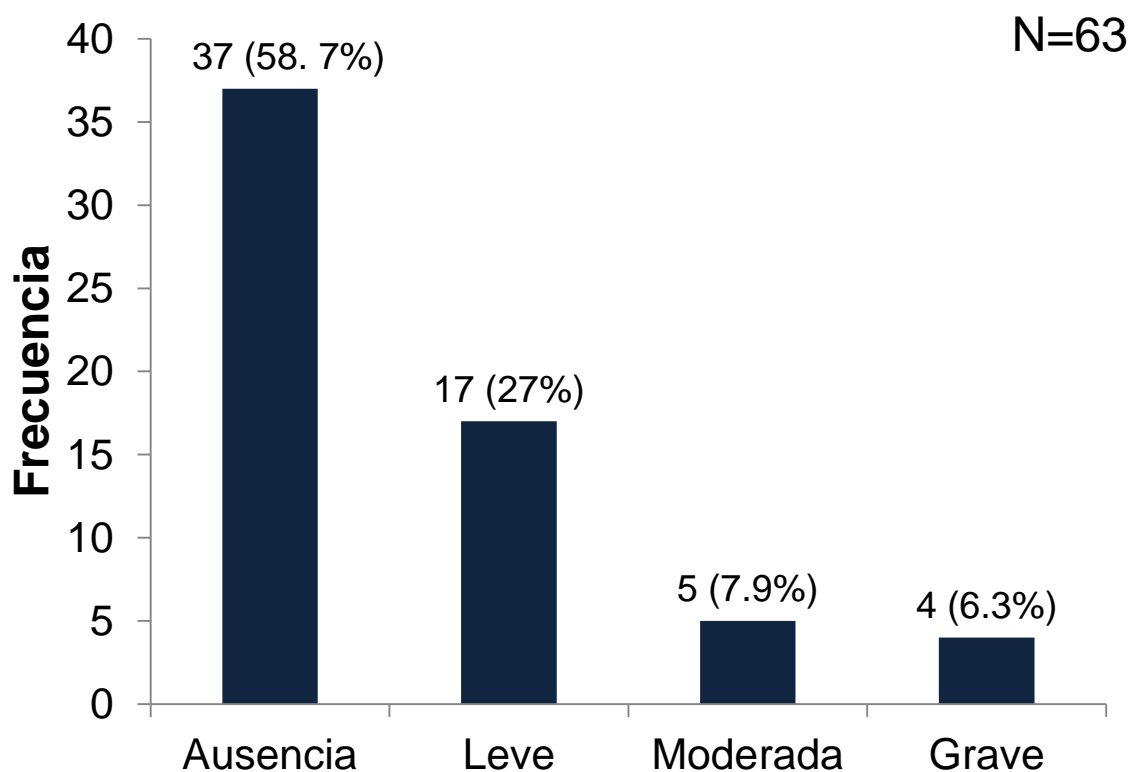


Figura.1 Sintomatología ansiosa

Respecto a la sintomatología depresiva, la Figura 2 muestra que, de las 63 participantes, 34 (54%) mostraron ausencia clínica mientras que 29 (46%) presentaron algún nivel de sintomatología depresiva. De éstas 16 (25.4%) se ubicaron en la categoría de sintomatología leve, 10 (15.9%) en niveles moderados y 3 (4.8%) niveles graves de sintomatología depresiva.

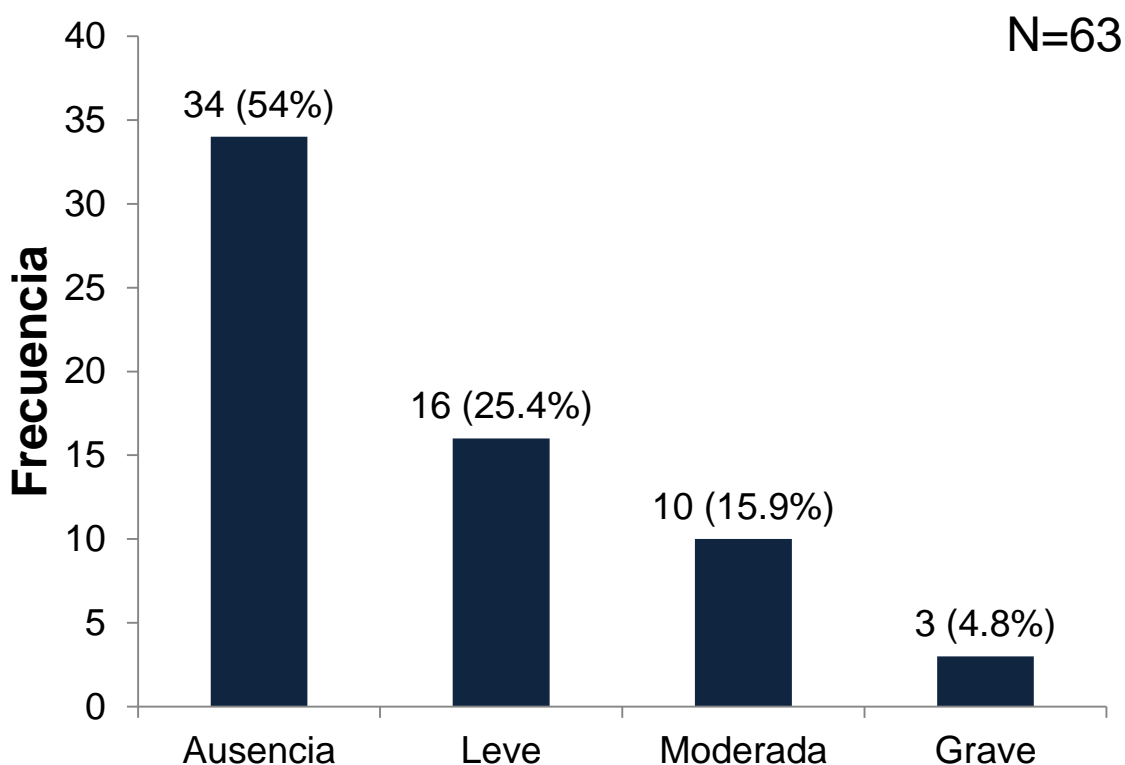


Figura 2. Sintomatología depresiva

Factores prequirúrgicos

La figura 3 muestra que clínicamente la mayoría de las pacientes se encontraba en etapas localmente avanzadas de la enfermedad, es decir con estadios IIIA o posteriores. Se observó que 5 pacientes (8.1%) estaban en etapa clínica I, 23 (38.3%) en estadio II y 32 (53.3%) en estadio III. En este rubro hubo 3 valores perdidos, por lo que sólo se describen los datos de 60 pacientes.

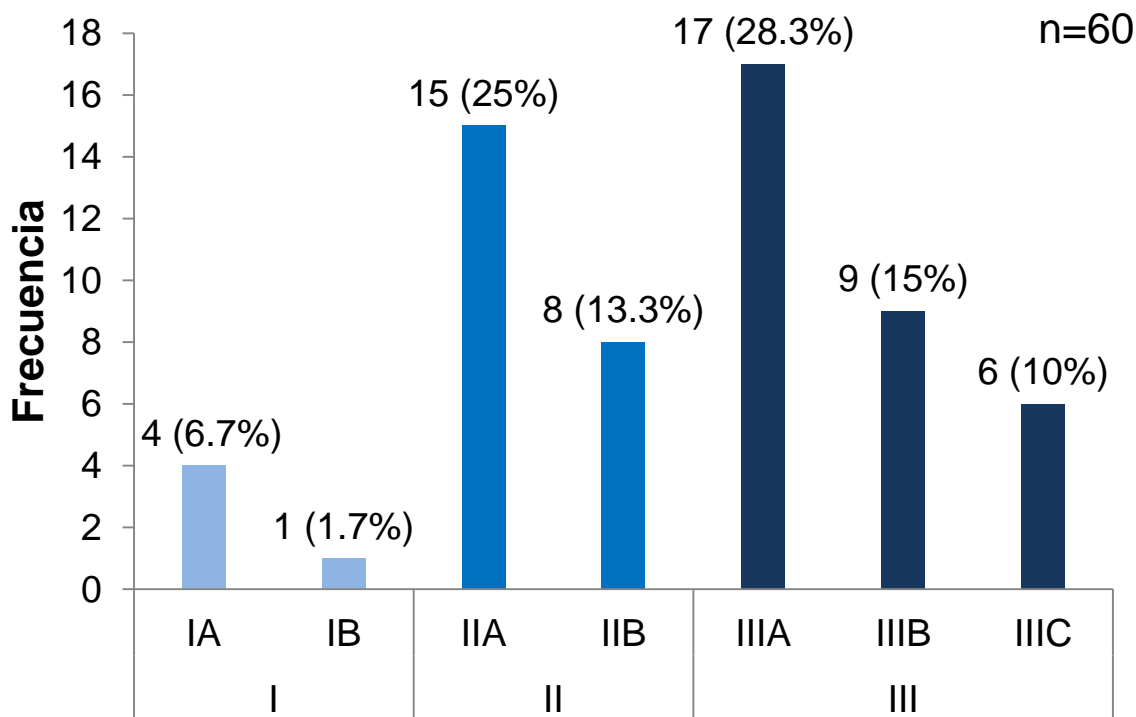


Figura 3. Etapa Clínica de las pacientes

Respecto al tratamiento neoadyuvante, se observó que para 35 pacientes (55.6%) la mastectomía fue el primer tratamiento mientras que 28 (44.4%) de las pacientes recibieron algún otro tratamiento antes de la cirugía, como se muestra en la figura 4. De las 28 mujeres que recibieron tratamiento neoadyuvante, 27 (96.4%) tuvieron quimioterapia, 2 (7.1%) hormonoterapia, y 4 (14.3%) radioterapia. Cabe mencionar que en 5 (17.8%) de los casos las pacientes recibieron combinaciones de tratamientos, ya fuera quimioterapia y radioterapia (4 pacientes, 14.3%) o quimioterapia y hormonoterapia (1 paciente, 1.6%).

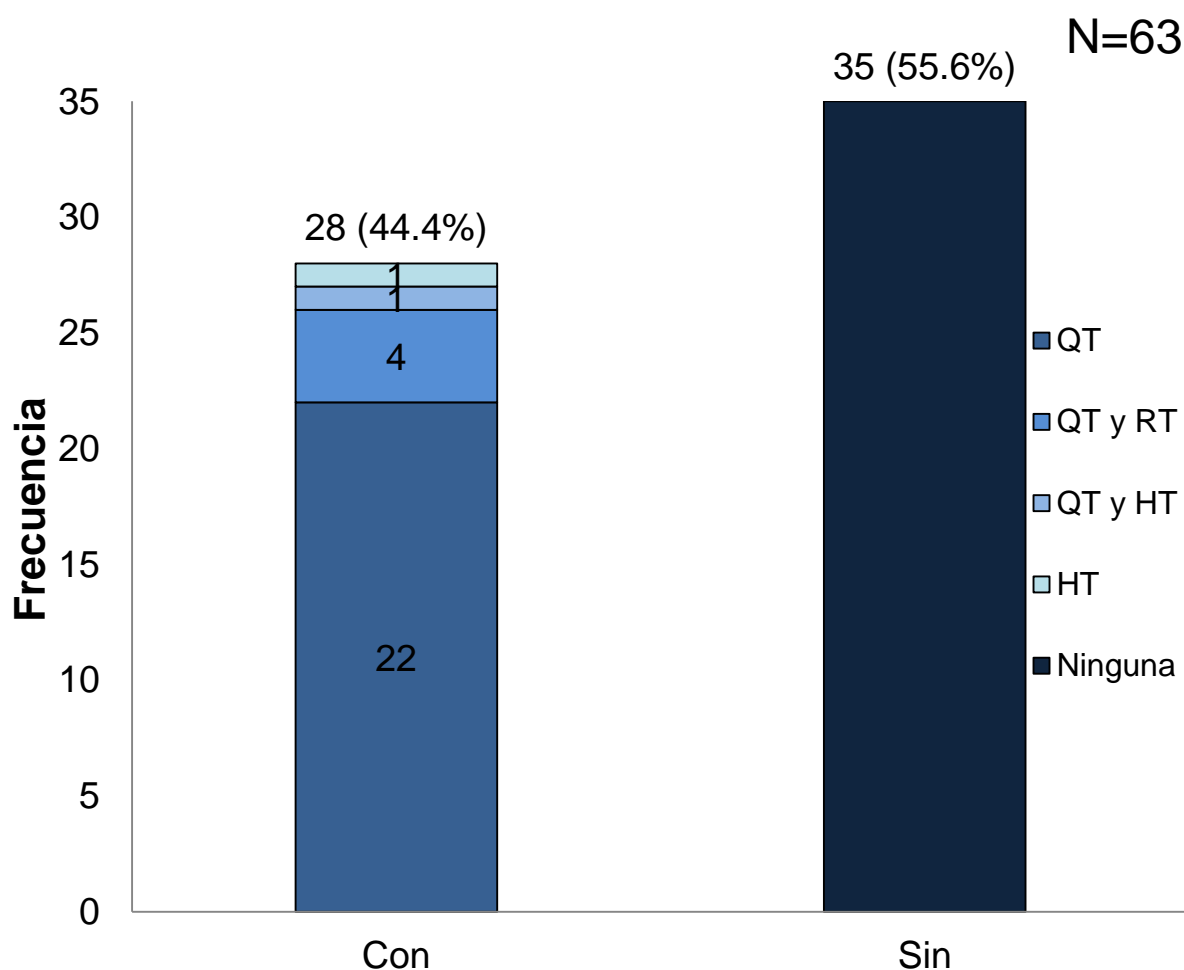


Figura 4. Pacientes con o sin tratamiento neoadyuvante

Finalmente, la figura 5 presenta la distribución de los datos de la variable Demora del Tratamiento Quirúrgico. Se observa que el periodo más corto entre la confirmación del diagnóstico y la realización de la mastectomía fue de 12 días mientras que el periodo más largo fue de 1 año con 3 meses (456 días), la mediana fue de 20 semanas (140 días). Así, el 50% de las participantes se encontraron debajo de este valor. La media fue de 168.65 días (D. E.= 122.96), es decir que la duración promedio de tiempo que tuvieron que esperar las pacientes desde el diagnóstico hasta la cirugía fue de 24 semanas. El valor que se repitió con más frecuencia fue de 39 días.

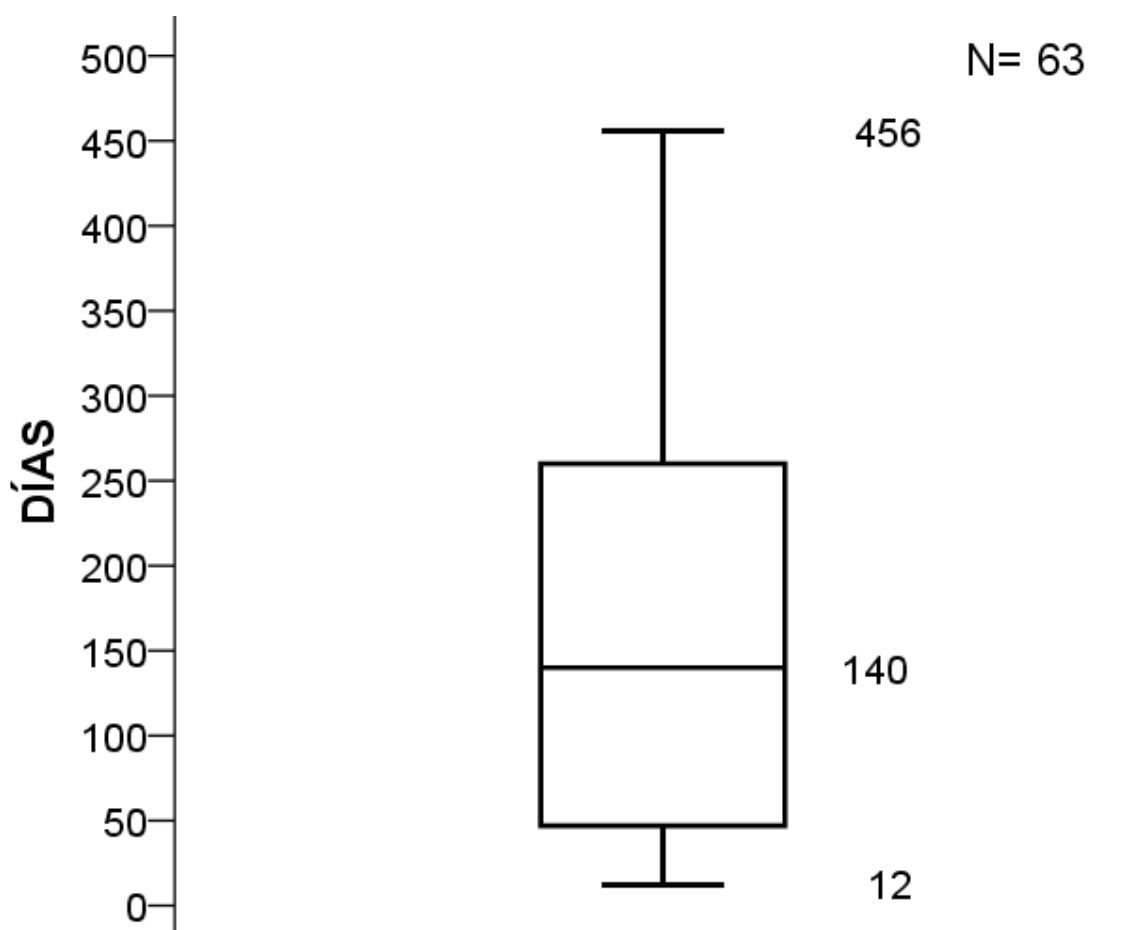


Figura 5. Demora del tratamiento quirúrgico

Factores psicológicos y prequirúrgicos

La correlación de Spearman, realizada con el objetivo de explorar la posible relación entre los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva con los factores prequirúrgicos de interés, arrojó como resultados los coeficientes presentados en la tabla 5.

Tabla 5.

Coefficientes de correlación de Spearman entre los factores psicológicos y prequirúrgicos.

	Etapa Clínica	Demora del Tratamiento Quirúrgico
Depresión	-0.092	-0.204
Ansiedad	-0.237	-.282*

*p<0.05

Los resultados revelan una correlación negativa y estadísticamente significativa entre los niveles de sintomatología ansiosa y la demora del tratamiento quirúrgico ($r=0.282$; $p<0.05$).

Respecto a la asociación entre sintomatología depresiva y las variables prequirúrgicas, los resultados no arrojaron correlaciones significativas en sentido estadístico.

Finalmente, no se encontraron diferencias significativas entre los niveles de depresión de y ansiedad de las pacientes con y sin Tratamiento Neoadyuvante (véase la tabla 6).

Tabla 6.

Diferencias entre los niveles de depresión y ansiedad de pacientes con y sin tratamiento neoadyuvante.

Variable	U	p
Depresión	505	0.819
Ansiedad	513	0.718

U de Mann-Whitney, *p<0.05

Discusión

El objetivo principal del presente estudio fue identificar la posible relación entre la sintomatología ansiosa y depresiva y los factores prequirúrgicos Etapa Clínica, Tratamiento Neoadyuvante y Demora del tratamiento Quirúrgico.

Con base en la literatura de investigación, se ha documentado que encontrarse frente a un procedimiento quirúrgico tal como la MRM, tiene implicaciones emocionales negativas dentro de las cuales aparecen frecuentemente la sintomatología ansiosa y depresiva (Lim et al., 2011; Martínez-Basurto et al., 2014). Dichas emociones se ven determinadas por diversas características psicológicas (Kyranou et al., 2014), sociodemográficas (Daştan & Buzlu, 2011; Pérez-Fortis et al., 2016) y ciertos aspectos clínicos (Schubart et al., 2014).

Los resultados del presente estudio revelaron porcentajes importantes de ansiedad y/o depresión clínica en pacientes con cáncer de mama, previo a la MRM. Se observó que el 41.2% de las pacientes experimentaron síntomas de ansiedad y el 46% depresión. Esto concuerda con niveles reportados en la literatura, que variaron de 21.3% a 88.5% para ansiedad y de 17.08% a 43.6% para depresión (Daştan & Buzlu, 2011; Kyranou et al., 2014; Pérez-Fortis et al., 2016; Schubart et al., 2014; Törer et al., 2010). En el caso específico de la sintomatología depresiva, en este estudio los niveles fueron ligeramente más elevados que en el de Pérez-Fortis et al. (2016) (Depresión= 88.5%). Resulta interesante destacar que los porcentajes más altos tanto de sintomatología ansiosa como depresiva han ocurrido en estudios con pacientes mexicanas. Es probable que una gran proporción de las participantes, tanto del presente estudio como

el de Pérez-Fortis et al. (2016), pertenecen a niveles socioeconómicos bajos que podrían estar teniendo alguna repercusión en la capacidad adaptativa de las pacientes y, a su vez, en su reactividad emocional. Por ejemplo, una de las participantes de este estudio expresó sentirse preocupada ante la posibilidad de quedar desempleada a causa de la prolongada ausencia en su trabajo. Lo cual, además de dejarla sin ingresos económicos propios, representaría la expulsión del sistema de seguridad social, llevándola a presentar sentimientos de incertidumbre, ansiedad e impotencia. Otras pacientes, en especial aquellas cuyo trabajo implicaba esfuerzo físico marcado, reportaron temor a ser despedidas debido a que sus capacidades se vieran afectadas a causa de los efectos colaterales de la MRM, llevándolas de la misma manera a manifestar sentimientos de minusvalía, baja autoestima y pérdida de autosuficiencia.

Desafortunadamente, estos niveles de malestar psicológico no suelen ser evaluados ni detectados de manera regular, a pesar de la clara demanda por parte de las pacientes de que sus necesidades psicológicas sean atendidas, y cuyo efecto disminuiría complicaciones futuras y mejorar su bienestar y funcionamiento.

Con respecto a las variables prequirúrgicas, los porcentajes de las etapas clínicas encontradas en la literatura variaron para la etapa I de 15% a 42%; para la etapa II de 20% a 73%; y para la etapa III fueron desde 6% a 39% (Andreu et al., 2012, Brazda et al., 2010, Pérez-Fortis et al., 2016, Smith et al., 2013, Shubart et al., 2014). Contrastando con lo observado, en el presente estudio la mayoría de las pacientes (53.33%) se encontraron en etapa III, sobrepasando los porcentajes reportados previamente, lo cual podría ser explicado por la población de este

estudio, pues al tratarse de candidatas a mastectomía existe una mayor probabilidad de que se encuentren en etapas avanzadas.

Relativo al tratamiento neoadyuvante, sólo dos estudios reportaron porcentajes de pacientes que recibieron quimioterapia previo a la cirugía, los cuales fueron de 10.7% (Smith et al., 2013) a 19.8% (Kyranou et al., 2014). Otros dos estudios manejaron esta variable como criterio de exclusión (Torner et al., 2010 y Drageset et al., 2010), y en el resto no se reporta (Andreu et al., 2012, Brazda et al., 2010, Dastan y Buzlu 2011, Pérez-Fortis et al., 2016 y Shubart et al., 2014). A pesar de que en el presente estudio la quimioterapia no fue el único tipo de tratamiento neoadyuvante, si fue la más frecuente con un 42.85%.

Por otra parte, la demora del tratamiento quirúrgico ha sido poco reportada en la literatura. Sin embargo, se pudo rescatar que en el estudio de Brazda et al. (2010) en la mayoría de las pacientes la demora fue menor a 7 semanas, mientras que en el de Smith et al. (2013) menor a de 2 semanas y Drageset et al. (2010) reporta que la demora varió de entre 1 a 3 semanas. En contraste, en esta investigación la demora del tratamiento quirúrgico fue de entre 1 semana y cinco días a 65 semanas y un día. Algunas de las razones implicadas en los periodos largos de demora que se encontraron podrían ser el alto porcentaje de pacientes con comorbilidades (41.2%), sobre todo si se toma en cuenta que gran parte de ellas mostraron tres o más enfermedades agregadas (22.2%) lo cual podría dificultar el ejercicio quirúrgico y las preferencias de las pacientes para agendar la cirugía antes o después de una fecha por motivos personales diversos. Otras razones podrían ser referentes a las del servicio aunado con la alta demanda existente en este sistema de salud.

La asociación hallada en la presente investigación muestra que mientras mayor fue la espera entre el diagnóstico y la realización de la cirugía menores fueron los niveles de ansiedad en las pacientes. A pesar de que prácticamente no hay investigaciones para correlacionar estas variables en ningún momento, desde el diagnóstico hasta la sobrevivencia, existen ciertos indicios en la literatura científica que podrían contribuir a la explicación de esta relación. Por ejemplo, Gordillo et al. (2011) han propuesto que la intensidad de la ansiedad quirúrgica está determinada por la duración del periodo prequirúrgico, pues cuanto mayor es la urgencia de la cirugía menor es el tiempo de adaptación emocional de las pacientes. Es decir, entre más larga sea la demora del tratamiento quirúrgico, mayor es el tiempo de preparación, este planteamiento lo comparten Drageset et al. (2010), quienes en un estudio cualitativo de casos obtuvieron el reporte verbal de una paciente que consideró que la espera para la mastectomía había sido demasiado rápida como para comprender la situación por completo. En ese mismo estudio, otras participantes dijeron que era necesario cierto tiempo para encontrar diferentes maneras de prepararse psicológica y físicamente para lo que iban a pasar. Asimismo, se ha reportado que el inicio de un tratamiento, a partir de un diagnóstico de cáncer de mama es uno de los momentos más abrumadores y generadores de ansiedad (Ganz, 2000). Esta ansiedad parece reducirse al conocer la fecha de la cirugía lo que podría dar alguna sensación de seguridad y control.

De acuerdo con el informe de algunas de las pacientes de la presente investigación, se puede plantear que la relación entre la demora del tratamiento quirúrgico y la sintomatología ansiosa podría estar siendo moderada por la discrepancia entre las expectativas de la paciente respecto a dicha demora y la probabilidad de que esto se

cumpla. En efecto, todo parece indicar que no serían los mismos niveles de ansiedad de una paciente cuya cirugía se ha programado dos semanas después de su diagnóstico (y podría considerarlo apresurado o prematuro), a una paciente que considera importante recibir la cirugía cuanto antes y que todo requiere acomodarse para que esto suceda. Un caso similar sería el de una paciente preocupada porque su enfermedad continuará avanzando si no se opera de inmediato debido a alguna comorbilidad o situación particular. Lo mismo sucede en los casos en que la cirugía se programa inicialmente para cierta fecha y por diversas situaciones ésta debe ser postergada, imponiéndose a los planes y expectativas de la paciente.

Finalmente, la demora del tratamiento suele emplearse como un medio para evaluar la calidad del cuidado del cáncer y se ha mencionado que el impacto psicológico negativo de un retraso en el tratamiento no puede descartarse (Brazda et al., 2010). Esto se reitera con los resultados de la presente investigación.

En otro sentido, los resultados del presente estudio concuerdan con la evidencia existente respecto a los Tratamientos Neoadyuvantes (Kyranou et al., 2014), pues no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva entre las pacientes que recibieron otro tratamiento oncológico antes de la cirugía y las que no. Esto se pudo deber a que las pacientes con altos niveles de malestar psicológico probablemente ni siquiera llegan al servicio de psicología de su hospital, como lo reporta Kyranou et al. (2014) al mencionar que muchas de las pacientes que se negaron a participar en su estudio manifestaron estar demasiado abrumadas con la experiencia del cáncer. Otra razón que podría explicar este resultado es que tanto en el estudio de Kyranou

como en la presente investigación a la mayoría de las pacientes se les administró quimioterapia, en aquel caso por ser un criterio de selección y en el presente por no contar con una mayor cantidad de las otras terapias en el grupo de participantes.

Algunas pacientes de esta investigación que pasaron por quimioterapia neoadyuvante reportaron ver la cirugía como una meta alcanzada, ya que el objetivo de la quimioterapia es reducir las dimensiones del tumor y dejarlo en estado óptimo para la cirugía. Además, se ha documentado que la quimioterapia por sí sola se asocia con mayores niveles de ansiedad en comparación con el resto de los tratamientos oncológicos (Lim et al., 2011). Esto sugiere que al finalizar dicho tratamiento los niveles de ansiedad serán menores en términos generales. En contraste, las pacientes cuyo primer tratamiento oncológico fue la MRM, mostraron una tendencia a percibir la cirugía como un evento sumamente estresante pero necesario. Estos planteamientos concuerdan con la correlación negativa encontrada respecto a la Demora del Tratamiento Quirúrgico, pues en general, las pacientes que reciben tratamiento neoadyuvante tienen demoras más prolongadas que el resto, y son las que mostraron menores niveles de ansiedad.

Con respecto a la asociación con la etapa clínica, los resultados son similares con los encontrados en la literatura de investigación (Schubart et al., 2014; Pérez-Fortis, 2016; Dastan y Buzlu, 2011; Andreu et al., 2012), ya que no se hallaron diferencias significativas entre esta variable y la sintomatología ansiosa y depresiva. Es probable que las sintomatologías ansiosa y depresiva pudieran tener mayor relación con características particulares de la paciente que con aquellas inherentes al diagnóstico o tratamiento médico (Dastan y Buzlu, 2011). Una

observación interesante en este sentido es que Törer y colaboradores (2010), mencionan que a pesar de no haber hallado diferencias estadísticamente significativas, sus participantes con sintomatología ansiosa, según la HADS, solían encontrarse en etapas clínicas más tempranas. Proponen la idea de que si una paciente es ansiosa probablemente va a mantenerse más pendiente y atenta a su cuerpo de manera constante, lo que la llevaría a buscar revisiones médicas frecuentes, favoreciendo así el diagnóstico oportuno. Apoyando dicho planteamiento, en el presente estudio hubo 28 pacientes en etapas tempranas, de las cuales el 46.42% presentó sintomatología ansiosa. En contraste, una menor proporción (34.37%) de las 32 pacientes en etapas localmente avanzadas presentó sintomatología ansiosa.

En el contexto de la experiencia clínica con las participantes del presente estudio se pudo observar que, en general las pacientes no suelen estar del todo conscientes de lo que representa la etapa clínica en la que se encuentran. En este caso, el bajo nivel educativo podría estar jugando un papel relevante, pues se ha visto que dependiendo de la información con la que se cuente respecto a la enfermedad, los niveles de ansiedad pueden variar (Hernández et al., 2016). Aunado a ello, es posible que la poca o mucha información que las pacientes puedan tener no esté siendo comprendida del todo debido a las carencias educativas.

El presente estudio reveló que los factores médicos prequirúrgicos no parecieran estar relacionados con la presencia de la sintomatología depresiva. Mientras que, respecto a la sintomatología ansiosa, valdría la pena llevar a cabo estudios más amplios, especialmente en el caso de la Demora del Tratamiento Quirúrgico.

Finalmente, dentro de las principales aportaciones de esta investigación se puede resaltar la detección de necesidades psicológicas en esta población, pues se observó que identificar a las pacientes con necesidades emocionales no resulta tan complicado, en términos de recursos. Como mínimo, la aplicación de cuestionarios breves, a manera de tamizaje, resulta indispensable para el cribado de rutina en esta población, pues todo parece indicar que una intervención psicológica en estas condiciones viene a ser primordial.

Sugerencias para futuros estudios

Para futuras investigaciones se sugiere, realizar evaluaciones a una mayor cantidad de participantes para obtener un panorama más generalizable de esta población y conocer de una manera más consistente la relación entre las variables.

La mayoría de las participantes del presente estudio fueron de un nivel socioeconómico medio y bajo, y nivel educativo de primaria y secundaria. Esto podría implicar que las pacientes tuvieron preocupaciones económicas que podrían estar sesgando los resultados e imposibilitar la generalización de nuestros resultados a otros sectores de la población. Por ejemplo, algunas pacientes reportaron importantes dificultades económicas para trasladarse de su casa al hospital, de la manera tan constante en que los tratamientos oncológicos lo demandan. Aunado a ello, algunas de las pacientes se vieron en la necesidad de dejar su trabajo, debido a los efectos secundarios de los tratamientos y a los tiempos de recuperación. Destacando aquellas que no contaron con sueldo por incapacidad, lo cual representó una afectación importante en sus ingresos económicos.

A lo largo de este estudio se detectaron incidentalmente algunas variables que no fueron tomadas en cuenta al comienzo del estudio y que pudieron haber afectado los resultados, tales como diferencias entre expectativas y realidad de las pacientes frente a la cirugía, reprogramaciones de la cirugía, los motivos de las posposiciones, errores en el diagnóstico, experiencias quirúrgicas previas, grado de información con el que cuentan o alguna comorbilidad. Por lo que, para futuras investigaciones se sugiere tomar en cuenta dichas variables para controlar sus posibles asociaciones en este contexto.

Otra situación importante a considerar es que, debido a las características del escenario y a las necesidades de las pacientes, la evaluación se llevó a cabo en promedio dos semanas antes de la cirugía, pero en diferentes momentos dentro de la demora del tratamiento quirúrgico. Se recomienda establecer una fecha más precisa para la evaluación psicológica o hacer mediciones sistemáticas como en el caso de los estudios longitudinales, que permitan evaluar el desarrollo de la sintomatología en el continuo de la enfermedad.

Finalmente, se sugiere a la institución sistematizar el registro de los diagnósticos debido a que fue difícil establecer una fecha certera de diagnóstico para algunas pacientes.

Referencias

- American Cancer Society (2016). Breast Cancer. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer.html>
- American Society of Clinical Oncology [ASCO]. (2012). Términos relativos al cáncer. Recuperado de <http://www.cancer.net/es/desplazarse-por-atenci%C3%B3n-del-c%C3%A1ncer/recursos-de-diccionarios-m%C3%A9dicos/t%C3%A9rminos-relativos-al-c%C3%A1ncer-tratamiento>
- Andreu, Y., Galdón, M. J., Durá, E., Martínez, P., Pérez, S., & Murgui, S. (2012). A longitudinal study of psychosocial distress in breast cancer: Prevalence and risk factors. *Psychology and Health*, 27 (1) 72-87.
- Arce, C., Bargalló, E., Villaseñor, Y., Gamboa, C., Lara, F., Pérez, V., & Villarreal, P. (2011). Oncoguía: cáncer de mama. *Cancerología*, 77-86, recuperado el 23 de abril de 2017 de <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1327324685.pdf>
- Asociación Médica Mundial. (2017). Declaración de Helsinki de La Amm- Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Beltrán, A. (2013). *Cáncer de mama*. México: Trillas.
- Bradshaw, P., Hariharan, S., & Chen, D. (2016). Does preoperative psychological status of patients affect postoperative pain? A prospective study from the Caribbean. *British Journal of Pain*, 10 (2) 108-115. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4977959/>

- Brazda, A., Estroff, J., Euhus, D., Leitch, M., Huth, J., Andrews, V. ... & Rao, R. (2010). Delays in Time to Treatment and Survival Impact in Breast Cancer. *Official Journal of the Society of Surgical Oncology*.17: S291-S296. DOI 10.1245/s10434-010-1250-6
- Carapia-Sadurni, A., Mejía-Terrazas, G. E., Nacif-Gobera, L., & Hernández-Ordóñez, N. (2011). Efecto de la intervención psicológica sobre la ansiedad preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 34 (4) 260-263. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114e.pdf>
- Cárdenas, J., Bargalló, J. E., Bautista, V., Cervantes, G., Erazo, A., Flores, C. H., ... Valero, V. (2017) *Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario*. Recuperado de <http://juntoscontraelcancer.mx/jcc/wp-content/uploads/2017/06/152-GPC-Interinstitucional-CancerMama-Consenso-MexicanosobreDiagnosticoTratamiento2017.pdf>
- Ching, C., Kamala, M., & Ang, E. (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. 9 (3) 215-235. Doi: 10.1111/j.1744-1609.2011.00221.x
- Daştan, N. B., & Buzlu, S. (2011). Depression and Anxiety Levels in Early Stage Turkish Breast Cancer Patients and Related Factors. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*.12, 137-141.
- Drageset, S., Lindsrom, T., Giske, T. & Underlid, K. (2010). Being in suspense: women's experiences awaiting breast cancer surgery. *Journal of Advanced Nursing*. 67(9), 1941-1951. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2011.05638.x
- European Society Medical Oncology [ESMO]. (2013). *Cáncer de mama: una guía para pacientes*. Recuperado el 2 de abril de 2017, de: <http://www.esmo.org/content/download/6594/114963/file/ES-Cancer-de-Mama-Guia-para-Pacientes.pdf>

- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit R, Eser S, Mathers C., ... Bray, F. (2013). GLOBOCAN, 2012: Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Recuperado el 26 de septiembre de 2016 a partir de http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J. L., ... Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*. 38 (4). 253-258. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2015.035
- Garduño, C., Riveros, A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 1 (1) 69-80. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2830/283021975008.pdf>
- Ganz, P. A. (2000). Quality of life across the continuum of breast cancer care. *Breast Journal*. 6(5): 324-330.
- Gordillo, F., Arana, J. M., & Mestas, L. (2011). Tratamiento de la Ansiedad en Pacientes Prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 4 (3) 228-233. Recuperado de <http://www.revclinmedfam.com/articulo.php?art=226>
- Gottschalk, L. A., & Hoigaard-Martin, J. (1986). The Emotional Impact of Mastectomy. *Psychiatry research*. 17 (2) 153-197. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0165178186900703?via%3Dihub>
- Hernández, A. I., López, A. J., & Guzmán, J. A. (2016). Nivel de Ansiedad e Información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 14 (1) 6-11. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am161b.pdf>

- Hernández, S., Fernández, C. y Batista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Herrera, Á., & Granados, M. (2013). *Manual de Oncología. Procedimientos Médicos Quirúrgicos*. México: McGraw Hill.
- Holland, J. C. (1999). NCCN Practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*. 13 (15A) 113-147.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2016). "Estadísticas a propósito del... Día Mundial de la Lucha Contra el Cáncer de Mama (19 de octubre)". Recuperado de <http://www.ues.mx/Docs/avisos/diamundialcancerdemama.pdf>
- Jung, S. Y., Sereika, S. M., Linkov, F., Brufsky, A., Weissfeld, J. L., & Rosenzweig, M. (2011). The effect of delays in treatment for breast cancer metastasis on survival. *Breast Cancer Research and Treatment*. 130. 953-964. Doi: 10.1007/s10549-011-1662-4
- Jurado, S., Villegas M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 21 (3) 26-31.
- Kyranou, M., Puntillo, K., Aouizerat, B. E., Paul, S. M., Cooper, B. A., West, C., ..., & Elboim, C. (2014). Trajectories of Depressive Symptoms in Women Prior to and for & Months After Breast Cancer Surgery. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 19 (2) 79-105.
- Kyranou, M., Puntillo, K., Dunn L., Aouizerat, B. E., Paul, S., Cooper, B., ..., & Miaskowski, C. (2014). Predictors of initial levels and trajectories of anxiety in women before and for 6 months after breast cancer surgery. *Cáncer Nursing*. 37 (6) 406-417.
- Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10, 1-24.

- Lazaruz, R. S., & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lega, L. I., Caballo, V. E., & Ellis, A. (2009). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Lim, C., Devi, K. y Ang, E. (2011). Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review. *International journal of Evidence-Based Healthcare*. 9: 215-235.
- Martínez-Basurto, A., Lozano-Arrazola, A., Rodríguez-Velázquez, A. L., Galindo-Vázquez, O., & Alvarado-Aguilar, S. (2014). Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gaceta Mexicana de Oncología* 13 (1) 53-58. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-impacto-psicologico-del-cancer-mama-X1665920114278797>
- Moorey, S., Greer, S., (2012). *Oxford Guide to CBT for People with Cancer*. 2nd Edition, New York: Oxford University Press.
- National Cancer Institute [NCI]. (2016). *NCI Dictionary of Cancer Terms*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>
- Nosarti, C., Roberts, J. V., Crayford, T., McKenzie, K., & David, A. S. (2002). Early psychological adjustment in breast cancer patients. A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*. 53, 1123-1130.
- Ornelas-Mejorada, R. E. Tufiño, M. A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2011). Ansiedad y Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama en Radioterapia: Prevalencia y Factores Asociados. *Acta de Investigación Psicológica*. 1 (3) 401-414.
- Ornelas-Mejorada, R. E. (2013). *Efectos de una intervención cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama en radioterapia*. (Tesis doctoral). Facultad de Psicología UNAM. México.

- Pagano, R. R. (2013) *Understanding statistics in the behavioral science*. United States, Cengage, 122-144.
- Pérez-Fortis, A., Schroevers, M. J., Fleer, J., Alanís-López, P., Veloz-Martínez, M. G., Ornelas-Mejorada, R. E., ... & Sánchez-Sosa, J. J. (2016). Psychological burden at the time of diagnosis among Mexican breast cancer patients. *Psycho-Oncology*.1-5. Doi: 10.1002/pon.4098
- Ramírez, M. (2017). *Intervención Cognitivo Conductual Sobre Afrontamiento, Sintomatología Ansiosa y Depresiva de Pacientes con Cáncer de Mama Sometidas a Mastectomía*. (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología UNAM. México.
- Reyes, M. C., Grau, J. A., & Chacón, M. (2009). *Cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado: 120 preguntas y respuestas*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Sarundiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*. 21 (2) 19-28. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>
- Schubart, J. R., Emerich, M., Farnan, M., Smith, J. S., Kauffman, G. L., & Kass, R. B. (2014). Screening for Psychological Distress in Surgical Breast Cancer Patients. *Annals of Surgical Oncology*. 21(10). 3348-3353. DOI: 10.1245/s10434-014-3919-8
- Secretaría de Gobernación [SEGOB]. (2011). Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de <http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4409/salud/salud.htm>
- Secretaría de Gobernación [SEGOB]. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/cofemer/prensa/reglamento-de-la-ley-general-de-salud-en-materia-de-investigacion-para-la-salud>

- Secretaría de Salud (2009). Guía Práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama en Segundo y Tercer nivel de Atención.
<https://doi.org/www.center.salud.gob.mx/interior/gpc.html>
- Senkus, E., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rutgers, E., ... Cardoso, F. (2015). Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 26 (Supplement 5), v8-v30. doi:10.1093/annonc/mdv298
- Smith E. C., Ziogas A., & Anton-Culver, H. (2013). Delay in Surgical Treatment and Survival After Breast Cancer Diagnosis in Young Women by Race/Ethnicity. *Journal of the American Medical Association*. 148 (6) 516-523.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.
- Törer, N., Nursal, T. Z. Çaliskan, K., Ezer, A., Çolakoglu, T., Moray, G., & Haberal, M. (2010). The effect of the Psychological Status of Breast Cancer Patients on the Shortterm Clinical Outcome after Mastectomy. *Acta Chirurgica Belgica*. 110 (4) 467-470. Doi: 10.1080/00015458.2010.11680657
- Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 "Dr. Victor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez" Centro Médico Nacional "La Raza"[UMAE,Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, CMN "La Raza"]. (2011). *Epidemiología del Servicio de Ginecología Oncológica, HGO3, CMN La Raza: Cirugía 2011, Consulta externa- hospital 2011*. Obtenido de IMSS:
<http://edumed.imss.gob.mx/2010/unidades/HGO3/ginecoonco.html#epidemiologia>
- Vega, M. L. (2006). *Intervención Cognitivo Conductual en Pacientes con Cáncer de cuello intervenidos Quirúrgicamente*. (Reporte de experiencia profesional). Facultad de Psicología UNAM. México.

Yun, H., Abrishami, A., Peng, P., Wong, J., & Chong, F. (2009). Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology*. 111(3) 657-677. Recuperado de <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1924225>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 67 (6) 361-370.

Anexos

Anexo 1

Tabla 2. *Clasificación TNM*

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

Ganglios linfáticos	
N	Ganglios linfáticos regionales (clínico)
NX	No se puede evaluar el ganglio linfático regional (por ejemplo, fue extirpado previamente).
N0	Sin ganglios linfáticos regionales palpables.
N1	Metástasis palpables a uno o varios ganglios linfáticos homolaterales axilares móviles. Metástasis a ganglio(s) axilar(es) homolateral(es) fijo(s) entre sí
N2	o a otras estructuras, o detectados clínicamente en la cadena mamaria interna homolateral en ausencia de metástasis axilares palpables.
N2a	Metástasis en ganglio(s) axilar(es) fijo(s) entre sí o a otras estructuras.
N2b	Metástasis clínicamente aparentes en la cadena mamaria interna sin evidencia clínica de metástasis axilares. Metástasis a ganglio(s) linfático(s) infraclavicular(es) homolateral(es) o a ganglios clínicamente aparentes de la
N3	cadena mamaria interna homolateral y en presencia de ganglio(s) axilar(es) palpable(s) o metástasis a ganglio(s) de la región supraclavicular homolateral con o sin ganglios.
N3a	Metástasis a ganglio(s) infraclavicular(es) homolateral(es) y ganglio(s) axilar(es).
N3b	Metástasis a ganglio(s) de la mamaria interna y axilar(es) homolateral(es).
N3c	Metástasis a ganglio(s) supraclavicular(es) homolateral(es).
pN	Ganglios linfáticos regionales (patológico)
pNX	No se estudiaron los ganglios regionales. Sin metástasis histopatológicas. Sin examen adicional para células tumorales aisladas. Células tumorales aisladas se definen como células aisladas o pequeños nidos no mayores de 0.2 mm, generalmente detectados por métodos
pN0	de inmunohistoquímica o moleculares, pero verificados por hematoxilina y eosina. No necesariamente son evidencia de actividad maligna y pueden corresponder a proliferación o reacción estromal.
pN0(i-)	Sin metástasis histopatológicas y con inmunohistoquímica negativa.

	Sin metástasis histopatológicas pero con inmunohistoquímica positiva. Sin nidos de células tumorales mayores de 0.2 mm.
pN0(i+)	0.2 mm.
pN0(mol-)	Sin metástasis por histopatología ni estudios de RT-PCR. Sin metástasis histopatológicas pero positivo a estudios de RT-PCR. La clasificación se basa en disección ganglionar axilar con o sin linfadenectomía de centinelas.
pN0(mol+)	La clasificación basada sólo en disección de centinelas sin disección completa de ganglios axilares se designa con las siglas sn, p. ej., pN0(i+)(sn). Metástasis en uno a tres ganglios axilares y/o ganglios mamarios internos con enfermedad microscópica detectada por biopsia de ganglio centinela pero que no son clínicamente aparentes.
pN1	Metástasis en uno a tres ganglios axilares.
pN1mi	Micrometástasis (mayor de 0.2 mm y no mayor de 2 mm).
pN1a	Metástasis en uno a tres ganglios axilares.
pN1b	Metástasis en ganglios mamarios internos con micrometástasis o macrometástasis detectada mediante biopsia de ganglio linfático centinela pero sin detección clínica.
pN1c	Metástasis en ganglios de cadena mamaria interna con enfermedad microscópica detectada por biopsia de ganglio centinela pero que no son clínicamente aparentes.
pN2	Metástasis en cuatro a nueve ganglios axilares o en ganglios de cadena mamaria interna clínicamente aparentes en ausencia de metástasis a ganglios axilares.
pN2a	Metástasis en cuatro a nueve ganglios axilares con al menos uno con diámetro mayor de 0.2 mm.
pN2b	Metástasis en ganglios de cadena mamaria interna clínicamente aparentes en ausencia de metástasis a ganglios axilares.
pN3	Metástasis en 10 o más ganglios axilares o en ganglios infraclaviculares, o en ganglios de cadena mamaria interna junto con uno o más ganglios axilares positivos; o en más de tres ganglios axilares positivos sin adenopatías clínicas en ganglios de mamaria interna; o con ganglio supraclavicular positivo homolateral.

pN3a	Metástasis en 10 o más ganglios axilares positivos con al menos una metástasis mayor de 2 mm o bien metástasis a ganglios infraclaviculares. Metástasis a los ganglios infraclaviculares (ganglio axilar de grado III). Metástasis en ganglios clínicamente evidentes en cadena mamaria interna en presencia de uno o más ganglios axilares positivos; o en más de tres ganglios axilares positivos con metástasis microscópica de ganglios de mamaria interna detectados por biopsia de ganglio centinela pero no evidentes clínicamente (clínicamente evidentes significa encontradas al examen clínico o por métodos de imagen).
pN3b	Metástasis en ganglios clínicamente evidentes en cadena mamaria interna en presencia de uno o más ganglios axilares positivos; o en más de tres ganglios axilares positivos con metástasis microscópica de ganglios de mamaria interna detectados por biopsia de ganglio centinela pero no evidentes clínicamente (clínicamente evidentes significa encontradas al examen clínico o por métodos de imagen).
pN3c	Metástasis a ganglios supraclaviculares homolaterales.

Metástasis a distancia

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

Nota: Recuperada del Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario (2017).

Anexo 2

Tabla 3. *Estadísticas del Servicio de Oncología Quirúrgica*

Cirugía Efectuada	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Total
Mastectomia Radical Modificada	32	30	35	29	30	25	30	30	33	35	32	34	375
Mastectomia Radical Modif. Bilateral	0	1	1	2	2	0	0	0	4	2	1	3	16
Mrm Diseccion Axilar	10	9	10	8	8	9	9	4	6	7	10	11	101
Histerectomia Radical	4	4	5	4	4	3	4	4	5	4	5	4	50
Biospsia Con Eto	27	30	32	30	29	38	36	37	30	35	33	36	393
BIOSPSIA Excisional	3	2	4	2	3	5	6	15	50	23	20	19	152
Marcaje De Mama	7	6	6	7	9	12	12	14	12	11	7	6	109
Mastectomia Simple	4	4	6	4	5	8	6	14	8	10	13	12	94
Cuadrantectomia C/Axilar	6	7	10	10	9	10	12	5	14	12	15	17	127
Colostomia	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	5
Exeresis De Nodulo Mamario	25	22	15	20	21	16	14	15	34	51	56	48	337
Laparotomía de 2a Mirada	7	6	3	5	5	6	4	5	3	2	2	6	54
Laparotomia Por Endometrio	14	12	16	14	12	8	6	7	9	10	15	15	138
Laparotomia Por Ca De Ovario	9	10	10	12	10	10	8	7	15	14	15	13	133
Segmentectomia De Mama	0	0	0	0	0	0	2	0	6	5	4	5	22
Vulvectomia	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	4
Rescate	3	2	4	6	5	0	3	0	3	4	5	7	42
Cateteres	5	8	6	6	8	6	8	10	15	11	10	9	102
Rutina De Endometrio	4	5	5	6	5	9	4	4	6	5	6	6	65
Tumorectomia	4	2	3	3	2	3	6	5	7	5	9	8	57
Plastia Abdominal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mrm Con Implante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	164	160	172	168	167	168	174	177	261	246	258	261	2376

Nota. Recuperada de UMAE, Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, CMN "La Raza" (2011).

Anexo 3

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria HADS

Instrucciones: A continuación encontrará una lista de afirmaciones que describen algunos síntomas que las personas pueden presentar. Después de leer cada una ponga una **X** en la opción que usted considere describe mejor la forma en que **se sintió en los últimos siete días**. **Asegúrese de leer todas las opciones de respuesta antes de hacer su elección.**

1.- Me siento tensa o nerviosa

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

2.- Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.

Todo el tiempo	0	La mayor parte del tiempo	1	Algunas veces	2	Para nada	3
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

3.- Tengo una sensación de miedo como si algo horrible me fuera a suceder.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

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

Todo el tiempo	0	La mayor parte del tiempo	1	Algunas veces	2	Para nada	3
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

5.- Tengo mi mente llena de preocupaciones.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

6.- Me siento alegre.

Todo el tiempo	0	La mayor parte del tiempo	1	Algunas veces	2	Para nada	3
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

7.- Tengo una sensación extraña, como de "aleteo" en el estómago

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

8.- He perdido el interés en mi aspecto personal.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

9.- Me siento inquieta como si no pudiera parar de moverme.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

10.- Me siento optimista respecto al futuro.

Todo el tiempo	0	La mayor parte del tiempo	1	Algunas veces	2	Para nada	3
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

11.- Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.

Todo el tiempo	3	La mayor parte del tiempo	2	Algunas veces	1	Para nada	0
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

12.- Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión.

Todo el tiempo	0	La mayor parte del tiempo	1	Algunas veces	2	Para nada	3
----------------	---	---------------------------	---	---------------	---	-----------	---

Anexo 4

Entrevista semi-estructurada para pacientes con cáncer de mama

Datos sociodemográficos.- _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Edad: _____ NSS: _____

Estado civil: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____

Teléfono: _____

Hijos: _____

Vive con: _____

Datos médicos:

Diagnóstico: _____ Fecha Dx: _____

Tratamiento Neoadyuvante: Quimioterapia Radioterapia

Fecha: _____

Número de sesiones: _____

Cirugía: Mastectomía Cirugía conservadora Fecha: _____

Fecha de Internamiento: _____

Tratamiento adyuvante: Quimioterapia Radioterapia

Fecha: _____

Número de sesiones: _____

Tratamientos alternativos: _____

Comorbilidades: _____

Datos psicológicos.-

¿Ha estado en tratamiento psicológico alguna vez? SI NO

¿Por qué causa? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Ha estado en tratamiento psiquiátrico alguna vez? SI NO

¿Por qué causa? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Toma algún medicamento psiquiátrico? SI NO ¿Cuál? _____

Pensamientos y emociones relacionados con el diagnóstico:

Pensamientos y emociones relacionados con el tratamiento:

Red de apoyo:

Notas:



Carta de Consentimiento Informado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Educación, Investigación y políticas de salud
Coordinación de Investigación en Salud



Nombre del estudio: Intervención cognitivo-conductual sobre el afrontamiento, sintomatología ansiosa y depresiva en mujeres sometidas a mastectomía-----.

Lugar y fecha: México, D.F a _____ de _____ 201__

Número de registro:

Justificación y Objetivo del estudio: Debido a lo difícil que es enfrentar un diagnóstico de cáncer y los problemas emocionales que pueden aparecer, el presente estudio tiene como fin apoyar a las mujeres que tienen un diagnóstico de cáncer de mama y serán sometidas a cirugía. El propósito de esta intervención es analizar la forma en que enfrentan la enfermedad, brindar apoyo psicológico y acompañar a las pacientes a través de este difícil proceso.

Procedimientos: Si usted acepta participar con nosotros, será incluida a un protocolo donde recibirá consultas psicológicas antes y después de su cirugía en las cuales se le enseñarán estrategias para enfrentar este proceso, el tratamiento en general para el cáncer de mama y problemáticas de su vida cotidiana. Durante las consultas se le pedirá que conteste algunas pruebas psicológicas para conocer un poco más su estado de ánimo y usted podrá tener los resultados al finalizar la intervención.

Posibles riesgos y molestias: La intervención no implica ningún riesgo para usted; no se tomarán muestras de ningún tipo ni implica tratamiento con medicamentos.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Mejoría en su estado de ánimo, menor angustia y menores molestias por algunos procedimientos médicos.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Si en algún momento existe otra alternativa de tratamiento psicológico que le pueda ayudar se le informará.

Participación y retiro: Que usted participe con nosotros es voluntario así mismo si usted no desea seguir participando podrá notificarlo en cualquier momento sin que esta decisión afecte su atención médica dentro de la Institución.

Privacidad y confidencialidad: Los datos obtenidos serán completamente confidenciales, y serán usados solo por los responsables del proyecto.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes: En caso de que requiera tratamiento médico de apoyo durante su atención psicológica será enviada con el especialista correspondiente.

En caso de dudas o aclaraciones: Podrá dirigirse con:

- Dr. Victor Hugo Villafaña Vázquez
Investigador Responsable.
Servicio de Oncología Quirúrgica
UMAE Hospital Gineco-Obstetricia N°3
Matrícula:11791284 Tel: 57245900

- Dr. Mario Enrique Rojas Russell
Investigador Asociado
Departamento de Salud Pública
Facultad de Medicina UNAM e-mail merr@unam.mx

-Dra. Xóchitl Rizo Cordero
Investigador asociado
Servicio de Oncología Quirúrgica
UMAE Hospital Gineco-Obstetricia N°3
Matrícula:99281170 Tel: 57245900
-Lic. Psic. Mónica Ramírez Orozco
Facultad de Psicología UNAM
Tel: 04455-4001-1221

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: 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: comision.etica@imss.gob.mx

Con mi firma otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios y los formatos pertinentes así como asistir a las sesiones programadas.

Nombre y firma del participante

Lic. Psic. Mónica Ramírez Orozco

Testigo: Nombre, Firma y parentesco

Testigo: Nombre, Firma y parentesco



Dr. Germán Palafox Palafox
Director de la Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México
P r e s e n t e.

Muy estimado Dr. Palafox:

Me permito distraer su siempre amable atención a fin de hacer de su conocimiento que, en seguimiento a las instrucciones de la Secretaría de la Administración Escolar, me permito manifestar mi conocimiento de la existencia de una tesis idéntica a la presente que se derivó del mismo proyecto de investigación, bajo la dirección del Dr. Juan José Sánchez Sosa y de esta servidora.

Los tesisistas involucrados son **Alex Rojas Migueles** con el número de cuenta **305641579** y cuyo registro de tesis lleva por título “*FACTORES PRE-QUIRÚRGICOS Y SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA EN MUJERES CANDIDATAS A MASTECTOMÍA*”; y **Tania Janet Vélez Piedra** con número de cuenta **310331948** y cuyo registro de tesis lleva por título “*FACTORES PSICOLÓGICOS Y PRE-QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CANDIDATAS A MASTECTOMÍA*”.

Sin otro particular por el momento agradezco la atención que se sirva prestar al presente y aprovecho la ocasión para reiterarle mi más alta consideración y personal estima.

Atentamente,
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cd. Universitaria, D.F. a 26 de febrero de 2018
La Directora de la tesis:

Dra. Aime Edith Basurto Martínez
Profesora de Asignatura

C.p.p. Ing. Raúl López Olvera, Secretario de Administración Escolar
Dra. Mariana Gutiérrez Lara, Coordinadora de Psicología Clínica y de la Salud

Av. Universidad 3004, Col. Copilco - Universidad, C.P. 04510, Del. Coyoacán, México, D.F.



Dr. Germán Palafox Palafox
Director de la Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México
P r e s e n t e.

Muy estimado Dr. Palafox:

Me permito distraer su siempre amable atención a fin de hacer de su conocimiento que, en seguimiento a las instrucciones de la Secretaría de la Administración Escolar, me permito manifestar mi conocimiento de la existencia de una tesis idéntica a la presente que se derivó del mismo proyecto de investigación, bajo la dirección de la Dra. Aime Edith Martínez Basurto y este servidor.

Los tesisistas involucrados son **Alex Rojas Migueles** con el número de cuenta **305641579** y cuyo registro de tesis lleva por título “*FACTORES PRE-QUIRÚRGICOS Y SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA Y DEPRESIVA EN MUJERES CANDIDATAS A MASTECTOMÍA*”; y **Tania Janet Vélez Piedra** con número de cuenta **310331948** y cuyo registro de tesis lleva por título “*FACTORES PSICOLÓGICOS Y PRE-QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CANDIDATAS A MASTECTOMÍA*”.

Sin más por el momento agradezco su atención a la presente y aprovecho la ocasión para reiterarle mi más alta consideración y personal estima.

Atentamente,
“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”
Cd. Universitaria, D.F. a 26 de febrero de 2018
El Director de la tesis:

Dr. Juan José Sánchez Sosa
Profesor Emérito

C.p.p. Ing. Raúl López Olvera, Secretario de Administración Escolar
Dra. Mariana Gutiérrez Lara, Coordinadora de Psicología Clínica y de la Salud

Av. Universidad 3004, Col. Copileo - Universidad, C.P. 04510, Del. Coyoacán, México, D.F.